



Einführung in die Psychotraumatologie / PTSD-Genese

Georg Juckel

LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Was ist ein psychisches Trauma?



Foto: dpa



en.
Westfalen-Lippe.

Historisches



- Seit Jahrhunderten gibt es Belege für das Wissen um seelische Störungen als Folge psychisch traumatisierender Ereignisse ...
- Fachliteratur ab dem amerikanischen Bürgerkrieg, I./II. WK („Kriegszitterer“), Vietnamkrieg, Katastrophen

psychovegetative Symptomatik bei Soldaten

- Da Costa- Syndrom 1871
- Kraepelin 1899: Schreckneurose
- Southard 1919: shell shock (Granatenschock)
- Grinkler u. Spiegel 1949 :Gefechtsneurose



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Historisches



- Erste Fachpublikationen zu

Starke Beachtung durch Kriege, terroristische Anschläge („11-09“), Naturkatastrophen, Entführungen (Fall Reemtsma) und sexuellen Missbrauch (Fall Stephanie)

... von ...

Katastrophenbetroffene

Unfallbetroffene

Überfallbetroffene

Betroffene von Geiselnahmen

Mißbrauchs- u. Vergewaltigungsbetroffene

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Was macht einen Stressor traumatisch?



- Umgangssprachlich: Trauma Alltagswort geworden, eher schwache Stressoren
- DSM-III-R : „außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung...“
- ICD 10: „belastendes Ereignis... tiefe Verstörung hervorrufend“
- DSM IV: Gefühl der Lebensbedrohung (konsistentester Prädiktor)
- Weiterentwicklung in Richtung: Verlust jeglicher Autonomie, Bedrohung der körperl. Integrität

LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

Traumatisches Erlebnis als Hauptursache der Symptome?



- „Eisenbahn-Rückgrat-Syndrom“ mit RM- Verletzung
- „Granatenschock“: kleinste Teile im Gehirn...
- „Kompensationsneurose“
- Symptome zurückgeführt auf bereits bestehende Störungen
- Genetische Disposition ?
- ICD 10: Trauma als primärer und ausschlaggebender Kausalfaktor



Akutes Trauma



Die 50-jährige Alison Schmid wollte in New York ein neues Leben beginnen. Am 4. September zog sie ins Marriott Hotel, World Trade Center 3. Eine Woche später steht es nicht mehr.

© James Nachtwey/VII
Photo Agency

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Akutes Trauma als Trigger umschriebener früherer Traumatisierung



**Mit 19 Jahren
musste Fotograf
John Boscarino als
Fallschirmjäger
nach Vietnam. Der
11. September hat
sein Kriegstrauma
noch verschlimmert.**

© James Nachtwey/VII Photo
Agency

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Klassifikation

Entwicklung der DSM-Klassifikation PTBS ...



1952 DSM-I: schwere Belastungsreaktion
„gross stress reaktion“

1968 DSM II: vorübergehende
situationsabhängige Störung
„transient situational disturbance“

1980 DSM III: Posttraumatische
Belastungsstörung als
Terminus „posttraumatic stress disorder“
(spezifische diagnostische Kriterien!)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Entwicklung der DSM-Klassifikation



1987 DSM III-R: zusätzlich Nennung
verschiedener Klassen traumatischer
Ereignisse;

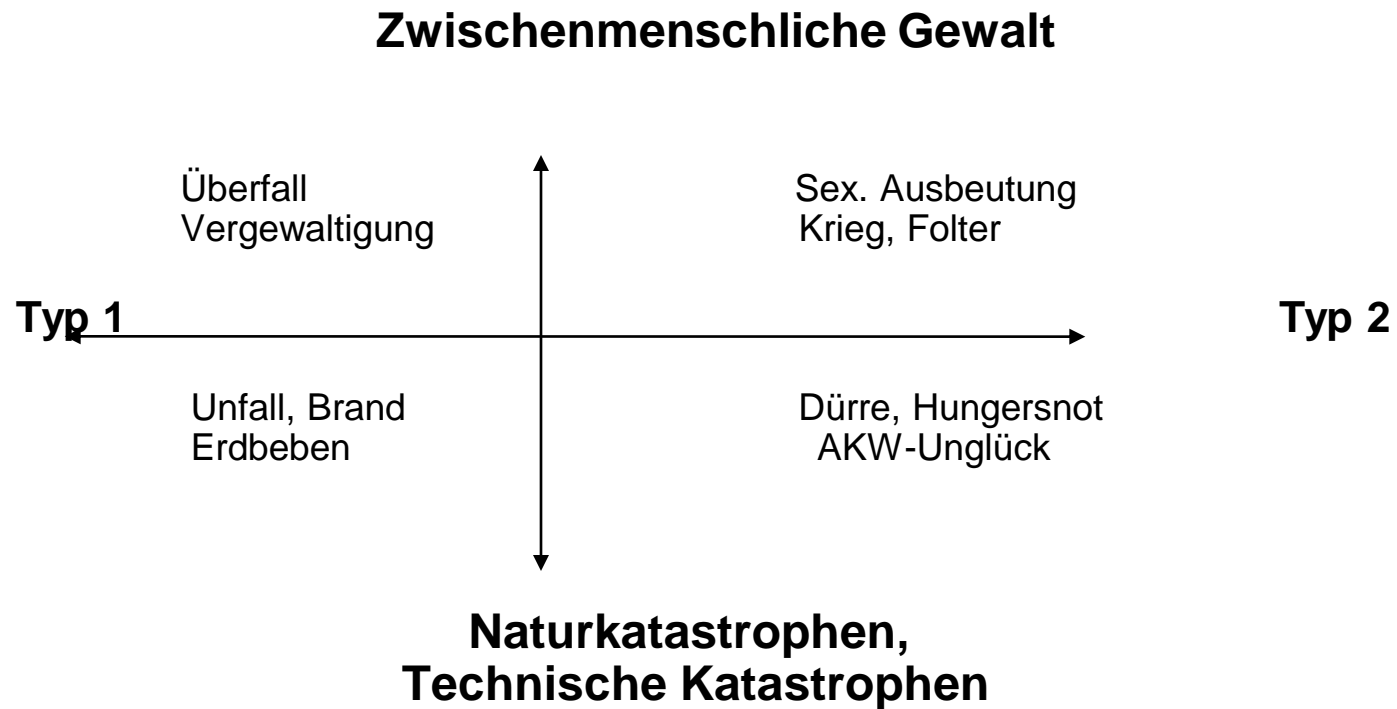
Unterscheidung in Trauma durch direkte
Konfrontation, Beobachtung, verbale
Vermittlung

1994 DSM IV: unter *Angststörungen*
geordnet; Kompatibilität zum ICD 10

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Große Spannweite potentiell traumatischer Ereignisse



Klassifikation traumatischer Ereignisse nach Landolt 2004 (Terr 1991)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



PTBS Definition

Setzt Akute Belastungsreaktion (ICD-10) bzw. Akute Belastungsstörung (DSM-IV) voraus (Symptome mindestens 2 Tage nach Trauma und höchstens 1 Monat, meist höchstens wenige Tage)

vermeidungsverhalten

Hyperarousal und/oder Betäubung (Amnesie, Dissoziation)

Diagnostische Kriterien (DSM IV 309.81, ICD 10 F 43.1)



- A. Ereignis / ICD-10-Kriterien
Reaktion: **Außergewöhnliche Belastung**
- B. Erinnerung
Trigger, Kö: **Nachhallphänomene (Intrusionen,**
- C. Vermeidung
Gefühlsverr: **Flash-Backs, Albträume)**
- Interessenv: **Vermeidungsverhalten**
- D. Chronizität
erhöhte Re: **Hyperarousal oder Amnesie**
- Schreckreak
- E. Symptome / > 1 Monat
- F. Klinisch bedeutsame Belastung bzw. Beeinträchtigung in
wichtigen (sozialen) Funktionsbereichen

massive

nis-se,

und

spektive)

örungen,

Bestimme, ob

akut – chronisch – verzögerter Beginn
< 3 Mo. Sympt. > 3 Mo. nach 6 Mo. Symp.

Diagnostic Criteria for Posttraumatic Stress Disorder (*DSM-IV-TR*)

Trauma nach ICD-10:

Außergewöhnliche psychische oder physische Belastung (Bedrohung oder Katastrophe, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde)

Trauma nach DSM-IV:

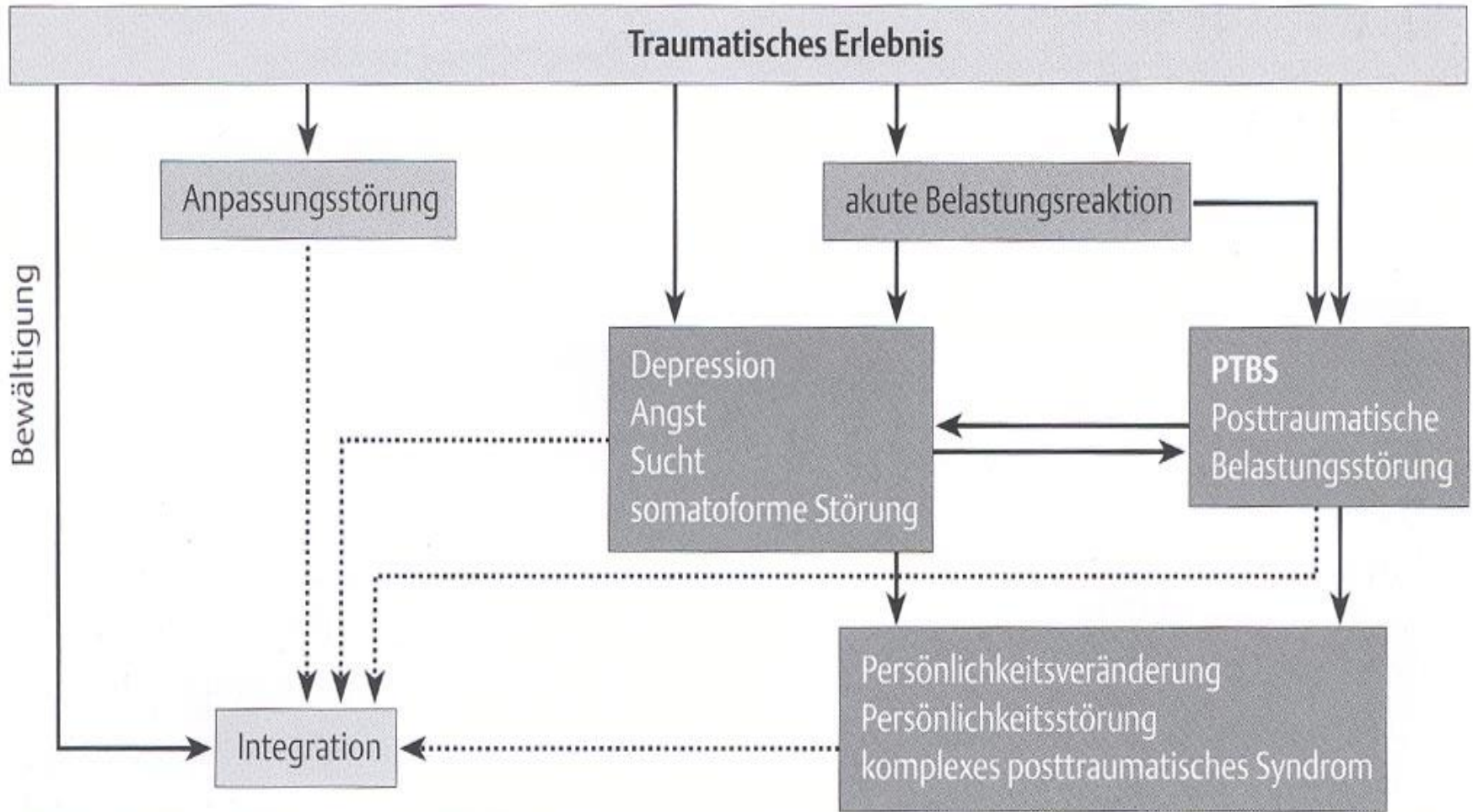
1. Gefahr für Leib und Leben

2. Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen

that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event

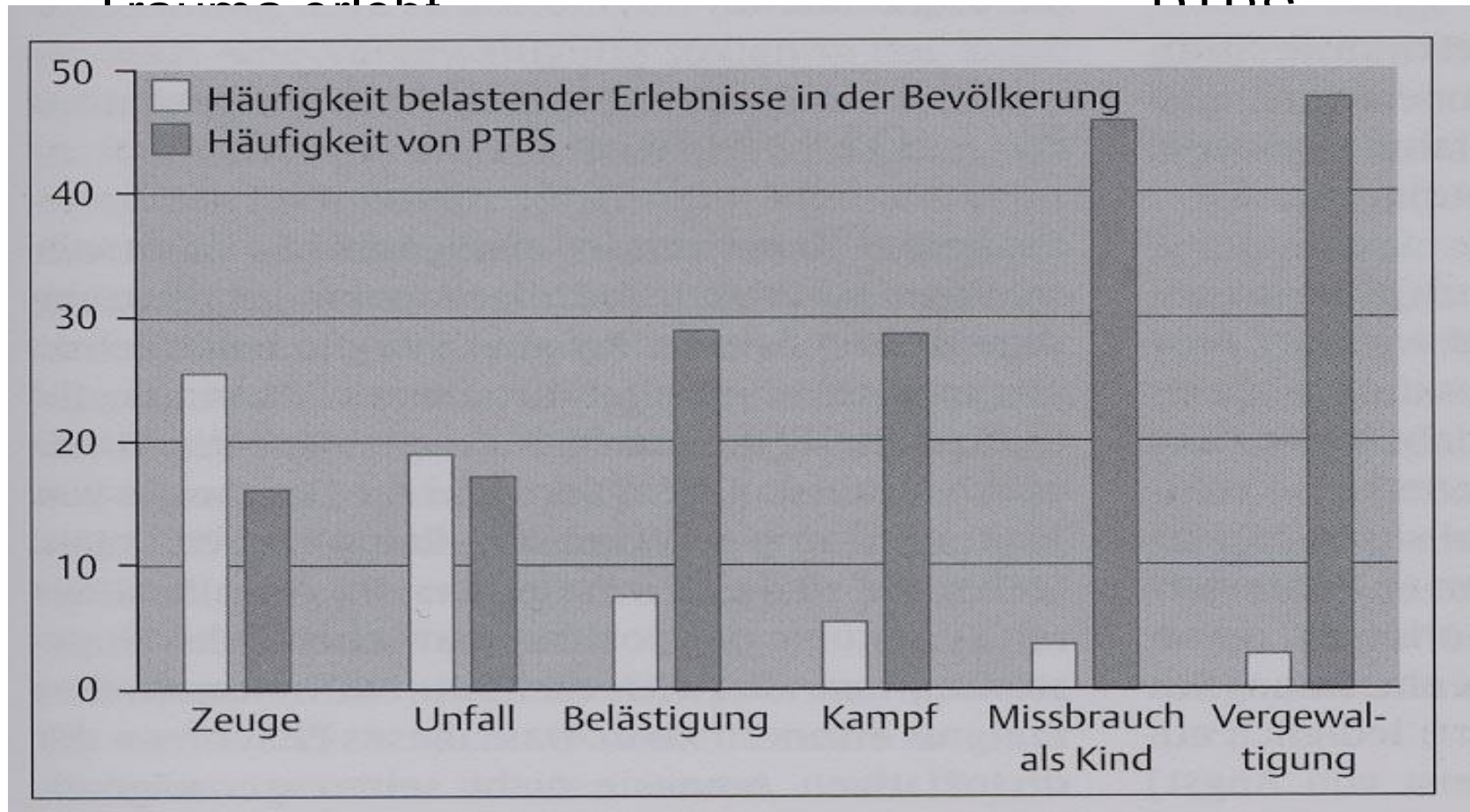
5. Physiological reactivity on exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event

Symptomspektrum nach psych. Traumatisierung (Lamprecht 2001)



Epidemiologie

Unterschiedliche PTB-Inzidenzen (Maercker 1998)



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Epidemiologie

- PTBS nur in 11 % der Fälle mit verzögertem Beginn (Mc Nally 2000)
- Im 1. Jahr nach dem traumatischen Ereignis remittieren ca. 50 %
- Bei 1/3, die nach Trauma PTBS entwickeln, entwickelt sich ein chron. Verlauf über 10 Jahre (Kessler 1995)
- Risiko ist um so höher, je schwerer die anfänglichen Symptome (Ehlers 1998)
- Gewalttaten führen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu PTBS als Unfälle/Katastrophen

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Epidemiologie

- Männer erleben mehr Traumata als Frauen
- Frauen erleben aber mehr Ereignisse mit hoher traumatischer Wirkung
- Risiko für die Entwicklung einer PTBS bei Frauen doppelt so hoch
(chron. Verlauf sogar 4 x so hoch bei Frauen)
(nicht durch die Art der traumatischen Ereignisse erklärbar)
- Lebenszeitprävalenz PTBS
Männer 5-6 % Frauen 10-12 % (Lit. 2-8%)
(bezogen auf DSM, ICD wäre höher)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



I. Lern- und kognitionstheoretische Annahmen

(„Synthese“ von Clark u. Ehlers 1999)

Zentrale Hypothese:

entscheidend für chron. PTBS ist

Wahrnehmung einer **schweren gegenwärtigen Bedrohung** (extern / intern) geprägt durch Trauma-Gedächtnis, neg. Interpretationen, Intrusionen, Verhalten

Trauma-Gedächtnis, Furchtstrukturen

Im Gedächtnis sind - kognitive Fakten,

- emotionale Bedeutungen

- physiologische Reaktionen gemeinsam

gespeichert. (Maercker 1997)

= stark assoziative Gedächtnisverbindungen; Reizkonfigurationen im impliziten Gedächtnis - starkes Priming; ungenügende Einbettung ins autobiograf. Ged.

LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.



II. Physiologische Veränderungen

- Erhöhtes **allgemeines autonomes „arousal“** (sympathikoton) mit
abnormer Schreckreaktion,
langsame Habituation an wiederholte Reize
- Erhöhtes **spezifisches „arousal“** für mit dem Trauma assoziierte Reize
- Reduzierte Muster kortikaler evozierter Potentiale auf neutrale Stimuli,
- Veränderungen in der Schlafphysiologie.

(Everly 1995, van der Kolk 1998)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



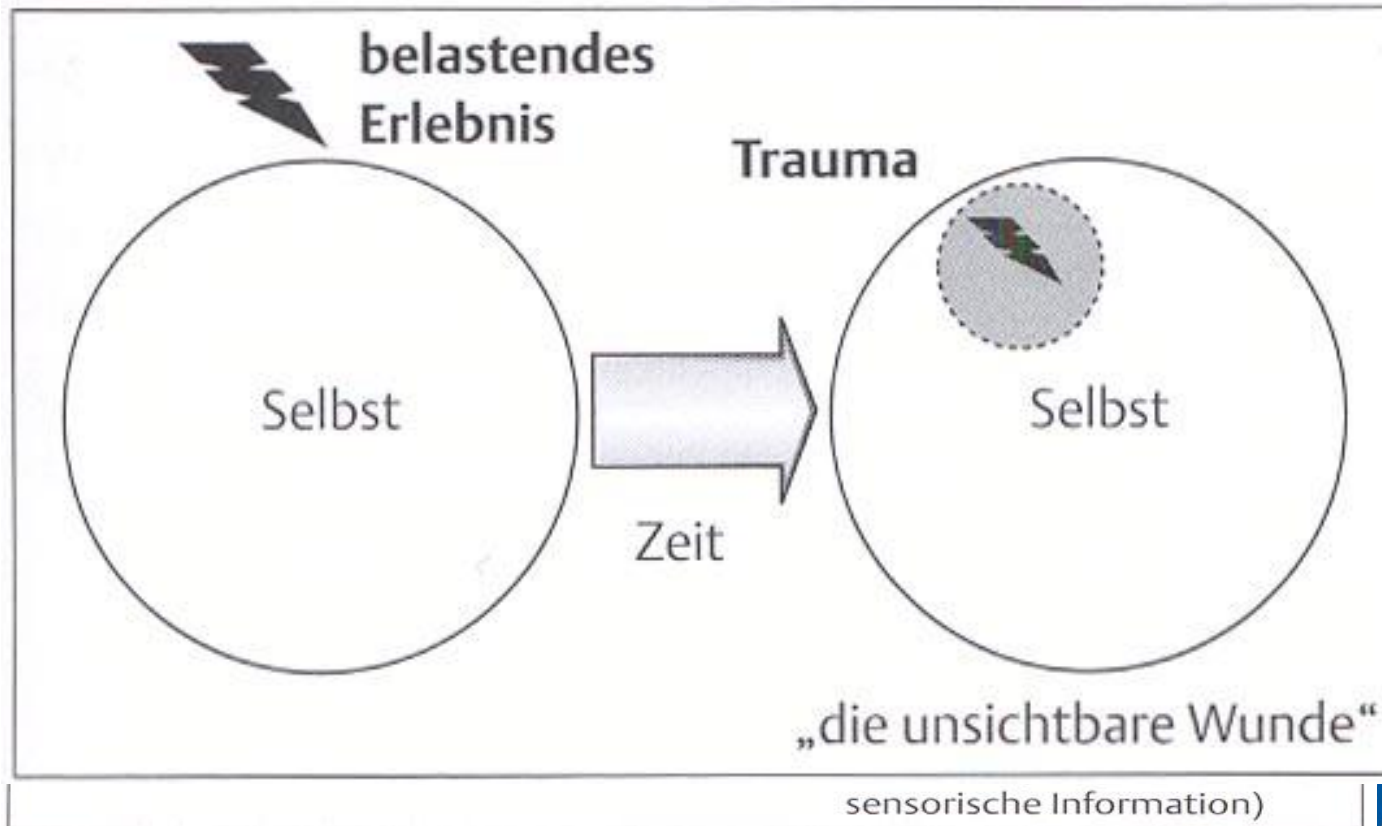
III. Biochemische Veränderungen

- Unterfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse mit **veränderten Kortisolspiegel** in Blut /Urin
- Gesteigerte **noradrenerge Aktivität** mit erhöhtem Metabolitenspiegel (Katecholamine) in Blut/Urin
- **Dysregulation im System endogener Opiate** (z. B. Endorphine) mit
Senkung der Schmerzschwelle unter Ruhebedingungen
und Anhebung unter Streß (streßinduzierte Analgesie)

(Yehuda et al 1995)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



ortisol
rben“

Nach Hofmann 2006



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Obwohl die PTBS in direktem und ursächlichen Zusammenhang zum traumatischen Ereignis steht,

wirken eine Vielzahl von Faktoren bei der Genese der Störung mit:

- Merkmale des Traumas
- des Individuums
- der Umwelt
- Bewertungen und
- Bewältigungsverhalten.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Therapie (3 Phasen der Behandlung)



1. Stabilisierung

- ➔ Ressourcenaktivierung
- ➔ Entspannungsübungen (PMR, Biofeedback)
- ➔ Imaginationsübungen (Sicherer innerer Ort, Screen-Technik etc.)
- ➔ Achtsamkeitsübungen

2. Traumakonfrontation (vorher Alltagstest, Anamnesetest)

3. Reintegration

- ➔ „Narrativ“, „Traumaskript“, Fähigkeit zur Verbalisierung des Materials

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Therapie



Psychotherapie

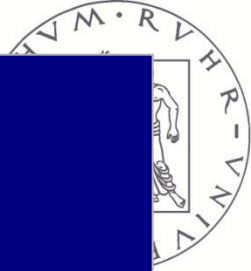
- ➔ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- ➔ Verhaltenstherapie

Psychopharmakotherapie

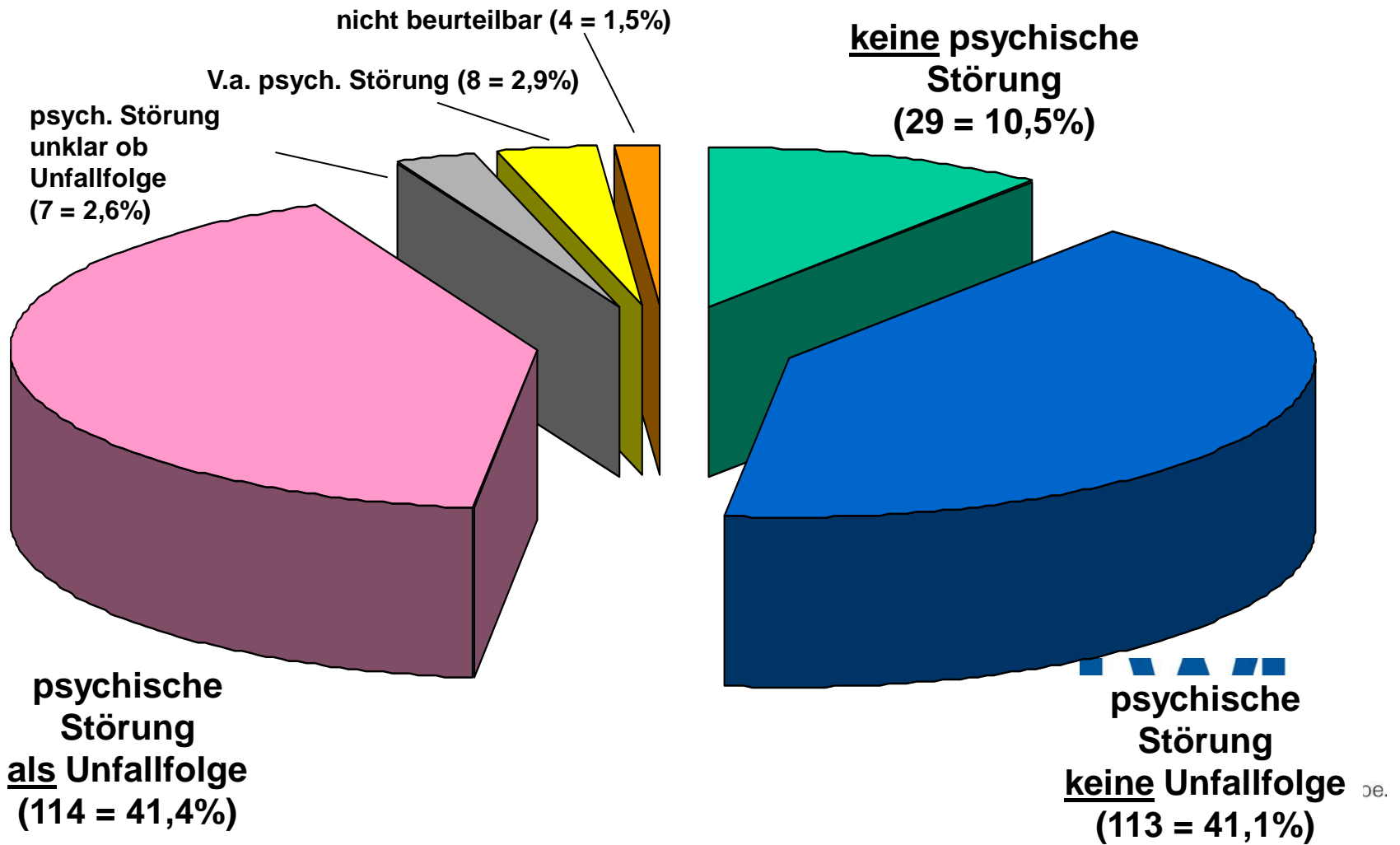
- ➔ V. a. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
- ➔ Ggf. Atypische Neuroleptika, Stimmungsstabilisatoren/Lithium, trizyklische Antidepressiva

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Statistik zum Unfallzusammenhang 1/2005 – 12/2006 (n = 275 BG-Patienten)



Herr Y., 42jähriger Arbeiter

- Quetschverletzung re. Hand in Hochdruckpresse 2/01
- Fingerteilamputation D II, Weichteildefekt, Lappenplastik
- Arbeitsversuch nach Umsetzung (Chir. MdE 30%)
- Stat. HV: V.a. PTB 2/04
- Neuropsychiatr. stat. Diagnostik: CRPS, PTB 3/03
- Begutachtung: PTB, depressive Episode, CRPS, V.a. somatoformes Schmerzsyndrom, MdE 80%

GA BHBO: (interdisziplin.) neuropath. Schmerz, kein CRPS, schwere depressive Episode, keine PTB, somatoforme Störung
Reaktivierung einer früheren Traumatisierung
(unfallbed. Verschlimmerung eines vorbest. Leidens ?)

Modediagnose PTBS



➤ **Unkritisch,**

zu häufig gestellte Diagnose

➤ **Vorgetäuschte Symptomatik !!!**

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Modediagnose PTBS

- traumatisches Ereignis objektivierbar (bestätigt) ?
- Art der Traumaschilderung (vegetative Symptome) ?
- Alpträume (monomorph – variabel) ?
- fluktuierende, aber unbeeinflussbare Symptomatik ?
- begleitende Konversionsstörung ?
- inkonsistente Beschwerden (Beruf – Freizeit) ?
- Vermeidung trauma-assoziiierter Reize (Video, Fotos) ?
- ausweichende Antworten; Widersprüche ?
- mangelnde Compliance bei Diagnostik ?

Diagnose PTBS



Fehlende Berücksichtigung von:

- **Existenz-/lebensbedrohliches Trauma (A1/A2 nach DSM IV)**
- **Zeitlicher Zusammenhang (< 6 Monate)**
- **Kritische Berücksichtigung von Vorerkrankungen und „Lebenssituation“**

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Modediagnose PTB

DER SPIEGEL **Wissenschaft** März 2005

PSYCHOLOGIE

„Hilfsbedürftige gezüchtet“

Der Psychiater Klaus Dörner über die Modediagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“, den übereilten Einsatz von Helfern und die Folgen falscher Fürsorge für die Patienten



Dörner, 71, gilt als einer der profiliertesten deutschen Psychiatriereformer. Er schrieb das Standardwerk „Iren ist menschlich“ und lebt heute als Buchautor in Hamburg.

SPIEGEL: Herr Dörner, stimmt es, dass jedes vierte Opfer von Verbrechen, Unfällen oder Naturkatastrophen wie dem jüngsten Tsunami eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) entwickelt – mit Symptomen wie Schlaflosigkeit, Ängsten, Suchtanfälligkeit und quälenden Erinnerungsschüben?

Dörner: Ich bin da skeptisch. Posttraumatische Belastungsstörungen sind zu einer Modediagnose geworden. Menschen können nach existentiell einschneidenden Erlebnissen in sehr seltenen Fällen innerlich so zerbrechen, dass sie ihr ganzes Leben lang gezeichnet sind und Hilfe benötigen. Aber dieser an sich richtige Gedanke wird im Augenblick völlig überspannt.

SPIEGEL: Seit das Psycholeiden offiziell als Krankheit anerkannt ist, nimmt die Zahl der Fälle sprunghaft zu – ein Grund, misstrauisch zu werden?

Dörner: Was wir sehen, ist leider zum großen Teil interessengesteuert. Wenn sich Therapeuten auf solche Probleme spezialisieren, brauchen sie auch genügend Patienten, um davon leben zu können. Und viele Krankenhäuser retten ihre wirtschaftliche Existenz, indem sie Spezialstationen für die Behandlung von PTSD-Kranken einrichten.

SPIEGEL: Angaben von Psychologen zufolge sollen bereits bis zu sieben Prozent der Bevölkerung PTSD-Opfer sein. Zeichnet sich da eine neue Volkskrankheit ab?

Dörner: Ich halte nichts von diesen astronomischen Zahlen, die ja übrigens für bestimmte Berufsgruppen noch höher ausfallen. Besonders die helfenden Berufe selbst gelten als erheblich PTSD-gefährdet. Bei ihnen reichen die Schätzungen auf über 20 Prozent. Krankschreibungen aus psychischen Gründen übersteigen zum Teil schon die Zahl der Fehltagewege körperlicher Beschwerden.

Wir stehen hier erst am schüchternen Anfang einer gewaltigen Eskalation. Das Konzept des Traumas und seiner Folgen eignet sich für eine solche inflationäre Ausweitung von psychologischen Indikationen vorzüglich.

SPIEGEL: Lässt sich PTSD überhaupt eindeutig diagnostizieren?

Dörner: Die Symptome sind viel zu unspezifisch. Jeder, der schon einmal einen Schicksalsschlag erlebt hat, weiß von sich selbst, dass schmerzhafteste Erinnerungen daran immer wieder ins Gedächtnis oder in die Träume einschleichen können. Es gibt einzelne Menschen, die diesem Modell des Traumaopfers lehrbuchhaft entsprechen und die auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Aber sie sind nicht das Problem. Das Problem ist das Aufblähen der Indikation.

SPIEGEL: Berliner Psychosomatiker haben nach der Wende eine „Posttraumatische Verbitterungsstörung“ als neues Krankheitsbild entdeckt. Lassen sich immer neue Traumata und die dazugehörigen Folgesymptome konstruieren?

Dörner: Der Phantasie sind hier keine Grenzen gesetzt. Die Traumatheorie verkauft sich in der Öffentlichkeit so gut, dass kaum irgendwo eine nennenswerte Gegenposition entsteht.

SPIEGEL: Profitieren die Patienten wenigstens von der umfassenden Fürsorge?

Dörner: Überhaupt nicht. Durch die Überaufmerksamkeit und die dahinter stehenden wirtschaftlichen Interessen werden Millionen Hilfsbedürftige gezüchtet. Der Normalfall nach Schicksalsschlägen ist, dass die Betroffenen das Erlebte in irgendeiner Weise verarbeiten, verdrängen, wegleben, wagnormalisieren – und damit ist die Sache nach einer Weile gegessen. Genau diese Normalisierung wird aber nicht mehr zugelassen. Durch die Art der professionellen Hilfe erleiden die Opfer eine Wahrnehmungseingengung: Sie lernen förmlich zu akzeptieren, dass alle zukünftigen Schwierigkeiten, die auf sie zukommen, monokausal auf dieses eine Trauma zurückzuführen sind. Die Chance des heilsamen Vergessens oder der Relativierung wird ihnen genommen.

SPIEGEL: Immerhin mehren sich inzwischen kritische Stimmen gegen das „psychologische Debriefing“ nach Ereignissen wie der Tsunami-Katastrophe. Die Opfer werden dabei ein, zwei Tage nach dem traumatisierenden Geschehen zusammengebracht, um sich in Gruppensitzungen die erlebten Ereignisse und Gefühle zu vergegenwärtigen. Forscher aus den USA und Großbritannien warnen, dass dadurch das Trauma vielfach erst in die Köpfe eingepflanzt wird.

Dörner: Solche kritischen Stimmen sind im Moment der einzige Hoffnungsschimmer am Horizont. Aber wenn man sich die Praxis ansieht, läuft nach wie vor alles in die entgegengesetzte Richtung: Es gibt keine Katastrophe, bei der nicht reflexhaft psychologische Helferteams an den Ort des Geschehens entsandt werden. Man könnte fast meinen, dass die psychologische Soforthilfe wichtiger ist als die somatische.

SPIEGEL: Wie sähe sinnvolle Hilfe für die Betroffenen aus?

Dörner: Man darf sie nicht mit zu viel Mitleid und Opferliebe erstickern. Sie brauchen Gelegenheit, mit sich allein zu sein, sich mit der Situation auseinander zu setzen und sie selbst zu durchleiden. Die Opfer mit Beruhigungsmitteln zuzuschütten ist falsch. Denn je realer die Situation durchlitten wird, desto größer ist auch die Chance, dass das Erlebte hinterher wegnormalisiert werden kann. Professionelle Helfer sollten dabei nur im Hintergrund eine Rolle spielen. Auf keinen Fall dürfen sie den Betroffenen das Gefühl geben, dass sich von diesem Punkt aus alle weiteren Schwierigkeiten ihres Lebens zwingend ableiten lassen.

INTERVIEW: GÜNTHER STOCKINGER



Tsunami-Opfer in Thailand: „Heilsames Vergessen“

Spiegel: Berliner Psychosomatiker haben nach der Wende eine „**Posttraumatische Verbitterungsstörung**“ als neues Krankheitsbild entdeckt. Lassen sich immer neue Traumata und die dazugehörigen Folgesymptome konstruieren?

Dörner: Die Traumatheorie verkauft sich so gut, dass kaum irgendwo eine nennenswerte Gegenposition entsteht.

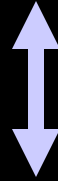
Dörner: Die Opfer mit **Beruhigungsmitteln zuzuschütten ist falsch**. Denn je realer die Situation durchlitten wird, desto größer ist die Chance, dass das Erlebte hinterher wegnormalisiert werden kann.

LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

„Modediagnose“
unkritische/unzutreffende Diagnose
Fehlender Unfallzusammenhang !



PTB
(Psychoreaktive Störungen)



übersehene Diagnose
langdauernde/frustrane Heilverfahren

Wittchen et al.
2009

Posttraumatic Stress Disorder: Diagnostic and Epidemiological Perspectives



We reviewed epidemiological findings for the diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) and its core diagnostic features, focusing on whether epidemiology has been helpful in clarifying some of the critical diagnostic issues relevant to the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the International Statistical Classification of Diseases. Though epidemiology has provided increasingly rich data and knowledge regarding prevalence and incidence, patterns of onset and course, comorbidity, and risk factors for traumatic experiences and posttraumatic stress, little systematic research has been performed specifically addressing such critical diagnostic issues. Particularly, unresolved concerns remain regarding the definition of trauma, duration and impairment/distress criteria, the distinctiveness of the PTSD-syndrome, and even the position of PTSD in the classification system of mental disorders. A further exploitation of the existing data, and an improvement of existing epidemiological methods, strategies, and assessments are likely to substantially contribute to the clarification of unresolved diagnostic issues.



TABLE 2.
Summary of Whether Sample and Study Character Impact on Risk Factor Effect Sizes^{1a}

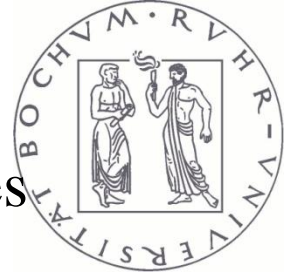
Risk Factor	Sample and Study Characteristics					
	Military vs. Civilian Samples	Military Female Samples	Retrospective vs. Prospective Design	Analysis by Diagnostic vs. Continuous Score	PTSD Assessed by Interview vs. Questionnaire	Trauma May Have Occurred in Childhood
Risk factors that predict PTSD in some populations only						
• Female gender	Yes ^a		Yes	Yes ^a	Yes	Yes
• Younger age	Yes ^a	Yes	Yes	Yes ^a	Yes ^a	No
• Race (minority status)	Yes	Yes ^a	No	No	No	No
Risk factors that consistently predict PTSD but to varying extents						
• Low SES	No	Yes	No	No	No	No
• Lack of education	Yes	No	No	Yes	No	Yes
• Low intelligence						
• Other previous traumas	No	No	No	No	No	No
• Other adverse childhood	Yes	No	No	Yes	No	Yes
• Trauma severity	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
• Lack of social support	Yes	No	No	No	No	No
• Life stress	No	No	No	No	No	No
Risk factors with homogeneous effects in predicting PTSD						
• Psychiatric history	No	No	No	No	No	Yes
• Childhood abuse	No	No	No	No	No	No
• Family psychiatric history	No	No	No	No	No	No

Yes: study characteristic impacts significantly on effect size; No: study characteristic does not impact significantly on effect size; SES: socioeconomic status.

^a Tests of of study characteristic in different samples predict effect size non-significantly in one of the groups.

Mitchell MJ, Glazer A, Bivins K, Finkelhor D. *JNS Special*. Vol 16, No 1 (Suppl 1). 2016.

Schlußfolgerungen



- PTBS ist ein schweres, oft nicht einfach zu behandelndes psychiatrisches Krankheitsbild.
- Aufweichung des Trauma-Begriffs in den letzten Jahren.
- Häufig nicht exakte Anwendung der diagnostischen Kategorien des DSM und/oder ICD.
- In Einzelfällen weiterhin die Gefahr des Übersehens, aber heute eher die Gefahr den Trauma-Begriff zu weit anzuwenden und damit PTBS überzudiagnostizieren
- Weitere und methodisch noch saubere epidemiologische Studien von Nöten (ungelöste Probleme: Def. des Traumas, Kriterien von Einschränkung und Behinderung, genaue Symptomabgrenzung,..)
- Wichtig in Klinik und in Begutachtungssituationen exakte, eher „konservative“ Anwendung der diagnostischen Kategorien, insbesondere des Traumas (eher „Gefahr für Leib u Leben“ statt „außergewöhnliche Bedrohungssituation“).

