

Die Posttraumatische Belastungsstörung - ein Problem auch für Patienten nach einer Organtransplantation?

von Dr. Volker Köllner, Teltow

1. Die Posttraumatische Belastungsstörung: ein neues Krankheitsbild?

Nicht erst nach dem Zugunglück von Eschede ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) in der Öffentlichkeit ein Thema. Gemeint sind mit diesem Begriff körperliche und seelische Symptome, die häufig bei Menschen auftreten, die einem Trauma ausgesetzt waren oder die Zeuge eines solchen Ereignisses sein mussten. Unter einem Trauma versteht man ein Ereignis, das den alltäglichen Erfahrungshorizont übersteigt und mit Gefühlen von Todesangst, Bedrohung und hilflosem Ausgeliefertsein einhergeht. Diese emotionale Reaktion unmittelbar nach dem Trauma ist von entscheidender Bedeutung. So entsteht z. B. keine PTB, wenn man die gefährliche Situation nicht bemerkt hat oder bewusstlos oder in Narkose war. Man unterscheidet zwischen kurzdauernden Traumata (Verkehrsunfall, Vergewaltigung, Überfall...) und wiederholten, längerdauernden Traumatisierungen (z. B. Geiselnahme, Folter, sexuelle Misshandlung in der Kindheit...). Längerdauernde Traumatisierungen sind schwerer zu verarbeiten und führen deshalb häufiger zu einer PTB. Ebenso führen Traumata, die von anderen Menschen absichtlich zugefügt wurden, häufiger zu einer Erkrankung als Unfälle oder Naturkatastrophen. Auch Zeugen eines solchen Ereignisses können eine PTB davontragen. Dies gilt allerdings nicht für Gaffer, sondern nur für Menschen, die gerne helfen möchten, aber aus situationsbedingten Gründen hilflos zusehen müssen oder das Gefühl haben, zu wenig tun zu können. PTBs sind daher häufig bei Rettungssanitätern und Notärzten.

Die Symptome einer PTB:

Erleben eines Traumas und anschließend länger als 6 - 12 Wochen mehrere der folgenden Symptome:

sich aufdrängende Erinnerungen an die traumatische Situation (manchmal wie ein Film, der vor dem inneren Auge abläuft), verbunden mit negativen Gefühlen wie Angst oder Niedergeschlagenheit.

Niedergeschlagene Stimmung; Unfähigkeit, genießen zu können; Verlust der Fähigkeit, intensive Gefühle zu erleben; Misstrauen gegenüber anderen Menschen, sozialer Rückzug; Depressionen bis zu Gedanken an Selbstmord

Angstzustände; Albträume; Platzangst; Panikanfälle; Versuch alles zu vermeiden, was an die traumatische Situation erinnern könnte

Vermehrte Wachsamkeit, Übererregung, Herzrasen, Schlafstörungen

Eine PTB besteht nur, wenn die Symptome länger als drei Monate anhalten. Unmittelbar nach einem Trauma sind sie als normale Reaktion anzusehen. Man spricht dann von einer posttraumatischen Belastungsreaktion und nicht von einer - störung. In den meisten Fällen bildet sie sich von selber zurück, ohne dass eine

Therapie notwendig wäre. Bei einem Teil der Betroffenen bleiben die Symptome jedoch bestehen und erst dann liegt eine PTB vor. Sie hat die Tendenz, sich im Laufe der Zeit zu verschlimmern, zu spontanen Ausheilungen kommt es nach über sechs Monaten leider nur noch selten. Die Symptome quälen die Betroffenen oft über Jahre und Jahrzehnte und führen zu einer deutlich schlechteren Lebensqualität, wenn keine wirksame Behandlung durchgeführt wird. Ob jemand nach einem Trauma eine PTB entwickelt, lässt sich nur schwer vorhersagen. Es hängt nicht von einer persönlichen Verletzlichkeit des Betroffenen ab, sondern eher von den oben geschilderten Charakteristika des Traumas. Offensichtlich ist die Kapazität des Menschen, Traumata zu verarbeiten, begrenzt. Das Risiko, eine PTB zu entwickeln steigt deutlich an, wenn man mehreren Traumata ausgesetzt war.

Warum hört man aber erst jetzt so viel von diesem Krankheitsbild? Gab es in der „guten alten Zeit“ weniger Traumata oder handelt es sich bei der PTB um eine neue Modekrankheit? Die Antwort ist, dass es schwere Traumata schon immer gegeben hat, ebenso wie die PTB. In alten Fachbüchern findet man sogar eindeutige Beschreibungen der Symptome. Nur hat man die Krankheit damals noch nicht erkannt bzw. anerkannt. Im 1. Weltkrieg wurden Soldaten mit einer sogenannten „Schützengrabenneurose“ als Simulanten und Drückeberger vor ein Kriegsgericht gestellt. Und noch bis in die 70er Jahre hinein verweigerten Gerichte Überlebenden der Konzentrationslager eine Entschädigung mit der Begründung, bei ihren Beschwerden handele es sich um Symptome einer Neurose, die schon vorher bestanden haben müsse. Leider hat sich die Psychotherapie unter dem Einfluss der Psychoanalyse zu lange nur mit innerseelischen Prozessen beschäftigt und die Bedeutung realer Traumata unterschätzt. Erst den Vietnamveteranen und der Frauenbewegung in den USA gelang es, Forschungsgelder zur Erfassung und Behandlung von Folgeschäden nach Kriegstraumata bzw. Vergewaltigung zu mobilisieren und so die PTB-Forschung in Gang zu bringen.

2. PTB nach einem hilfreichen Eingriff - ein Widerspruch?

Nun kann man sich fragen, ob es angemessen ist, bei einer lebensrettenden Operation, die man lange Zeit herbeigesehnt hat, von einem Trauma zu sprechen. Auch das Kriterium des „hilflos ausgeliefert Seins“ ist bei einem Eingriff, der nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Betroffenen durchgeführt wird, auf den ersten Blick nicht erfüllt. Trotzdem kann man sich im Verlauf der Krankengeschichte eines Organtransplantierten einige Situationen vorstellen, die geeignet sind, eine PTB auszulösen:

Eine lange Wartezeit auf das Spenderorgan bei sich schnell verschlechterndem Gesundheitszustand, verbunden mit der Angst, den Eingriff nicht mehr zu erleben, Enttäuschung durch Fehlalarme. Belastung durch langen Intensivaufenthalt oder Überbrückung mit Kunstherz. Quälende Luftnot und Angst, vor einer Lungentransplantation zu ersticken.

Serie von AICD1 - Entladungen bei schweren Herzrhythmusstörungen. PTBs werden bei AICD-Trägern häufiger beobachtet als bei anderen Herzpatienten. Längere Schockserien mit ungewissem Ausgang werden als besonders traumatisierend erlebt.

Komplizierter Verlauf nach der Tx mit Durchgangssyndrom (Verwirrtheit und Halluzinationen), Langzeitbeatmung, Dialyse.

Traumatisch wirkt also nicht die Transplantation als solche, sondern bestimmte Situationen im Krankheitsverlauf, in denen Todesangst oder Hilflosigkeit erlebt werden.

3. PTB nach Organtransplantationen: Forschungsergebnisse

Erst vor wenigen Jahren begann man zu erforschen, wie häufig posttraumatische Belastungsstörungen nach Organtransplantationen vorkommen. Belgische, kanadische und amerikanische Arbeitsgruppen fanden, dass 15-20 % aller Patienten nach einer Herz- oder Lungentransplantation an einer PTB leiden. Sie ist damit das häufigste seelische Folgeproblem nach diesem Eingriff. Offensichtlich verbirgt sich hinter dem, was früher für eine Depression gehalten wurde, häufig das komplexere Krankheitsbild einer PTB. Die Arbeitsgruppe um Frau Dew fand bei der Langzeitbeobachtung von 145 Herztransplantierten heraus, dass eine PTB mit einer erhöhten Sterblichkeit in den ersten drei Jahren nach dem Eingriff einherging. Als Erklärung fand man, dass die Patienten mit PTB eine deutlich schlechtere Compliance aufwiesen, d. h., dass sie unregelmäßiger zu Untersuchungen erschienen und ihre Medikamente seltener einnahmen als Patienten ohne PTB. Dies wird verständlich, wenn man bedenkt, dass es ein Symptom der PTB ist, alles zu vermeiden, was einen an das Trauma erinnert. Hierzu gehören auch die Einnahme von Medikamenten oder Besuche in der Klinik.

In einer eigenen Untersuchung am Herzzentrum Dresden fanden wir, dass 9,8 % unserer Patienten an einer PTB litten. Da sich über 90 % aller Transplantierten an der Untersuchung beteiligten, konnten wir mehrere Untersuchungsmethoden miteinander vergleichen. Dabei zeigte sich, dass ein ausführliches Gespräch die PTB zuverlässiger nachweisen kann als Fragebögen. Die Patienten mit PTB hatten eine deutlich schlechtere Lebensqualität als diejenigen ohne. Sie gaben im Krankheitsverlauf eine stärkere Belastung an, wobei alle Patienten mehr und schwerere Belastungssituationen während der Wartezeit als nach der Transplantation angaben. Unsere PTB-Zahlen liegen etwas niedriger als die in der Literatur beschriebenen. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass in Dresden zur Abstoßungsdiagnostik in der Regel keine Myokardbiopsien notwendig sind, weil stattdessen das IMEG2 -Verfahren angewendet wird. Hierzu müssen aber noch direkte Vergleichsuntersuchungen durchgeführt werden.

4. Oft vergessen: die Angehörigen

Wie bereits erwähnt, kann eine PTB auch bei Menschen auftreten, die hilflos zuschauen mussten, wie ein anderer in einer lebensbedrohlichen Situation war. Zwar ist hier das Risiko, an einer PTB zu erkranken, geringer als bei direkt Betroffenen, es steigt aber an, wenn man wiederholt Zeuge einer solchen Situation wurde. PTBs werden z. B. häufig bei Rettungssanitätern gefunden und es wird diskutiert, dies als Berufskrankheit anzuerkennen. Über die Situation bei Angehörigen von Organtransplantierten gibt es noch zu wenige Erkenntnisse. Eigene Untersuchungen bei Angehörigen von Stammzelltransplantierten deuten auf eine hohe psychologische Belastung hin, ebenso die Erfahrung aus vielen Gesprächen mit Angehörigen. Oft achten die Angehörigen lange Zeit nicht auf ihre eigene Befindlichkeit oder denken, es sei normal, dass es ihnen schlecht gehe. Ich halte es deshalb für wichtig, Angehörige in die psychologische Betreuung im Umfeld der Transplantation mit einzubeziehen. Wenn Sie unter den oben genannten Symptomen leiden, sollten Sie einen Psychotherapeuten fragen, ob bei Ihnen eine PTB vorliegt.

5. Wie sieht die Therapie aus?

Glücklicherweise konnten für die Posttraumatische Belastungsstörung in den letzten Jahren erfolgreiche Behandlungsmethoden entwickelt werden. Dies sind vor allem psychotherapeutische Methoden, die Behandlung mit Psychopharmaka hat eher eine unterstützende Rolle. Die Mehrzahl der Patienten kann ohne Medikamente behandelt werden. Zum Einsatz kommt vor allem die kognitive Verhaltenstherapie, die sich bereits seit langem auch bei der Behandlung von Angst und Depression bewährt hat. Ansatzpunkt ist das Vermeiden von Erinnerungen an das Trauma, von dem man weiß, dass es die Problematik aufrechterhält. Unter Anleitung des Therapeuten wird der Patient aufgefordert, sich an das Trauma zu erinnern und dem Therapeuten hierüber zu berichten. Eine solche Sitzung kann mehrere Stunden dauern. Dabei werden zwar quälende Gefühle wieder hervorgeholt, aber es kommt ein Verarbeitungsprozess in Gang, der dazu führt, dass die Symptome nachlassen und häufig ganz verschwinden. In weiteren Gesprächen werden ungünstige Bewertungsmuster und Grübelgedanken hinterfragt und abgebaut. Die Therapie kann das Trauma natürlich nicht ungeschehen machen, sie hilft aber, nicht weiter an den seelischen Folgen zu leiden. In der Regel kann die Behandlung ambulant durchgeführt werden. Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen. Wichtig ist, dass Sie von einem Therapeuten (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut) behandelt werden, der Erfahrung in der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung hat und die Behandlungsmethoden kennt, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Wenn Sie in Ihrer Umgebung keinen solchen Therapeuten finden, kann die Behandlung auch in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik durchgeführt werden, die über eine Station zur Trauma-Therapie verfügt. Da sich die PTB gut behandeln lässt, fragen wir inzwischen in unserem Transplantationszentrum gezielt nach Symptomen, um die Krankheit schnell zu erkennen. Patienten können aber

natürlich auch von sich aus nach einer diagnostischen Abklärung (in der Regel reicht ein diagnostisches Gespräch) fragen.

1 AICD meint einen implantierbaren Defibrillator, also ein Gerät, das lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen erkennt und mit einem Stromschlag beendet. Dies ist zwar lebensrettend, aber auch sehr schmerzhaft. Wenn mehrere Entladungen hintereinander folgen, kommt die Angst hinzu, ob das Herz wieder in einen arbeitsfähigen Rhythmus kommt. AICDs werden während der Wartezeit vor HTx eingesetzt.

2 Hierbei werden vom Schrittmacher über Nacht die EKG-Kurven aufgezeichnet, die dann über Telefon an das Transplantationszentrum übermittelt werden. Hieraus lässt sich das Vorliegen einer Abstoßung ähnlich zuverlässig ermitteln, wie mit einer Biopsie.

3 Zum Einsatz kommen vor allem neuere Antidepressiva, die im Gegensatz zu älteren Medikamenten dieser Stoffgruppe auch bei Herzkranken eingesetzt werden können. Problematisch sind Beruhigungsmittel (Benzodiazepine). Diese haben zwar kurzfristig eine angenehme und entlastende Wirkung, haben aber bei Langzeiteinnahme eine hohe Suchtgefahr.