

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder) ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, die für eine Person entweder in direkter persönlicher Betroffenheit oder indirekter Beobachtung eine intensive Bedrohung des eigenen Lebens, der Gesundheit und körperlichen Integrität darstellen und Gefühle von Horror, Schrecken und Hilflosigkeit auslösen. Aufzeichnungen über psychische Reaktivität auf Traumata konnten unter dem Begriff "Nostalgie" bereits ins 16. Jahrhundert datiert werden. Im 18. Jahrhundert beschrieb man ähnliche Symptomkomplexe mit dem "Effort-Syndrom". Erste systematische Beschreibungen von Symptomen, die nach traumatischen Erlebnissen auftreten, gehen zurück auf das Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts ("Traumatische Neurose", "Kriegszitterer", ...). Meist in Form von Berichten über Überlebende schwerer Eisenbahnunglücke, Soldaten beider Weltkriege und Überlebende des Holocausts finden sich hier Symptome, die wir seit 1980 mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) in Verbindung bringen [Breslau N. 2001, zitiert in 1].

Das syndromale Störungsbild der PTSD ist geprägt durch [2]:

Ungewolltes Wiedererleben: Das charakteristischste Symptome der PTSD ist das ungewollte Wiedererleben von Aspekten des Traumas. Die Betroffenen haben die gleichen sensorischen Eindrücke (z.B. Bilder, Geräusche, Geschmack, Körperempfindungen) und gefühlsmäßigen und körperlichen Reaktionen, wie während des Traumas. Bedeutsam für die Erklärung und Behandlung des Wiedererlebens ist, dass diesen Gedächtnisfetzen eine Zeitperspektive fehlt: sie werden so erlebt, als ob sie im „Hier-und-Jetzt“ geschehen würden.

Vermeidungsverhalten: Situationen oder Personen, die an das traumatische Erlebnis erinnern, werden als sehr belastend erlebt und dementsprechend vermieden, ebenso wie das Sprechen über das Ereignis.

Gedankenunterdrückung und Grübeln: Die Betroffenen versuchen, Erinnerungen an das Erlebnis aus dem Kopf zu drängen und nicht an die schlimmsten Momente des Traumas zu denken. Andererseits grübeln viele über das Zustandekommen und die Konsequenzen des Traumas nach.

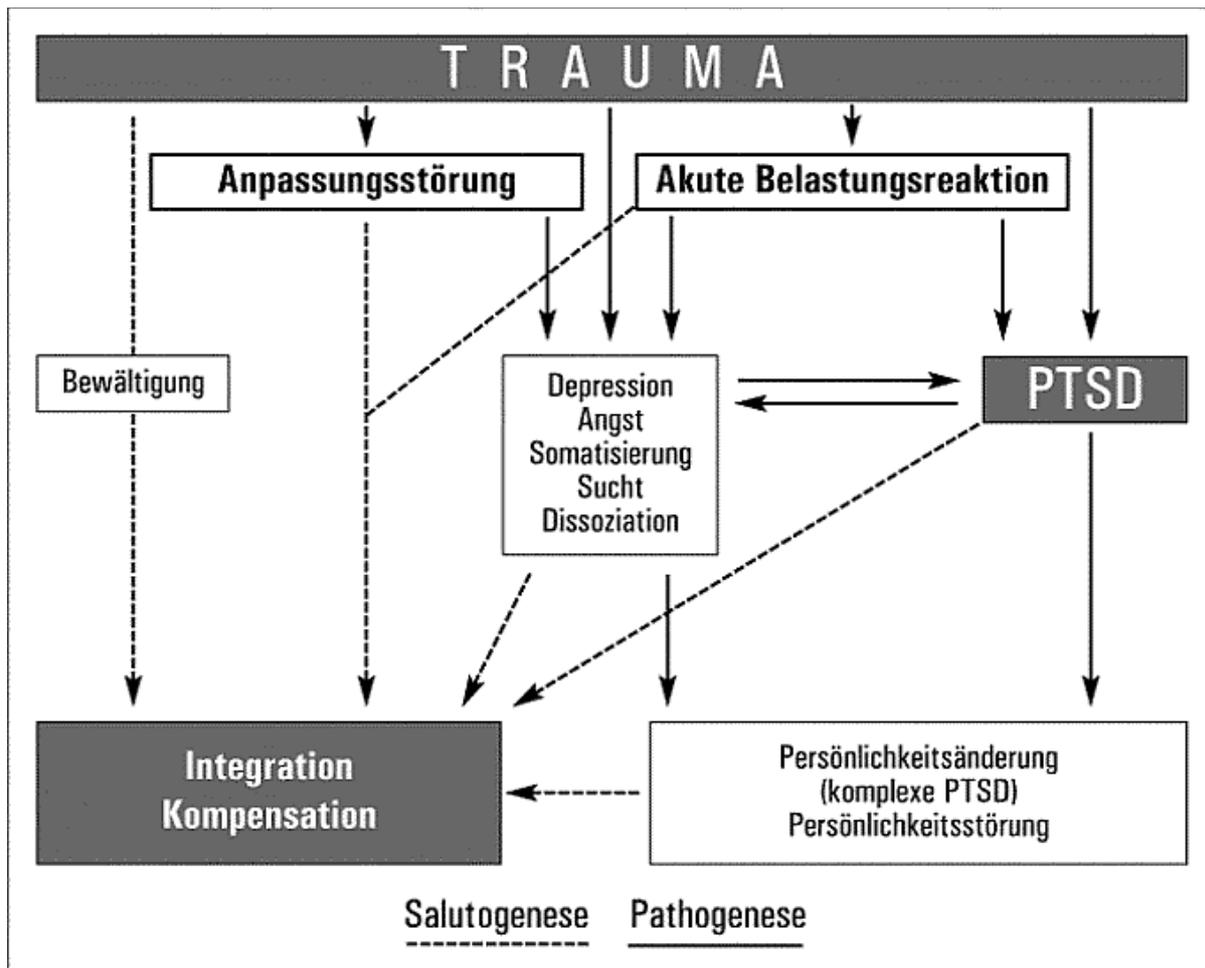
Starke Emotionen und Übererregung: Der emotionale Zustand der Patienten reicht von intensiver Furcht, Ärger, Trauer, Schuld oder Scham bis zu emotionaler Taubheit. Oft beschreiben sie, dass sie sich entfremdet von anderen Menschen fühlen und geben Kontakte und Aktivitäten auf, die ihnen vorher wichtig waren. Sie zeigen eine Reihe von Symptomen

autonomer Übererregung, z.B. eine erhöhte Vigilanz, starke Schreckreaktionen, Reizbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen.

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late-onset PTSD)

Erklärungsansätze der PTSD berücksichtigen biologische und genetische Faktoren, die Persönlichkeit, Kindheitsereignisse, Soziale Unterstützung und den Schweregrad des Traumas [3].

Folgende Grafik soll eine Übersicht über die traumareaktive Entwicklung ermöglichen (nach Flatten et al. 2001):



Flatten et al. (2001) unterscheiden objektive und subjektive Risikofaktoren der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Objektive Risikofaktoren:

- Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses
- Wiederholtes Ausgesetztsein

- Ausmaß der physischen Verletzung
- Durch Menschen verursachte Traumatisierung (Verbrechen, Unfälle)
- Intentionalität
- Irreversibilität der erlittenen Verluste
- Höhe der materiellen Schädigung
- Ständig erinnert werden an das Geschehen (Triggerung)

Individuelle Risikofaktoren

- Jungdliches oder hohes Lebensalter
- Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Psychische oder körperliche Vorerkrankungen
- Familiäre Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen.

Nach der **ICD-10** (International Classification of Diseases) der WHO hat die PTSD den Code F 43.1 [4]. Diese psychologisch-psychiatrische Diagnose fand 1980 erstmals Eingang in das auch international bedeutsame amerikanische Diagnose-Manual **DSM** (Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders), das von der American psychiatric association (APA) herausgegeben wird [5]. Dort ist das Syndrom heute unter 309.81 als eine Form der Angststörung gelistet.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine der wenigen psychischen Störungen, die eine klar definierte Entstehungsvoraussetzung enthalten, nämlich das Vorhandensein eines traumatischen Ereignisses. Um die Diagnose einer PTSD zu stellen, muss dementsprechend ein Ereignis stattgefunden haben, welches potentiell geeignet ist, die beobachtete Symptomatik auszulösen (Kriterium A).

In der Umgangssprache werden viele Situationen als „traumatisch“ beschrieben, z.B. Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder Durchfallen bei einer Prüfung. Eine Feldstudie fand jedoch, dass solche „schwachen“ Stressoren nur bei 0,4% der Betroffenen zu den charakteristischen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen (Kilpatrick et al. 1991, zitiert in Ehlers 1999). Es erscheint daher notwendig, den Begriff „Trauma“ in der Diagnose der PTSD relativ eng zu fassen. Die Verfasser der vierten Auflage des DSM

forderten daher, der Betroffene müsse eine Situation erlebt/beobachtet haben oder damit auf andere Weise konfrontiert worden sein, die Tod, Lebensgefahr oder starke Körperverletzung beinhaltete oder bei der die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person bedroht war. Zudem muß der Betroffene mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert haben. Neben diesem Kriterium A existieren für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung fünf weitere Kriterien, die im diagnostischen Vorgehen zu evaluieren sind [5]:

Kriterium A: Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die folgenden beiden Bedingungen erfüllt waren:

- 1) Die Person war entweder Zeuge oder selbst von einem oder mehreren Ereignissen betroffen, bei dem/denen ein tatsächlicher oder drohender Tod, eine schwere körperliche Verletzung oder Bedrohung vorkam.
- 2) Die Person reagierte mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Kriterium B: Das Ereignis wird auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- 1) Wiederkehrende und belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Vorstellungen, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
- 2) Wiederkehrende und belastende Träume, die das Ereignis zum Inhalt haben oder Aspekte desselben reproduzieren.
- 3) Handeln und Fühlen als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre (dazu gehört das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, (Pseudo-)Halluzinationen und dissoziative Flashbacks).
- 4) Intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind.
- 5) Körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind.

Kriterium C: Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität. Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.

- 2) Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die eine Erinnerung an das Trauma wachrufen könnten.
- 3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.
- 4) Deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an vormaligen Aktivitäten.
- 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.
- 6) Eingeschränkter Affektspielraum.
- 7) Eingeschränkte Zukunftsperspektive.

Kriterium D: Anhaltende Symptome eines gesteigerten Erregungsniveaus, die vor dem Ereignis nicht vorhanden waren. Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten
- 2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten
- 4) Übermäßige Wachsamkeit
- 5) Übersteigerte Schreckreaktion

Kriterium E: Die Störung (Symptome aus den Kriterien B, C und D) besteht länger als 1 Monat.

Kriterium F: Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.

Die Diagnose PTSD wird vergeben, wenn die Kriterien A, B, C, D, E und F gemäß den o.g. Bedingungen erfüllt sind, d.h. wenn beide Bedingungen in A erfüllt sind, mindestens ein Symptom in B, mindestens drei in C, mindestens zwei in D und wenn E und F zutreffen.

Neben der Exploration im freien Gespräch hat der Diagnostiker die Möglichkeit die oben genannten Kriterien in einem strukturierten Interview (z.B. SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, CAPS - Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV) zu „erfragen“ bzw. zu „bewerten“ [6] und/oder auf Selbstbeurteilungsinstrumente zurückzugreifen, wie z.B. IES-R – Impact of Events Scale, PTSS-10 – Posttraumatische Stress Skala 10, SCL-90-R – Symptom-Checkliste [7].

Obwohl die biopsychologische Forschung auf dem Gebiet der PTSD voranschreitet und die Beteiligung mehrerer Hirnstrukturen, allen voran die Amygdala und der Hippocampus,

sowie verschiedener Neurotransmitter-Systeme, wie das Noradrenalin-, Serotonin-, Dopamin- und Opiatsystem, in vielen Studien nachgewiesen werden konnte [8], haben bisher noch keine objektivierbaren psychophysiologischen Daten, wie z.B. EEG Eingang in die Diagnostik der PTSD gefunden.

Hinsichtlich der Epidemiologie einer PTSD wurden Prävalenzstudien sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch an Risikogruppen (z.B. Vietnam-Veteranen) durchgeführt. Die bisher größte epidemiologische Studie zur PTSD in der Allgemeinbevölkerung fand ein traumatisches Ereignis bei 60,7% der männlichen und 51,2% der weiblichen Befragten. Die Lebenszeitprävalenz für PTSD betrug 7,8% mit einer unterschiedlichen Geschlechtsverteilung von 10% für Frauen und 5% für Männer [Kessler et al. 1995, zitiert in 9]. Insgesamt zeigt sich in den bisherigen Studien, dass etwas einer von zwölf Erwachsenen irgendwann in seinem Leben eine PTSD entwickelt [Breslau N. 2001, zitiert in 9]. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher (Flatten et al. 2001).

In der Häufigkeitsverteilung eine Abhängigkeit von der Art des Traumas festzustellen:

- ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 20% bei Kriegsopfern und 15% Verkehrsunfallopfern

Yehuda und Mc Farlane (zitiert in Flatten et al.) sahen 1995 das traumatische Ereignis als solches zwar als notwendige, nicht aber als hinreichende Bedingung für das Auftreten einer PTSD an; die Entwicklung einer PTSD nach einem Trauma schien den bisher vorliegenden Erkenntnissen zufolge in den meisten Fällen eher die Ausnahme als die Regel zu sein. In den letzten Jahren formierten sich hochspezialisierte „Traumainstitute“, die sich ausschließlich mit der Diagnostik und Behandlung der PTSD befassen. Es verdichtet sich die Meinung, dass die DSM-IV Kriterien mögliche psychisch reaktive Symptome eines Traumas nicht erschöpfend beschreiben. Zudem wird das Kriterium A (s.u. Diagnostik) kritisiert, es würde das Opfer nur als pathologische Entität erfassen, indem es den Bedeutungsgehalt des Traumas und gesellschaftliche Phänomene nicht berücksichtigt [1].

Literatur

Autoren: Dr. Robert Karwasz, Dipl. Psychologe Ralf Rietmann