

Trauma

im

Krankenhaus



Susanne Bachthaler, SINOVA Klinik Ravensburg, September 2016

Definition Psychotrauma

- **Ereignis, das von jedem Menschen als extrem belastend oder katastrophal erlebt wird**
- **Situation, die der Betroffene als die Existenz gefährdend erlebt**

Körperliche Verletzung

Bedrohung der psychischen Integrität

- **Gefühl der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins, des Kontrollverlusts**
- **Ereignis tritt meist überraschend ein, teilweise auch sequentiell**

International Classification of Diseases ICD:

Akute Belastungsreaktion F43.0

Anpassungsstörung F43.2

Posttraumatische Belastungsstörung F43.1 (PTBS, engl. PTSD)

einzigartig unter den Störungen,
da die Diagnose das Erleben eines ätiologisch
relevanten Umweltfaktors,
- traumatischer Stressor -
voraussetzt.

Neue Definition des A-Kriterium im DSM 5:

A1: am eigenen Leib erlebt

A2: als Beobachter

**A3: Wissen, dass nahestehende Personen
von einem traumatischen Ereignis
betroffen sind**

**A4: wiederholte z.B. beruflich bedingte
Traumaexposition**

Hauptsymptome

B: Intrusionen

C: Vermeidung

**D: negative Veränderung in Kognitionen
und Stimmung – emotionale Ab-
stumpfung, Interessensverlust**

E: Übererregung

Einteilung von Traumata

Typ I: kurz andauernd
einmaliges Ereignis

Typ II: lang anhaltend
mehrfache Ereignisse

Intendiert (beabsichtigt)

Akzidentell (zufällig)

Im Krankenhaus meist Typ I bei neuem Trauma

Trauma im Krankenhaus

verschiedene Formen:

- **Bereits bestehendes und bekanntes Trauma**
- **Neu aktiviertes bisher nicht bekanntes Trauma**
- **Neu aktiviertes bereits bekanntes Trauma**
- **Neu aufgetretenes Trauma außerhalb (z.B. Unfall)**
- **Neu aufgetretenes Trauma innerhalb des KH**

Spezielle Situation: Migranten

- **Akkulturation**
- **Trauma (Flucht?)**
- **Depression**

Angehörige

- ebenfalls traumatisiert
 - über früheres Trauma Bescheid wissend
 - früheres Trauma unbekannt
 - früheres Trauma verbergend
-
- Verständnis für Situation des Patienten
 - kein Verständnis

Vermittlung zwischen Patienten und Angehörigen

bei

- **Missverständnis**
- **Unverständnis**

->gemeinsame Sitzungen versus getrennte Sitzungen

Mitarbeiter

- **ebenfalls traumatisiert?**
 - **Verständnis für Situation des Patienten**
 - **kein Verständnis**
- > schwierig, da Symptome oft nicht nachvollziehbar**

Umfeld Krankenhaus

- **mangelnde Intimsphäre**
- **viel Flexibilität erforderlich**
- **immer wieder unbekannte Situationen**
- **Ort der Traumatisierung oder Triggerung**
- **Unterschiedliche Auftraggeber/Gesprächspartner mit unterschiedlichen Wünschen**

Unterschied zum üblichen Setting

->oft hautnahes Miterleben von belastenden Ereignissen über einen längeren Zeitraum

„mittendrin sein“

**Patient sucht uns nicht auf –
wir suchen den Patienten auf**

-> Chance und Herausforderung

Multidisziplinarität

Wer macht was?

Kompetenzgerangel?

Gutes Miteinander?

Zusammenarbeit versus Konkurrenz

Technische Machbarkeit

z.B. Intensivmedizin, Transplantation

Grenzen?

„Apparate abschalten“

Zertifizierungen

Spagat zwischen

„tun müssen“

und

„tun wollen“

Häufigkeit der Entstehung einer PTBS

nach

Vergewaltigung: 55-80%

Kriegseinsatz: 35%

Bedrohung mit Waffe: 20%

Diagnose Krebs: 10 - 20%

Unfall: 8%

Naturkatastrophen: 5%

Gedächtnisstruktur der akuten Belastung z.B. Chemotherapie Reaktionsfolge in Kaskadenform:

- > kognitiv** (ich sehe die Infusionsflasche)
- > emotional** (Angst – jetzt kommt es)
- > körperlich** (Unruhe, Übelkeit)
- > Verhalten** (ich will weg)
- > sensorisch, perzeptuell**

**Bildung immer größer werdender
Furchtnetzwerke durch viele kleine
Traumata/belastende Ereignisse
im Krankenhaus**

**assoziative Verknüpfung der Elemente->
einzelne Trigger -> Reaktivierung**

**-> Verbindung zum eigentlichen Kontext
geht verloren**

**Risiko, eine PTBS zu entwickeln,
in maßgeblichem Zusammenhang mit
der einwirkenden traumatischen Last**

= trauma load

building block effect

**unter entsprechend hoher traumatischer
Belastung keine ultimative Resilienz**

Kolassa I et al, Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy 2010

Resilienz

individuell unterschiedlich

**Stress im Mutterleib
(fetal programming) und bis zum
7. Lebensjahr schärft
das Stresssystem**

**-> Stresssystem wird anfälliger
und reagiert stärker**

Noradrenalin

Emotional erregende Ereignisse->

Freisetzung des Stresshormons->

**Ereignisse werden besser erinnert
als emotional neutrale Ereignisse**

Deletionsvariante ADRA2B-Gen

Serotonin

**homozygote Träger des
kurzen s-Allels ->**

**verbesserte Furchtkonditionierung
und erhöhtes Risiko für PTBS
unabhängig von traumat. Last**

Dopamin

**Genetische Veränderung des Enzyms
COMT ->**

**reduzierte Inaktivierungsleistung
für exo- und endogene Katecholamine ->**

**Anreicherung Dopamin im Präfront. Cortex
-> Furchtextinktion vermindert**

Gene beeinflussen den Erfolg von Psychotherapien:

s-Allel-Träger sprechen schlechter an

**verbale Gedächtnisleistung korreliert
mit Erfolg kognitiver Verhaltenstherapie**

Wechselwirkung:

Traumatischer Stress wirkt auf Gene

**erhöhte basale DNA-Schädigung des
Immunsystems von PTBS-Patienten**

Veränderungen in der DNA-Reparatur

**-> Narrative Expositionstherapie reduziert
DNA-Schäden signifikant**

Morath et al.

Chronischer und traumatischer Stress-> erhöhtes Risiko für Erkrankungen durch

- **Infektanfälligkeit**
- **Produktion von Zytokinen**
- **Telomerlängenverkürzung nach traumat.
Erfahrungen in der Kindheit**

Kananen et.al 2010

Endocannabinoid-System:

Protektiv bei kurzanhaltendem Stress

**Chron. Aktivierung führt zu einem
Anstieg von Entzündungsparametern**

Hauer et al 2013

**Mindestens ein Monat Latenzzeit
nach Trauma ->
dann erst Diagnose PTBS stellen**

70-90% Spontanheilung

Wichtig

Information bzw. Psychoedukation:

**Sie leiden unter einer normalen Reaktion
auf dem Hintergrund einer unnormalen
Situation.**

Gereon Heuft, 2010, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin Uni Münster

**Beruhigende Zuversicht vermitteln,
dass die Betroffenen über starke
Selbstheilungskräfte und eine tiefe innere
Weisheit verfügen**

L. Reddemann

Traumatherapie

- **Im Rahmen einer Richtlinien-therapie**
- **Spezifische Verfahren z.B. EMDR**

Zeit geben

**immer wieder auf die Sicherheit
im „Hier und Jetzt“ reorientieren**

Internale Kontrollüberzeugungen

versus

**soziale und fatalistische externale
Kontrollüberzeugungen**

Selbstwirksamkeit

Überzeugung, aus eigener Kraft etwas verändern zu können

***Du kannst es nicht verhindern, dass
Vögel der Sorgen und des Kummers
über Deinen Kopf hinweg fliegen, aber
Du kannst verhindern, dass sie in Deinem
Haar Nester bauen.***

Chin. Sprichwort

Professionalität

**Überzeugung, dass Leiden nur durch
ebenso großes Leiden gelindert werden
kann, verlassen**

**Abstand und Distanz im Sinne einer
„gesunden Dissoziation“**

Selbsterfahrung

**eigene unaufgelöste „Knoten“
können durch ein akutes Trauma
reaktiviert werden und sich mit
Phänomenen der sekundären
Traumatisierung vermengen**

**Ein Mensch sagt und ist stolz darauf
ich geh in meinen Pflichten auf
doch bald darauf - nicht mehr so munter -
geht er in seinen Pflichten unter**

Eugen Roth

**-> eigene Bedürfnisse kennen, wahr-
nehmen und umsetzen**

Ressourcenorientierung

versus

Defizitorientierung

Erlebnisse verbalisieren

-> Narrative können besser integriert werden

-> Gespräche, Schriftform z.B. Tagebuch

„Geschichten“ nicht mit nach Hause nehmen, wo sie Beziehungen belasten

-> Supervision, Intervision, Balintgruppen

Schutzfaktoren:

Familiärer oder sozialer Rückhalt

Kreativität

Optimistisches Denken

Zielorientierung

**Professionelle Hilfe beanspruchen,
wenn spontan keine Besserung
eintritt**

**hoher Oxytocinspiegel -> fördert
Vertrauen und psych. Stabilität->
leichter Unterstützung holen**

Salutogenesekonzept

nach A. Antonovsky

zentral ist das Kohärenzerleben

(Vertrauen in das eigene Leben)

als Widerstandsfaktor

Gefühl der Verstehbarkeit

**Gefühl der Handhabbarkeit und
Bewältigbarkeit**

**Gefühl der Sinnhaftigkeit und
Bedeutsamkeit**



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!