

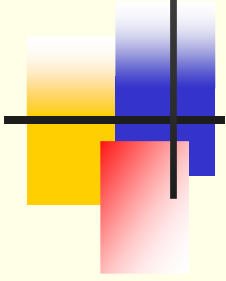
Sommersemester 2004
Modul 5.1. Nervensystem und Psyche

Psychosomatik und Psychotherapie



Anpassungs- und Belastungsstörungen

Dr.med. Dipl.Psych I. Sammet



*„Aber kein Übel gibt es, das langes Leben
nicht mit sich brächte.“*

(Petrarca, An Stefano Colonna den Alten
in Rom)



Belastende Ereignisse- „Gesunde“ Verarbeitung

- Veränderungen tolerieren
- Lösungsmöglichkeiten suchen
- Verdrängung



Reaktionen auf Belastungen und Anpassungsstörungen

- ICD-10 F43.0: Akute Belastungsreaktion
- ICD-10 F43.1: Posttraumatische
Belastungsstörung PTSD
- ICD-10 F43.2: Anpassungsstörung



Gemeinsame Charakteristika

- Belastendes Ereignis als ausschlaggebender Kausalfaktor
- Ohne seine Einwirkung wäre die Störung nicht entstanden
- Erhebliche Störung der sozialen Leistungsfähigkeit



1. Anpassungsstörungen

Auftreten

- nach entscheidenden, meist belastenden Lebensveränderungen
(z.B. Verlust durch Trennung, Tod, Emigration;
berufliche Zurücksetzung;
schwere körperliche Erkrankungen!)

Zeitliches Kriterium

- Beginn innerhalb eines Monats
- Dauer nicht länger als 6 Monate



Anpassungsstörungen: Einteilung nach Symptomatik

- Kurze (F43.20) oder längere (F43.21) depressive Reaktion
- Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)
- Vorwiegende Beeinträchtigung anderer Gefühle wie z.B. Sorgen, Anspannung Ärger (F43.23)
- Vorwiegende Störung des Sozialverhaltens (F43.28)



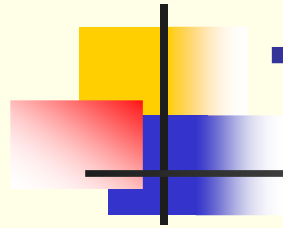
2. Akute Belastungsreaktion

Zeitlicher Verlauf

- Auftreten Minuten bis Tage nach Belastung
- Rascher Symptomwechsel
- Rasches spontanes Abklingen
- Selten Übergang in PTSD

Symptomatik

- Betäubung
- Bewußtseinseingengung
- Aufmerksamkeitsstörung
- Desorientiertheit
- Soz. Rückzug
- Veg. Angstäquivalente (Schwitzen, Erröten, Tachykardie)



Therapieprinzipien

Akute Belastungsreaktion

Vorwiegend Krisenintervention

(Suizidalität?, Psychoedukation, pharmakologische Therapie, Organisation sozialer Unterstützung)

Wegen Tendenz zur Spontanremission meist keine längere Therapie erforderlich

Anpassungsstörung

Indikation zur Kurzzeit-Psychotherapie

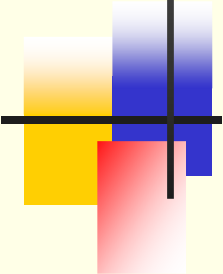
Erarbeitung von Bewältigungsstrategien auf Basis der persönlichen Ressourcen

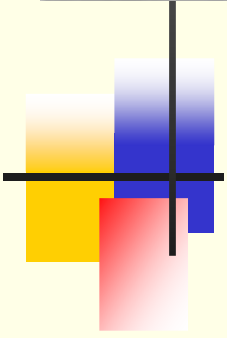
3. Posttraumatische Belastungsstörung

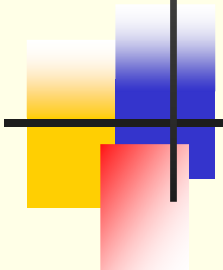


Gravierende psychische Störung

- nach belastendem Erlebnis
- ***von außergewöhnlicher Schwere***
- ***mit potenzieller oder realer Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit***
- ***für sich selbst oder andere.***
- Auftreten mit einer Latenz von mehreren Wochen, selten mehr als 6 Monate









Traumatisierende Ereignisse: keine Randerscheinungen (Flatten, 1998)

- 7 Millionen Tote zwischen 1961 und 1991 durch Naturkatastrophen
- Jährlich 117 Millionen Menschen von kriegerischen Auseinandersetzungen betroffen; seit 1945 zwischen 21 und 40 Millionen Tote in 127 Kriegen
- 17% der deutschen Jugendlichen zwischen 14 und 24 Jahren haben körperliche Gewalt, Unfall, sexuellen Mißbrauch oder Vergewaltigung erlebt



Epidemiologie und Verlauf

- Lebenszeitprävalenz 1-10 % (z.B. Perkonigg & Wittchen, 1998; Cottler, 1992; Breslau, 1991)
- Frauen zu Männer 2:1
- Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel
- Durchschnittliche Beschwerdedauer 36 Monate mit und 64 Monate ohne Behandlung
- Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung 30%
- Wahrscheinlichkeit Spontanremission 50%



Traumtypen

- **„Man made“ (willentlich)**

 - Sexuelle Gewalt, körperliche Misshandlungen

 - Kriegserlebnisse, Folter, Massenvernichtung (KZ)

- **Katastrophen und Unfälle**

 - Naturkatastrophen

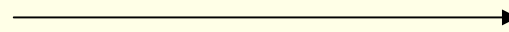
 - Verkehrs- oder Berufsunfälle

- **Andere**

 - Lebensbedrohliche Krankheiten

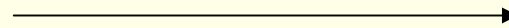
Inzidenz in Abhängigkeit des Traumas

Vergewaltigung,
sex. Missbrauch,
KZ-Haft



50-65 %

Verkehrsunfall
Naturkatastrophen
Zeuge sein von
Unfällen / Gewalt



2-12 %



Symptom: Intrusion



Wiedererleben des Traumas durch ungewollt sich aufdrängende Gedanken



Hauptsymptome

- **Intrusionen**
Flash backs / Alpträume
- **Konstriktion:** Vermeidung trauma-assoziiierter Stimuli
Sozialer Rückzug
Numbing (Emotionale Taubheit)
- **Hyperarousal**
Schreckhaftigkeit / Hypervigilanz /
Schlafstörungen / Reizbarkeit

PTSD-Risikofaktoren in Abhängigkeit des Traumas

Ereignis besonders traumatisierend:

- bei intensiver Bedrohung
- wiederholtem Vorkommen
- wenn absichtlich herbeigeführt
- bei irreversiblen Schäden oder Verlusten
- bei unerwartetem Eintreten
- bei Schuldgefühlen wegen des Ereignisses
- wenn keine Kontrolle möglich
- wenn Hilfe ausblieb



PTSD – Risikofaktoren (individuell)

- Initiale Symptomstärke
- Komorbidität
- Lebensgeschichtliche Entwicklung
 - frühe Trennungen / Verluste / frühere kritische Lebensereignisse
- Familiäre Vorbelastungen mit traumatisierenden Ereignissen
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Jugendliches oder hohes Lebensalter



Biologische Befunde

Bisher kein umfassendes biologisches Modell!

Beteiligte Faktoren:

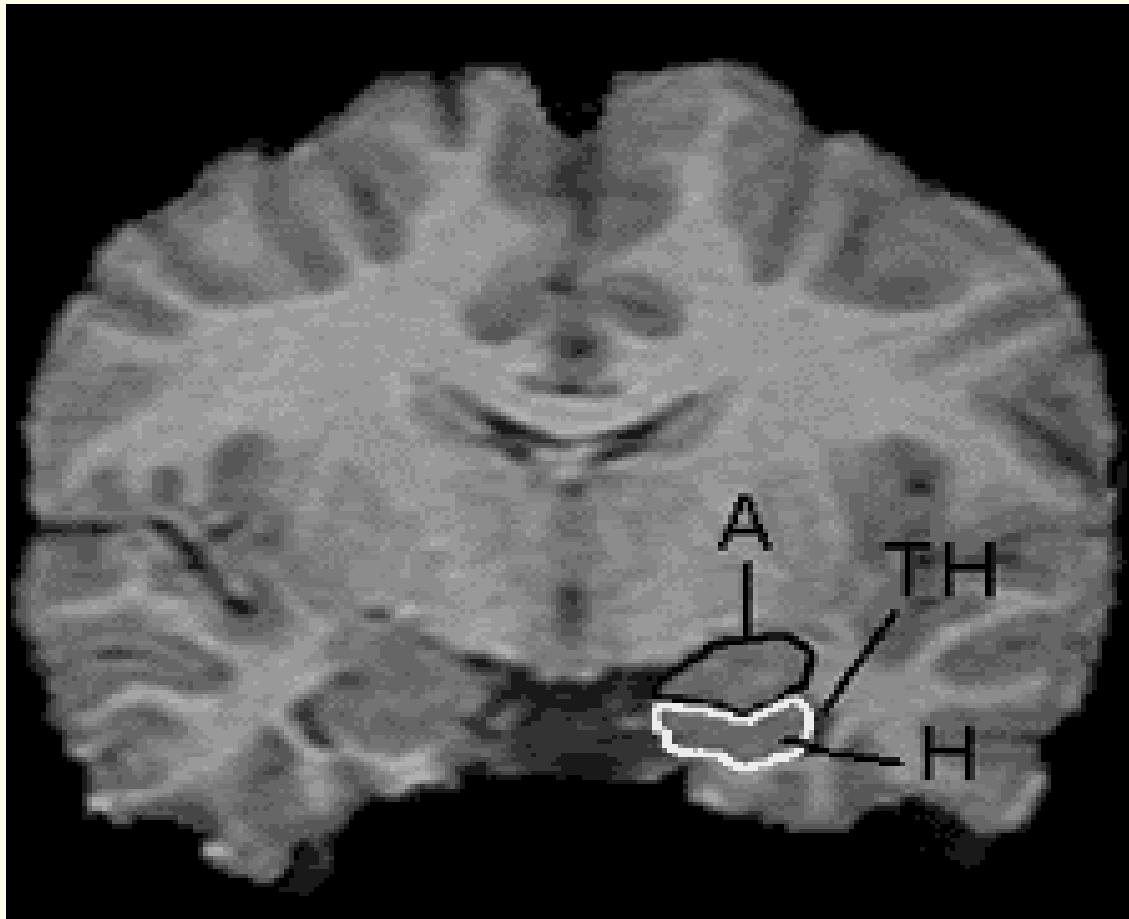
- Morphologisch
- Neurophysiologisch
- Hormonell
- Genetisch



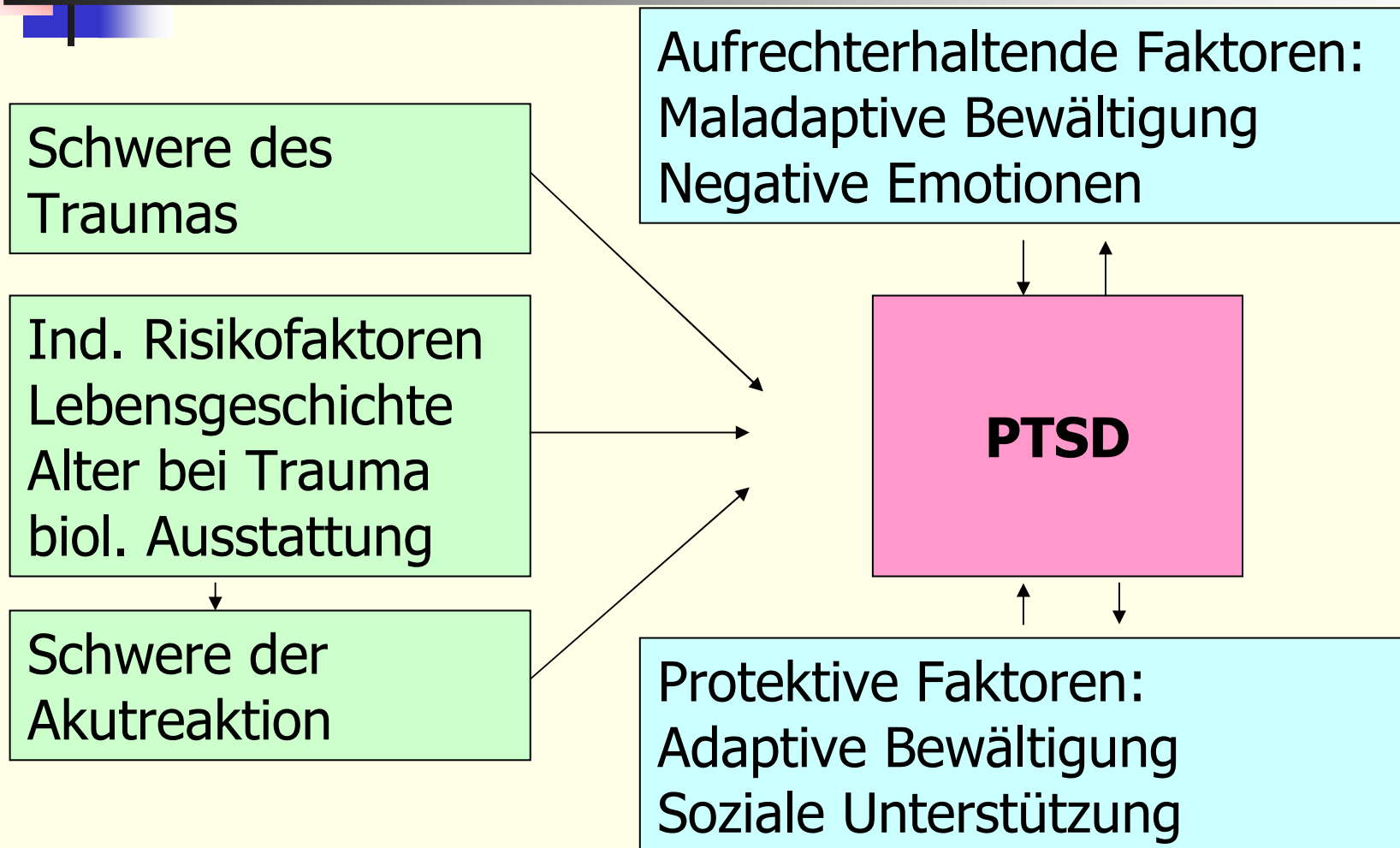
Biologische Befunde bildgebender Verfahren

- Hyperreagibilität der Amygdala (v.a. rechte Hemisphäre)
- Atrophie des Hippocampus und des Broca-Zentrums (v.a. linke Hemisphäre)

Beteiligte Areale



Entstehungsmodell der PTSD





Therapieprinzip

Komplexe Behandlungsplanung auf der Basis individueller Diagnostik erforderlich

- aufgrund möglicher Vielschichtigkeit der Symptomatik (biologisch, psychisch, sozial)
- aufgrund unterschiedlicher Art, Schwere, und sozialem Kontext des Traumas



Therapeutische Grundprinzipien

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Rehabilitation



Stabilisierung

- Herstellen einer sicheren Umgebung (Prophylaxe weiterer Traumaeinwirkung)
- Organisation eines psychosozialen Helfersystems
- Psychoedukation bezüglich traumatischer Symptome
- Hinzuziehung eines in der PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Evtl. symptomorientierte Pharmakotherapie



Traumabearbeitung -Voraussetzungen-

- Nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans!!
- Ohne ausreichende Stabilisierung keine Traumabearbeitung!!
- Traumatisierende Ereignisse oder Beziehungen müssen abgeschlossen sein!!



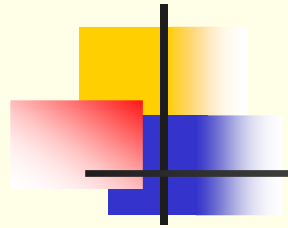
Traumabearbeitung -Grundannahmen-

Traumasyntese durch Traumaexposition:

Integration des traumatischen Erlebens in die individuelle Biographie als *Erfahrung, das Trauma überlebt zu haben*

Focus der Traumabearbeitung: intrusives Wiedererleben und daraus resultierende Verhaltensänderungen

Methoden: Habituation, kognitive Umbewertung, EMDR, psychodynamische Verfahren

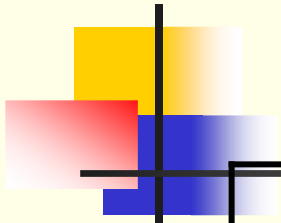


Rehabilitation

- Ziel: psychosoziale Reintegration
- Indikation: wenn Traumabearbeitung kontraindiziert
- auch zur Nachbehandlung nach Traumabearbeitung

Effekte von Therapie

(Etten & Taylor, 1998)



	Abbrecher-Raten	Prä-Post-Effektst.
Kognitive verhaltenstherapie	15,1	1,27
EMDR	14,4	1,24
Tiefenpsych. Therapie	11,0	0,9
Psychotherapie allg.	14,0	1,17
Trizyklika	26,4	0,54
SSRI	36,0	1,38
Pharmakotherapie	31,9	0,69
Kontrollgruppe	16,6	0,43



Interaktionelle Probleme Traumatisierter

- Verminderte Fähigkeit, sich anzuvertrauen
- Scham- und Schuldgefühle

Besondere Aspekte der Untersuchung Traumatisierter

- Cave: Retraumatisierung, iatrogene Schädigung!!!
- Immer überprüfen, ob detaillierte Klärung des Geschehens erforderlich!!!!!!
- Keine eindeutige Voraussage der Reaktion möglich!
Selbsteinschätzung der Traumaopfer einholen!





Literatur

Fischer, G., Riedesser P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB

Maerker, A. (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Springer

Rose, S., Bisson, J., Wessely S. (2003): A systematic review of single-session psychological interventions (debriefing) following trauma. Psychother Psychosom 72, 176-184

Seidler, G. Parfen, L, Ralph, M. Nolting, B. (2003): Aktuelle Entwicklung in der Psychotraumatologie; Psychosozial-Verlag