



Patienteninformation zum Thema

Belastungsstörungen

(Autorin: Angela Aldag)

Ebenso, wie der physische Körper verwundbar ist und versorgt werden muss, verhält es sich mit der Psyche. Auch hier ist es möglich, folgenschwere Verletzungen zu erleiden, die behandlungsbedürftig sind oder werden. Ignoriert man diese Verwundbarkeit, kann dies zu chronifizierten Leiden oder anderen schwerwiegenden Folgeschäden führen.

Das Erleben von bestimmten Situationen, in denen körperliche Gewalt eine gravierende Rolle spielt, Ohnmachtserfahrungen und Kontrollverlust im Rahmen von Katastrophen (Natur, Verkehr, Krieg) beinhalten ein hohes Belastungspotential .

Wenn die menschliche Psyche für diese aussergewöhnlichen Situationen keine geeigneten Bewältigungsstrategien besitzt, kann sie mit einer sogenannten Belastungsstörung oder -reaktion reagieren. Diese ist zunächst ein kluger Schutzmechanismus unserer Psyche, mit der sie versucht, mit der aussergewöhnlichen physischen oder psychischen Situation fertig zu werden. Häufig ist diese Belastungsreaktion nur vorübergehend und klingt innerhalb eines kurzen Zeitraums ab. Doch genau so wenig, wie jede/r eine seelische Störung entwickelt, der einer belastenden Situation bzw. einem psychischen Schock ausgesetzt war, kann sich die Psyche in jedem Fall selbst heilen.

Der Beginn einer akuten Belastungsreaktion setzt normalerweise mit dem Erleben der als überwältigend erlebten Situation ein. Die zeitliche Dauer wird zwischen einigen Stunden bis zu wenigen Tagen oder in seltenen Fällen sogar Wochen eingeordnet. In diesem Zeitraum findet ein Verarbeitungsprozess statt, der über eine Akutphase über eine Verarbeitungs- und Abschlussphase führt.

Manche Krisen sind aber so einschneidend, dass die psychische Reaktion länger anhält. Dies ist ein sehr individuelles Geschehen und hängt von der Persönlichkeit und Vulnerabilität des oder der

Betroffenen ab. Dauern die Symptome in der Verarbeitungsphase länger als 4 Wochen an und beeinflussen den Menschen im psychischen, physischen oder sozialen Kontext, spricht man nicht mehr von einer akuten Belastungsreaktion. Hier muss überprüft werden, ob es sich im Rahmen der Belastungsstörungen vielleicht um eine Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS) handelt. Diese Ausprägung ist therapiebedürftig und wird im Weiteren noch genauer beschrieben.

Unterscheidungen:

Grundsätzlich unterscheidet man im Rahmen der Belastungsstörungen drei verschiedene Formen, die im ICD 10 klassifiziert sind unter "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F.43).

- ▶ *Die Anpassungsstörung*
- ▶ *Die akute Belastungsreaktion/ Die akute Belastungsstörung*
- ▶ *Die posttraumatische Belastungsreaktion*

Prävalenz:

Über die Prävalenz der akuten Belastungsstörungen gibt es unterschiedliche Angaben.. Zwischen 14% und 33% der Personen, die eine akute Belastungssituation erlebt haben, entwickeln als Reaktion eine Belastungsstörung.

Bei einem hohen Prozentsatz, der bis zu 60 % reicht, kommt es in einer Zeitspanne von 3-6 Monaten zu einer Besserung der psychischen Befindlichkeit auch ohne therapeutische Maßnahmen. Abhängig von der individuellen psychischen Konstitution und anderer Variablen kann die Beeinträchtigung der Befindlichkeit aber andauern und zu einem hohen Leidensdruck mit Konsequenzen in verschiedenen Bereichen des Lebens führen. Dies ist z.B. der Fall bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Hier liegt die Lebenszeitprävalenz¹ in der Allgemeinbevölkerung zwischen 1-10 %, bei Frauen ist sie doppelt so hoch wie bei Männern (Verhältnis 10% zu 5 %).

Bei der Anpassungsstörung wird eine Prävalenz von 3-4% beschrieben.

¹ Lebenszeitprävalenz: Dieser Wert gibt die Häufigkeit an, in der eine Erkrankung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Bevölkerung auftritt..

Ätiologie:

Die Entstehung einer akuten Belastungsreaktion bzw. einer posttraumatischen Belastungsstörung wird durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren verursacht. Gemeinsam ist ihnen :

- ▶ *das Erleben eines belastenden Ereignisses, ohne den die Störung nicht entstanden wäre*
- ▶ *erhebliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Ereignisses*
- ▶ *eine ebenfalls erhebliche Beeinträchtigung der sozialen Leistungsfähigkeit*

Der Unterschied ist vor allem in der Art und dem Ausmaß der Belastung zu finden. Manche traumatische Ereignisse sind so schwerwiegend, dass häufig auch Personen mit guten Bewältigungsstrategien (Coping) und Unterstützung des sozialen Umfeldes zunächst trotzdem nicht in der Lage sind, diese zu verarbeiten.

Psychosoziale Belastungen als Auslöser für Störungen sind vielfältig:

- *chronische soziale Belastungen*
- *chronische Überforderung*
- *akute Lebensereignisse*
- *körperliche Erkrankungen*
- *traumatische Ereignisse*

Symptome:

Die Reaktion auf eine Belastungssituation spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab:

▶ **Der körperlichen Ebene:**

Es treten als Sofortreaktion in oder kurz nach der Akutsituation typische Erregungs- und Stresssymptome auf wie Erhöhung des Blutdrucks, starkes Schwitzen, auffallende Blässe oder aber hochroter Kopf, Herzrasen, Übelkeit und schnelle Atmung. Dies kann weiter gefolgt sein von Abnahme der Appetenz, starker Reduktion der Libido und auch Schlaflosigkeit oder Schlafstörungen.

▶ **Der Verhaltensebene:**

Auffallend ist eine Art emotionaler Betäubung, die Betroffenen wirken apathisch und regelrecht teilnahmslos oder aber extrem nervös und motorisch unruhig.. Sie zeigen auf Ansprache in der

Akutsituation als Folge des Schocks wenig bis keine Reaktion auf Ansprache, ebenso können aber auch unerwartete und unangemessene Reaktionen erfolgen. Die Schmerzreizschwelle ist stark herabgesetzt, was die Gefahr einer Eigengefährdung in Kombination mit sinnlosen Handlungen erhöht. Damit kann, wenn der Betroffene unter Schock steht, sowohl sich als auch Andere gefährden.

► **Der emotionale Ebene:**

Nach der anfänglichen emotionalen Betäubung, in der die Betroffenen sich "wie abgeschaltet" fühlen und eigene Gefühle nicht mehr wahrnehmen können, kann eine Phase folgen, in der sich Emotionen wie Angst, Wut, Verzweiflung oder Ärger abwechselnd und in unterschiedlicher Intensität zeigen. Häufig findet man auch Derealisations- oder Depersonalisationsphänomene, das heißt, die Betroffenen haben das Gefühl, weder die Umgebung, noch sie selbst seien real, sie fühlen sich sozusagen "entrückt". Bezeichnend für die Reaktionen auf der emotionalen Ebene sind die Schwankungen zwischen den beschriebenen Gefühlszuständen, auf die die Betroffenen wenig bis keinen Einfluss haben.

Bei der *posttraumatischen Belastungsstörung* bestehen die Symptome darüber aus emotionalem oder sozialem Rückzug, was sich bis zu einer sozialen Isolation ausweiten kann. Es kommt zu ständigen unwillkürlichen und nicht beeinflussbaren Erinnerungen an das belastende Ereignis ("Flashbacks") mit all den in der Situation erlebten Gefühlszuständen, die emotional zu überfluten drohen (Intrusion) sowie einem Zustand vegetativer Übererregtheit (Hyperarousal). In manchen Fällen können sich Betroffene nicht oder nur teilweise an das Trauma erinnern (dissoziative Amnesie) oder leiden an Schuldgefühlen, weil sie überlebt oder subjektiv nicht genug geholfen zu haben, wenn bei dem traumatischen Ereignis andere Menschen zu Tode gekommen sind.

Anpassungsstörungen äußern sich durch unterschiedliche gefühlsmäßige Symptome (depressive Stimmung, andauernde Besorgnis etc.). Auch hier findet sich durch ausgeprägte Rückzugstendenzen eine häufig gravierende soziale Beeinträchtigung. Die Störung tritt häufig mit einer Latenzzeit auf, das heißt, die Zuordnung der Reaktion auf das Ereignis ist unter Umständen Tage, Wochen oder Monate in Vergangenheit zu finden.

Anders als bei der akuten Belastungsreaktion entwickelt sich die Anpassungsstörung deutlich langsamer. Im Gegensatz zu den anderen Belastungsstörungen können für die Anpassungsstörungen mehrere Ereignisse ursächlich sein. Auch eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat, kann verantwortlich sein für die Entstehung einer Anpassungsstörung. Die Dauer dieser Störung kann von

wenigen Wochen bis deutlich über 6 Monate reichen. Auslösende Ereignisse können akute Ereignisse wie der Tod oder eine schwere Erkrankung eines Angehörigen sein, es kann sich dabei aber auch um länger dauernde Belastungen, z.B. Eheprobleme oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz handeln. Auch eigene schwerwiegende Erkrankungen können eine Anpassungsstörung auslösen. Beispiele:

- *Herzinfarkt, schwere Herzinsuffizienz oder Schlaganfall*
- *chronische Lungenerkrankungen*
- *Diabetes mellitus*
- *Nierenerkrankungen mit Dialyse*
- *Krebserkrankungen*

Behandlung/Therapie:

Da jede Störung im Kontext belastender Situationen oder Traumata unterschiedlich ausgeprägt ist, ist auch die Behandlung individuell. Daher ist es wichtig, die Art des traumatisierenden Ereignisses zu differenzieren, denn sowohl die Schwere, als auch die Unerwartetheit und somit mangelnde Kontrollmöglichkeit der Betroffenen spielen eine große Rolle. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die persönliche Vulnerabilität - so sind besonders junge oder auch ältere Personen stärker gefährdet. Gab es in der bisherigen Biographie bereits viele belastende Erfahrungen oder auch psychische Störungen, ist die Wahrscheinlichkeit, eine Belastungsstörung zu entwickeln, ebenfalls erhöht. Auf der anderen Seite sind natürlich auch protektive Faktoren wichtig - welche Schutzfaktoren gibt es? Wie ist die soziale Eingebundenheit? Gibt es einen funktionierenden Freundeskreis? Wie ist die körperliche Gesamtkonstitution? Je mehr positive Faktoren vorliegen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine geringere Ausprägung der Belastungsstörung und eine kürzere (Leidens-) Dauer.

Es gibt je nach Störungsbild unterschiedliche und sehr differenzierte Therapiemöglichkeiten. Die jeweiligen Maßnahmen beruhen ganz individuell auf der Analyse des Einzelfalls. Pharmakotherapie, also die Gabe von Medikamenten, kann zur Unterstützung eingesetzt werden, dies muss aber je nach Schweregrad entschieden und angepasst werden. Eine alleinige medikamentöse Behandlung, unabhängig von der Ausprägung der Belastungsstörung, ersetzt allerdings keine spezifische Psychotherapie, in der sich die Betroffenen mit den ursächlichen Faktoren und Auslösern, gerade bei der Posttraumatischen Belastungsreaktion, auseinandersetzen.

Die Kombination von pharmakologischer und psychotherapeutischer Therapie ist aber in der Regel gerade bei komplexen Belastungsstörungen wie der PTBS sehr effizient.

Während bei der Therapie von Anpassungsstörungen die Verringerung der Belastungen, eine Neubewertung der Situation und das Entwickeln neuer Bewältigungsstrategien im Vordergrund stehen, ist es wichtig, bei der akuten Belastungsreaktion möglichst schnell mit der Intervention zu beginnen, um ein Gefühl der Sicherheit und der Kontrollmöglichkeit wieder herzustellen mit dem Ziel, die Alltagsroutinen weiterhin bewältigen zu können. Als entlastend werden hier häufig auch schon ein besseres Verständnis der eigenen Symptome, die als Folge der Belastung entstanden sind, und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Verbesserung des Umgangs mit eben diesen Symptomen empfunden. Die bei akuten Belastungsreaktionen auftretenden Erregungszustände können, wenn erforderlich, mit Neuroleptika (Substanzen mit antipsychotischer, beruhigender Wirkung) behandelt werden.

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist die Stabilisierung der Betroffenen und deren Lebenssituation das erste Ziel der Behandlung. Ängste können in Gesprächen Raum bekommen und abgebaut werden, Sicherheit kann Schritt für Schritt wieder erlangt werden. Es werden Strategien vermittelt, die für einen Umgang mit den verschiedenen Folgen des traumatischen Ereignisses hilfreich sind und so eine Verarbeitung der Belastungssituation und die dadurch entstandenen Beeinträchtigungen ermöglichen können. Da es aus neurobiologischer Perspektive bei posttraumatischen Belastungsstörungen nachgewiesene Veränderungen in zahlreichen Transmitter-Systemen gibt (Transmitter sind Botenstoffe, die der Übertragung von Informationen zwischen Nervenzellen dienen), werden oftmals Antidepressiva, wie bspw. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, ver-schrieben.

Psychotherapeutisch haben sich folgende Methoden bewährt:

1. Die Kognitiv-behaviorale Therapie

Hier werden neue, hilfreiche Einstellungsmuster und Neubewertungen ebenso wie positive, die Widerstandskraft stärkende, Verhaltensweisen zusammen entwickelt und kontinuierlich eingeübt.

2. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Mittels angeleiteter gezielter Augenbewegungen kommt es zu einer Stimulation der verschiedenen Areale im Gehirn. Ziel ist es, eine beschleunigte Verarbeitung der traumatischen Erinnerung durch eine strukturierte Wiederbegegnung mit der Belastungssituation zu erreichen.

3. Die psychodynamisch-imaginative Therapie

Mit Hilfe von imaginativen Techniken wird das Kontroll- und Distanzierungsvermögen unterstützt und verbessert. Wichtig ist hierbei die Einbeziehung und Berücksichtigung der bisherigen

Biographie und der lebensgeschichtlichen Erfahrungen und Prägungen. Diese Therapie ist sehr individuell aufgrund des Fokus auf die ganz persönlichen Ressourcen und resilienten Faktoren der Betroffenen.

Behandlung/Therapie:

Es gibt je nach Störungsbild unterschiedliche und sehr differenzierte Therapiemöglichkeiten. Die jeweiligen Maßnahmen beruhen ganz individuell auf der Analyse des Einzelfalls. Pharmakotherapie, also die Gabe von Medikamenten, kann zur Unterstützung eingesetzt werden, dies muss aber je nach Schweregrad entschieden und angepasst werden. Eine alleinige medikamentöse Behandlung, unabhängig von der Ausprägung der Belastungsstörung, ersetzt allerdings keine spezifische Psychotherapie, in der sich die Betroffenen mit den ursächlichen Faktoren und Auslösern, gerade bei der Posttraumatischen Belastungsreaktion, auseinandersetzen.

Die Kombination von pharmakologischer und psychotherapeutischer Therapie ist aber in der Regel gerade bei komplexen Belastungsstörungen wie der PTBS sehr effizient.

Während bei der Therapie von Anpassungsstörungen die Verringerung der Belastungen, eine Neubewertung der Situation und das Entwickeln neuer Bewältigungsstrategien im Vordergrund stehen, ist es wichtig, bei der akuten Belastungsreaktion möglichst schnell mit der Intervention zu beginnen, um ein Gefühl der Sicherheit und der Kontrollmöglichkeit wieder herzustellen mit dem Ziel, die Alltagsroutinen weiterhin bewältigen zu können. Als entlastend werden hier häufig auch schon ein besseres Verständnis der eigenen Symptome, die als Folge der Belastung entstanden sind, und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Verbesserung des Umgangs mit eben diesen Symptomen empfunden. Die bei akuten Belastungsreaktionen auftretenden Erregungszustände können, wenn erforderlich, mit Neuroleptika (Substanzen mit antipsychotischer, beruhigender Wirkung) behandelt werden.

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist die Stabilisierung der Betroffenen und deren Lebenssituation das erste Ziel der Behandlung. Ängste können in Gesprächen Raum bekommen und abgebaut werden, Sicherheit kann Schritt für Schritt wieder erlangt werden. Es werden Strategien vermittelt, die für einen Umgang mit den verschiedenen Folgen des traumatischen Ereignisses hilfreich sind und so eine Verarbeitung der Belastungssituation und die dadurch entstandenen Beeinträchtigungen ermöglichen können. Da es aus neurobiologischer Perspektive bei posttraumatischen Belastungsstörungen nachgewiesene Veränderungen in zahlreichen Transmitter-Systemen gibt (Transmitter sind Botenstoffe, die der Übertragung von Informationen zwischen Nervenzellen dienen),

werden oftmals Antidepressiva, wie bspw. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, verschrieben.

Behandlung/Therapie:

Psychotherapeutisch haben sich folgende Methoden bewährt:

1. Die Kognitiv-behaviorale Therapie

Hier werden neue, hilfreiche Einstellungsmuster und Neubewertungen ebenso wie positive, die Widerstandskraft stärkende, Verhaltensweisen zusammen entwickelt und kontinuierlich eingeübt.

2. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Mittels angeleiteter gezielter Augenbewegungen kommt es zu einer Stimulation der verschiedenen Areale im Gehirn. Ziel ist es, eine beschleunigte Verarbeitung der traumatischen Erinnerung durch eine strukturierte Wiederbegegnung mit der Belastungssituation zu erreichen.

3. Die psychodynamisch-imaginative Therapie

Mit Hilfe von imaginativen Techniken wird das Kontroll- und Distanzierungsvermögen unterstützt und verbessert. Wichtig ist hierbei die Einbeziehung und Berücksichtigung der bisherigen Biographie und der lebensgeschichtlichen Erfahrungen und Prägungen. Diese Therapie ist sehr individuell aufgrund des Fokusses auf die ganz persönlichen Ressourcen und resilienten Faktoren der Betroffenen.

Was kann ich selbst tun?

★ Jeder Weg beginnt bekanntermassen mit dem ersten Schritt – gestehen Sie sich ein und auch zu, dass die Bewältigung des Erlebten für Sie schwierig ist. Problematisch wird es erst dann, wenn Sie diesen ersten Schritt nicht gehen.

★ Nehmen Sie sich und Ihren Leidensdruck bzw. Ihre Symptommatiken ernst.

- ★ **Sprechen Sie darüber. Mit der Familie, mit Freunden oder aber mit professionellen „Helfern“ wie Ärzten, Psychologen oder Therapeuten.**
- ★ **Medikamente können für einen begrenzten Zeitraum eine gute Unterstützung sein – scheuen Sie sich nicht, danach zu fragen und sich zu informieren.**
- ★ **Informieren Sie sich über Ihre Ausprägung einer Belastungsstörung oder Belastungsreaktion. Information bietet einen ersten Schritt in die Sicherheit. Symptome, die man zuordnen und verstehen kann, sind schon etwas weniger beängstigend.**
- ★ **Sport ist hilfreich für Körper und Seele.**
- ★ **Es gibt verschiedene Selbsthilfegruppen – bestimmt finden Sie eine, die genau zu Ihnen passt.**

Geben und nehmen Sie sich genau die Zeit, die Sie ganz persönlich brauchen, um Ihre Belastungsstörung zu überwinden. Je eher Sie handeln, desto weniger lange sind Sie Ihrem Leidensdruck ausgesetzt.

Quellen:

- Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, AWMF online, AWMF-Leitlinien-Register 051/010 Entwicklungsstufe 1 + IDA, im Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/>
- Barre, K.-M., Biesold, K.-H.: Medizinisch-psychologische Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (S. 369 – 382). In: Psychologie für Einsatz und Notfall (Bernard & Graefe Verlag, Bonn, 2001).
- Bengel, J. & Hubert, S. Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion. Göttingen: Hogrefe (2010)
- Bernd Willkomm: Critical Incident Stress Management (CISM) (S. 99 - 105). In: Psychologie für Einsatz und Notfall. Bernard & Graefe Verlag, Bonn (2001)
- Ehlers, A.: Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen Hogrefe (1999)
- Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie München: Reinhardt - Verlag (1998)
- Kline, M. & Levine, P. A. :Verwundete Kinderseelen heilen (5. Auflage). München: Kösel-Verlag (2010)
- Kowalski, J.-T.: Psychotraumatisierung und akute Belastungsreaktionen (S. 215 – 221). In: Psychologie für Einsatz und Notfall (Bernard & Graefe Verlag, Bonn, 2001).
- Maercker, A. (Hrsg.): Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung; Berlin

Heidelberg

Die Nutzungsrechte für das Dokument liegen bei Angela Aldag, Filip Esau, Hanna Lindemann und Prof.Schulte-Meßtorff, 2013