

Trauma und Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Praxis- Welche hausärztlichen Interventionen sind wichtig und wie werden sie implementiert?

Workshop – Pre-Conference DEGAM-Kongress, München
12.09.2013

Olaf Reddemann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Psychotherapie
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis An Groß St. Martin 6, 50667 Köln
Lehrpraxis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Inhalte des Referates:

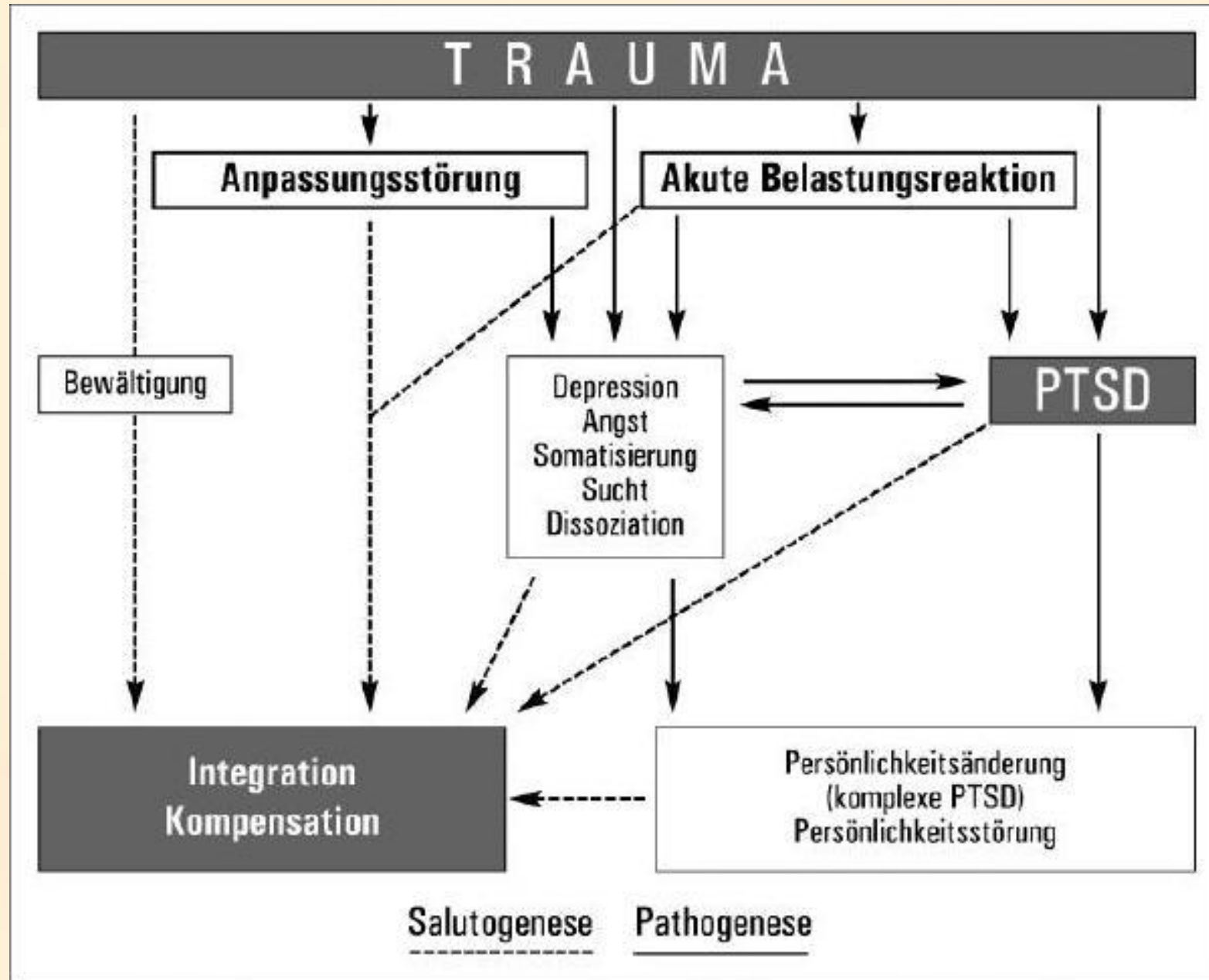
- Was ist ein Psychotrauma?
- Welche möglichen Reaktionen und Störungen gibt es?
- PTBR (Posttraumatische Belastungsreaktion)
- Was können wir HausärztInnen tun? Evidenz?
- Hausärztliche Relevanz von Psychotrauma?

Was ist ein Psychotrauma?

- Traumatische Ereignisse sind überwältigende Erfahrungen, die sich durch das Erleben von **Hilflosigkeit** und **Ohnmacht** extremer Art auszeichnen. Dabei kommt es zu **Gefühlsüberflutung** und zum Erleben von **Panik** und **Todesangst**. Im ICD 10 wird ein Ereignis lediglich dann als traumatisches bezeichnet, wenn es „bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“
- Fischer und Riedesser (2009): Psychisches Trauma ist ein „**vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten**, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“(S. 142)

Übersicht traumareaktiver Entwicklungen

(Flatten et al. (2013). S.8)



PTBR: z.T. instabile, polymorphe syndromale Symptomatik

(Flatten et al 2011)

- verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (Derealisation, Depersonalisation) = **peritraumatische Dissoziation**
- Einengung der psychomotorischen Reaktionsfähigkeit bis zum dissoziativen Stupor
- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen (*Intrusionen in Form von bildhaften Erinnerungen oder anderen sensorischen Fragmenten, Alpträumen, Flash-backs*)
- Erinnerungslücken
- Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, erhöhte Herzfrequenz in Ruhe, Leistungsabfall*)
- somatoforme Symptome unspezifischer Art
- Rückzugs- und Vermeidungsverhalten (*Vermeidung traumaassoziierter Stimuli*)
- veränderte affektive Reaktionen
- emotionale Taubheit
- *psycho-soziale Funktionseinschränkungen*

Was können wir HausärztInnen tun? Evidenz?

- Studienevidenz für spez. Hausärztliche Interventionen fehlt!
- Eine PTBR bedarf in der Regel keiner spezifischen Therapie, zentrale Prinzipien der hausärztlichen Begleitung sind hier (*Flatten et al 2011*):
 - Herstellen/Sicherstellen **äußerer** und innerer **Sicherheit**
 - **Soziale Unterstützung**
 - Würdigung des Leidens/Benennen des Unrechts
 - Information
 - Niederschwellige Begleitung/Bedürfnis- und Bedarfsermittlung
 - Einschätzung, Klären der Ressourcen
 - Risikoabschätzung (des Risikos der Entstehung einer PTBS)
 - Ggf.: sedierende Antidepressiva (z.B. Mirtazapin)
 - Benzodiazepine sind **kontraindiziert!!**
- Jede PTBS und cPTBS sollte auch traumaadaptiert psychotherapeutisch behandelt werden (*Flatten et al 2013*)

Was können wir HausärztInnen tun? Evidenz?

- Klinisch besonders wichtige Risikofaktoren für PTBS:
 - Hohes Ausmaß psychopathologischer Symptome
 - Hohes Ausmaß an Dissoziation
 - Prämorbid psychische Erkrankung
 - Krankheitsdauer: ab 3 Monaten lt. Leitlinie PTBR *(Flatten et al 2011)*

- Abschätzung mit
 - PTSS 10 (evaluierte dt. Fassung) (Online z.B. <http://www.angriff-auf-die-seele.de/ptss10/maercker/index.php>)
 - Kölner Risikoindex

Hausärztliche Relevanz von Psychotrauma ?

- Entstehung und Verlauf vieler chronischer somatischer Erkrankungen wird durch (insbesondere frühe und wiederholte) traumatische Erkrankungen beeinflusst
- Lebenszeitprävalenz für Trauma 50-90%
- Lebenszeitprävalenz für PTBS ca. 2%
- Prävalenz für cPTBS im hausärztlichen PatienInnenkollektiv 20% (?)
- Häufige Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen
- Kenntnisse über die Besonderheiten traumatischer Stressverarbeitung erleichtern die Beziehungsgestaltung
- Aufgaben: Verbreitung von Kenntnissen unter HausärztInnen! S1-Handlungsempfehlungen? Mitarbeit an den Leitlinien oder eigene Leitlinien?



Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit und Ihre
Mitarbeit !

Literatur (1):

- Antonovsky, H.* (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVZ, Tübingen
- Courtois CA, Ford JD (Hrsg.).* (2011) Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Paderborn: Junfermann
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f40-f48.htm>.
- Felitti VJ et al.* (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med, Bd. 14: 245-258.
- Fischer G, Riedesser P.* (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München, Basel: Ernst Reinhardt
- Flatten G et al.* (2013). Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer
- Flatten G et al.* (2011). S2-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Trauma und Gewalt; 5, Nr. 3: 214-221
- Flatten G.* (2006) Neurobiologische Grundlagen posttraumatischer Störungen. In: Reddemann L. (Hg.). Psychotraumata. Der seelisch verletzte Patient in der primärärztlichen Versorgung. Köln: Dt. Ärzteverlag, : 15-21
- Gander ML, von Känel R.* (2006) Myocardial infarction and posttraumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, Bd. 13: 165-172.
- Goodwin RD, Stein MB.* (2004) Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. Psychological Medicine, Bd. 34: 509-520.
- Jackson JC et al.* (2007) Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. Crit Care, Bd. 11: R27.
- Krauseneck T et al.* (2005) Posttraumatische Belastungsstörung bei somatischen Erkrankungen. Fortschr Neurol Psychiatr, Bd. 73: 206-217.
- Nijenhuis E et al.* (2011). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Reddemann L et al (Hg.). Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart: Thieme
- O'Toole B, Catts S.* (2008) Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. Journal of psychosomatic research, Bd. 64: 33-40.
- Reddemann O, Reddemann L.* (2006) Traumatischer Stress in der Hausarztpraxis. In: Reddemann L. Psychotraumata. Der seelisch verletzte Patient in der primärärztlichen Versorgung. Köln: Dt. Ärzteverlag: 117-168

Literatur (2):

- Reddemann L.* (2011) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT - das Manual., Stuttgart: Klett, vollständig überarbeitete Auflage
- Reddemann L.* (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren., Stuttgart: Klett-Cotta
- Shapiro F.* (2001) Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures., 2nd ed. Hrsg., New York: Guilford
- Shemesh E et al.* (2004) Posttraumatic stress, Nonadherence and Adverse Outcome in survivors of myocardial infarction. Psychosomatic Medicine, Bd. 66: 521-526.
- Werner E, Smith R.* (1992). Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood. Cornell University Press. Ithaca/London