



# Posttraumatische Belastungsstörung und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

**ASIM**

Dr. med. T. Berghändler

---

# Trauma und Traumatisierung

---

Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv)

Trauma-Exposition  
≠  
Traumatisierung

und

psychische Reaktion in Form von Intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv)

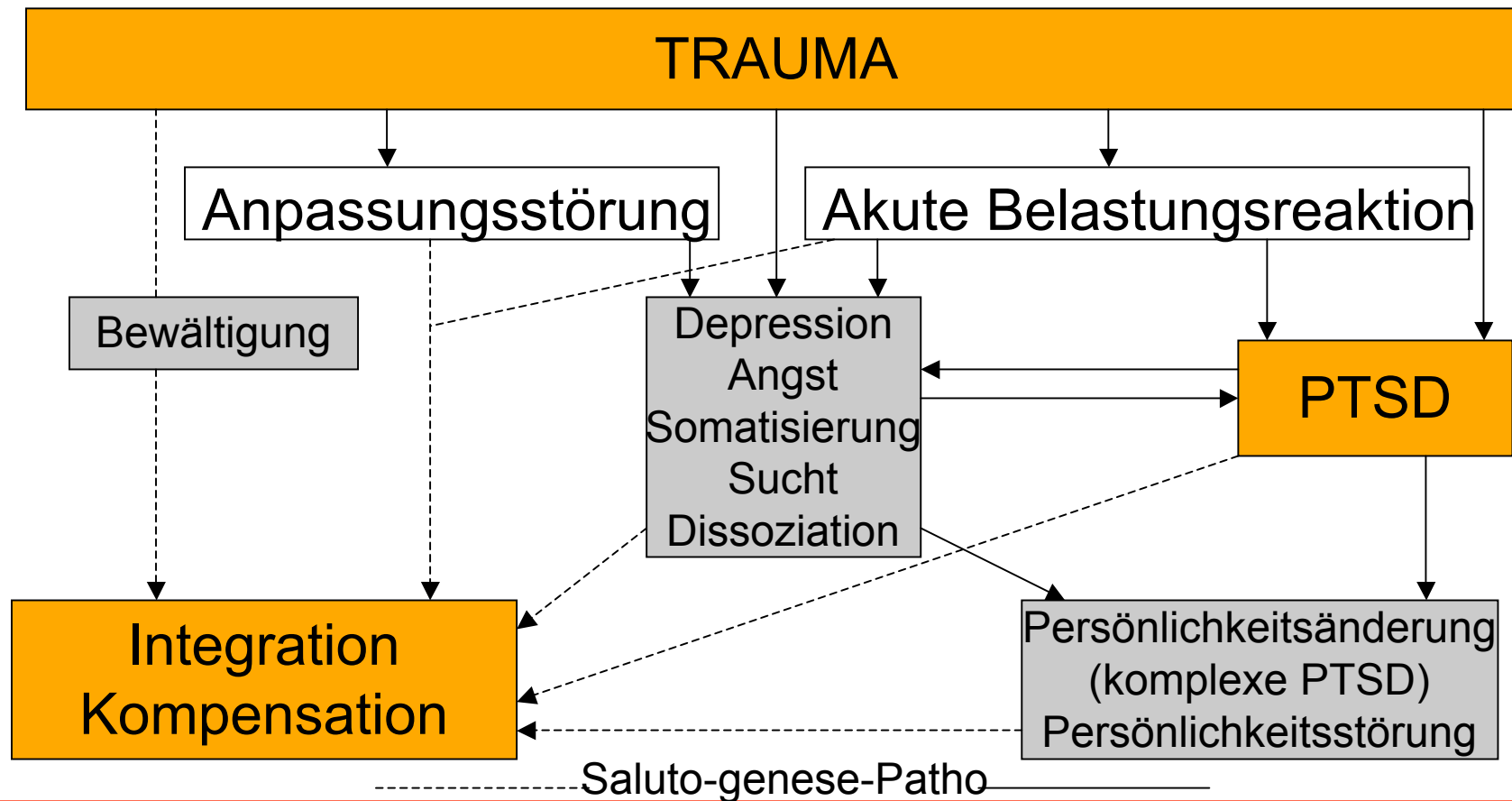
---

# Stress, Kognition und Kontrolle

---

Stress ist wesentlich ein kognitives Phänomen: Je weniger ein Individuum über eine potenziell gefährliche Situation weiss und je weniger Kontrollmöglichkeiten ihm zur Verfügung stehen, desto grösser ist die psychische Belastung

# Traumareaktive Entwicklungen



---

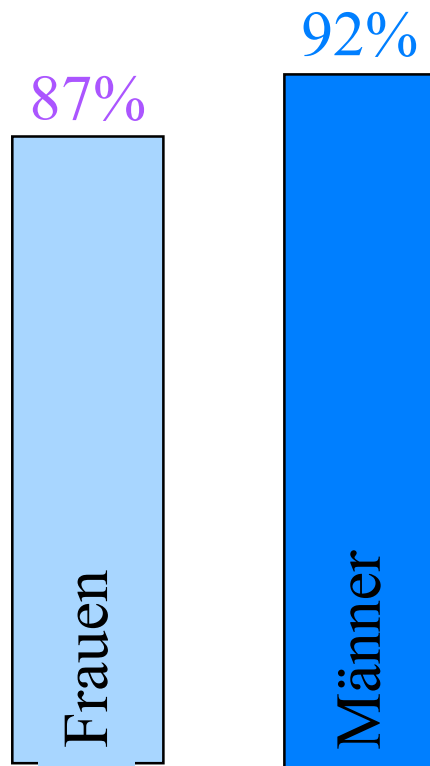
# ASR und PTSD als pathologische Stressantwort

---

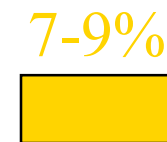
- Spezifische Anpassung an ein Trauma, das nicht der typischen Stress-Antwort entspricht
- Nur 25% aller Traumatisierter bekommen die Symptome einer PTSD, die bei 60% nach wenigen Monaten von selbst verschwindet.
- 12 Monate nach Trauma keine Spontanremissionen mehr (Maerker & Ehler 2001)
- Remission alleine durch Willensanstrengung nicht möglich

# Häufigkeit von traumatischen Stressoren und PTSD

Mind. ein traumatisches Ereignis im Leben



Mindestens einmal im Leben PTB



---

# Trauma-Arten

---

- Typ-I-Trauma: Kurz dauernd, einmalig, nicht intentional, nicht interpersonell, nicht in der Entwicklungsphase
- Typ-II-Trauma: Lang andauernd, mehrfach, intentional, interpersonell, in der Entwicklungsphase
- man-made-desaster vs. natürliche Katastrophen

---

# Primäre / sekundäre / tertiäre Traumatisierung

---

Von verschiedenen Autoren unterschiedlich definiert.

Kategorisierung nach J. Daniels (2006):

- Primäre Traumatisierung: hohe zeitliche Nähe, direkte sensorische Eindrücke; direkt-persönliche oder indirekte Traumatisierung (siehe A1 DSM-IV)
- Sekundäre Traumatisierung: zeitlicher Abstand, keine eigenen sensorischen Eindrücke; Übertragung der Gefühle (Spiegelneurone): Risiko der Dosis/Zeit
- (tertiäre Traumatisierung)



---

# Prävalenz

---

- Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung zwischen 1% und 9,2%, höhere Prävalenz bei subsyndromalen Störungsbildern
- Frauen : Männer 2:1
- Prävalenz abhängig von der Art des Traumas:
  - 50-80% nach Vergewaltigung
  - >25% nach anderen Gewaltverbrechen
  - 20% bei Kriegsopfern
  - 2-18% nach Verkehrsunfällen (subsyndromal zusätzlich 28%)
  - niedrige Prävalenzraten (<10%) nach medizinischen Ereignissen ?
  - Unklare Prävalenz für (sekundäre) Traumatisierung bei Helfern und Angehörigen

---

# PTSD-Prävalenz nach medizinischen Ereignissen

---

- Verschiedene Prävalenzraten nach medizinischen Ereignissen:
  - Herzinfarkt: 10-22% (erhöhtes Risiko für Reinfarkt)
  - Koronare Bypass-OP 2-15%
  - Herztransplantation 10,5-17%
  - Lungentransplantation 9,8%
  - Awareness during anaesthesia: 56%
  - Krebs: 4-40%
    - Brustkrebs 13,8 % (>15% subsyndromal)
    - Angehörige krebskranker Kinder: 13,7
  - Geburten: ca. 1,7%
  - Verbrennungen: 18-35-45%
  - Unfälle 2-9% (ASR bis > 40%)
  - Intensivstation: 9,8 - 24%
    - ARDS: 23,9% (43,5 direkt nach ICU)

---

# PTSD-Epidemiologie bei Helfern

---

Berufsfeuerwehr NRW*	18,2 %
Polizei St. Gallen*	13,5 %
Rega CH*	6,3 %
Bergführer*	2,7 %
Intensiv-Pflege**	7%

\* Ehlert (div.); \*\* Teegen & Müller 2000

---

# Diagnostische Kriterien 1 (nach ICD-10, FK 1993)

-1-

---

A

- Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltendem Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde

B

- Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

---

# Diagnostische Kriterien 1 (nach ICD-10, FK, 1993)

## -2-

---

C

- Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastendem Erlebnis

D

- Entweder 1. oder 2.
- 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern
- 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erinnerung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:

---

# Diagnostische Kriterien 1 (nach ICD-10, FK 1993)

-3-

---

D

- A) Ein- und Durchschlafstörungen
- B) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- C) Konzentrations-schwierigkeiten
- D) Hypervigilanz
- E) erhöhte Schreckhaftigkeit

E

- Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (in einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden)

---

# Diagnostische Kriterien 1 (nach DSM-IV 1996)

---

- **A. Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis**
  - 1. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv)
  - und
  - 2. Reaktion: Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv)
- **B. Beharrliches Wiedererleben des Ereignisses in Form von (1 von 3)**
  - 1. Wiederkehrenden und eindringlichen belastenden Erinnerungen (Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen)  
und/oder
  - 2. Wiederkehrende belastende Träume  
und/oder
  - 3. Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt

---

## Diagnostische Kriterien 2 (nach DSM-IV 1996)

---

- **C.** anhaltendes Vermeidungsverhalten bzgl. Trauma-assoziiierter Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität (3 von 7)
  - 1. Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen in Bezug auf das Trauma
  - 2. Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen
  - 3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
  - 4. Deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
  - 5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
  - 6. Eingeschränkte Bandbreite des Affektes
  - 7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunftsperspektive



---

## Diagnostische Kriterien 3 (nach DSM-IV 1996)

---

- **D.** anhaltende Symptome erhöhten Arousal (2 von 5)
  - 1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen
  - 2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
  - 3. Konzentrations-schwierigkeiten
  - 4. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
  - 5. Übertriebene Schreckreaktion
- **E.** Das Störungsbild dauert länger als einen Monat
- **F.** Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Alle Kriterien müssen berücksichtigt sein  
(sonst subsyndromale PTSD)

---

## Diagnostische Kriterien 4 (nach DSM-IV 1996)

---

- Akute PTSD: wenn Symptome weniger als 3 Monate andauern
- Chronische PTSD: Symptome mehr als 3 Monate andauernd
- Mit verzögertem Beginn: Beginn der Symptome mind. 6 Monate nach dem belastendem Ereignis
  
- ASD -> PSD: 1-2 Monate; >2 Monate PTSD
  
- Subsyndromal: wenn nicht alle Kriterien B-F erfüllt sind

---

# Synopse A-Kriterium

---

## ICD-10 (FK):

- „Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltendem Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“

## DSM-IV:

- **1.** Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit  
und
- **2.** Reaktion: Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen

Die subjektive Bewertung der Belastung rückt in den Fokus der Pathogenese

---

---

# Akute Belastungsstörung / acute stress disorder

---

- Kriterien **A-F** weitgehend identisch (+ Dissoziationen)
- Zeitkriterium: die Störung dauert mind. 2 Tage und höchstens 4 Wochen und tritt innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf (= insg. 8 Wochen)
- Differentialdiagnostisch sind auszuschliessen: Drogen, Medikamente, andere psychische Erkrankungen, medizinische Krankheitsfaktoren; Verschlechterung einer vorbestehenden psychischen Störung
- Risiko der Entwicklung einer späteren PTSD durch Ausmass der subjektiven Belastung und Entsprechung der Symptomatik vorhersagbar

---

# Komplexe Traumatisierung (Herman JL 1992)

---

ICD-10: Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0)

DSM-V (Vorschlag): Komplexe PTSD bzw. DESNOS („Disorder of extreme stress, not otherwise specified“)  
multiple Persönlichkeit (F44.81)

---

# Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0)

---

Komplexe PTSD bzw. DESNOS („Disorder of extreme stress, not otherwise specified“), evt. Entwicklung einer MPS

mindestens zwei Jahre

unflexibles und unangepaßtes Verhalten

feindliche oder mißtrauische Haltung

sozialen Rückzug

Gefühl der Leere und der Hoffnungslosigkeit.

Gestörtes Sozialverhalten

Desintegration im beruflichen und privaten Alltag.

gestörtes Identitätserleben

Gefühl der Entfremdung

Andauernde Nervosität und Gefühl der Bedrohung.

---

# Versicherungspsychiatrische Besonderheiten: Diagnostische Klassifikationssysteme

---

## Verwendung diagnostischer Systeme

- Gemäss Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsmedizin ist sowohl die Verwendung des ICD-10 wie auch des DSM-IV statthaft (SÄZ 2004;85: Nr. 20, S. 1048-51)
- Diagnostische Kriterien sind im DSM-IV klarer definiert; dadurch in epidemiologischen Studien geringere Prävalenzen

---

# A-Kriterium DSM-IV

---

## Objektive Kriterien (aussen)

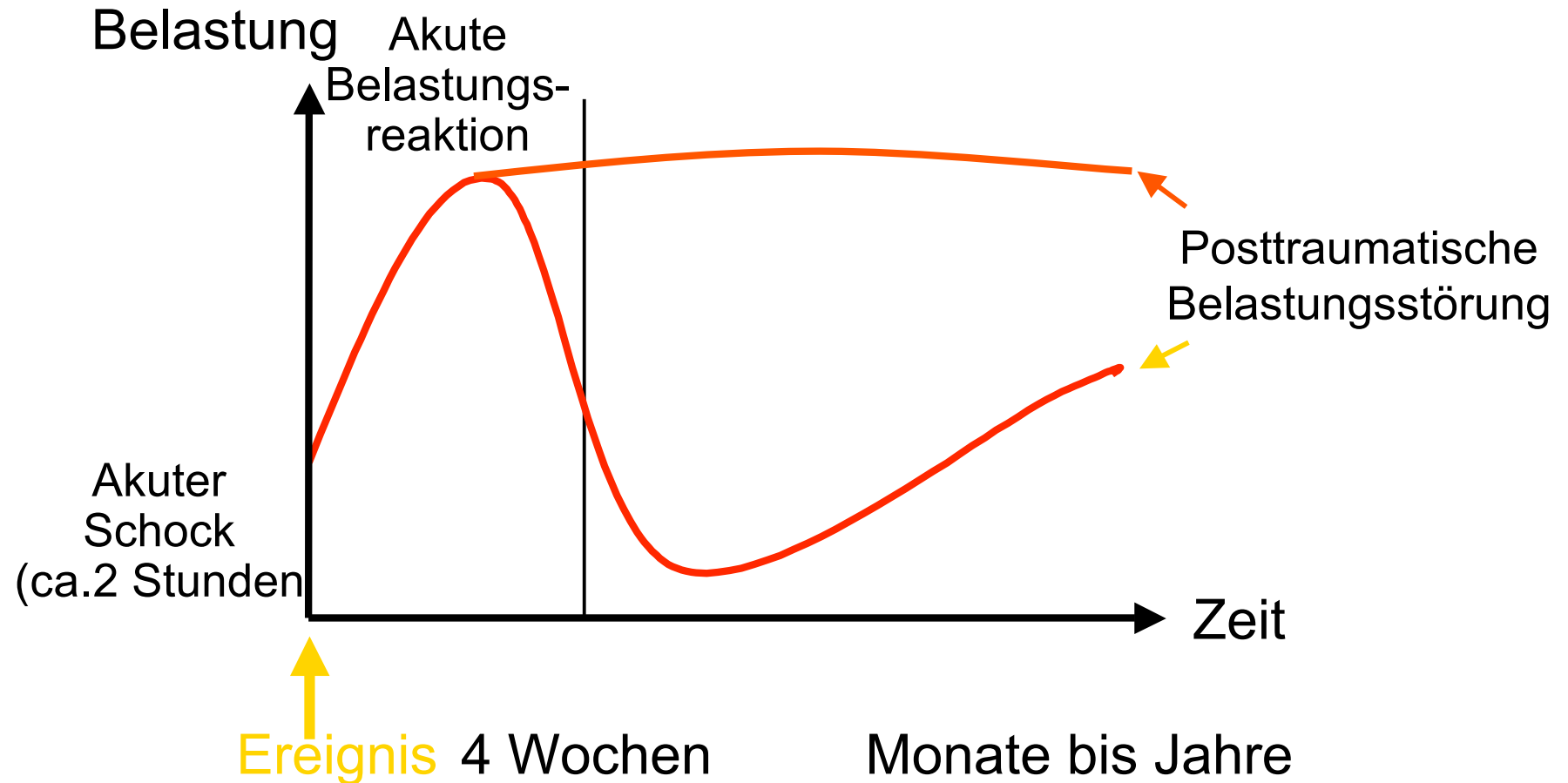
- Schweregrad
- Häufung
- Art der Betroffenheit
- Verursachungsfaktoren
- Persönliche Beziehung
- Situationstypologie (Angst, Erregung, Todesnähe...)

## subjektive Kriterien (innen)

- Ausmass der Betroffenheit
- Bewusstseinsengung
- Depersonalisation/Derealisation
- Verändertes Erleben von Zeit und Raum
- Analgesie/Anästhesie
- Motorik (freezing)



# Verläufe bei Posttraumatischen Störungen



---

# Gedächtnisqualitäten

---

## Explizites Gedächtnis

- Narrativ; deklaratives, semantisches, episodisches Gedächtnis
- Vom Bewusstsein nutzbares Faktenwissen; **Kontrolle**

## Implizites Gedächtnis

- Nichtdeklaratives, prozedurales Gedächtnis
- Handlungsrountinen, Gewohnheiten, Priming-Effekte (Stimmungen, Gefühle u.a. Auslöser von Handlungen), konditionierte Reaktionen; dissoziative Gedächtnisinhalte. **Nicht kontrollierbar**

---

# ZNS-Strukturen für Trauma-Gedächtnis 1

---

- Thalamus
  - Integration sensorischer Afferenzen
  - Filter der sensorischen Informationsvermittlung an Kortex, Amygdala und Hippocampus
  - Im Trauma starke Einengung des Wahrnehmungsfeldes, dadurch ggf. Desorganisation ganzheitlicher Erinnerung
- Amygdala (Corpus amygdaloidem, Mandelkern)
  - Kontrolle des affektiven Arousal und der emotionalen Bedeutungsattribution im hippocampal gesteuerten deklarativen Gedächtnis
  - Moderate bis erhöhte Erregung fördert Langzeitgedächtnis; sehr hohes Arousal interferiert endokrinologisch mit Hippocampus

---

# ZNS-Strukturen für Trauma-Gedächtnis 2

---

- Hippocampus
  - Transfer emotional bewerteter oder affektiv getönter Stimuli und Erfahrungen in das Langzeitgedächtnis
  - Kognitiv abgleichende Einordnung, semantische Kontextualisierung, räumlich zeitliche Einordnung
  - Aufbau eines narrativen, autobiografischen Gedächtnisses
  - Unter Extremstress Zusammenbruch, hippocampale Amnesie
- Temporallappen
  - Verbindung zu Amygdala und Hippocampus
  - Unter Extremstress Depersonalisations- und Derealisationserleben, dissoziative Fugue, halluzinatorisches Erleben

---

# Gedächtnisfunktion im Trauma 1

---

- In traumatischen Situationen arbeiten und lernen implizites und explizites Gedächtnis parallel.
- Deklarative Erinnerung über Hippocampus, nichtdeklarative (emotionale u.a. Erinnerungen) über Amygdala (u.a. im präfrontalen Cortex und Temporallappen) aktiviert
- Parallele Aktivierung beider Gedächtnissysteme erzeugt ganzheitliche bewusste Erinnerung
- Aktivierung des impliziten Gedächtnisses (z.B. durch assoziative Reize) ohne oder mit ungenauen expliziten Erinnerungen erzeugt Flashbacks

---

## Gedächtnisfunktion im Trauma 2

---

- Beeinträchtigung der deklarativen Informationsverarbeitung (via Hippocampus) im Trauma durch endogenes Hyperarousal (u.a. Steroidwirkung)
- Bei extremer oder andauernder Stresserfahrung kann der Hippocampus die Cortisolausschüttung nicht mehr angemessen steuern und verliert die Fähigkeit, Stresserfahrungen angemessen kognitiv zu verarbeiten
- Hippocampale Dysfunktion verändert die Gedächtnisleistung (Fragmentation, Verzögerung im Langzeitgedächtnis)
- Erhöhte Cortisol-Spiegel verändern Gedächtnisleistung v.a. in verbal-deklarativen Funktionen, im Neu-Lernen

---

# Veränderung der HPA-Achse

---

## HPA-Achsen-Veränderung: PTSD vs. Normale Stress-Antwort

<b>PTSD</b>	<b>Normale Stress-Antwort</b>
↓ Cortisol	↑ Cortisol
↑ Glucocorticoid-Rezeptordichte	↓ Glucocorticoid-Rezeptordichte
↑ Supression durch DHT	↓ Supression durch DHT
↑ Negative Feedback-Inhibition	↓ Negative Feedback-Inhibition

Bei der (chronischen, komplexen) PTSD liegt eine hirnorganische und hirmorphologische Veränderung vor!

---

# Zentrale Cortison-Rezeptoren

---

- Physiologisch erhöhte Corticoid-Rezeptor-Dichte in Hypothalamus, Hypophyse, Hippocampus (höchste Rezeptordichte) und Amygdala
- Bei PTSD pathologisch erhöhte Sensitivität der Corticoid-Rezeptoren
- Niedrige Cortisol-Spiegel, erhöhte Amplituden und veränderte Tagesrhythmik
- Abgeschwächte ACTH-baseline bei erhöhtem CRH
- = Biologische Grundlagen erhöhter Stressempfindlichkeit, erhöhter Schreckhaftigkeit, Überwachsamkeit und Übererregung



---

# Hippocampus-Atrophie und Gedächtnis

---

- Fehlfunktion des Hippocampus führen zu Störungen der Gedächtnis-Neu-Speicherung
- Wahrnehmungseindrücke werden nicht mehr kategorial erfasst, sondern als zusammenhangslose Sinneseindrücke olfaktorischer, visueller, akustischer oder kinästhetischer Art wahrgenommen
- Es kommt zu einer Desynchronisation im Zusammenspiel des sog. impliziten und expliziten Gedächtnisses

„because the hippocampus has not played its usual role in helping to localize the incoming information in time and space, these fragments continue to lead to isolated existence. Traumatic memories are timeless and ego-alien“ (Van der Kolk 1996)

---

# Die Aktualität des vergangenen Traumas

---

- Patienten mit einer PTSD berichten, dass sie ihre Erinnerungen nicht in die Vergangenheit „verpacken“ können
- Dies korrespondiert mit biologischen Beobachtungen, die nahelegen, dass die biologische Stressantwort nie richtig beendet worden ist.
- Jede unkontrollierte Erinnerung an das Trauma ist damit eine Re-Traumatisierung und hält die pathologische Stress-Antwort aktuell
- Therapieziel ist Beendigung der Stressreaktion (Sicherheit und Kontrolle)

---

# PTSD-Risiko

---

Genetik:  $\approx$  30%

Niedrige Intelligenz

Minimale zerebrale Dysfunktionen

Niedriges prätraumatisches hippocampales Volumen

Prä-Traumatisierung, auch sub-PTSD

Niedrige Selbstwirksamkeit

Niedrige Kohärenz (Sinnhaftigkeit, z.B. Angriffs-Krieg)

Alter

Coping-Strategien: interne / externe Kontrolle: wsh. ist problemorientiertes Coping (m) besser als emotionsorientiertes Coping (w) (aber nicht immer)

---

# Risikofaktoren 1

---

- Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses
- Ausmass der physischen Verletzung
- Unerwartetes Eintreten des traumatischen Ereignisses
- Geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen
- Schuldgefühle
- Durch Menschen verursachte Traumatisierung, Intentionalität
- Irreversibilität der erlittenen Verluste
- Ständiges Erinnertwerden an das Geschehen (Trigger)

---

## Risikofaktoren 2

---

- Ausbleiben fremder Hilfe
- Jugendliches oder hohes Lebensalter
- Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Psychische oder körperliche Vorerkrankungen
- Eigene Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen
- Familiäre Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen

---

# Schutzfaktoren

---

Kohärenzsinn

Geschlecht: m

Traumabewertung

Alter

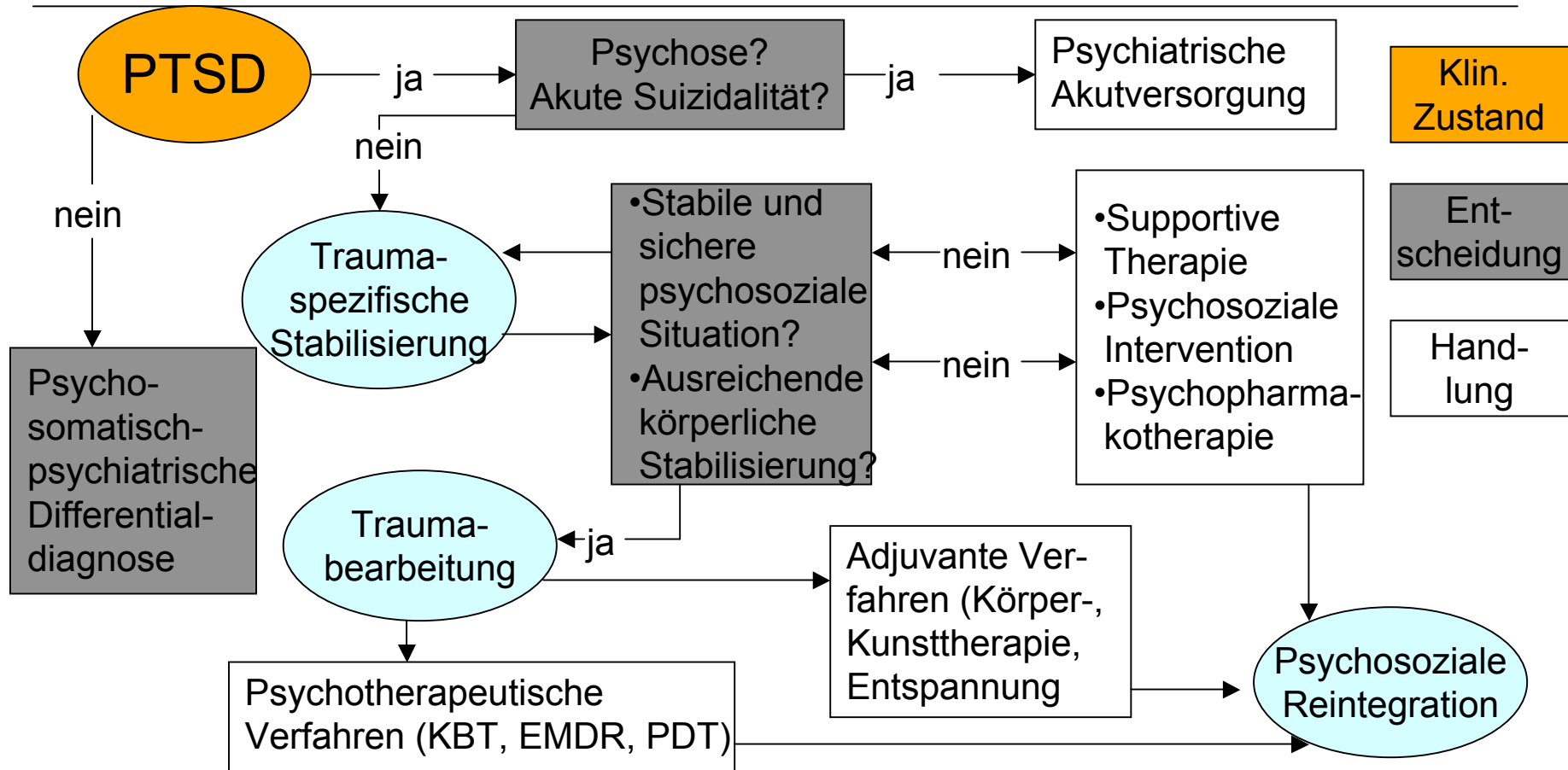
Hohe berufliche Zufriedenheit

Hohe Selbstwirksamkeit

Berufliche Gratifikation

Habituation

# Diagnostik- und Therapie-Algorithmus



---

# PTSD-Therapie

---

Grundsätzlich: nicht zu früh (PTSD-Induktion!)

Gesamtbehandlungsplan!

CBT Therapie der Wahl bei Typ-I-Trauma (incl. EMDR)

Verschiedene Weiterentwicklungen für Typ-II-Trauma

Unspezifisch / unterstützend:

- Relaxation -> klassische Konditionierung
- Erhöhung des Aktivierungsniveaus: -> Veränderung der Aufmerksamkeit in die Gegenwart
- Veränderung der Körperaufmerksamkeit: -> Rückgang der Körper-Vermeidung (Schonung)



---

# Wirksamkeit der Therapien

---

- Effektstärken von etwa 1,25 bei Therapieabschluss und in der 4-Monats-Katamnese 1,33 (EMDR) bis 1,63 (KVT)
- In dieser Metaanalyse konnte nur eine psychodynamische Studie berücksichtigt werden.
- Ein entscheidender Vorteil der Psychotherapie gegenüber der Pharmakotherapie ist die deutlich geringere Rate von Therapieabbrüchen (14% vs. 32%). (van Etten, Taylor 1998)
  
- Therapie nur bei ausgebildeten Traumatherapeuten!

---

# Begutachtungsdimensionen

---

- Prätraumatische biografische Entwicklung
  - Frühere traumatische Ereignisse haben einen Summations- und Kindling-Effekt
  - Prätraumatische Persönlichkeit
  - Siehe auch Folie Risiken
- Traumatisches Ereignis
- Posttraumatische psychosoziale Entwicklung

---

# Begutachtungsprobleme bei PTSD

---

Für Diagnostik und Beurteilung ist entscheidend der in einem ausführlichen gutachterlichen Interview erhobene psychische Querschnittsbefund (Fabra 2006):

---

# Spezifische diagnostische Instrumente

---

Allgemeine Screening-Instrumente, z.B.

- SCL-90-R
- BDI

Spezifische Selbstbeurteilungs-Fragebögen:

- IES-R (mit Schwere-Graduierung)
- PDS (mit Schwere-Graduierung)

Spezifische Fremdbeurteilungs-Fragebögen:

- SKID (PTSD-Teil)
- CAPS (mit Schwere-Graduierung)

Psychometrische Instrumente ersetzen nicht die fachärztliche Exploration

---

---

# Untersuchungstechniken -1-

---

„Traumatisierte Menschen meiden es mit grosser psychischer Anstrengung, mit den traumatisierten Inhalten und Gefühlen in Verbindung zu kommen. Zurecht wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Betroffene auf den ersten Blick durchaus den Eindruck von Normalität vermitteln können...“ (Leonhardt, Foerster 2003)

- Sicherer Rahmen in der Begutachtungssituation
- Zeit und Ruhe, Beziehungssicherung, Erklärung des Ablaufs (Annäherung an unangenehme Affekte aus diagnostischen Gründen)
- Empathie ist wesentlich zur Diagnosesicherung (s.u.)

---

## Untersuchungstechniken -2-

---

- Die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen während der (behutsamen) Exploration führt zum An- und Abschwellen beobachtbarer Anspannung, Unruhe, Angst (bis hin zum Abbruch) (Vermeidungsverhalten)
  - Fehlende affektive Resonanz bei der Schilderung kann auf einen abgespaltenen traumatischen Affekt hinweisen
  - Angemessener Affekt bei flüssiger Schilderung weist auf Integration des Traumgeschehens hin
  - Gegenübertragungsreaktion bzw. reflektierte Empathie beim psychotherapeutisch ausgebildeten Begutachter ist wesentlich zur Bewertung der affektiven Reaktion.
-

---

# Anamnestiche Probleme

---

Objektivierung des Geschehens (A1) ist Aufgabe des Auftraggebers, nicht des Gutachters (Leonhardt, Foerster 2003)

- Schilderung des Geschehens ändert sich durch
  - Abstand zum Ereignis
  - aktuelle Symptomatik

Sorgfältige peritraumatische Anamnese (A2)

- Beachtung möglicher Amnesie, Dissoziationen,
- Cave Retraumatisierung durch unkontrollierbare Erinnerungsüberflutung
- Untersucher sollte therapeutische Erfahrung haben

---

# Fallstricke für falsche Ergebnisse (Leonhardt, Foerster 2003)

---

## Falsch positiv:

- adäquater emotionaler Stress vs. störungsbedingter Stress
- Nichtberücksichtigung früherer traumatischer Ereignisse (Summationseffekt, Kindling)
- Prätraumatische Psychopathologie nicht berücksichtigt
- Fehlende differentialdiagnostische Erörterungen (SHT...)

## Falsch negativ:

- Keine Exploration der Situation und des peritraumatischen Erlebens
  - PTSD als normale, verständliche Reaktion ohne Krankheitswert
  - PTSD kann trotz prätraumatischer Psychopathologie auftreten (Risiko)
  - Falsche kausale Zuschreibung
-



---

# Therapiemotivation

---

Therapiemotivation und Motivation zur Reintegration sind bei einer PTSD-“Normalpopulation“ i.d.R. hoch

Einschränkend wirken komorbide Symptome: Depression, Substanzabusus, Schmerzsyndrome (u.U. traumabedingt)

Asylanten: erfolgreiche Traumatherapie geht einher mit der Gefahr, in das potentiell weiterhin gefährdende Lebensumfeld ausgeschafft zu werden

---

# Arbeitsfähigkeit

---

Abhängig von Schweregrad der Symptomatik

Zumutbarkeit ergibt sich aus der PTSD-Symptomatik (Dissoziationen, hyper-/ hypomotorisches Hyperarousal, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Depressivität, Vermeidungsverhalten) und möglichen Trigger-Situationen

PTSD-Patienten wollen in der Regel ihre Symptome loswerden und arbeiten, können aber nicht

Der nicht therapierte PTSD-Patient kann seine Symptome nicht kontrollieren!

Behandlungsversuch bei qualifiziertem Therapeuten

Evt. Umschulung auf nicht trauma-assoziierten Beruf

---

---

# Prognose

---

Bei Typ-I-Trauma gute Prognose, gut therapierbar

Bei Typ-II-Trauma Übergang in chronische PTSD, komplexe PTSD, *DESNOS*, dissoziative Störungen (MPS): lange Therapiedauer, Reintegration anstreben.

Komorbide Persönlichkeitsstörungen: 30-70% aller sog. Borderline-Störungen haben eine psychotraumatische Anamnese (Wöller, Kruse 2003)

Solange Bedrohung besteht, ist weder Therapie noch berufliche Integration möglich