

Die posttraumatische Störung beim Hund

Von Sophie Strodbeck und Robert Mehl

Trauma und traumatisiert – Begriffe, die zur Zeit in sämtlichen Hundeforen und Facebook-Gruppen von Hundehaltern (über-)strapaziert werden, oft ohne dass die Hundehalter genau wissen, was sich dahinter wirklich verbirgt. In diesem Artikel widmen wir uns dem Psychotrauma, der akuten Belastungsreaktion und der Posttraumatischen Belastungsstörung, denn eine vernünftige Abgrenzung der Diagnosen und die Verwendung einer einheitlichen Nomenklatur sorgen für Klarheit und bringen hoffentlich etwas mehr Fachlichkeit in die Diagnostik und Therapie von betroffenen Hunden.

Was ist ein Psychotrauma?

Bei weitem nicht jedes Erlebnis, das Angst auslöst, verursacht entgegen der oft vertretenen Meinung eine seelische Verletzung, ein sogenanntes Psychotrauma. In der klinischen Humanpsychologie, die sich mit psychischen Erkrankungen, deren Ursachen und Therapie befasst, wird der Begriff Trauma definiert als ein außergewöhnliches Ereignis, bei dem ein zu großer Unterschied zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten auftritt. Die erlebte Unfähigkeit, positiv auf die Situation einwirken zu können, löst extremen Stress aus, der auf der Gefühlsebene von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Entsetzen bis hin zu Todesangst begleitet wird. Entscheidend ist die subjektive Bewertung durch das Individuum, da sich die Bewältigungskompetenzen in bestimmten Situationen zwischen Individuen stark unterscheiden, je nachdem, welche Erfahrungen der Betroffene in seinem Leben gemacht hat. Würde man

einen deutschen Sofahund eine Nacht in Anatolien aussetzen, wo er im Dunkeln von einem Wolf angefallen wird, könnte dieses Erlebnis bei ihm mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Psychotrauma hinterlassen. Ein türkischer Herdenschutzhund aus der Gegend hat damit vermutlich mehr Erfahrung. Für ihn ist es zwar eine ständige, aber keine außergewöhnliche Bedrohung. Hat er aufgrund seiner Lebenserfahrungen zudem Kompetenzen im Umgang mit so einer Situation erworben, wird die Begegnung wahrscheinlich nicht zur Traumatisierung führen.

Traumata können in zwei Kategorien unterteilt werden. Das Typ-I-Trauma ist ein plötzliches, meist einmaliges Ereignis. Dieses kann unpersönlich sein (z.B. ein Autounfall oder eine Naturkatastrophe) oder persönlich, d.h. durch andere Hunde oder Menschen verursacht (z.B. selbst erlebte oder beobachtete, massive Gewalt). Beim Typ-II-Trauma erlebt der Betroffene wiederholt belastende, meist

ische Belastungs- d



Foto: adogslifephoto



Ob ein Psychotrauma ausgelöst wird, hängt stark von der subjektiven Bewertung durch das Individuum ab.

durch Menschen oder andere Hunde verursachte Ereignisse. Als einzelnes Erlebnis sind diese häufig weniger intensiv als beim Typ-I-Trauma, in der Summe bewirken sie jedoch eine sogenannte Komplextraumatisierung. In diese Kategorie gehört auch das Entwicklungstrauma (z.B. durch frühen Verlust der Mutter, soziale oder emotionale Vernachlässigung).

Traumafolgestörungen

Je nach Art des Traumas unterscheidet sich die Prognose, ob und ggf. welche psychischen Erkrankungen sich aus dem Trauma entwickeln. Für einen Therapeuten, der mit traumatisierten Hunden arbeitet, ist also die gründliche Psycho-diagnostik vor Beginn der Behandlung unerlässlich, um die vorliegende psychische Erkrankung zu erkennen und den dafür passenden therapeutischen Zugang zu wählen.

Wie ein Individuum auf eine psychische Verletzung reagiert, ist unterschiedlich. Allgemein kommt es in der Regel zu Beeinträchtigungen der emotionalen Stabilität, der Leistungsfähigkeit und der sozialen Beziehungen, auch bei zuvor psychisch völlig gesunden Individuen. Bei Typ-I-Traumata entwickelt sich häufig eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), aber auch Angststörungen, Depressionen, Zwangsstörungen, verhaltensbezogene Süchte, Veränderungen

der Persönlichkeit, Störungen der Impulskontrolle und aggressives Verhalten sowie physische Erkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, Krebs, Autoimmunerkrankungen) können nach einem Trauma auftreten. Dies ist u.a. vom Typ und der Art der Traumatisierung abhängig, aber auch von genetischen Voraussetzungen, Lebensumständen und der Persönlichkeit des Betroffenen.

Die ersten Tage nach dem Trauma

In den ersten Stunden und Tagen bis zu vier Wochen nach einer außer-gewöhnlichen seelischen Belastung kann es zu einer sogenannten akuten Belastungsreaktion kommen. Nach anfänglicher innerer Betäubung, die mit Bewusstseinseinsengung, eingeschränkter Aufmerksamkeit, gestörter Reizverarbeitung und Desorientiertheit einhergeht (Schock), zeigt der Betroffene in einem fließenden Übergang Anzeichen von emotionaler (Über-) Erregung mit Depression, Angst, Aggression oder Verzweiflung. Dazu kommen Überaktivität und körperliche Unruhe, gesteigerte Anspannung, übertriebene Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen. Reize, die an das Trauma erinnern, werden nach Möglichkeit aktiv vermieden. Manche Betroffenen ziehen sich in dieser Phase auch sozial zurück. Daneben treten typische körperliche Stresssymptome wie beschleunigter Puls, Hecheln und Verdau-

ungsprobleme auf. Körper und Psyche des Betroffenen arbeiten mit höchster Intensität zusammen, um Ressourcen für die Bewältigung des Erlebten zur Verfügung zu stellen.

Die Symptome klingen in der Regel nach einigen Tagen, spätestens aber nach etwa vier Wochen häufig von selbst ab. Hilfreich können in dieser Zeit ein entspannter Umgang mit dem Betroffenen und ihm vertraute Abläufe in einer bekannten Umgebung sein. Der Betroffene ist bestrebt, ein Gefühl von Kontrolle über sich und seine Umwelt zurückzugewinnen. (Psychotherapeutische) Maßnahmen, die darüber hinausgehen, ihn dabei zu unterstützen, sind in der ersten Zeit nach dem Trauma in der Regel nicht angezeigt.

Posttraumatische Belastungsstörung

Wenn die Symptome länger als vier Wochen nach dem belastenden Ereignis noch anhalten, liegt eine sogenannte posttraumatische Belastungsstörung vor (PTBS). Setzen die Symptome der PTBS innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma ein, spricht man von einer akuten PTBS. In Fällen, in denen sich erste Symptome erst mehr als sechs Monate nach dem Trauma zeigen, wird dies als verzögerte Reaktion bezeichnet. Diese verzögerte Reaktion ist schwerer korrekt als posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren.

Die Symptome der PTBS lassen sich in vier große Gruppen einteilen:

Intrusionen	Vermeidung	Dissoziationen	Psychophysiologische Überreaktionen
wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen (Flashbacks)	Vermeidung von Reizen (z. B. Geräusche, Gerüche), die an das Ereignis erinnern (Trigger)	Gedächtnislücken für das belastende Ereignis	Ein- und Durchschlafstörungen
wiederholte belastende Träume (Alpträume)	Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen	scheinbarer Wechsel zwischen zwei oder mehreren „Persönlichkeiten“ (Dr. Jekyll und Mr. Hyde) in stressigen Situationen, Unberechenbarkeit	Reizbarkeit und Wutausbrüche, aggressives Verhalten
Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt	Vermeidung von Reizen, die intensive Gefühle (positive und negative) oder allgemein Stress auslösen		Konzentrations-schwierigkeiten, Gedächtnisprobleme
intensive Stressreaktion bei Kontakt mit Triggern	Gefühl der Entfremdung von Sozialpartnern, sozialer Rückzug		übertriebene Wachsamkeit
	eingeschränkte emotionale Reaktionen (z. B. Unfähigkeit, Freude auszudrücken)		Schreckhaftigkeit, Geräuschempfindlichkeit
	Apathie		

Die Symptome dürfen erst nach dem belastenden Ereignis aufgetreten sein (beispielsweise Angst vor bestimmten Geräuschen, aggressives Verhalten), um als Teil der Symptomatik der PTBS betrachtet zu werden.

Die PTBS wird als akut bezeichnet, wenn die Symptome bislang länger als einen Monat, aber weniger als drei Monate andauern. Bei der als chronisch bezeichneten PTBS treten die Symptome seit mehr als drei Monaten auf. Je länger eine PTBS unbehandelt bleibt, desto schwieriger wird die psychotherapeutische Behandlung, da die neurobiologischen Veränderungen im Gehirn durch den chronischen Stress, den die Symptome widerspiegeln, immer gravierender werden.

Die psychotherapeutische Behandlung einer PTBS gehört beim Menschen in die Hände von Therapeuten, die speziell in der Behandlung von Traumafolgestörungen geschult sind.

Häufig wird in interdisziplinären Teams zusammengearbeitet (z.B. arbeiten in schweren Fällen Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut, Ergotherapeut, Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Angehörige mit dem Patienten zusammen an dessen körperlicher und psychischer Gene-

sung). Dabei wird in drei Phasen vorgegangen: nach einer ausgedehnten Stabilisierungsphase beginnt schrittweise die Konfrontation mit zuvor vermiedenen Reizen, die zwar Stress auslösen, jedoch nichts mit dem Trauma zu tun haben. Werden diese gut toleriert, wird in der dritten Phase die Konfrontation mit

Das sog. Entwicklungs-trauma kann durch den frühen Verlust der Mutter oder die soziale Vernachlässigung entstehen (z.B. bei Hunden aus Welpenfabriken).





Foto: ig_royal

Das Typ-I-Trauma ist ein plötzliches, meist einmaliges Ereignis. (z.B. ein Auto-unfall oder eine Naturkatastrophe)

Reizen herbeigeführt, die den Patienten an das Trauma erinnern. In dieser Phase setzt sich der Betroffene erneut in Begleitung des Therapeuten mit dem Trauma auseinander und lernt, die Erfahrung schließlich zu bewältigen.

Die Therapie gleicht für den Patienten und den Therapeuten einer Gratwanderung. Erfolgt der Übergang in den Phasen zu früh, wird die Intensität der Reize bei der Konfrontation falsch gewählt oder die Bewältigungskompetenz des Betroffenen falsch eingeschätzt, kann die Therapie zu einer erneuten Überforderung und zu einer Retraumatisierung führen. Zudem zeigt der Patient gelegentlich intensive Gefühle von Angst, Wut und Verzweiflung, die er gegenüber dem Therapeuten ausdrückt (beim Hund Beiß- und Fluchtversuche, Schreien, Einkoten, Urinieren). Ein erfahrener Therapeut bleibt in so einer Situation mit dem Patienten in einfühlsamem Kontakt und beantwortet dessen Reaktionen angemessen, ohne sich und den Patienten dabei zu überfordern.

Die Neurobiologie des Traumas

Was passiert im Gehirn, wenn jemand ein Psychotrauma erlebt? Zunächst kommt es zu einer normalen Stressreaktion des Organismus. In einer Region im Gehirn, die lebenserhaltende Vorgänge wie Atmung, Verdauung, Herzschlag, Energiebereitstellung und Fortpflanzung reguliert, dem Hypothalamus, kommt es einerseits zur Ausschüttung von Hormonen, die auf die Hypophyse wirken. Die Hypophyse ist eine Drüse im Gehirn, die auf dieses Signal hin ihrerseits Hormone produziert und in den Blutkreislauf abgibt. Diese Hormone steuern die Nebennierenrinde an, die dann das Stresshormon Kortisol produziert. In einer zweiten Reaktionskette wird gleichzeitig über den Sympathikus das Nebennierenmark aktiviert. Das schüttet dann innerhalb von Sekunden eine Mischung aus Adrenalin und Noradrenalin aus. Die Hormone aus dem Nebennierenmark sind sehr kurzlebig, anders ist das beim Stresshormon Kortisol, das langsamer anflutet, aber auch wesentlich länger braucht, bis es wieder abgebaut ist. Das

kann nachhaltige Auswirkungen auf die Gesundheit haben: Schlafstörungen, eine erhöhte Infektanfälligkeit, Lern- und Konzentrationsstörungen und Muskelabbau sind die Folge.

Gleichzeitig kommt es bei massivem Stress in Teilen des Gehirns zur Ausschüttung von Serotonin. Dieser Neurotransmitter hilft unter anderem beim Lernen und ist an den Veränderungen auf der Ebene der Nervenzellen bei der klassischen und operanten Konditionierung entscheidend beteiligt. Das Serotonin aktiviert in einigen Nervenzellen eine chemische Reaktion, welche die DNS im Zellkern anregt, mit der Produktion von Proteinen zu beginnen. Diese Proteine bauen die Nervenzelle um und verändern so ihre Funktion.

Auf ähnliche Weise wirken auch die Stresshormone Adrenalin, Noradrenalin und Kortisol auf das Gehirn ein. So zerstört Kortisol zum Beispiel Nervenzellen im Hippocampus, einer Struktur, die sowohl für die Gedächtnisbildung als auch für die Regulation des Stresshormons Kortisol wichtig ist. Auch Noradrenalin bewirkt in zu hoher Dosis zum Beispiel Schlafprobleme, Übererregung, Angst, dauerhaft erhöhten Puls und stört das rationale Handeln.

Die Veränderungen betreffen vor allem das Mittelhirn und das Zwischenhirn, also Teile des Gehirns, die entwicklungs geschichtlich älter und mithilfe des rationalen Denkens kaum kontrollierbar sind. Sie steuern unter anderem Gefühle, Aufmerksamkeit und Konzentration, das Gedächtnis und den Schlaf-Wach-Rhythmus, also Bereiche, die bei einer PTBS beeinträchtigt sind. Nach den stressbedingten Umbauten ist das Gehirn des Betroffenen nicht mehr dasselbe wie vor dem belastenden Ereignis. Seine Persönlichkeit verändert sich.

Resilienz

Das Risiko, dass sich nach einem Trauma eine PTBS entwickelt, liegt je nach Art der Traumatisierung beim Menschen zwischen ca. 15–35%. So entwickeln nach einer weltweiten Studie aus der



Foto: cristina_conti

Schlafprobleme, Übererregung und Angst gehen oft mit der PTBS einher.



Auch die plötzliche Veränderung der Lebensumstände kann ein Trauma beim Hund auslösen.

Katastrophenforschung 17% aller Katastrophenopfer anschließend Anpassungsschwierigkeiten. Daraus folgt umgekehrt, dass ca. dreiviertel aller von stark belastenden Ereignissen betroffenen Menschen keine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Studien zur Risikoabschätzung bei Hunden gibt es bislang nicht, aber auch bei Hunden entwickeln einige Individuen nach einem Trauma psychische Probleme bis hin zu Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung, während andere dasselbe Ereignis einfach wegzustecken scheinen.

Welche Faktoren erhöhen die psychische Widerstandsfähigkeit? Mit dieser Frage beschäftigt sich in der Humanpsychologie die Resilienzforschung. Resilienz wird verstanden als die Fähigkeit eines Organismus, Lebenskrisen und Traumata ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. Das Gegenteil von Resilienz ist Vulnerabilität („Verletzlichkeit“). In der Forschung werden drei Gruppen von Faktoren unterschieden. Personale Faktoren liegen allein im Individuum und sind zum Teil genetisch (mit-) bedingt. Dazu kommen die Umwelteinflüsse und zuletzt die Prozessfaktoren, bei denen persönliche und Umweltfaktoren interagieren. Die Tabelle unten gibt einen Überblick über einige der wichtigsten Einflüsse, die sich schützend auswirken können.

Auf der anderen Seite hat die Forschung gezeigt, dass es Faktoren gibt, die das Risiko erhöhen nach einem erlittenen Trauma an einer PTBS zu erkranken. Dazu zählen u. a. (traumatische) Vorbelastungen, Armut (bzw. Hunger, Ressourcenknappheit), sozialer Stress durch Konflikte oder starken Druck, Stress durch einschneidende Lebensveränderungen (Umgebungswechsel, Wechsel des sozialen Bezugssystems, Schwangerschaft, Tod von Sozialpartnern), chronische körperliche Erkrankungen und anhaltende Frustration durch belastende Lebensumstände.

Lassen sich Erkenntnisse aus der Humanpsychologie auf Hunde übertragen?

Das Gehirn von Säugetieren, also auch von Hunden und Menschen, ähnelt sich in Aufbau und Funktion erstaunlich, gerade in den von einer posttraumatischen Belastungsstörung betroffenen

Bereichen (Mittel- und Zwischenhirn). Viele der Erkenntnisse über die Funktion des menschlichen Gehirns wurden in Tierversuchen an Ratten, Katzen, Hunden und Affen gewonnen und mithilfe von modernen bildgebenden Verfahren an lebenden Menschen bestätigt. So ist es nicht überraschend, dass die Symptome, die Halter und Hundetrainer an ihren Hunden nach einem belastenden Ereignis beobachten, denen von Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ähneln. Auch Therapieansätze, die sich beim Menschen bewährt haben, lassen sich auf die Behandlung traumatisierter Hunde übertragen. Dennoch gibt es im Vergleich zum Menschen noch zu wenig wissenschaftliche Forschung zu psychischen Erkrankungen bei Hunden, so dass die Übertragung von Erkenntnissen aus der Humanpsychologie auf den Hund stets mit Vorsicht und Respekt vor den Unterschieden beider Spezies erfolgen muss.



Personale Faktoren	Umweltfaktoren	Prozessfaktoren
hohe Intelligenz, Kreativität beim Problemlösen	soziale Unterstützung	Wahrnehmen und Ergreifen von Chancen, Risikobereitschaft
weibliches Geschlecht	Sozialpartner, die selbst gut in ein soziales Netzwerk eingebunden sind	Verfolgen von Zielen, Zielstrebigkeit
gute Impulskontrolle	Vorbilder, denen man sich anschließen kann	Kreativität in den Strategien zur Zielerreichung
Fähigkeit zur Selbstberuhigung	stabile soziale Verhältnisse	
gute Frustrationstoleranz	ausreichende Verfügbarkeit von grundlegenden Ressourcen (Futter, sicheres Zuhause, Bewegungsmöglichkeiten)	
psychische Stabilität, innere Ausgeglichenheit		
Geselligkeit, soziale Anpasstheit, Kooperationsbereitschaft, geringe Aggression		