

Posttraumatische Belastungsreaktion (PTSD) nach Organtransplantation:

Möglichkeiten der psychologischen/ psychotherapeutischen Behandlung

Dr. Gabriele Angenendt

Dipl.-Psych./ PP

mailto:

gabyangenendt@aol.com / angenendt@bnev.de



Inhalt:

- ❑ Einige Studienergebnisse zu PTSD und TX
- ❑ Was ist eine PTSD und wie „funktioniert“ sie?
- ❑ Risikofaktoren bei PTSD
- ❑ Probleme der Transplantation
- ❑ Anforderungen an den Patienten nach TX
- ❑ Therapie/ Behandlung posttraumatischer Störungen
- ❑ Gibt es die Möglichkeit einer Trauma/ PTSD-Prophylaxe für angehende TX-Patienten ?

Einige Studien zu TX-bezogener PTSD

□ Dew et al. (1999)

- 158 Herztransplantierte, nach 12 Monaten noch 16% PTSD
- stärkster Prädiktor für Mortalität
- Mortalitätsrisiko 13fach erhöht post Tx in den ersten 3 J., möglicherweise durch Risikoverhalten, psychophysiologische Faktoren
- Risikofaktoren: psychiatrische Anamnese, Geschlecht (f)

□ Stukas et al. (1999):

1. Jahr post:

- 10,5% PTSD, 5% subsyndromal
- Risikofaktoren: geringe soziale Unterstützung, lower sense of mastery

Einige Studien zu TX-bezogener PTSD

- Köllner et al. (2003): bei 90 Patienten nach HTx/LTX
 - **SKID**
- 9% Tx-bezogene PTSD
- Risikofaktoren: severe life events, *zusätzlich* geringe soziale Unterstützung, lower sense of mastery
- **Erim et al. (2009) bei 80 Pat. Herz-Tx+Lungen-TX**
 - **PTSS-10, HADS, SF36**
- 4% voll ausgeprägte, 14% partielle PTSD
- Medikamentencompliance nimmt mit der Ausprägung der PTSD ab.
- PTSD nimmt Einfluß auf TX-Outcome, Abstoßungshäufigkeit 13x höher als ohne PTSD

Risikofaktoren für PTSD

- Prämorbide psychische Störungen
- Vorangegangene Traumatisierungen
- Weibliches Geschlecht
- Jüngeres Lebensalter
- Niedriger sozioök. Status und Bildungsniveau
- Vermeidender Coping-Stil
- Geringe soziale Unterstützung
- flankierende live-events
- Geringe Kontrollüberzeugung

Posttraumatische Belastungsstörung im DSM-IV

- Akute (PT)BS: Dauer < 2 Tage bis 4 höchstens Wochen
- PTSD >1-3 Monate
- Chronische PTSD: Dauer > 3 Monate
- PTSD mit verzögertem Beginn: > 6 Monate nach dem Trauma

Kernsymptomatik der PTSD (Symptomtrias)

- ❑ **Intrusionen**: sich aufdrängende, belastende Traumaerinnerungen in Form von Bildern, flash-backs, Alpträumen
- ❑ **Vermeidung**: Vermeidung traumaassoziierter Stimuli (Orte, Aktivitäten, Worte) und /oder emotionale Taubheit
- ❑ **Hyperarrousal**: Übererregungssymptome wie Schlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Affektintoleranz
- ❑ Diese Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit z.T. jahrelanger Verzögerung auftreten.
- ❑ **Partielle PTSD**: → nur 2 von 3 Voraussetzungen sind erfüllt

Wann ist eine Erfahrung traumatisch ?

Definition:

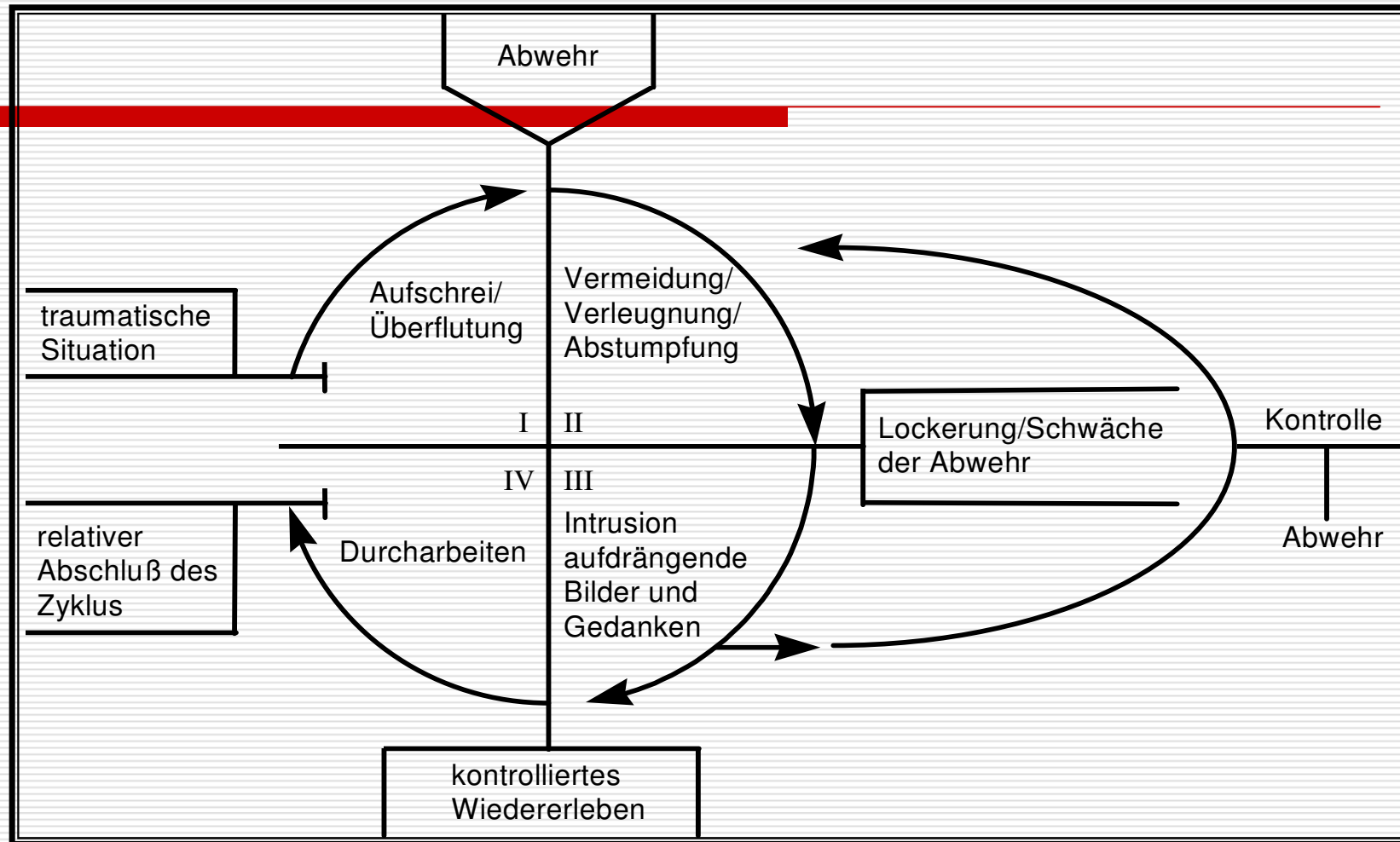
Psychisches Trauma ist ein **vitales Diskrepanzerlebnis** zwischen bedrohlichen **Situationsfaktoren** und individuellen **Bewältigungsmöglichkeiten**, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.

(Nach G. Fischer & P. Riedesser Lehrbuch der Psychotraumatologie, 1998)

Ein Trauma...

- Ist eine normale Reaktion auf ein inneres oder äußeres pathogenes Ereignis

Zyklus der Traumaverarbeitung



aus: Fischer und Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, 1998

Dynamik/ Folgen des Traumas

(was ist das Schlimmste in der Situation)

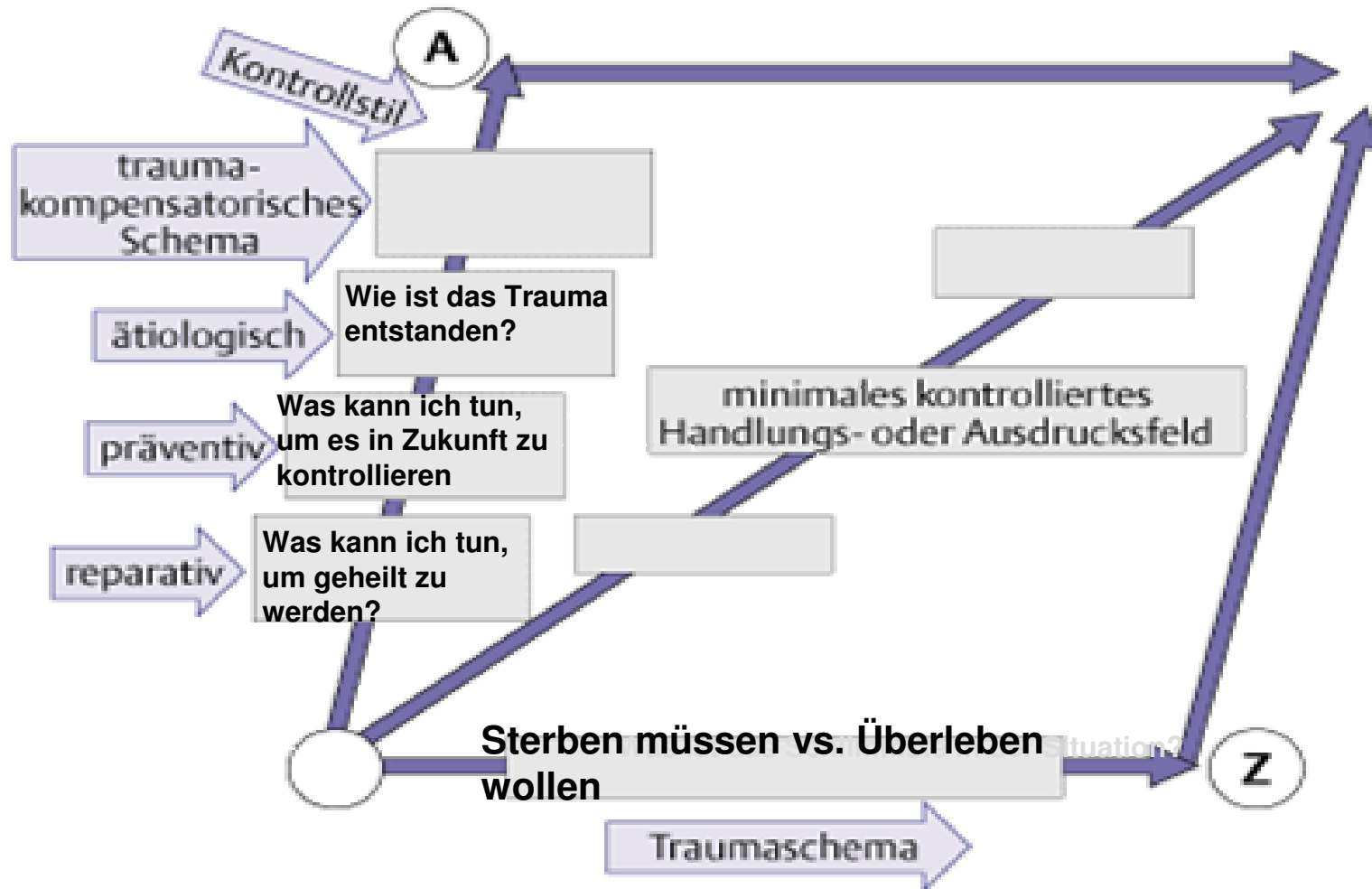
□ Trauma-Schema



□ („naive Heilungstheorie“)

□ Traumakompensatorisches Schema

Beispiel : Parallelogramm der Kräfte bei PTSD



aus: Fischer und Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, 1998

Traumatogene Situationsfaktoren bei potentiell tödlichen, chronischen Erkrankungen

- Todesdrohung
- Antizipation körperlicher Versehrtheit
- Autonomieverlust
- Bedrohung der sozialen Identität/Selbstwert

Besonderes traumatologisches
Situationsmerkmal bei chronischen,
potentiell tödlichen Erkrankungen

-
- Der bedrohliche Einfluß kommt nicht von außen, sondern aus dem **Körperinneren**. Die flight/fight-Reaktion wird zwar aktiviert, kann aber nicht in Handlung umgesetzt werden (Verlust des Vertrauens in den eigenen Körper)

Phasen der chronischen Erkrankung vor TX

- Verdacht
- Diagnose
- Med. Behandlung
- Fortschreiten der Erkrankung
Finalstadium (Warteliste)
- Dialysepflicht, künstliche Lunge,
künstliches Herz)
- Transplantation

Probleme der Transplantation

- ❑ Oftmals keine Alternative
- ❑ Erfolg nicht mit Sicherheit voraussehbar
- ❑ Operationsrisiko
- ❑ Mögliche Komplikationen, insbesondere durch immunsuppressive Medikamente
- ❑ Möglicher Transplantatverlust durch Abstoßung

Anforderungen an den TX-Patienten

- ❑ Immunsuppressiva müssen konsequent eingenommen werden, daher hohe Eigenverantwortung und **hohes Maß an Compliance nötig**
- ❑ Folgeerkrankungen durch Immunsuppressiva müssen in Kauf genommen werden (Bsp.: Morbus Cushing, erhöhtes Krebsrisiko)
- ❑ Ängste müssen bewältigt werden (wg. möglicher Abstoßungsreaktionen)
- ❑ Neues (fremdes) Organ muss integriert werden
- ❑ Wiedereingliederung ins Berufsleben
- ❑ Platz im sozialen Umfeld neu definieren (als „gesunder chronisch Kranker“)

Wichtigste Abwehrmechanismen bei Psychotrauma

- ❑ Verschiedene Formen der **Dissoziation**
- ❑ **Verdrängen** → nicht wahr-haben-wollen einer inneren Situation (Wünsche, Motive etc.)
- ❑ **Projektion** (Verschiebung auf andere Objekte)
- ❑ **Verleugnung** (nicht wahr haben-wollen einer äußeren Situation)

Probleme des Patienten mit PTSD

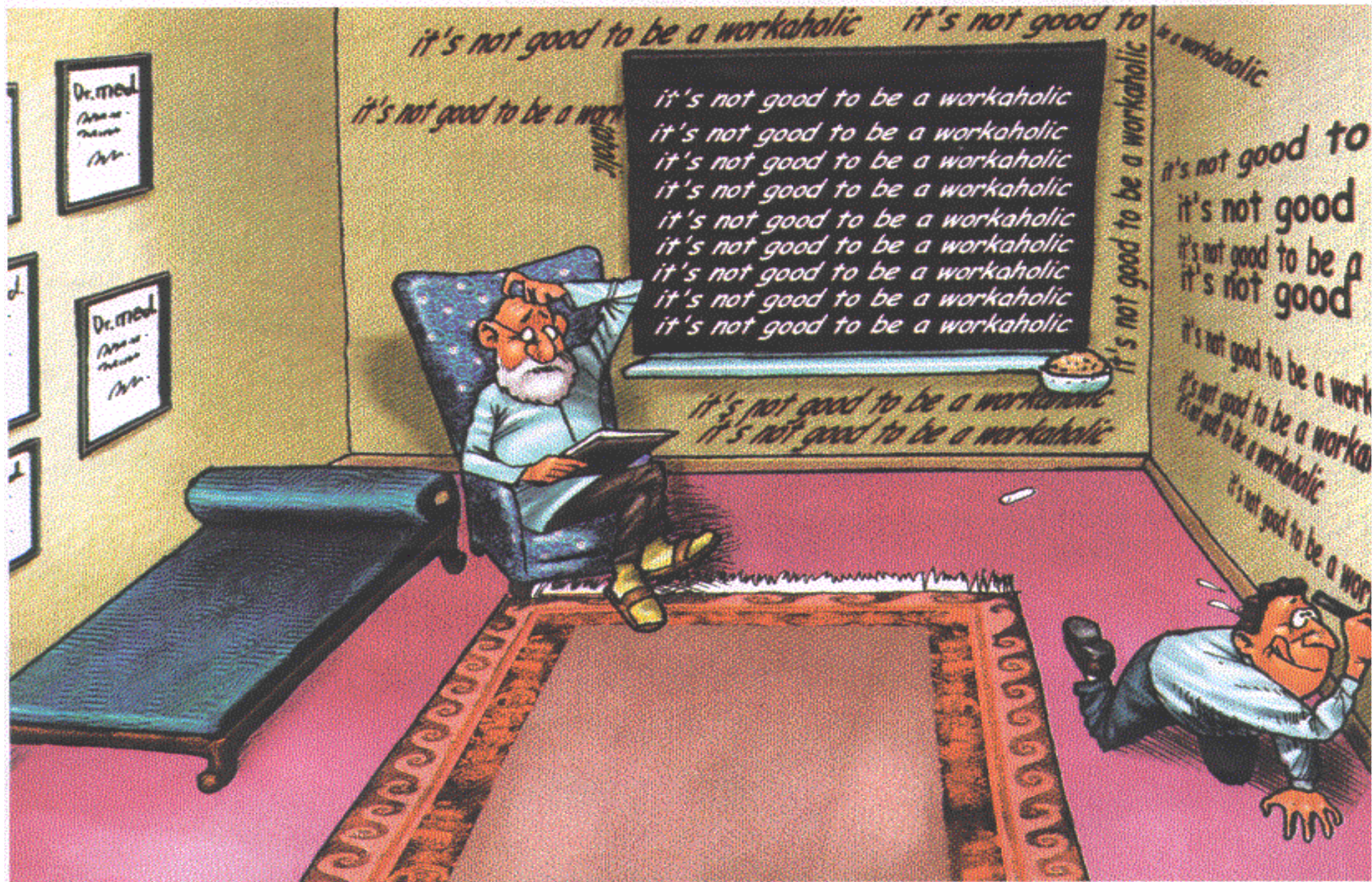
- ❑ Kann nicht auf vorhandene Coping-Strategien zurückgreifen
- ❑ Vermeidungsreaktion (siehe Symptomtrias) führt häufig zur Non-Compliance (Medikation, ärztliche Betreuung)
- ❑ Dies führt zu Abstoßungsreaktionen bzw. erhöhter Mortalität

Therapie psychotraumatischer Störungen mit der MPTT

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Integration

Bei klinisch relevanten Symptomen im stationären Setting: Stabilisierung

- Normalisierung des traumatischen Geschehens
- „Symptome sind Selbstheilungsversuche des Körpers“
- Pat. aktiv mit einbeziehen (Kontrollerleben stärken)
- Stärkung der traumakompensatorischen Bemühungen der Patienten (Was macht der Patient schon, damit es ihm besser geht?)
- Entspannungsübungen vs. Kontrollübungen
- Übungen zur Distanzierung vom Traumaschema (z.B. Imaginationsübungen (innerer Helfer, Screen-Technik))



Psychotherapeutische Behandlung von Akuttraumatisierten

- Kognition und Übersichtsbildung:
(Gestaltbildung)

Der Patient wird angeleitet, die fragmentarischen Traumaerinnerungen nach und nach über Sprache zu fassen und zu einer „kompletten“ Situation zusammen zu setzen

Psychotherapeutische Behandlung von Akuttraumatisierten

- *Kognitive Rekonstruktion (der traum. Situation):*
- Geleitetes Erzählen-lassen der traumatischen Situation (**auf kognitiver Ebene bleiben**)
Beobachtung der irrationalen und rationalen Ängste, Verständnis zeigen, neues Denkmodell anbieten (muß dem Pat. realistisch erscheinen)

Psychotherapeutische Behandlung von Akuttraumatisierten

- Dekonstruktion und Konstruktive Lösung des TS erarbeiten:
 - (heißt: erarbeiten einer subjektiven Sinnzuschreibung, positive Aspekte herausarbeiten)

- Anstreben eines psychoökologischen Gleichgewichtes, da Pat. oft nicht in den körperlichen Urzustand zurück kommt.

Psychotherapeutische Behandlung von Akuttraumatisierten

□ Emotionale Rekonstruktion (erst, wenn konstruktive Lösung gefunden ist) und Integration :

*(Leitfrage: Was hat sie am meisten verletzt?
Was verbinden Sie mit dem Vorfall?)*

- Die traumatische Situation emotional rekonstruieren lassen und durcharbeiten.
- Hilfreiche Techniken einsetzen (Installieren eines inneren Helfers, sicherer Ort, screen-Technik, Entspannungsverfahren etc)

Psychotherapeutische Behandlung von Akuttraumatisierten

□ Reintegration der Pat. in ihr soziales Umfeld durch:

- **Einbeziehung des Partners, der Familie,**
- **Informationen an die Familie zur hilfreichen Unterstützung der Pat., qualifizierte Selbsthilfegruppen nennen und die Pat. hierzu ermutigen,**
- **Angebot der Therapeutin, bei auftretenden Problemen wieder mit ihr in Kontakt zu treten**

Damit es erst gar nicht zum Trauma durch die eigentliche TX kommt:

- Vorbereitung auf Transplantation während der Wartelistenphase und unmittelbar danach, durch:
 - Regelmäßiges psychologisches Screening
 - Regelmäßige Gesprächsangebote durch Psychologen und Sozialarbeiter bei Bedarf
 - Themen: Wie genau läuft eine Transplantation ab? Was geschieht dabei mit mir? Was kann ich tun um das Ergebnis positiv zu beeinflussen? Wer sind meine Ansprechpartner? Evtl Kontakt mit erfolgreich Transplantierten
 - Hohe Bedeutung der Immunsuppressiva erklären
 - Erlernen von Selbstmanagement-Techniken etc.

Buddeberg, C. et al: Psychosocial risk factors before and after organ transplantation (2002-2005, n=261)

“Psychological counselling should be available at all stages of the organ transplant process.”

(aus: Forschungsdatenbank der Universität Zürich
Medizinische Fakultät > Abteilung für Psychosoziale
Medizin)

Zur Vertiefung empfohlen:

- **Fischer, G.(2007):** „Kausale Psychotherapie,,. Manual zur ätiologieorientierten Behandlung psychotraumatischer und neurotischer Störungen. Kröning: Asanger.



*Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit*

