

Posttraumatische Belastungsstörung

Informationen für Betroffene und Angehörige

Seminar Psychiatrie: Neuropsychologische Aspekte

Seminarleitung: PD Dr. Patrizia Thoma

Referentinnen: Leandra Eidt und Lea Weber



Gliederung



Einführung



Symptome



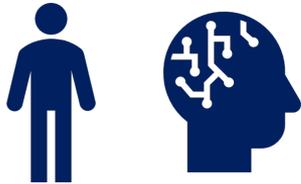
Entstehung und Aufrechterhaltung



Therapiemöglichkeiten und Hilfsangebote

Einführung

Posttraumatische Belastungsstörung



Körperliche und
psychische
Veränderungen



Traumatisches Ereignis
als konkreter Auslöser



1,2 – 8% der
Allgemeinbevölkerung

Trauma



- Tatsächlicher oder drohender Tod
- Ernsthafte Verletzungen
- Sexuelle Gewalt



Persönlich
Betroffen



Augenzeuge



Information über
nahestehende
Person



Konfrontation
im beruflichen
Kontext



Symptome der PTBS

Symptome



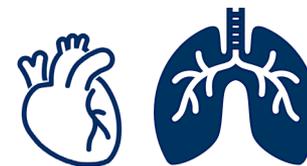
Symptome des Wiedererlebens



Negative Veränderungen des Denkens und der Stimmung



Anhaltendes Vermeidungsverhalten



Symptome gesteigerter Erregung

Wiedererleben

- Symptome des Wiedererlebens werden auch als **Intrusionen** bezeichnet



Ungewollte, sich aufdrängende
Erinnerungen



Dissoziative Reaktionen



Wiederkehrende Alpträume

„Flashbacks“:
Erneutes Durchleben des Traumas

Intensive psychische Belastung oder körperliche Reaktionen bei
Konfrontation mit traumabezogenen Situationen oder Reizen

Vermeidung

- Vermeidung der mit dem Ereignis verbundenen Reize



Innere Vermeidung

- Gefühle
- Erinnerungen
- Gedanken
- Selten erfolgreich



Vermeidung äußerer Reize

- Situationen
- Aktivitäten
- Orte
- Oft sozialer Rückzug

Denken und Stimmung

Negative Veränderungen des Denkens und der Stimmung



- Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern
- Passivität, Verlust von Lebensfreude und Interesse
- Gedanken über Schuld und Selbstvorwürfe
- Grundsätzliches Misstrauen gegenüber anderen Menschen

Gesteigerte Erregung

- Deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus

Erhöhte Wachsamkeit für mögliche Gefahren



Übertriebene Schreckreaktionen, Reizbarkeit,
Wutausbrüche



Konzentrationschwierigkeiten, Ein- und
Durchschlafstörungen



Selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken

Diagnose



PTBS äußert sich bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich

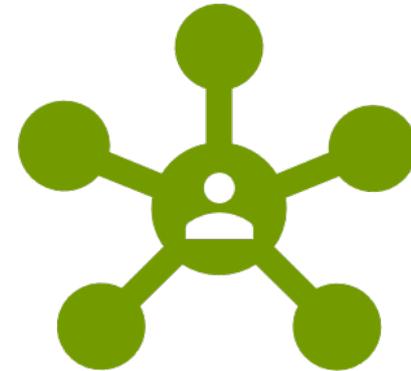
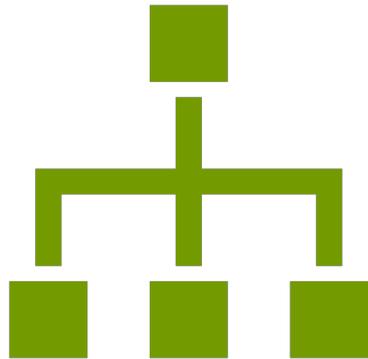


Entwicklung der Symptome kurz nach dem Trauma oder erst Jahre später



Symptome müssen länger als 1 Monat nach dem Trauma andauern





Entstehung und Aufrechterhaltung

Risikofaktoren

Vorherige
Traumatisierung



Junges Alter



Schwere des
Traumas

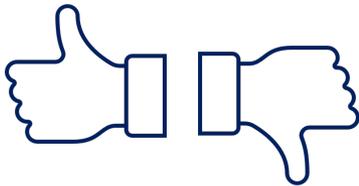


Verdrängung



Rolle des Gehirns

Angstkreis



Bewertung der emotionalen
Relevanz von Reizen



Beteiligung an
Gedächtnisprozessen

„Gefahr“



Biologisch gesteuerte
Angstreaktion



Rolle des Gehirns

- Starke Aktivierung des Angstkreises beeinträchtigt Gedächtnisprozesse, die mit Trauma in Verbindung stehen



Unkontrollierbare Symptome des Wiedererlebens



Keine bewusste Erinnerung an wichtige Aspekte des Traumas



Viele verschiedene Faktoren, die zur Entstehung einer PTBS beitragen und die nicht bewusst zu steuern sind!

Aufrechterhaltung

„Warum ist ausgerechnet mir das passiert?“

„Was wäre, wenn mir das nicht passiert wäre?“

Grübeln

- Negative Prozesse und Gefühle, z.B. innere Vermeidung oder Schamgefühle
- Keine produktive Auseinandersetzung mit dem Trauma
- unangemessene Schuldgefühle



Psychosoziale Folgen

- Schwierigkeiten in Partnerschaften und Beziehungen
- Berufliche Probleme
- Arbeitslosigkeit



Gesundheitliche Folgen

- Negativer Einfluss auf das Immunsystem
 - Körperliche Erkrankungen
 - Höhere Sterblichkeit

„Ich möchte
nicht mehr
daran denken.“

„Mich kann sowieso
niemand verstehen.“

Therapiemöglichkeiten und Hilfsangebote

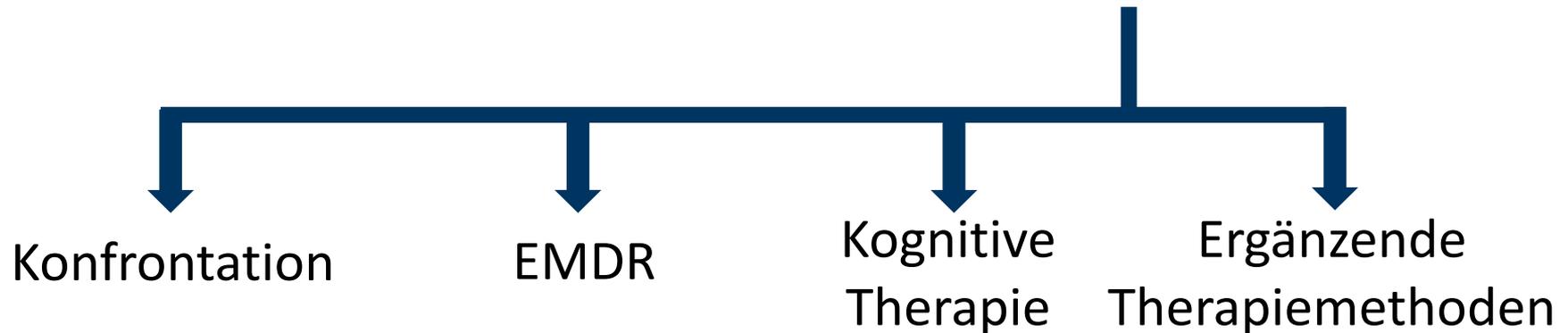
Therapie der PTBS



Medikamentöse
Therapie



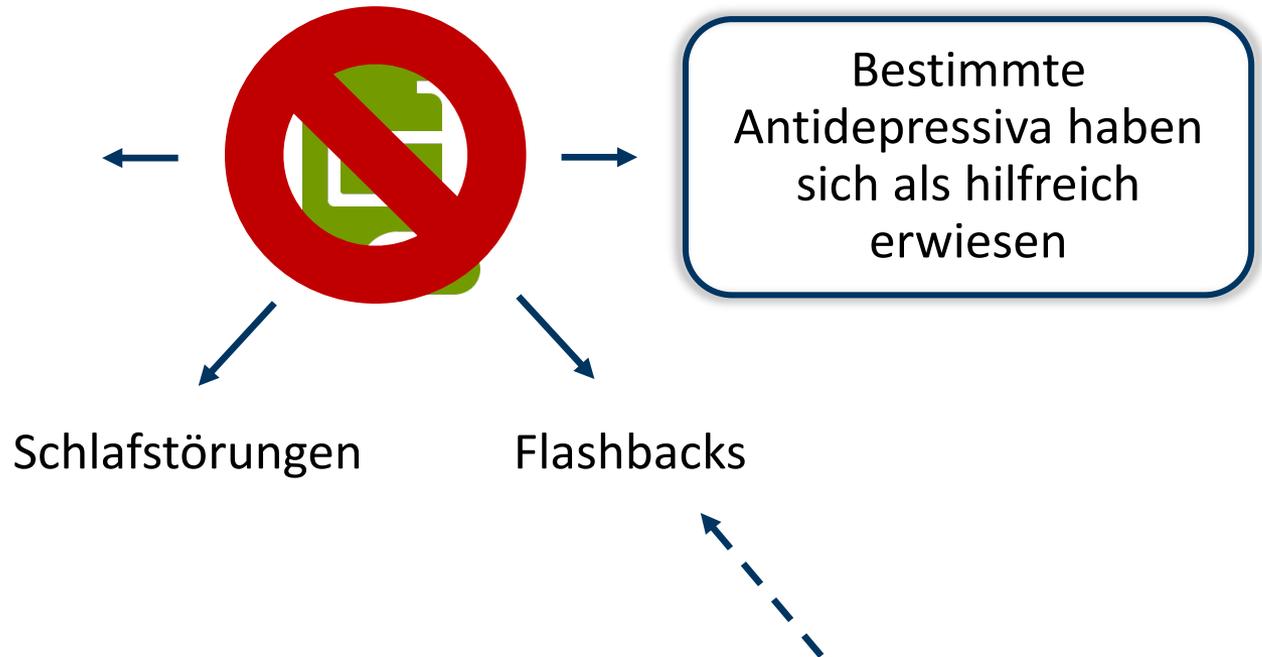
Psychotherapie



Gemeinsames Ziel: Erinnern und Bearbeiten zuvor nicht zugänglicher Details des Traumas, um so das **traumatische Erlebnis zu überwinden**

Medikamentöse Therapie

Beim Absetzen:
Häufig Rückfälle



Bestimmte
Antidepressiva haben
sich als hilfreich
erwiesen

Schlafstörungen

Flashbacks



Eingeschränkte Wirksamkeit



Andere Wirkstoffe
erforscht, z.B. Cortisol

Die Schrankmetapher

„Den jetzigen Zustand Ihres Gedächtnisses könnte man mit einem Schrank vergleichen, in den man viele Dinge ganz schnell hineingeworfen hat, so dass man die Tür nicht ganz schließen kann. Irgendwann wird dann die Tür aufgehen und etwas fällt heraus. Was muss man tun, damit die Dinge nicht mehr herausfallen? Man muss alle Dinge herausnehmen, ansehen, sortieren und dann geordnet in den Schrank zurücklegen. Genauso ist es mit dem Gedächtnis für ein traumatisches Erlebnis. Leider kann man auch da die Tür nicht einfach schließen, ohne dass man vorher alles, was passiert ist, ansieht und nach der Bedeutung, die es für einen hat, ordnet. Damit es ein Teil der Vergangenheit wird, muss es betrachtet und eingeordnet werden.“

Konfrontation

Fokus: Erinnerungen an das Trauma und erinnerungsauslösende Reize



→ „Die Erfahrung, das Trauma überlebt zu haben“

von weniger intensiven
Ängste hin zu den
intensivsten

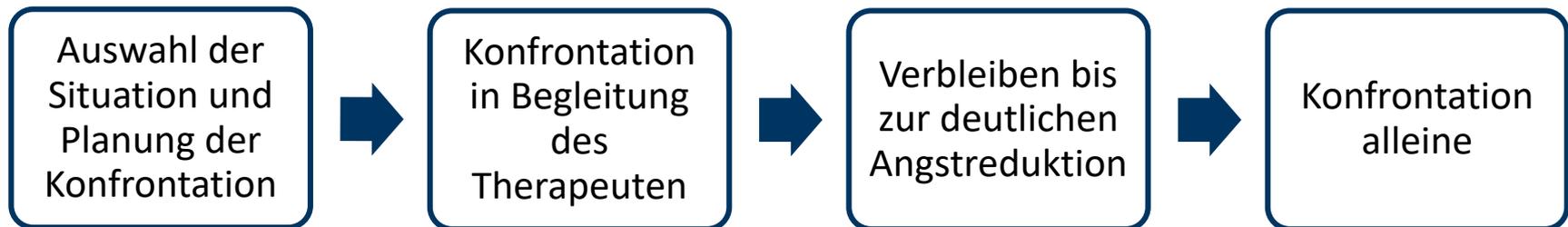


Erfolgsrate ca.
50% (variiert
stark: 32-84%)

Konfrontation

Konfrontation in einer echten Situation:

- ! Dient nicht dem Nachstellen des Traumas
- ! Durchführung nicht in objektiv gefährlicher Form/Situation



Konfrontation in der Vorstellung:

- Umfassendes und detailliertes Erinnern und gedankliches Durchleben der traumatischen Szene

EMDR (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing)



- Klassische Konfrontation in der Vorstellung mit dem Zusatz der angeleiteten rhythmischen Augenbewegungen
- Wirksamkeit vermutlich durch doppelte Aufgabenbelastung

Tipps für Angehörige



1. Geben Sie dem Betroffenen **Sicherheit** und drücken Sie diesem Ihr **Verständnis** aus. Nehmen Sie ihn und seine **Bedürfnisse** ernst. Akzeptieren Sie, wenn der Betroffene eigene **Grenzen** setzt und bestimmte Aktivitäten nicht mitmachen möchte.



2. Bedenken Sie, dass mögliche Verhaltensänderungen nicht willentlich oder aus böser Absicht heraus, sondern **krankheitsbedingt** entstehen. Nehmen Sie diese daher **nicht persönlich**.



3. Nur wenn Sie **auf sich selbst achten**, können Sie auch die Fürsorge für Ihre Angehörigen übernehmen.



4. Für Ihre eigene emotionale Entlastung bieten sich **Angehörigengruppen** an, in denen Sie Ihr eigenes Befinden und eigene Bedürfnisse thematisieren können. Auch **Foren im Internet** sind eine Möglichkeit Erfahrungen mit anderen Betroffenen auszutauschen (z.B. ptbs-forum.de).

Hilfsangebote & Anlaufstellen



Ihr **Hausarzt** als
erste Anlaufstelle



Psychotherapeut*innen
in Ihrer Nähe

Möglichkeiten für eine Psychotherapie:

- Ambulant in einer Fachpraxis
- Teilstationär in einer Tagesklinik
- Stationär in einer psychiatrischen Klinik

Sozialdienste, z.B. der des
Universitätsklinikums
Knappschaftskrankenhaus Bochum

Opferberatungsstellen
z.B. WEISSER RING

Telefonseelsorge
0800/1110111

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Aerni et al. (2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1488–1490. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1488
- Brohawn, K. H., Offringa, R., Pfaff, D. L., Hughes, K. C., & Shin, L. M. (2010). The neural correlates of emotional memory in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68(11), 1023–1030. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.07.018
- de Quervain DJ, Margraf J. Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. *Eur J Pharmacol*. 2008;583(2-3):365-371. doi:10.1016/j.ejphar.2007.11.068
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Hautzinger, M. (2019). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. 9., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.
- Lauterbacher, S. & Gauggel, S. (2004). *Neuropsychologie psychischer Störungen*. Berlin: Springer

Quellen

- Margraf, J. & Schneider, S. (Ed.) (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter, Glossar*. 4. Auflage. Berlin. Springer.
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., . . . Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, *13*(11), 769–787. doi: 10.1038/nrn3339
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry*, *71* (2), 134–168. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.134
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., YoungXu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Metaanalysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *74* (6), e541–550. doi: [10.4088/jcp.12r08225](https://doi.org/10.4088/jcp.12r08225)
- Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 2002;346(2):108-114. doi: 10.1056/NEJMra012941