

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis

Erkennen – Verstehen – Behandeln (Teil 1)

L'état de stress post-traumatique (PTSD) en médecine de premier recours: diagnostiquer – comprendre – traiter (1^{re} partie)

Felix Harder^a, Werner Tschan^b

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

Quintessenz

- Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wird diagnostiziert, wenn in der Folge von bedrohlichen Erlebnissen die vier Symptomgruppen (Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, emotionale Unempfindlichkeit, erhöhte Grundspannung) über mindestens vier Wochen bestehen, und zu einer signifikanten funktionellen Beeinträchtigung führen.
- Die meisten traumatisierten Personen sehen keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den meist schon länger zurückliegenden Erfahrungen. Rund 90% aller Betroffenen zeigen Beschwerden unmittelbar nach der traumatischen Erfahrung, in 10% besteht eine Latenzzeit bis Jahre nach dem Ereignis. Die Diagnose muss durch den Arzt gestellt werden!
- Die Häufigkeit von PTSD liegt zwischen 6 und 8% in der Allgemeinbevölkerung.
- Bei PTSD finden sich eine hohe Komorbidität zu anderen Krankheitsbildern, insbesondere Depressionen, Angsterkrankungen und Substanzabhängigkeit. Die Kernsymptome sind hauptsächlich durch neurophysiologische Vorgänge bedingt.
- Als traumatische Ereignisse kommen direkte bedrohliche Ereignisse und Unfälle in Frage; dazu zählen insbesondere auch schwerwiegende Diagnosen – bei sich oder bei nahen Angehörigen. Zeugen bedrohlicher Vorfälle können ebenfalls mit PTSD reagieren.
- Die Reaktionen auf traumatische Ereignisse fallen individuell unterschiedlich aus und hängen von persönlichen Ressourcen und nicht zuletzt von der jeweiligen Bedeutung ab, die mit dem Ereignis verbunden wird. Durch Triggermechanismen können Betroffene wieder an das traumatische Ereignis erinnert werden.



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 405 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Quintessence

- *L'état de stress post-traumatique (PTSD) est diagnostiqué si suite à des événements menaçants, les quatre groupes de symptômes (souvenirs répétitifs, évitement, insensibilité émotionnelle, tension de base augmentée) persistent pendant quatre semaines au moins, et sont la cause d'un handicap fonctionnel significatif.*
- *Les personnes traumatisées ne voient pour la plupart aucune relation entre leurs problèmes et les expériences remontant généralement longtemps en arrière. Environ 90% présentent des troubles immédiatement après l'événement traumatisant, et dans 10% des cas, le temps de latence après l'accident peut durer plusieurs années. C'est au médecin de poser le diagnostic!*
- *L'incidence du PTSD dans la population globale est de 6 à 8%.*
- *Dans le PTSD, il y a une importante comorbidité d'autres pathologies, dont notamment dépressions, troubles anxieux et dépendance à certaines substances. Les symptômes centraux sont surtout le fait de réactions neurophysiologiques.*
- *Les événements traumatisants sont des événements menaçants et accidents directs; dont surtout des diagnostics lourds de conséquences – chez soi-même ou chez un proche. Les témoins d'événements menaçants peuvent également réagir par un PTSD.*
- *Les réactions aux événements traumatisants sont très variables d'un individu à l'autre et sont fonction des ressources personnelles, et surtout de l'importance accordée à l'événement. Des mécanismes déclenchants peuvent faire resurgir l'événement traumatisant.*

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 407 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Einführung

Viele Kolleginnen und Kollegen denken bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) an die Auswirkungen kriegerischer oder terroristischer Ereignisse und Folterungen. Dies ist jedoch unzutreffend. Trauma kommt aus dem griechischen und bedeutet Wunde. Die diagnostische Einordnung versteht unter PTSD ein Störungsbild, welches sich nach massiv belastenden Lebenserfahrungen entwickelt und zu einer lang anhaltenden Beeinträchtigung führt, die sich in vier clusterartigen Symptomgruppen manifestiert. Als Trauma gelten die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Situation der eigenen oder anderer Personen. Dazu gehören neben Gewalt-, Katastrophenerlebnissen und Unfällen auch somatische Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorleiden – und zwar bei sich oder bei nahen Angehörigen. Somit können Zeugen schrecklicher Ereignisse oder Angehörige von Patienten ebenso betroffen sein. Die Reaktion Betroffener muss intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken beinhalten und zu einer signifikanten funktionellen Beeinträchtigung der betroffenen Person führen. Die Symptome sollten mindest über einen Monat bestehen und können im Verlauf wechselhafte Ausprägung erfahren.

Es muss aufgrund dieser diagnostischen Kriterien nicht erstaunen, dass viele Betroffene einer PTSD in der hausärztlichen Praxis gesehen und nicht erkannt werden. Viele traumatisierte Patienten sehen zudem häufig keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den meist schon länger zurückliegenden Erfahrungen [1]. Es liegt an der Ärztin oder am Arzt, die entsprechenden diagnostischen Überlegungen vorzunehmen. Dazu muss das Krankheitsbild bekannt sein. Viele traumatisierte Personen scheuen sich zudem, aus Angst vor Stigmatisierung ihre Beschwerden korrekt zu nennen. Sie fürchten, als psychisch krank abgestempelt zu werden. Hier kann das ärztliche Gespräch enorm entlastend wirken und durch Erklärung der pathophysiologischen Zusammenhänge Wesentliches zum Verständnis und zur Genesung beitragen.

Umgekehrt können die diagnostischen Kriterien zu einer inflationären Verwendung des Krankheitsbegriffes verleiten, wo dann die nicht bestandene Fahrprüfung oder das verlorene Fussballspiel des Lieblingsclubs zu einem Krankheitsgeschehen hochstilisiert werden – hier gilt es, durch Vermittlung entsprechender Kenntnisse, die notwendige Klarheit zu schaffen. Es kann davon ausgegangen werden, dass rund die Hälfte der Allgemeinbevölkerung im Laufe ihres Lebens eines oder mehrere schwere Traumata erlebt, und dass rund 10 bis 30% eine PTSD entwickeln. Die Prävalenz liegt in unserem Land zwischen 6 und 10%. In rund 90% aller Fälle

folgen die Beschwerden unmittelbar dem traumatischen Ereignis, in rund 10% kann eine Latenz von Jahren bis Jahrzehnten nach dem Ereignis festgestellt werden. Weil das Krankheitsbild häufig nicht korrekt diagnostiziert wird, erhalten viele dieser Patienten nicht eine adäquate Therapie.

Da die Diagnostik der PTSD nicht auf somatisch fassbaren Organerkrankungen beruht, wird der Symptomenkomplex schnell als psychisch bezeichnet, was dann ebenso schnell mit Schwäche, Lebensunfähigkeit, fehlendem Willen, ja gar einer Einbildung und Übertreibung gleichgesetzt wird. Die traditionelle Sichtweise meint, fein säuberlich zwischen psychischen und somatischen Krankheiten unterscheiden zu können. Regelmässig werden bei derartigen Störungsbildern in Verknüpfung der Krankheitsursachen unnötige diagnostische und therapeutische Massnahmen in die Wege geleitet. Dabei muss bedacht werden, dass jede lang dauernde Symptomatik zu sekundären Reaktionen führen kann. Es zeigt sich gerade bei PTSD, dass ein erklärendes und die positiven Merkmale herausstreichendes ärztliches Gespräch eindeutig zu verbesserten Behandlungsergebnissen führt [2], wie das nachfolgende Beispiel illustriert.

Fall 1: Verkehrsunfall

Ein heute 64jähriger Mann erlebte 1998 am Steuer seines Wagens eine Frontalkollision durch einen Personenwagen auf einer schnurgeraden Strasse. Wie sich später herausstellte, war der Fahrer des den Unfall verursachenden Autos gleichentags aus einer psychiatrischen Klinik entlassen worden. Er hatte vermutlich Selbstmord begangen. Initial fanden sich folgende Symptome:

- Distorsion der HWS, Schulterkontusion, Knieprellung,
- Schwindel, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen,
- Arbeitsunfähigkeit,
- depressive Verstimmung, zunehmender Tinnitus beidseits.

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. Die Ausführungen zur Behandlung sowie das Literaturverzeichnis finden sich im zweiten Teil.

Die Beschwerden lösten diverse Abklärungen aus, und der Patient wurde durch Orthopäden, HNO-Ärzte, Psychologen, Psychiater und Neurologen beurteilt. Der ehemals selbständige und erfolgreiche Kleinunternehmer musste 100% arbeitsunfähig geschrieben werden. Ein vierwöchiger Aufenthalt in der SUVA-Klinik Bellikon führte zu einer weiteren Verschlechterung. Die Konfrontation mit kranken Mitpatienten führte im Sinne eines psychogenen Hospitalismus beim Patienten zu einer zusätzlichen Desillusionierung. Der weitere Verlauf war durch hartnäckige Schlafstörungen, depressive Verstimmung, immer wiederkehrende «flash backs» (ein auf ihn zurasendes Fahrzeug), multiple Körperschmerzen und einen hartnäckigen Tinnitus gekennzeichnet. Der Patient hielt sich manchmal während den Konsultationen verzweifelt die Ohren zu, und klagte über rasende Kopfschmerzen. Der Mann litt unter Stimmungsschwankungen, mürrischer Reizbarkeit und Wutausbrüchen und zog sich sozial vollkommen zurück (ehemals kontaktfreudiger, unternehmungslustiger Mann). Die Ehe hielt den Belastungen nicht stand, und die Partnerin trennte sich schlussendlich. Äusserst kränkend war das Gerichtsurteil, das ihm einzig eine symbolische materielle Entschädigung zusprach. Der Richter verkündete lakonisch, dass Autofahren eben mit einem bestimmten Risiko verbunden sei. Der Patient erlebte dies subjektiv schlimmer als den ursprünglichen Unfall. Trotz intensiven Bemühungen in Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung besteht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit zu 100%, und der Patient bezieht seit dem Unfall eine volle Rente.

Diagnostisch entspricht das Störungsbild einem Lehrbuchbeispiel einer chronifizierten PTSD

nach Autounfall vor 5 Jahren – entsprechend den nachfolgend aufgeführten Kriterien. Weiter leidet er an den Folgen des erlittenen Schleudertraumas. Der Patient wird einmal monatlich zu einem längeren Gespräch in der Hausarztpraxis gesehen. Dabei betont er immer wieder, wie erleichternd es für ihn sei, sich wenigstens an einem Ort aussprechen zu können. Die antidepressive Medikation hat subjektiv keine wesentliche Besserung ergeben, die Schlafstörungen und insbesondere der Tinnitus haben sich als therapieresistent erwiesen. Somatische Behandlungen beschränken sich derzeit auf gelegentliche physiotherapeutische Interventionen.

Diagnostik

Die PTSD wird unter den Angststörungen eingeordnet. Im Vordergrund stehen denn auch Symptome wie ausgeprägte Furcht und Vermeidung von Reizen, die subjektiv mit dem Trauma in Zusammenhang gebracht werden. Dazu gehören Alpträume und immer wiederkehrende Erinnerungen an den Vorfall. Bei wiederholten Traumatisierungen, wie beispielsweise sexuellen, emotionalen oder physischen Missbräuchen, können ganze Lebensabschnitte betroffen sein. Diese beharrlich wiederkehrenden Erinnerungen werden als Intrusionen bezeichnet. Mehr oder weniger instinktiv versuchen Betroffene, entsprechende Gedanken und Gefühle zu vermeiden, um das schreckliche Erlebnis aus ihrem Gedächtnis zu verbannen. Dies führt zu einer emotionalen Abstumpfung und Unempfindlichkeit, die man als «numbing» bezeichnet. Und schliesslich bestehen eine erhöhte seelische Anspannung mit gesteigerter Schreckhaftigkeit, Nervosität, Reizbarkeit und Wutausbrüchen sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Die Symptome müssen über mindestens vier Wochen bestehen, andernfalls würde es sich um eine akute Stressreaktion (ICD-10, F43,0 Akute Belastungsreaktion) handeln.

Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung

Trauma: vier clusterartige Symptomgruppen:

- Wiedererleben des Traumas,
- Vermeidungsverhalten,
- emotionale Unempfindlichkeit («numbing»)
- erhöhte Grundanspannung («arousal»).

Signifikante funktionelle Beeinträchtigung; Dauer der Beschwerden mindestens einen Monat (Tab. 1 .

Die Symptomatik kann im Verlauf eine wechselhafte Ausprägung erfahren. Die Diagnose einer PTSD ist dann in Erwägung zu ziehen, wenn sich in der Anamnese traumatische Ereignisse finden, und sich die korrespondierenden Symptome zeigen. Durch genaue Exploration kann

Tabelle 1. Die vier clusterartigen Symptomgruppen im einzelnen.

Intrusion	immer wiederkehrende Erinnerungen (Intrusion = eindringen) Alpträume «flash-back»-Erlebnisse (schreckhafte Erinnerungen, Tagträume) psychischer Stress bei Konfrontation mit Hinweisreizen physiologische Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen
Vermeidung	Vermeidung von Gedanken und Gefühle in Zusammenhang mit dem Trauma Nachrichtensendungen und Tageszeitungen werden gemieden Versuch, das Geschehene zu vergessen Teilamnesie für den Vorfall / die Vorfälle
«numbing»	emotionale Abstumpfung, Isolation Teilnahmslosigkeit, kein Mitgefühl für andere sozialer Rückzug Beziehungsverlust, Gefühl nicht verstanden zu werden Verlust von Interessen
Hyperarousal	Hypervigilanz Ein- und Durchschlafstörungen Konzentrationsstörungen emotionale Labilität, Reizbarkeit, Wutausbrüche gesteigerte Schreckhaftigkeit

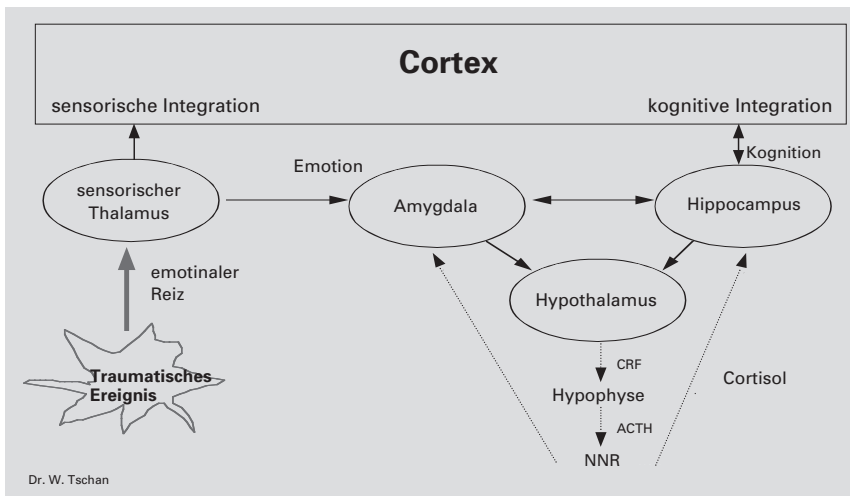


Abbildung 1. Kortikale Integration traumatischer Ereignisse.

die differentialdiagnostische Abgrenzung gegen eine akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, Angststörung, Depression, aber auch gegen Simulation und Aggravation vorgenommen werden.

Im zeitlichen Verlauf wird das Störungsbild als akut (Symptome 1–3 Monate), chronisch (Symptome über 3 Monate), oder mit verzögertem Beginn bezeichnet, wenn sich zwischen Ereignis und Beginn der Symptome ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten findet.

Die Entwicklung einer PTSD-Störung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Längst nicht alle Menschen entwickeln selbst nach gravierenden traumatischen Ereignissen ein entsprechendes Krankheitsbild. Prospektive Studien sollen die Frage beantworten [3], welche biologischen, sozialen und psychologischen Einflüsse resp. welche spezifische Art der Traumatisierung zu PTSD prädisponieren. Die Untersuchungen von Kessler et al. [4] zeigen einen ausgeprägten Geschlechterunterschied von zwei zu eins (Frauen 10,4%; Männer 5,0%), wobei die Frauen zudem länger unter den Beschwerden leiden als die Männer. Die bisherigen Untersuchungen konnten keine biologischen Erklärungsansätze für diese Tatsache liefern [5]. Vielmehr muss angenommen werden, dass soziale und kulturelle Faktoren in der Entwicklung einer PTSD mitbeteiligt sind, was auch die nachfolgende Auflistung [4] über die Häufigkeit bestimmter Traumen und der Inzidenz von PTSD nahe legt:

Diese Zahlen wurden inzwischen durch eine deutsche Studie [6] weitgehend bestätigt. Die höchsten Inzidenzraten scheinen sich bezeichnenderweise bei Traumen zu finden, die als «man made trauma» bezeichnet werden, d.h. durch Menschen verursacht werden. Nicht zu vergessen ist allerdings, dass die Auswirkungen von Naturkatastrophen (Erdbeben, Flutkatastrophen, Stürme) wie auch von technischen Katastrophen (z.B. Flugzeugabstürzen) und Industriekatastrophen (Chemieunglücke) häufig

durch menschliche Einflüsse mitgeprägt sind, etwa durch schlampige und kriminelle Bautechniken oder Vernachlässigung elementarster Sicherheitsbestimmungen.

Komorbidität

Bei PTSD finden sich hohe Komorbiditäten an anderen Krankheitsbildern [4]. Insbesondere zu beachten ist eine rund 15- bis 20fach erhöhte Suizidalität gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Folgende komorbide Störungsbilder finden sich bei Patienten mit PTSD:

- Depression >50%,
- Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente) bis zu 80%,
- Angst- und Panikstörungen,
- Persönlichkeitsstörungen,
- Somatisierungsstörungen,
- funktionelle Beschwerden,
- Herz-/Kreislauferkrankungen,
- Suizidalität.

Da sowohl PTSD wie auch Depressionen mit pathologischer Stressverarbeitung assoziiert sind, ist die hohe Komorbidität nicht überraschend. Erklärungshypothesen für die Entstehungsbedingungen stehen allerdings aus. So finden sich beispielsweise bei Depressionen tendenziell eher erhöhte Plasmakortisolwerte, während sie bei PTSD erniedrigt sind. Die Glukokortikoid-Rezeptordichte ist bei PTSD ebenfalls reduziert. Die exzessive traumabedingte Katecholaminfreisetzung wird als Erklärung für diese Rezeptor-Downregulation angeführt, ohne allerdings damit erklären zu können, wieso einzelne Individuen auf traumatische Erfahrungen mit PTSD reagieren, und andere mit Depressionen.

Epidemiologie

Das Krankheitsbild PTSD wurde 1980 ins DSM-III aufgenommen, und 1991 in die ICD-10 (F43,1 Posttraumatische Belastungsstörung). Während ältere epidemiologische Untersuchungen Häufigkeiten in der Grössenordnung von 1–2% fanden [1], kommen neuere Prävalenzstudien zu deutlich höheren Werten [4]. Yehuda spricht heute für die USA von Prävalenzraten um 12 bis 14% [5]. Schnyder nennt für die Schweiz eine Häufigkeit von 5 bis 6%. Die methodologischen Unterschiede in der Datenerhebung müssen geklärt sein, bevor die einzelnen Ergebnisse als verlässlich angesehen werden können. Mit Sicherheit kann jedoch davon ausgegangen werden, dass viele Patienten, die in der Hausarztpraxis gesehen werden, an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden, und dass Angehörige ebenso von einer PTSD betroffen sein können.

Tabelle 2. Häufigkeit von Traumen und Entwicklung einer PTSD [4].

	Häufigkeit	Inzidenz von PTSD
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8
Drohungen mit Waffen	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)	25,0	7,0
Feuer-/Naturkatastrophen	17,1	4,5
Misshandlungen in der Kindheit	4,0	35,4
Vernachlässigungen in der Kindheit	2,7	21,8
Andere lebensbedrohliche Situationen	11,9	7,4
Andere Traumen	2,5	23,5
Irgendein Trauma	60,0	14,2

Pathophysiologie

Das Krankheitsbild beruht auf einer pathologischen Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, resp. übersteigt die persönlichen Belastungsgrenzen und Bewältigungsmechanismen in Analogie zur somatischen Traumatisierung. Aufgrund der Natur der psychotraumatologischen Erfahrung sind eine Vielzahl von Faktoren für die Störungsgenese verantwortlich. Neben der spezifischen Art der Traumatisierung wurden biologische, soziale und psychologische Faktoren identifiziert. Die initiale Stressregulation kann als adäquate Reaktion (Überlebensmechanismus) auf ein ausserordentliches und bedrohliches Ereignis verstanden werden. Die neurophysiologische Verarbeitung vollzieht sich dabei im limbischen System, welches seinerseits unter der Kontrolle des Kortex steht. Sensorische Thalamuskern sind für die Verarbeitung emotional bedeutsamer Ereignisse verantwortlich, welche in vielfältigen schaltkreisartigen neuronalen Verbindungen mit weiteren beteiligten Hirnabschnitten stehen. Während die Amygdala als «Alarmzentrale» wirkt und via die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenschicht die periphere Kortisolfreisetzung steuert, wirkt der Hippocampus als «cognitive map», d.h. als Erinnerungsspeicher für bedrohliche Ereignisse [7, 8]. Weiter erfolgt im Hypothalamus die zentrale Integration von Sympathikus und Parasympathikus mit Vermittlung der stressbedingten Katecholaminreaktion.

Die Forschung der letzten Jahre zeigte mit erschreckender Deutlichkeit den Zusammenhang von traumatischen Lebenserfahrungen und der Auswirkung auf Gehirnentwicklung und Verhalten [9, 10]. Strukturelle neuroanatomische Veränderungen zeigen, dass sich bei Menschen nach traumatischen Erfahrungen Volumenreduktionen zwischen 5 und 25% im Hippocampus finden [11]. Mindestens sieben unterschiedliche

Arbeiten liegen inzwischen vor, welche diesen Befund bestätigen.

Traumatische Erfahrungen führen zur Bildung impliziter Gedächtnisinhalte, die als mentale Schemata inskünftige Verhalten steuern [12]. Implizite Gedächtnisinhalte werden durch bildhafte Erinnerungen, Empfindungen, affektive Zustände und Verhaltensweisen bestimmt, welche im Gegensatz zu expliziten (= benennbaren) Gedächtnisinhalten nicht verbalisierbar sind, sondern sich über Befindlichkeiten und Verhaltensweisen zeigen. Dieser Zusammenhang ist seit den bahnbrechenden Arbeiten über die mentale Verarbeitung traumatischer Erfahrungen von Pierre Janet (1889) [12] bekannt. Ein illustratives Beispiel über die Auswirkung impliziter Gedächtnisinhalte stellt die Katastrophe in Gondo vom Herbst 2000 dar, als infolge Überflutung ein Bergdorf in den Walliser Südalpen zerstört wurde. Wenn sich der Leser vor Augen führt, was überlebende Dorfbewohner bei erneuten Regenfällen für Angst- und Schreckensvisionen verspüren, dann hat dies mit den durchgemachten Erfahrungen dieser Menschen zu tun, während andere Personen, die weit entfernt von solchen Ereignissen leben, kaum Furcht empfinden, selbst wenn es heftig regnet. Erst mit dem mehrfachen Erleben von Regenfällen ohne katastrophale Folgen werden sich die Bewohner von Gondo wieder sicher fühlen können. Dieses Beispiel illustriert gleichzeitig die subjektive Valenz der traumatischen Erlebnisse.

Diese Tatsache führt vielfach zu einer falschen Perception der Auswirkungen traumatischer Ereignisse, wenn gerichtlich die haftpflichtrechtlichen Folgen zu beurteilen und Entschädigungszahlungen zu regeln sind. Häufig zeigt eine genaue Exploration, dass es erst im Anschluss an die verheerenden Erfahrungen zu einer Exazerbation einer allfälligen vorbestehenden Symptomatik kommt. Zwei Forschungsbefunde seien hierzu angeführt. LeDoux et al. (1991) haben gezeigt, dass bereits eine einmalige intensive Amygdalastimulation langfristige anhaltende Verhaltensänderungen in Tierversuchen bewirken kann. Vorbestehende Persönlichkeitsmerkmale können durch die Traumatisierung eine übermässige Ausprägung erfahren, was wahrscheinlich auch für den Menschen gilt.

Zum zweiten führen die beschriebenen Volumenminderungen im Hippocampus in Tierversuchen zu konsekutiven Verhaltensenthemmungen resp. verminderter Steuerungsfähigkeit. Dies könnte bei Menschen dazu führen, dass sie auf bedrohliche Stimuli überschüssig reagieren und nur noch eingeschränkt aus den durchgemachten Erfahrungen lernen können. Zusätzlich erschwert die Unkenntnis über diese physiologischen Zusammenhänge die mentale (explizite) Verarbeitung – Betroffene realisieren die intensiven Emotionen, denen sie hilflos ausgeliefert sind, ohne die veränderte Qualität

verstehen und demzufolge benennen zu können. Dies führt zu Verunsicherung und untergräbt die Selbstsicherheit.

Die Aktivierung von traumatischen Erinnerungen durch Ereignisse und Emotionen, die einen Bezug zur durchgemachten Erfahrung haben, erklärt umgekehrt den Sinn der vielfach zu beobachtenden Vermeidungsreaktion. Durch Triggermechanismen, wobei der Hippocampus als Alarmgedächtnis («cognitive map») funktioniert, wird das Stressregulationssystem hochgefahren. Solche Triggermechanismen können emotionale Befindlichkeiten, bestimmte Geräusche oder Gerüche, Jahrestage, Wetterstimmungen oder lokale Gegebenheiten (eine dunkle Unterführung kann etwas bedrohendes auslösen, wenn sich die Vergewaltigung unter entsprechenden Umständen ereignete) sein, welche zu einer Aktivierung des impliziten Traumagedächtnisses führen. Häufig werden diese elementaren physiologischen Zusammenhänge fälschlicherweise psychologisiert und gar als Einbildung bezeichnet oder als Ausdruck übertriebener Reaktionen missgedeutet. Dabei stellen sie elementare neurophysiologische Reaktionen dar, die im Dienste der Homöostase und Arterhaltung stehen [7].

Fall 2: Herzkrankheit

Ein heute 57jähriger Mann erlitt während der Sommerferien ohne vorbestehende Symptomatik am Badestrand einen Myokardinfarkt. Mit dem eigenen Auto fuhr er gegen den Rat seiner Ehefrau ins nächste Spital. Bei der Aufnahme kam es zu einem vollständigen Herz-Kreislauf-Stillstand und erfolgreicher Reanimation. Nach Dilatationsbehandlung und einer dreimonatigen kardialen Rehabilitation wurde der Patient angesichts einer fortbestehenden kardialen Mo-

tilitätsschwäche zu 50% arbeitsfähig geschrieben. Nach rund einem Jahr wurde die Stelle infolge Umstrukturierungen gekündigt. Trotz vielfältigen Bemühungen fand der Patient als Maschineningenieur keine Teilzeitstelle und ist seither arbeitslos.

Er leidet seither unter einer erheblichen Selbstwertproblematik und einer dauernden Angst vor einem erneuten Myokardinfarkt. Neben hartnäckigen Schlafstörungen leidet er an Konzentrationsstörungen, rascher Ermüdbarkeit, depressiven Stimmungsschwankungen, Verlust der Libido, Reizbarkeit und Interessensverlust. Aus Angst meidet der Patient, der früher regelmässig Sport betrieben hatte, jegliche körperliche Betätigung.

Diagnostisch entspricht das Störungsbild einer PTSD nach Myokardinfarkt vor 2 Jahren, sekundär kam es zur Entwicklung einer depressiven Symptomatik. Neben antidepressiver Medikation besteht die Behandlung in aktivierender Therapie mit schrittweiser Steigerung der körperlichen Aktivitäten. Die zeitweise Betreuung eines Schrebergartens führte zu einer sichtlichen Aufhellung des depressiven Befindens. Der Patient sah ein, dass er eigene Schritte unternehmen muss, soll sich an seinem Zustandsbild etwas ändern. Dies führte zu einer veränderten Einschätzung der zukünftigen Situation. Beruflich wird der Patient wohl trotz seiner ausgezeichneten Kenntnissen und Fähigkeiten angesichts der heutigen Arbeitsmarktsituation kaum eine Teilzeitstelle finden. Aus kardiologischer Sicht ist er zu 50% arbeitsfähig.

(Das Literaturverzeichnis ist im zweiten Teil im nächsten Heft aufgeführt.)

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