

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis

Erkennen – Verstehen – Behandeln (Teil 2)

L'état de stress post-traumatique (PTSD) en médecine de premier recours: diagnostiquer – comprendre – traiter (2^e partie)

Felix Harder^a, Werner Tschan^b

^a Allgemeine Medizin FMH, ^b Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Quintessenz

- Obwohl die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) eine hohe Tendenz zu Spontanremission zeigt, empfiehlt sich eine frühzeitige Behandlung infolge der Gefahr der Chronifizierung und der erheblich gesteigerten Suizidalität.
- Die Behandlung beruht auf einer Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie. Die medikamentöse Behandlung schafft in vielen Fällen die Voraussetzung, dass überhaupt eine Psychotherapie möglich wird.
- Erster Schritt jeder Behandlung stellt der Aufbau einer verlässlichen und sicheren Vertrauensbeziehung («secure base») dar.
- Die Methode der Wahl stellen kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen dar. Neben der Reduktion der Symptomatik und Beeinflussung dysfunktionaler Mechanismen (z.B. Vermeidungsverhalten) sollen die funktionelle Einschränkung und die Lebensqualität verbessert werden.
- In der pharmakologischen Behandlung haben sich die SSRI (Serotonin-Reuptake-Inhibitoren) bewährt. Der beste Indikator für den Therapieerfolg stellt neben der eigentlichen Symptomreduktion die subjektive Verbesserung der Lebensqualität dar.

Quintessence

- *Bien que l'état de stress post-traumatique (PTSD) ait une tendance à la rémission spontanée élevée, un traitement précoce est recommandé en raison du risque de chronification et de suicide nettement augmenté.*
- *Le traitement est à base d'une association de psychothérapie et de pharmacothérapie. C'est d'ailleurs très souvent le traitement médicamenteux qui rend possible la psychothérapie.*
- *La première étape de chaque traitement est l'établissement d'une relation de confiance fiable et sûre («secure base»).*
- *Les traitements cognitivo-comportementaux sont la méthode de choix. En plus de la réduction de la symptomatologie et de l'action sur les mécanismes dysfonctionnels (par ex. évitement), il s'agit d'améliorer le handicap fonctionnel et la qualité de vie.*
- *Dans le traitement pharmacologique, les ISRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) ont fait leurs preuves. La diminution des symptômes mise à part, le meilleur témoin du résultat thérapeutique est l'amélioration subjective de la qualité de vie.*



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 427 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 430 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Therapie

Obwohl die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) eine hohe Spontanremissionstendenz zeigt, empfiehlt sich eine frühzeitige Behandlung wegen der stets bestehenden Gefahr der Chronifizierung und der erheblich gesteigerten Suizidalität. Das Ausmass an Spontanheilungen illustrieren die nachfolgenden Ausführungen. Nach einer Vergewaltigung fand sich bei 94% nach einer Woche eine akute Stressreaktion, davon zeigten nach vier Wochen noch 65% eine posttraumatische Belastungsstörung, und nach vier Monaten noch 47% [13]. Nach einer weiteren Studie liegt die Spontanremission nach PTSD nach 6 Monaten bei 26%, nach einem Jahr bei 40% und nach 5 Jahren bei 65% [14]. Kessler [4] konnte zeigen, dass nach einem Jahr rund ein Drittel nach einer PTSD beschwerdefrei sind, nach 4 Jahren sind rund die Hälfte geheilt, und nach 10 Jahren fand sich noch bei einem Drittel das Vollbild einer PTSD.

Die Behandlung besteht in einem multimodalen Zugang, vorzugsweise in einer Kombinationsbehandlung Psychotherapie und Pharmakotherapie. Die Pharmakotherapie schafft in vielen Fällen die Voraussetzung, dass überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung durchführbar wird. Da traumatisierte Personen häufig an einer Vielzahl von weiteren Störungsbildern leiden, etwa Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente), Ess- und Somatisierungsstörungen, soziale Isolierung sowie erhöhte Suizidalität, führt nur eine der jeweiligen individuellen Situation angepasste Behandlungsstrategie zum Erfolg. Dies relativiert die vorhandenen Therapiestudien, die sich auf bestimmte klinische Patientenpopulationen beschränken, die der komplexen Realität im Praxisalltag jedoch nicht gerecht werden [15]. Zudem mag die diagnostische Einteilung fälschlicherweise eine einheitliche Patientenpopulation suggerieren, die demzufolge von einer standardisierten Behandlung profitieren könnte. Diese aus der somatischen Medizin bekannte Vorgehensweise ist jedoch grundsätzlich bei psychischen und/oder gemischt psychisch-somatischen Krankheitsbildern nicht anwendbar. Eine erfolgreiche Behandlung berücksichtigt die individuellen Ressourcen ebenso wie das jeweilige Krankheitsverständnis.

Behandlungsziele

Die Ziele einer erfolversprechenden Therapie sind:

- Reduktion der Symptomatik,
- Änderung dysfunktionaler Mechanismen (z.B. Vermeidungsverhalten),
- Verbesserung der funktionellen Einschränkung,
- Verbesserung der individuellen Lebensqualität.

Die Bewältigung schrecklicher Ereignisse bedeutet, dass die somatischen und psychischen Reaktionen nicht mehr in der bisherigen Intensität auftreten und nicht zu einer anhaltenden Beeinträchtigung führen.

Psychotherapie

Die individuelle Psychotherapie stellt unbestritten bei der PTSD die Behandlung der Wahl dar. Die Behandlung zielt auf eine Änderung kognitiver mentaler Schemata (Ansichten und Überzeugungen) und resultierenden Verhaltensmustern, die im Sinne von Rückkopplungsmechanismen die Krankheitssymptome unterhalten. Die kognitive Verhaltenstherapie zeigt in vielen empirischen Untersuchungen die besten Resultate. Ergänzt durch psychoedukative Interventionen mit Darlegung physiologischer Zusammenhänge können die mit dem Trauma in Zusammenhang stehenden Ängste und Vermeidungsreaktionen angegangen werden. Bevor konfrontative Techniken zur Anwendung gelangen dürfen, muss ein hinreichendes Vertrauensverhältnis in die ärztliche Beziehung aufgebaut werden, die dem Patienten Sicherheit und Schutz vor erneuter Traumatisierung vermittelt. Ziel ist es, im folgenden Prozess die durchgemachten traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten und damit zu bewältigen. In kontrollierten Studien haben die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen ihre Wirksamkeit vielfach bestätigt.

Daneben können in Ergänzung nicht-kognitive Therapieverfahren wie beispielsweise die Maltherapie eine grosse Hilfe in der persönlichen Bewältigung darstellen. Wegen vielfach bestehender Schmerzsymptome (Migräne, weichteilrheumatische Beschwerden, diffuse körperliche Schmerzen, Essstörungen) sind regelmässig spezifische Behandlungen erforderlich. Ärztliche Anregung zu sportlicher Betätigung, gesunder Ernährung, Meidung von Suchtmitteln und Beachtung einer guten Work-Life-Balance mit ausreichenden Erholungs- und Schlafzeiten sind sinnvoll. Die soziale Isolation erfordert häufig ein Social-Skill-Training mit dem Ziel einer Verbesserung von sozialen Bezugsnetzen und persönlichen Beziehungen. Beeinträchtigung der

Dieser Beitrag basiert auf zwei Workshops, welche die Autoren im Rahmen der KLIFO 2003 im Bruderholzspital, gegeben haben. Die Reaktionen der Teilnehmer haben gezeigt, dass für Hausärzte ein grosses Informationsbedürfnis über die Diagnostik, die Pathophysiologie und die Behandlungsmöglichkeiten von PTSD besteht. Der vorliegende Artikel vermittelt einen Überblick über das Krankheitsbild und illustriert exemplarisch an drei Beispielen aus der täglichen Praxis, wie sich die Sachlage präsentiert. Mit einer kritischen Stimme wird auf die fehlende curriculare Integration dieser Themenbereiche hingewiesen. Aus Platzgründen erfolgt eine Aufteilung auf zwei Beiträge.

Arbeitsfähigkeit erfordert gelegentlich die Einleitung beruflicher Rehabilitationsmassnahmen, mitunter muss die Prüfung einer Berentung in die Wege geleitet werden.

Pharmakologische Behandlung

Die Pharmakotherapie zielt vorrangig auf eine Minderung der Angstsymptomatik, eine Verbesserung der Stimmungslage, eine Stabilisierung der vegetativen Labilität und eine Besserung der Schlafstörungen. Die derzeitigen Behandlungsstrategien zielen auf eine Beeinflussung des Neuromodulators Serotonin, der bei der Regulation der stressinduzierten Glukokortikoid-Response eine entscheidende Rolle spielt. Mittel der ersten Wahl sind die SSRI (selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren). Derzeit haben zwei Substanzen die Zulassung der amerikanischen FDA zur Behandlung bei der posttraumatischen Belastungsstörung erhalten, nämlich Sertralin und Paroxetin. Weitere Substanzen wurden bisher in Wirksamkeitsstudien berücksichtigt (Fluoxetin, Fluvoxamin, Citalopram). Bei den genannten Substanzen handelt es sich um SSRI. Ebenfalls Verwendung finden SNRI (Serotonin- und Norepinephrin-Reuptake-Inhibitoren) wie Venflaxin. Die Wirksamkeit auf alle vier Symptomgruppen ist empirisch belegt, am schwierigsten angebar scheinen jeweils die Schlafstörungen zu sein.

Neue Wege werden mit der Antagonisierung von CRF (Kortikotropin-Releasing-Faktor), und damit der neuroendokrinen Reaktion, bestritten. Es dürfte allerdings noch einige Zeit bis zur praktischen Anwendungsmöglichkeit dieser Substanzklassen vergehen. Die Anwendung von Benzodiazepinen sollte angesichts des Abhängigkeitspotentials nur zurückhaltend in Betracht gezogen werden.

Fall 3: Sexuelle Gewalt

Eine heute 68jährige Frau steht wegen diffuser somatischer Beschwerden in hausärztlicher Behandlung. Sie leidet unter einer Gonarthrose bei deutlicher Adipositas. Wegen Gallenblasenbeschwerden wurde 1991 eine Cholezystektomie vorgenommen. 2001 wurde ein Mammakarzinom links diagnostiziert, was konsekutiv zu einer vollständigen Ablatio links führte. Subjektiv tolerierte die Frau den Eingriff erstaunlich gut, jedenfalls litt sie nicht sonderlich an der körperlichen Entstellung, obwohl sie seit 1995 wegen episodischer depressiver Verstimmungen phasenweise eine Behandlung mit Antidepressiva benötigte.

Zufällig ergab sich 2002 im Rahmen einer Konsultation ein Gespräch über Nähe und Distanz. Anlass war ein Zeitungsartikel, den die Patientin gelesen hatte. Aus einer Intuition heraus ergab sich die Frage, ob sie dies aus eigener Erfahrung kenne. Daraufhin berichtete sie über sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit. Zwischen 11 und

18 Jahre alt habe sie wiederholte sexuelle Übergriffe durch den eigenen Vater erlebt. Sie habe unehelich mit 18 einen Sohn geboren, der möglicherweise das Kind vom eigenen Vater sein könnte. Später arrangierte der Vater eine Ehe mit einem Freund des Vaters, die jedoch bereits nach 3 Jahren infolge häuslicher Gewalt und Alkoholexzessen wieder zur Trennung führte. Fünf Jahre später ging die Patientin eine zweite Ehe ein, die bis heute besteht, und die sie subjektiv als glücklich erlebt.

Handelt es sich hier um eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)? Trotz der eindeutigen sexuellen Gewalterlebnisse muss die Frage in diesem konkreten Fall mit nein beantwortet werden. Die Patientin hat sich innerlich so weit von den schrecklichen Erfahrungen distanziert, dass heute keine nennenswerten Symptome mehr nachweisbar sind. Subjektiv leidet sie nicht mehr unter den Vorfällen. Ob die subjektiv als befriedigend erlebte, lange Ehesituation der Frau über ihre durchgemachten Erfahrungen hinweggeholfen hat, muss offen bleiben. Die Frau kann bei Bedarf über die Vorfälle sprechen, eine therapeutische Aufarbeitung ist nicht indiziert.

Dieses Beispiel illustriert zweierlei: Erstens führt nicht jedes noch so schreckliche Lebensschicksal zur Ausbildung einer PTSD, und zweitens weist das Beispiel auf die Wichtigkeit einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung hin; nur so konnte die Frau erstmals mit jemandem über die durchgemachten Erfahrungen sprechen – über die sie nicht einmal ihren Ehepartner informieren konnte. Die subjektive Einschätzung, dass sie in bezug auf die sexuelle Traumatisierung keinerlei weitere Aufarbeitung wünsche, ist zu respektieren.

Der kürzlich durch die WHO veröffentlichte «World Report on Violence and Health» [16] weist unmissverständlich auf die Zusammenhänge zwischen sexueller Gewalt und gesundheitlichen Folgen hin. Die traditionelle Medizinausbildung vermittelt jedoch kaum die notwendigen pathophysiologischen Kenntnisse – als Folge ist man rasch hilflos und überfordert und reagiert abwehrend. Durch gezielte Fragen signalisieren wir als Ärzte, ob wir uns für solche Dinge zuständig erachten, oder nicht. Bereits vor Jahren machte ein Beitrag im British Medical Journal [17] auf diese Zusammenhänge aufmerksam – allerdings ohne grossen Erfolg. Sexuelle Gewalt wird von vielen als ein Problem der Strafjustiz angesehen, und nicht des Gesundheitswesens. Epidemiologische Zahlen betreffen die meisten erst, wenn sie selbst damit konfrontiert werden. Die Auseinandersetzung mit den Ursachen sexueller Gewalt berührt einem aufs unangenehmste. Diese drei Gründe werden angeführt, wieso die Entscheidungsträger bisher die Integration der Thematik in das Medizincurriculum als unnötig erachtet haben.

Heilung

Als verlässlichstes Verlaufs- und Erfolgskriterium der Behandlung hat sich die subjektive Lebensqualität herausgestellt. Wenn ein Patient das Gefühl entwickelt, er fühle sich wieder hergestellt, oder er sei wieder so, wie er dies von sich kenne, bestätigt dies in verlässlichem Mass eine Remission. Weitere Parameter bilden der Rückgang der Kernsymptome der PTSD beziehungsweise das Ausmass weiter bestehender, objektivierbarer Einschränkungen [18].

Das Trauma als solches kann nie ungeschehen gemacht werden. Dies führt regelmässig auch die Therapeuten an eine Grenze, weil sich die schrecklichen Erinnerungen nie ganz tilgen lassen. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass die Horrorerlebnisse und Schreckensnachrichten, mit denen uns die Patienten konfrontieren, auch die Helferpersonen traumatisieren können [19]. Trotzdem gilt es, zumindest zu Beginn der Behandlung, gemeinsam mit dem Patienten eine Vision zu entwickeln, wie sich ein Heilungsverlauf gestalten könnte. Durch Formulierung von (realisierbaren) Zielen und Teilschritten kann der Behandlungsverlauf strukturiert werden.

Eine gewisse Bescheidenheit angesichts der limitierten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten einer PTSD ist ebenfalls angezeigt. *Insight into the recovery process may also be gained by drawing upon the wisdom of the majority of trauma survivors worldwide, who never get formal treatment of any kind. To the extent that they recover, most survivors must invent their own methods, drawing on their individual strengths and the supportive relationships naturally available to them in their own communities* [20]. So zeigt auch das erste Fallbeispiel, dass das ärztliche Gespräch manchmal vollkommen ausreichend sein kann und einer Person dazu verhilft, sich ausreichend zu stabilisieren. Wo die Grenzen der eigenen Kompetenz erreicht sind, ist eine Überweisung an entsprechende Fachkollegen angezeigt. Damit kommen wir wohl zum wichtigsten Punkt der ganzen Behandlung: Grenzen setzen. Traumatisierte Menschen bedürfen dies in weit höherem Masse als andere Patienten – nicht zuletzt, weil ihre eigenen Grenzen verletzt worden sind. Als Ärztin oder Arzt sind wir für den Patienten auch ein Rollenmodell – wo wir unsere Grenze eigenverantwortlich wahrnehmen und entsprechend handeln, zeigen wir dem Patienten auch einen Weg auf, wie man aus Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Überforderung heraus finden kann.

Zusammenfassung

Eines der wichtigsten psychiatrischen Störungsbilder ist die posttraumatische Belastungsstörung, mit einer hohen Komorbidität an Depressionen und weiteren Krankheitsbildern. Traumatische Störungen sind keine Erfindung des Zeitgeistes. Die Menschen waren zeitlebens mit

der Bewältigung von Katastrophen aller Art konfrontiert, sei es Krankheitsepidemien wie die Pest, Erdbeben und andere Naturkatastrophen, oder kriegerische Auseinandersetzungen. Neu ist einzig die diagnostische Erfassung durch die heutige Psychiatrie und die Konzeption der PTSD-Diagnostik im Jahre 1980. Da Betroffene häufig keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den meist schon länger zurückliegenden traumatischen Erfahrungen sehen, müssen Ärztinnen und Ärzte einen proaktiven Zugang entwickeln. Durch Kenntnis des Krankheitsbildes und gezielte anamnestiche Befragung lässt sich die Diagnose in der Regel problemlos stellen.

Für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Trauma (Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Situation);
- vier clusterartige Symptomgruppen (Wiedererleben des Traumas, Vermeidungsverhalten, emotionale Unempfindlichkeit und erhöhte Grundspannung);
- signifikante funktionelle Beeinträchtigung;
- Dauer der Beschwerden mindestens einen Monat.

Die Prävalenz für PTSD liegt bei 8%, wobei Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Nicht alle Menschen erleben selbst nach schweren Traumatisierungen eine PTSD. Zwei Faktoren scheinen für die Störungsgenese verantwortlich zu sein. Zum einen die spezifische Art der Traumatisierung und zum anderen die vorbestehenden Faktoren biologischer, sozialer und persönlicher Art. Die Pathophysiologie beruht auf einer fehlgesteuerten mentalen Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Viele individuelle Reaktionsmuster entsprechen Selbstschutzmechanismen und müssen entsprechend eingeordnet werden.

Die Behandlung besteht in Psychotherapie, vorzugsweise kognitiver Verhaltenstherapie, in Kombination mit Psychopharmakotherapie. Verwendung finden in erster Linie SSRI. Die Behandlungsstrategie beruht auf einem multimodalen Ansatz und soll den Patienten befähigen, die traumatische Erfahrung zu verarbeiten. Eine Behandlung in klaren Situationen kann ohne weiteres durch den versierten Hausarzt durchgeführt werden. Stösst man an eigene Grenzen, empfiehlt sich eine frühzeitige Überweisung an therapeutisch geschulte Kollegen. Die Lebensqualität des Patienten hat sich als subjektiv entscheidender Faktor zur Beurteilung der Behandlungsqualität etabliert.

Literatur

- 1 Maercker A. Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Springer Verlag, Berlin 1997.
- 2 Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ* 1987;294:1200-2.
- 3 Yehuda R. Risk factors for posttraumatic stress disorder. American Psychiatric Press, Washington DC 1999.
- 4 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
- 5 Yehuda R. Immune neuroanatomic neuroendocrine gender differences in PTSD. Paper presented to the American Psychiatric Association Annual Meeting, New Orleans 2001.
- 6 Perkonig A, Wittchen HU. Trauma and PTSD among adolescents and young adults from the general population of Germany. Max Planck Institut für Psychiatrie. Unveröffentlichtes Manuskript, zit. in Maercker A. 1997.
- 7 LeDoux J. *Synaptic self*. Viking, New York 2002.
- 8 Fiedler P. *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung*. Psychologie Verlags Union, Weinheim 2001.
- 9 Glaser D. Child abuse and neglect and the brain – a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41: 97-118.
- 10 Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001;49:1023-39.
- 11 Fennema-Notestine C, Stein MB, Kennedy CM, et al. Brain morphometric in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2002;52:1089-101.
- 12 Van der Kolk B. 2000. Trauma und Gedächtnis. In B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*, pp. 221-40, Junfermann, Paderborn.
- 13 Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorders in rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 1992;5: 455-75.
- 14 Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626-32.
- 15 Horowitz MJ. *Treatment of stress response syndromes*. American Psychiatric Press 2003; Washington DC.
- 16 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (Eds.) *World Report on Violence and Health*. World Health Organisation 2002, Geneva.
- 17 Wilkins R. Women who sexually abuse children. Doctors need to become sensitised to the possibility. *BMJ* 1990; 300:1153-4.
- 18 Rappaport MH, Endicott J, Clark CM. Posttraumatic stress disorder and quality of life: results across 64 weeks of sertraline treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63:59-65.
- 19 Haley S. When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry* 1974;30:191-6.
- 20 Herman J. *Trauma and recovery*. Basic Books, New York 1997: p. 241.

Korrespondenz:

Dr. med. Werner Tschan
 Neuensteinerstrasse 7
 CH-4053 Basel
tschankast@bluewin.ch