

Grundlagen der Psychotraumatologie/ Neurobiologie des Traumagedächtnisses

Dr. Wibke Voigt, Dortmund
Fachklinik Kamillushaus, Essen
Tagesklinik Suchtreha Diakonie,
Düsseldorf

Belastende Lebenserfahrungen

- Gehören zum alltäglichen Erleben eines jeden Menschen
- Können verarbeitet werden, d.h. im biographischen Langzeitgedächtnis abgelegt werden, weil sie **nicht** die psychische Verarbeitungskapazität übersteigen
- Werden letztendlich zu einer (wenn auch unangenehmen) Erinnerung

Traumatische Erfahrungen

- Gehören auch sehr oft (entsprechend der DSM VI-Kriterien zu 75%) zum „normalen“ Leben eines Menschen
- „Gesunde Normalität“ = Artefakt versus „destruktive Normalität“
- Buddha: „Leiden ist ein Teil des Lebens“

Interpersonelle Gewalt

Violence against women: an EU-wide survey
(N=42.000)

Gewalterlebnisse ab dem 15.Lebensjahr:

- 11% erlitten sexuelle Gewalt
- 31% erlitten körperliche Gewalt

European Union Agency for Fundamental Rights 2014

World Mental Health Survey WHO

- „Familiäre Dysfunktion (v.a. Gewalt, Vernachlässigung) ist stärkster Prädiktor für psychische Störungen
- Und zwar für alle Diagnosen: Depression, Angststörung, Suchterkrankungen, PTBS...
- Etwa ein Drittel (29,8%) aller psychischen Erkrankungen stehen damit in Verbindung
- Die Stärke der Zusammenhänge steigt mit der Anzahl der Belastungen *Kessler et al. 2010*

Folgen von frühen (traumatischen) Stresserfahrungen

- Das Stressreaktionssystem mit CRH wird grundlegend verändert
- Die „Stressbremse“ fällt aus
- Verdünnung des genitalen Felds nach sexuellem Missbrauch im Homunculus
- Verdünnung des visuellen Kortex nach Beobachtung häuslicher Gewalt

Folgen von frühen (traumatischen) Stresserfahrungen

- Misshandlung moderiert Effekt der beschleunigten Alterung bei internalisierender Störung
- Verkleinerter Hippocampus
- Vergrößerte Amygdala und gesteigerte Reaktivität
- = Emotionsregulierung erschwert

Christine Heim, Neurobiologin, Charite Berlin 2023

„It is easier to build strong
children than to repair broken
men“

Frederick Douglass (1819-1895)

Traumatische Erfahrungen

- Übersteigen häufig die psychische Verarbeitungskapazität und können dann **nicht im biographischen Langzeitgedächtnis als normale Erinnerung abgelegt werden**

Wodurch entsteht **kein** Trauma ?

- Wenn Sie ärgerlich, traurig oder wütend sind,
- z. B. Sie morgens Ihren Kaffee nicht bekommen oder
- wenn die Geschäftsleitung das Weihnachtsgeld streicht oder
- wenn Sie ein unangenehmes Erlebnis haben

Was ist ein Trauma ?

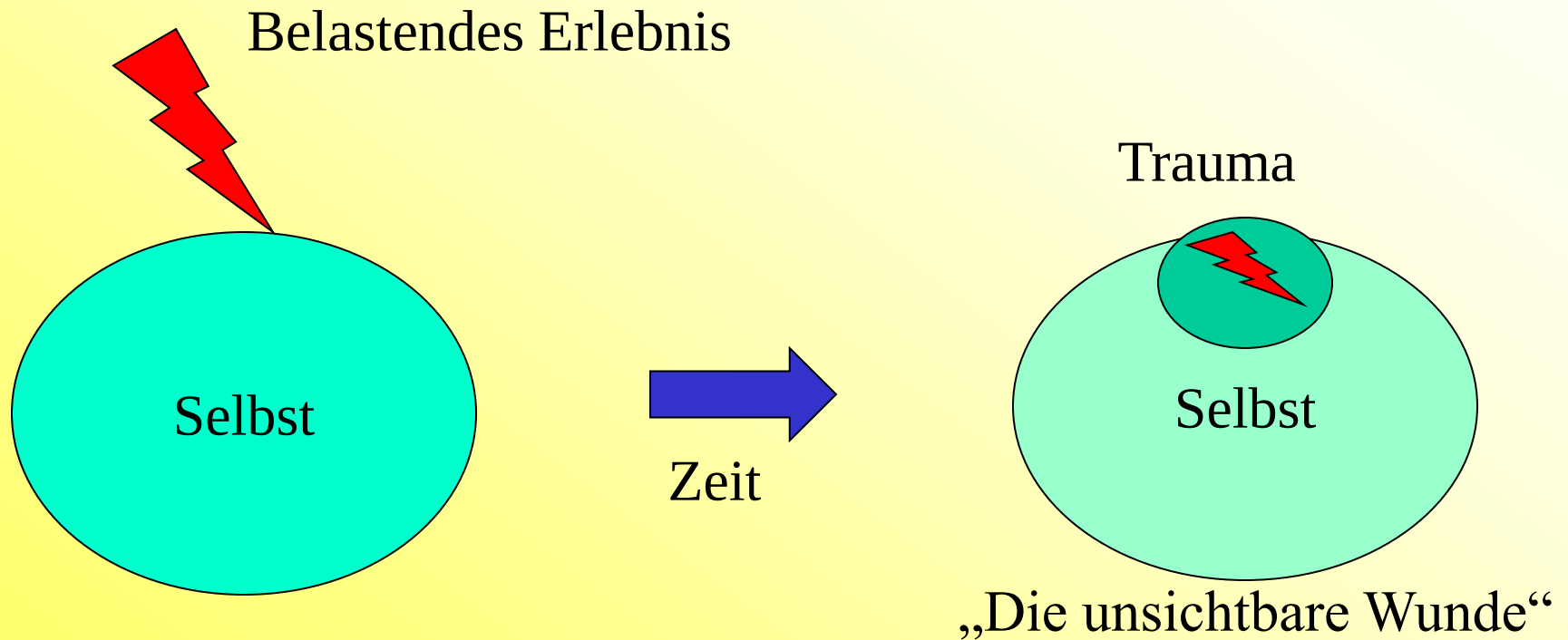
- Eine Wunde in der Seele,
- die durch ein (lebens)bedrohliches Ereignis verursacht wurde.
- Eine von außen einwirkende Läsion der seelisch-psychischen Integrität.

Was kennzeichnet eine traumatische Situation?

- Das (subjektive) Erleben von
 - Todesangst
 - absoluter Hilflosigkeit
 - Kontrollverlust und Ohnmacht

Psychisches Trauma: die unsichtbare Wunde in der Seele

A.Hofmann, W.Kritsberg



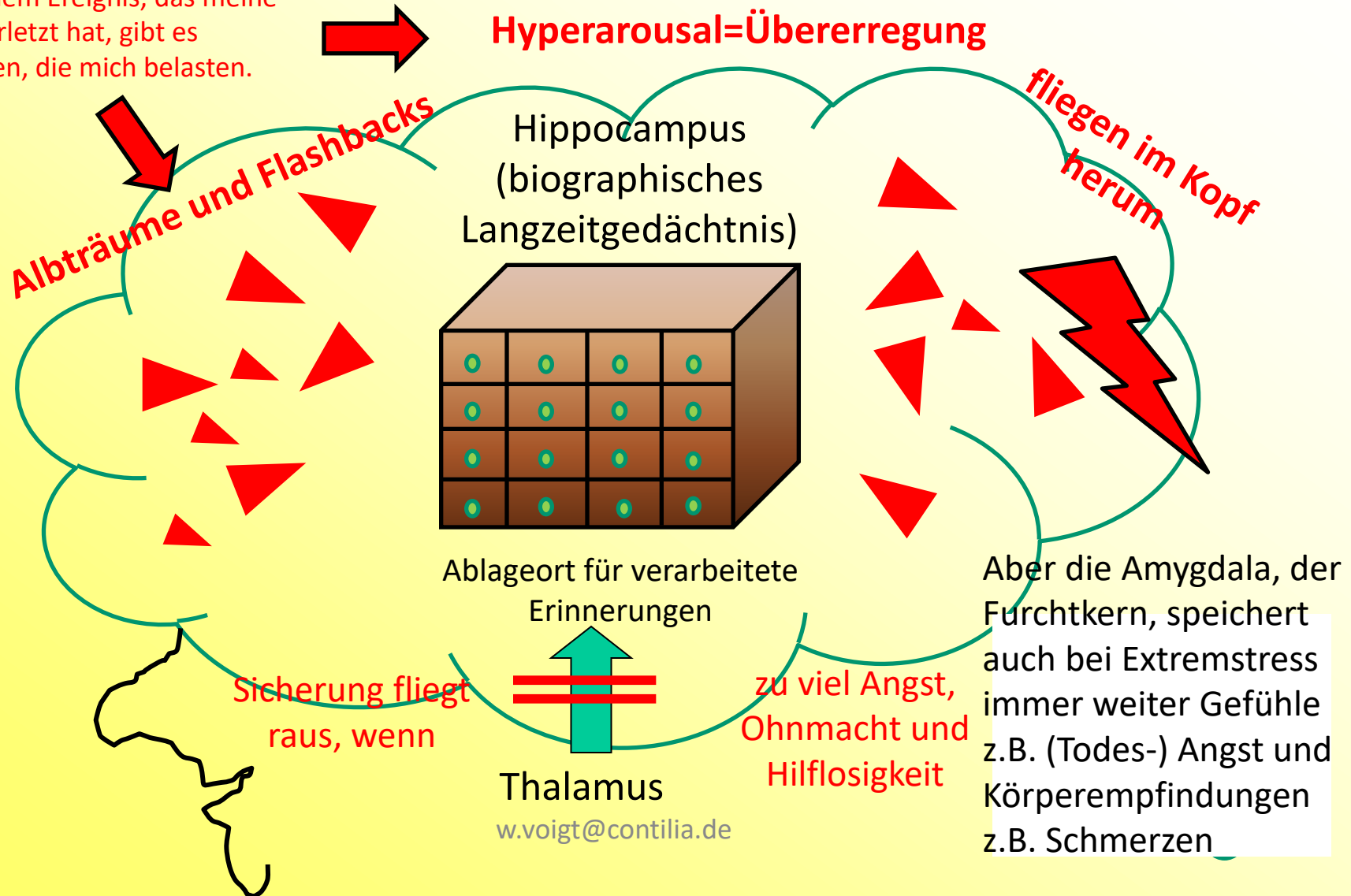
Besonderheiten des
Traumagedächtnisses

Neurobiologie des
Traumagedächtnisses

Posttraumatische Belastungsstörung

(Voigt 2011)

Nach einem Ereignis, das meine Seele verletzt hat, gibt es Störungen, die mich belasten.



Normale Erinnerungen

- Kontrolle vorhanden
- Anfang und Ende vorhanden
- Relativ vollständig
- Zeitliche Einordnung möglich
- Verarbeitete Gefühle
- Mit Bildern verbunden
- Mit Sprache verbunden, verbalisierbar

Traumatische Erinnerungen

- Keine Kontrolle; Auslöser: Trigger
- Anfang/Ende fehlen oft, also endlos, ewig
- Unvollständig, splitterhaft
- Zeitliche Einordnung fehlt, oft nicht möglich
- Unverarbeitete Gefühle von Todesangst, Hilflosigkeit und Ohnmacht genauso stark
- Oft ohne Bilder
- Nicht verbalisierbar: „sprachloser Terror“

Eine traumatische Situation

- Ist eine neurobiologische Hochstresssituation, in der akut Neurotransmitter wie Adrenalin, Acetylcholin, Glutamat, später Kortisol in hoher Dosis ausgeschüttet werden.
- Dies kappt die Verbindung zu verschiedenen Kernen im limbischen System, die im Normalfall das Erlebte verarbeiten und ins biographische Langzeitgedächtnis ablegen

Anders ausgedrückt:

Eine traumatische Situation

- Kann wie ein „Blitzschlag“ ins Gehirn wirken
- Dann schützt das Gehirn sich und den Körper, indem es teilweise abschaltet:
„die Sicherung fliegt raus“
- Diese Reaktion im Gehirn und im Körper schützt wiederum vor den unaushaltbaren Gefühlen und Schmerzen
- Das ist hilfreich, um die Situation zu überstehen/zu überleben, hat aber Folgen

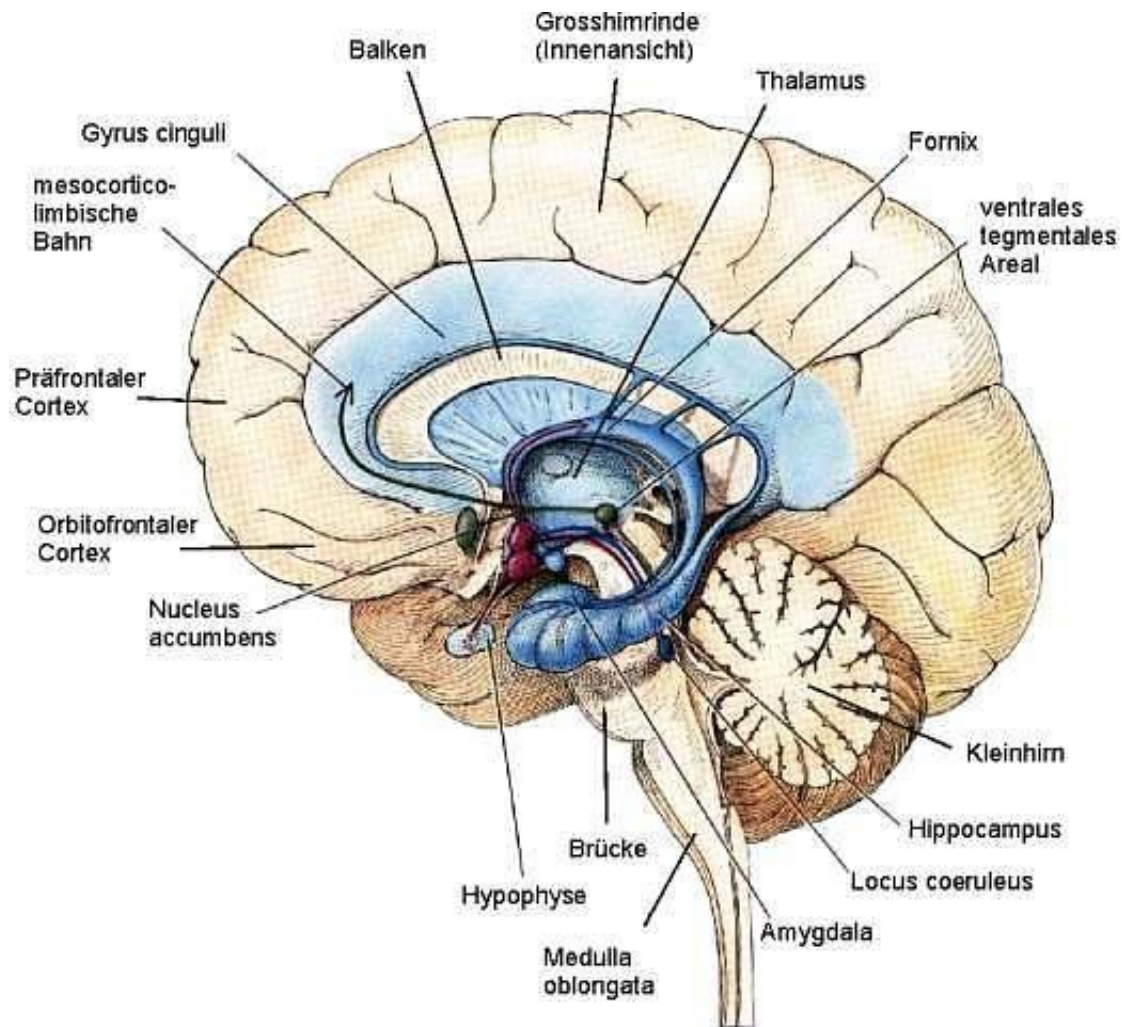
Überlebenshilfen/Schutz in der traumatischen Situation

- **Erhöhte Ausschüttung von Neurotransmittern und Stresshormonen**, die nicht nur den Körper kampf- und fluchtbereit machen, sondern auch zu einer Schmerzunempfindlichkeit, Gefühlsbetäubung sowie zu einem verschwommenen Bewusstsein führen
- Wegschalten von Wahrnehmungen, Ausstieg aus dem Körper: **peritraumatische Dissoziation**

Was passiert im Gehirn, wenn die Seele verwundet wird?

- Durch die überwältigenden Gefühle kann im Gehirn (limbischen System) das traumatische Ereignis nicht als zusammenhängende Erinnerung ins biographische Langzeitgedächtnis eingespeichert werden, **sondern es fliegt im Gehirn herum wie Splitter eines zerbrochenen Spiegels – ohne Kontrolle.**

Das limbische System



Stationen in der zentralnervösen Verarbeitung sensorischer/sensibler Informationen

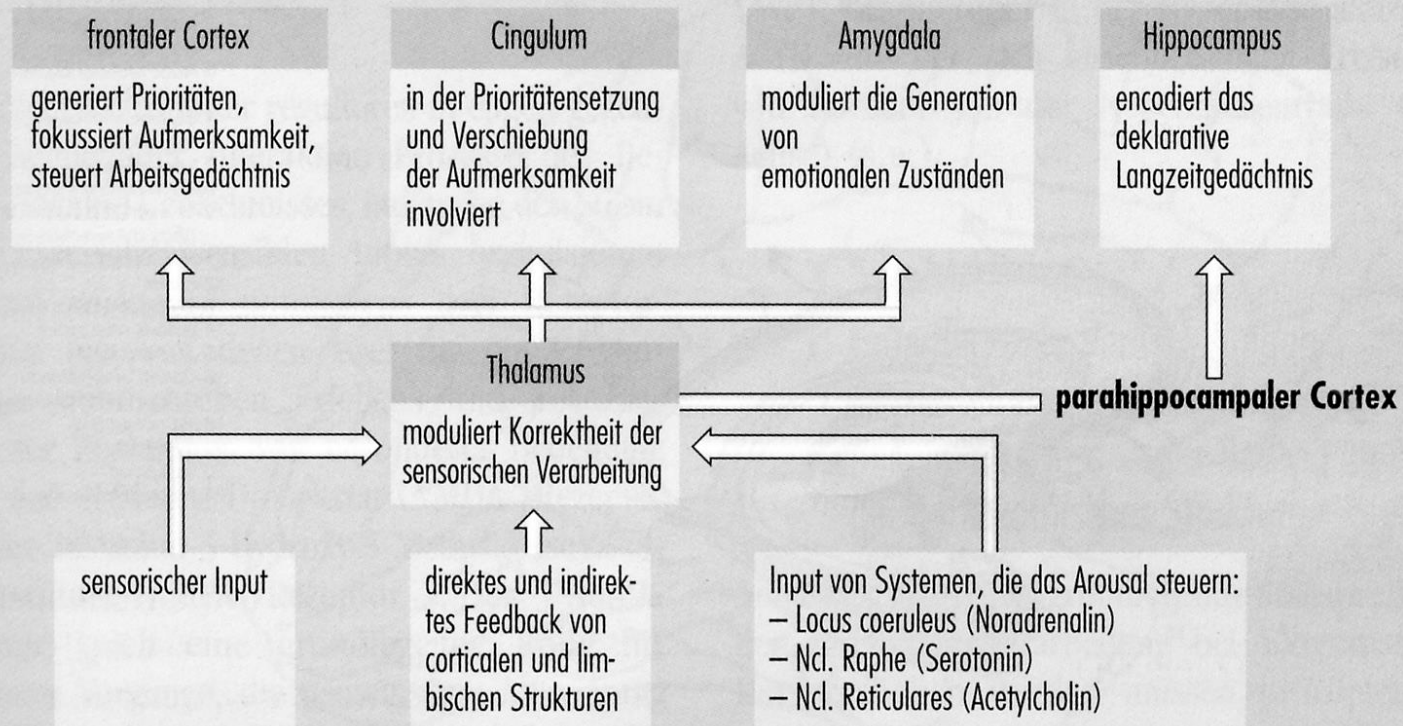


Abb. 1 Die zentrale Stellung des Thalamus in der zentralnervösen Informationsverarbeitung (nach: Krystal et al. 1995)

Die beiden Speichersysteme des Gedächtnisses im limbischen System

„kühler“ Hippocampus

- Explizit = Deklarativ
- Bewusst
- Kognitiv
- Konstruiert ein Narrativ
- Verbal/semantisch
- Geist
- Beschreibung von Operationen
- Biographisch
- Voll funktionsfähig myelinisiert erst im (3.) 8.-10. Lbs,
- Hat Verbindung zu Thalamus, Sprachzentren, Cortex
- Wird bei Stress abgeschaltet

„Heiße“ Amygdala

- Implizit = Nichtdeklarativ
- Unbewusst
- Emotional
- Sprachlos
- Sensorisch
- Körper
- Automatisierte Fertigkeiten
- Speichert emotionale Highlights
- Von Geburt an reif
- Eingravierte traumatische Gedächtnisspuren leicht triggerbar
- Blockiert bei Stress zu Thalamus, linkem Cortex, Sprachzentren, aber
- Speichert bei Stress linear weiter

Grundlegende Veränderungen der zerebralen Verarbeitung bei Extrem-Stress- der Beitrag zentraler neuroanatomischer Strukturen

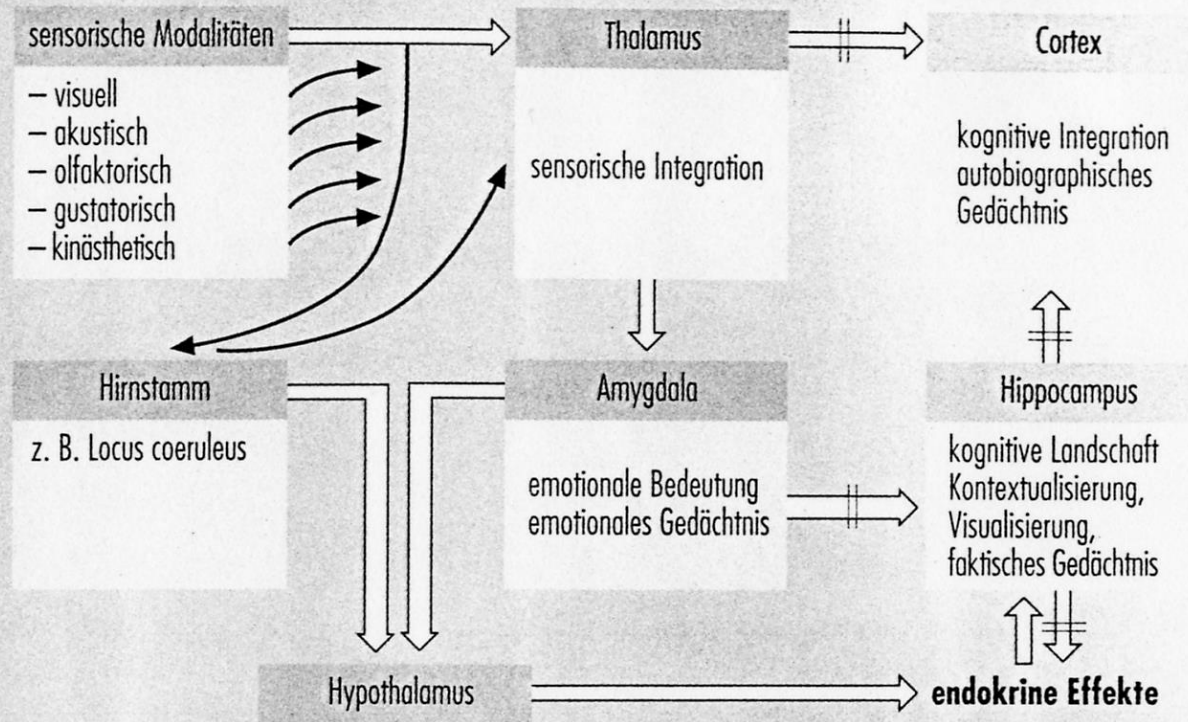


Abb. 4 Pfade der zerebralen Verarbeitung bei Extremstress (modifiziert nach: van der Kolk 1996a; Nutt 2000)

PTBS assoziierte Symptome

- 1.) Das Wiedererleben des Ereignisses in unterschiedlichen sensorischen Formen, den sog. Flashbacks. Flashbacks bestehen aus dissoziierter, implizit gespeicherter Information, die unter bestimmten Voraussetzungen (also zustandsabhängig) aktiviert wird
- 2.) Das Vermeiden aller Dinge, die an das Trauma erinnern
- 3.) chronisch übermäßige Erregung (Hyperarousal) des autonomen Nervensystems (ANS)

Flashbacks

- Enkodierung traumatischer affektiver Aspekte über die Amygdala; über eine klassische Konditionierung entsteht ein abnormes neuronales Netzwerk
- Sehr belastende Wiederholungen impliziter sensorischer Erinnerungen an traumatische Ereignisse, die zuweilen mit einer expliziten Erinnerung verbunden sind
- Sie sind von so starken Empfindungen begleitet, dass die Betroffenen die gegenwärtige Realität nicht von der Vergangenheit unterscheiden können – „als ob es jetzt passieren würde“
- Sie können durch exterozeptive (alle 5 Sinnesqualitäten) und/oder durch interozeptive (z.B. Beschleunigung der Herzfrequenz) Systeme ausgelöst werden

Flashback: Hirndurchblutung im PET

(Positronen-Emissions-Tomographie)

- Ergebnisse von B. van der Kolk/ Rauch:
- Das Gehirn ist fast nur rechts aktiviert
- Cortex und limbisches System rechts sind aktiviert
- Das Brocca- Sprachzentrum (links) ist unterdrückt

Flashback: Hirndurchblutung im PET

Erklärungsansätze

- Emotional geladene Informationen sind überwiegend im limbischen System der rechten Hirnhälfte und im sensorischen Rindenareal fixiert
- Die überwiegend analytische linke Hemisphäre scheint unterdrückt zu sein: eindrucksvolle Lateralisierungsvorgänge zwischen den Hemisphären
- Traumatische Erinnerungen scheinen charakterisiert zu sein durch viele sensorische Eindrücke und Gefühle bei gleichzeitiger Sprachlosigkeit: ein „Sprachloser Terror“
van der Kolk/Kapfhammer

Traumafolgen sind physiologisch verankert

- Blockade der Informationsverarbeitung: implizite, sensorische (amygdaloide) statt expliziter, kognitiver (hippocampaler) Erinnerung
- Die Sprachzentren sind unterdrückt (Brocca-Region)
- Die Lateralisation ist gestört
- Überflutung mit aktivierenden Neurotransmittern wie Noradrenalin, Glutamat
- Erniedrigte Ausschüttung von hemmenden Neurotransmittern wie Kortisol, Serotonin

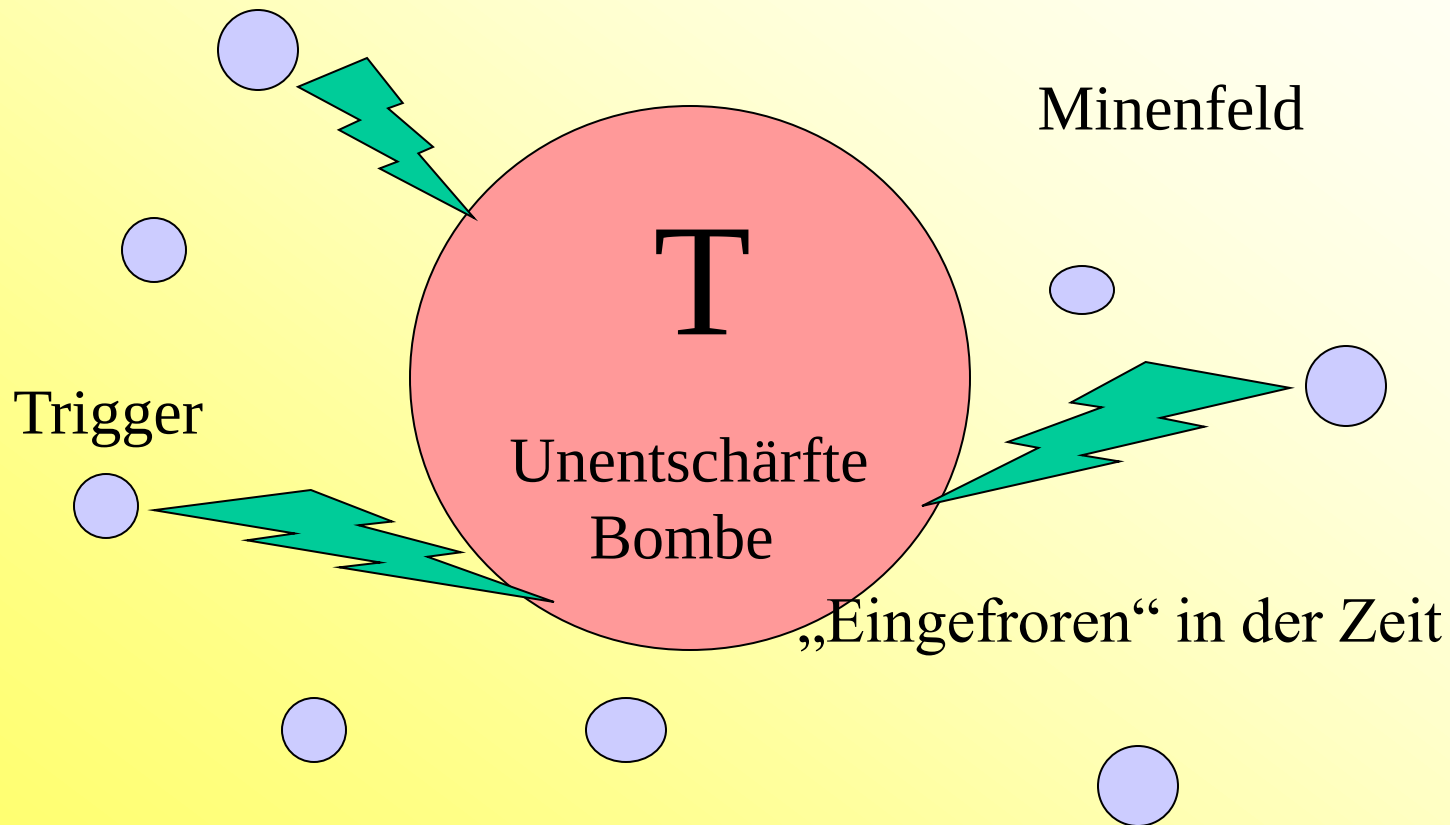
The Body keeps the Score - Der Körper vergisst nicht

Bessel van der Kolk, 1994

- Flashback = „Blitz zurück“
- sehr belastend durch stark erhöhte Reaktion des autonomen Nervensystems
- Sehr belastende Wiederholung dissoziierter, impliziter, sensorischer Erinnerungen an traumatische Erinnerungen, manchmal mit expliziter Erinnerung verbunden.
- Kann durch exterozeptive oder/und interozeptive Reize ausgelöst werden (sensorische Signale)
- Zeitliche Einordnung fehlt oft

Psychoedukation: Trauma

nach Lutz Besser



„Wenn Sie **jetzt** daran denken, **wie belastend** fühlt es sich an“

SUD (Subjective Units of Disturbance) 0 – 10

w.veigt@contilia.de

Pause!

Objektive Risikofaktoren

- Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses
- Wiederholtes Ausgesetztsein
- Ausmaß der physischen Verletzung
- Durch Menschen verursachte Traumatisierung (man made disaster)
Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Objektive Risikofaktoren

- Intentionalität
- Irreversibilität der erlittenen Verluste
- Höhe der materiellen Schädigung
- Ständiges Erinnertwerden an das Geschehen (Triggerung)

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Subjektive Risikofaktoren

- Unerwartetes Eintreten des traumatischen Ereignisses
- Geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen
- Schuld erleben
- Ausbleiben fremder Hilfe

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Individuelle Risikofaktoren

- Jungendliches oder hohes Alter
- Zugehörigkeit zu einer Randgruppe
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Psychische und körperliche Vorerkrankungen
- Familiäre Vorbelastungen mit traumatischen Erfahrungen

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Woran erkenne ich, dass jemand an den Folgen eines Traumas bzw. mehrerer Traumata leidet ?

- An psychischen und körperlichen Symptomen,
- die oft von anderen Menschen zwar wahrgenommen werden, aber nicht eingeordnet werden können (auch von den Betroffenen nicht),
- die häufig dramatische Folgen im Alltagsleben für die Betroffenen haben und
- die Lebensqualität erheblich einschränken.

Epidemiologie:

Die Häufigkeit von PTSD ist abhängig von
der Art des Traumas

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% Prävalenz bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

*AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung,,
G.Flatten, U. Gast, A. Hofmann et al. 2011*

Epidemiologie

- 2 – 7% beträgt die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung für eine Posttraumatische Belastungsstörung
- Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich häufiger
- Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung

Erholung von traumatischen Erfahrungen

- 1/3 der Betroffenen erholt sich selbstständig (cave: keine Unterscheidung der Traumata)
- ¼ Spontanerholungen bei Vergewaltigungen
- Nach Folter fast nie Spontanerholung
- 1/3 der Betroffenen erscheint wieder gesund; jeder einzelne kann aber bei erneut belastender Situation (Trigger: Ohnmacht/Hilflosigkeit) dekompensieren und eine Traumafolgestörung entwickeln

Ressourcen schützen

- Sich geliebt fühlen und lieben zu können
- Eine gute Bindungsfähigkeit
- Optimismus
- Humor
- Ein vorhandener Zukunftsentwurf
- Wenn eine Belastung als Herausforderung gesehen werden kann
- Eine Werteorientierung *nach Jochen Peichl*

Typologie von Traumatisierung

- Apersonale Traumen
- Personale Traumen
- Einmalige und überraschende Traumatisierungen
- Langanhaltende und kumulative Traumatisierungen

Einteilung der Traumata *(nach L.Terr)*

- Typ-I-Traumen: *plötzlich, unvorhergesehen, einmalig*
 - apersonal : Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle
 - personal: räuberische Überfälle, Vergewaltigung, plötzlicher Verlust einer Bezugsperson
- Typ-II-Traumen: *chronisch-kumulativ*
 - politische Gewalt: Krieg, Folter, Geiselnahme, Konzentrationslagerhaft
 - personaler Nahbereich: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Verkehrsunfälle
- Arbeitsunfälle
- Technische Katastrophen
- Kriminelle Gewalttaten (z.B. Überfall, Vergewaltigung)

Länderdauernde/wiederholte Traumen (Typ-II-Traumen)

- Geiselhaft
- Mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- Wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie Vernachlässigung

Menschlich verursachte Traumen („man made disaster“)

- Sexuelle und körperliche Misshandlung in der Kindheit
- Kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigung
- Kriegserlebnisse
- Zivile Gewalterlebnisse (Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungshaftlager)

Akute Belastungsreaktion

F43.0 ICD 10

- „Eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“ *Butollo*
- Folgende Symptome können auftreten:
Angst, Unruhe, Tachykardie, Schwitzen,
Schlafstörungen, Ärger, Gereiztheit, Rückzug,
Desorientiertheit, Depression, sich aufdrängende
Bilder oder Geräusche
- Kann mehrere Tage dauern
- Wird in ICD 11 zur „Akuten Stressreaktion“ im
Kapitel 24

Was ist eine **Posttraumatische Belastungsstörung** ?

- Übersetzung: nach einem Ereignis, was eine Wunde in meiner Seele verursacht hat, leide ich unter Störungen, die mich belasten.
- Von der Normalität extremer Reaktionen auf abnorme Ereignisse *Willi Butollo*

Das syndromale Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

- Sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (**Intrusionen, Bilder, Alpträume** oder ungebetene eindringliche Erinnerungen, sog. **Flash-backs** „Blitz zurück“) oder Erinnerungslücken (**partielle Amnesie**)
- **Übererregungssymptome (Hyperarousal):** Konzentrationsschwierigkeiten, Affektintoleranz, erhöhte Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit
- **Vermeidungsverhalten** (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)

Das syndromale Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

- **emotionale Taubheit (Hypoarousal, Numbing):** allgemeiner Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit
- Im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägung (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten: aggressive Verhaltensmuster)
- Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (mehrjähriger) Verzögerung (verzögerte PTBS) auftreten

S 3 Leitlinie der DeGPT

publiziert bei AWMF 12/2019

- Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die PTBS nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist.
- Es soll in Diagnostik und Behandlungsplanung berücksichtigt werden, dass komorbide Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind

Komorbide psychische Störungen

Hohe Komorbiditätsrate mit 77-87%

- Affektive Störungen F 32, 33 (F 51%, M 50%)
- Angststörungen F40 (Frauen 54%, Männer 52%)
- Somatoforme Störungen F 45
- Substanzkonsumstörung F 10-19 (F 32%, M 65%)

AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungs-störung, Ingo Schäfer, Ulrich Frommberger, Ursula Gast, Johannes Kruse, Astrid Lampe, Annett Lotzin, Olaf Reddemann 2019

Komorbide psychische Störungen

- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung F 63.1
- ADHS F 90
- Somatoforme Schmerzstörung F 45
- Dissoziative Störungsbilder F 44
AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungs-störung, Ingo Schäfer, Ulrich Frommberger, Ursula Gast, Johannes Kruse, Astrid Lampe, Annett Lotzin, Olaf Reddemann 2019

-

Weitere Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind:

- Dissoziale Persönlichkeitsstörung F 60.2
- Essstörungen F 50
- Affektive Störungen F 32, 33, 34
- Substanzabhängigkeit F 1...
- Somatoforme Störungen F 45

AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung,, G.Flatten, U. Gast, A. Hofmann et al. 2011

ICH TRINKE, UM
ZU VERGESSEN.

EIN ELEFANT
VERGISST
DOCH NIE!?

TEUFELS-
KREIS.



„Es steht mittlerweile außer
Frage, dass Missbrauch bzw.
Abhängigkeit von psychotropen
Substanzen zu den wichtigsten
Folgestörungen nach
Traumatisierungen gehören.“

Dr.med. Luise Reddemann

*Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische
Medizin 2005 Heft 3*

Sucht und Trauma

- „Die Lebensgeschichten von Menschen mit Suchterkrankungen sind häufig durch Traumatisierungen im Kindesalter wie sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung geprägt und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind auch in späteren Lebensabschnitten weitaus häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt.“ *Reddemann 2005*

Suchterkrankte Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Simpson und Miller 2002, Auswertung von 53 Studien (32 F, 16 M/F, 5 M):
 - **27%** bis **67%** der abhängigen **Frauen** wurden sex. missbraucht, **33%** körperlich misshandelt
 - **9%** bis **29%** der abhängigen **Männer** sex. missbraucht, **24%** bis **53%** körperlich misshandelt

Review Simpson und Miller 2002

Bei Alkoholabhängigkeit:

- 50% der Frauen
- 30 % der Männer

Bei Drogenabhängigkeit:

- 80 % der Frauen
- 50% der Männer

hatten mind. 1 Form früher (körperlicher oder sexueller) Gewalt erlitten

PTBS bei Personen in Suchtbehandlung

Frühe Gewalt



Jede 4. Frau

50%

Jeder 7. Mann

30%



Jede 2. Frau

80%

Jeder 4. Mann

50%

Geschlechtsspezifische Traumabewältigung

Frauen

Trauma

Männer

Internale, expressive
Bewältigungsstrategien

Externale, instrumentelle
Bewältigungsstrategien

Dissoziative Reaktionen
auf traumatischen Stress

Hyperarousal-Reaktionen
auf traumatischen Stress

Sucht und...
dissoziative Störungen,
Somatoforme Störungen,
PTBS, BPS, Essstörungen
Angst/Depression

Sucht und...
aggressive
Verhaltensweisen,
Antisoziale
Persönlichkeitsstörungen

(Vgl. Olf et al., 2007; Gahleitner, 2008;
w.voigt@contilia.de
Langeland & van den Brink, 2006)

Nun eine Pause....

Zum Entspannen!

Phasenorientierte Behandlung

Janet 1907

- **Stabilisierung**
 1. Körperliche Stabilisierung
 2. Soziale Stabilisierung
 3. Psychische Stabilisierung
- **Traumaverarbeitung**
- **Integration und Neuorientierung**

SARI (*Phillips/Frederick 2003*)

- Safety: Sicherheit und Stabilität
- Accessing: Schaffung eines Zugangs zum Traumamaterial und (den damit verbundenen) Ressourcen
- Reprocessing: Durcharbeiten des Traumamaterials
- Integration: die eigene Geschichte/das Erlebte annehmen und integrieren

Erste Maßnahmen

- Herstellen von äußerer Sicherheit !!!!!!!! (z.B. Beendigung von noch bestehendem Täterkontakt)
- Organisation des psychosozialen Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Informationsvermittlung und Psychoedukation bezüglich traumatypischer Symptome und Verläufe

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Psychoedukation bedeutet:

- Eine Normalisierung des Erlebten durch Erklärung der eventuell auftretenden Symptomatik
- Die Beschreibung der physiologischen Reaktion
- Die Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper
- Die Vermittlung von Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses

Lydia Hantke

Stabilisierung bedeutet:

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
 - Aufbau von innerer Sicherheit und Autonomie
 - Ressourcenorientierung und –aufbau
 - Vermittlung von imaginativen Verfahren
 - Pharmakotherapie: Antidepressiva (SSRI)
- Eine ausreichende Stabilität ist zwingende Voraussetzung für Traumabearbeitung!!!!**

Absolute Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren

- Psychotisches Erleben
- Akute Suizidalität
- Anhaltender Täterkontakt

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Relative Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren

- Instabile psychosoziale und körperliche Situation
- Mangelnde Affekttoleranz (ohne ausreichende Stabilisierung)
- Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- Unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Effektive Therapie bei PTSD

- Die **Exposition in sensu** mit dem **traumatischen Ereignis** steht im Mittelpunkt der als **erfolgreich evaluierten Psychotherapien von PTBS und kPTBS**.

Tobias Hecker, Bielefeld; Andreas Maercker, Zürich 11/2015

1. EMDR (kürzere Behandlungsdauer)
 2. Kognitive Verhaltenstherapie
- traumaadaptierte Methoden
 1. Psychodynamische Therapie
 2. Imaginative/Hypnotherapie

Effektive Therapie bei PTSD

- Auch die Komorbidität bessert sich signifikant (ohne im Fokus zu sein)
- Einbeziehung adjuvanter Verfahren (stabilisierende Körpertherapie, künstlerische Therapie)

Meta-Analyse : 61 Studienbedingungen aus 39 kontrollierten Studien, Van Etten&Taylor 1998, Clinical Psychology and Psychotherapy

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

S 3 Leitlinie der DeGPT

publiziert bei AWMF 12/2019

- Aufgrund der positiven klinischen Erfahrung im stationären Setting auch hinsichtlich der Wirkung auf komorbide Störungen können adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie oder Physiotherapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.

Stärkste Effekte: Trauma-fokussierte Therapien

Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review)

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C



(2013)

Ergebnis zahlreicher Meta-Analysen:

- Tf-CBT/EMDR > Nicht-Tf-Therapien
- Nicht-Tf-Therapie > Warteliste
- Überlegenheit Tf-Therap. im

Verlauf



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review)

Belsher BE, Beech E, Evatt D, Smolenski DJ, Shea MT, Otto JL, Rosen CS, Schnurr PP

(2019)

Empfehlung in Leitlinien

I. Schäfer · U. Gast · A. Hofmann
C. Knaevelsrud · A. Lampe
P. Liebermann · A. Lotzin · A. Maercker
R. Rosner · W. Wöller *Hrsg.*

S3-Leitlinie
Posttraumatische
Belastungsstörung

NICE National Institute for Health and Care Excellence
NICE guideline
Post-traumatic stress disorder

VA/DoD Clinical Practice Guideline
Management of Post-Traumatic Stress

THIRD EDITION
Effective Treatments for PTSD
Practice Guidelines from the International Society

Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Complex Posttraumatic Stress Disorder

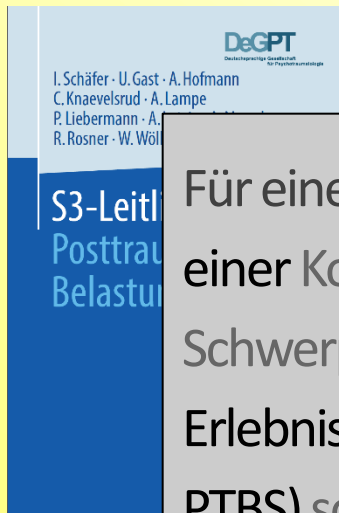
Main editor
Dr Rie Lethbridge

Publishing, version history and subscription
6.0 published on 20.12.2021

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die **traumafokussierte Psychotherapie**, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt.

(A, 100%)

Empfehlung S3-Leitlinie zur Komplexen PTBS



Für eine KPTBS nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen (siehe Leitlinienempfehlung PTBS) sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.

(B, 87%)

AG Komplexe PTBS (Leiter: A. Maerker)

Empfehlung S3-Leitlinie zur Komplexen PTBS

DeGPT

I. Schäfer · U. Gast · A. Hofmann

C. Knaeuper
P. Lieber
R. Rosn

S3-
Pos
Bel

„Auf Basis einzelner methodisch überzeugender Studien können die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Bohus et al., 2013), das [Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation](#) (STAIR; Cloitre et al, 2002; 2010) und [kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze](#) (McDonagh et al., 2005), einschließlich [Cognitive Processing Therapy](#) (CPT; Monson et al., 2006; Resick et al., 2008) als vielversprechende Ansätze zur Behandlung komplexer Ausprägungen der PTBS betrachten werden. Alle diese Ansätze bedürfen jedoch weiterer Untersuchung.“

AG Komplexe PTBS (Leiter: A. Maerker)

Psychosoziale Reintegration

- Soziale Unterstützung
- Einbeziehung von Angehörigen
- Opferhilfsorganisationen
- Berufliche Rehabilitation
- Opferentschädigungsgesetz

Affektregulation - Bindung

- Bindung ist wichtig, um Affekte und Impulse kontrollieren zu lernen
- Mutter und Vater sind die externen Affektregulatoren
- Das fehlt bei sexuellem Kindesmissbrauch, Gewalt und Vernachlässigung
- Soziale Bindung erhöht die integrative Kapazität, z.B. bei guter therapeutischer Bindung
Trauma = Phobie vor Bindung und vor Verlust:
cave: Therapeutische Bindung nicht zu eng

Zum sicheren Wissensbestand gehören heute die Zusammenhänge zwischen

- Einem Scheitern der frühen dyadischen Affektregulation in der Mutter-Kind-Beziehung
- Der Entwicklung unsicherer Bindungen
- Einem gestörten frühen Hirnwachstum
- Der späteren Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Emotionsregulierung

W. Wöller 2006

Chronische Traumatisierung als ein wichtiger Faktor bei der Entstehung einer spezifischen Persönlichkeitsstörung

- „Unter den spezifischen Persönlichkeitsstörungen finden sich körperliche und sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit offenbar am häufigsten bei der paranoiden, der emotional instabilen, der abhängigen und der dissozialen Persönlichkeitsstörung“
(Luntz u. Widom 1994; Modestin et al. 1996; Zanari u. Frankenburg 1997) *W. Wöller 2006*

Vorgeschichte physischer und sexueller Traumatisierung bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen

- Borderline-PS: 62,4% sexueller Missbrauch, 86,2% Kindesmisshandlung, 92,1% emotionale Vernachlässigung *Zanarini 2002*
- Abhängige PS: deutlich erhöhte Rate sowie emotionale Vernachlässigung und Überprotektion
- Histrionische PS: erhöhte Rate sowie emotionale Vernachlässigung
- Paranoide PS: v.a. physische Misshandlung

Vorgeschichte physischer und sexueller Traumatisierung bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen

- Dissoziale PS: bei 80 bis 90% jugendlicher Straftäter findet sich eine Vorgeschichte von Misshandlungen
 - Schizoide PS: schwerwiegende emotionale Defizite sowie eine von Hass und Zurückweisung geprägte Atmosphäre in der Kindheit
 - Narzisstische PS: schwere beziehungstraumatische Erfahrungen, v.a. Instrumentalisierung des Kindes für die narzisstische Regulation des Eltern
- W.Wöller 2006 Trauma und Persönlichkeitsstörung, S. 4-6*

Borderline-PS und PTBS

- Debatte, inwieweit und ob sich die BPS und die PTBS überlappen *Driessen et al 2002*
- Studien zeigen, dass nicht alle BPS-Pat. in ihrer Entwicklung Traumata erlebt haben (aber 65-80% berichten davon)
- Dass nicht alle Symptombereiche überlappen *Bohus & Kienast 2010; Golier et al 2003*

Körperliche Krankheiten und PTBS

- Es besteht ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen chronischer PTBS und einer erhöhten Rate von körperlichen Erkrankungen *Schnurr et Green 2004*
- Auch das Immunsystem ist durch frühe Traumatisierung nachhaltig in Mitleidenschaft gezogen mit der Folge, dass z.B. Asthma bronchiale und Herzinfarkte vermehrt auftreten
Psychoimmunologie Schubart 2013 Schattauerverlag

Innere Hilfe

- Psychoedukation
- Stressmanagement durch imaginative Techniken, Stabilisierungsübungen
- Ressourcen suchen und verstärken

Stabilisierungsübungen

- *Übungen für innere Hilfe/innere Distanzierung
("therapeutische Dissoziation")*
 1. Inneres Helferteam
 2. Innerer Beobachter
 3. Innere Konferenz/Inneres Team
 4. Inneres Gepäck ablegen
 5. Frieden schließen mit sich selbst
 6. Körper-Licht-Meditation

nach Reddemann

Therapie ist

Hilfe zur Selbsthilfe

Die therapeutische Haltung

- „Ich/wir traue(n) Dir zu, dass Du es schaffst!“
- „Ich/wir bin/sind überzeugt, dass Du es schaffst!“
- Aber wohin?
- Zielorientierung ist wichtig
- von allen – KlientIn, Team und TherapeutIn

Löwe und Tiger

Nicht auffressen lassen,
sondern die Energie nutzen

Dafür braucht es Wissen und Fähigkeiten, Mut und Vertrauen und Trost – auf beiden Seiten

Das kann und sollte Therapie bedeuten: es verringert die Ohnmacht, hilft aus der Hilflosigkeit heraus und **gibt wieder die Kontrolle zurück**

Pause!

Erholen Sie sich und trinken Sie z.B.
einen Kaffee....

Unser Gehirn

- 100 Milliarden Neurone — Amazonaswald hat ca. 100 Milliarden Bäume
- Eine Nervenzelle hat ca. 10.000 bis 100.000 Synapsen — im Gehirn gibt es so viele Nervenverbindungen wie Blätter im Amazonaswald.
- Die Nervenleitgeschwindigkeit kann bis zu 100 m/sec (360 km/h) schnell sein
- Ein Nervenzellkörper ist ein vierzigtausendstel Millimeter (0,000025 mm) groß
- Ein Axon kann bis zu 1 m lang werden und hat einen Durchmesser von einem Zwanzigtausendstel bis zu einem Hunderttausendstel Millimeter

Die Kommunikation innerhalb des Nervensystems

- Eine Synapse ist eine Verbindung zwischen zwei Nervenzellen (Neuronen). Dort werden Signale oder Informationen von einer Nervenzelle zur anderen übermittelt, entweder durch das Überspringen eines elektrischen Impulses oder durch Hirnbotenstoffe (Neurotransmitter).
- Synapsenstränge verbinden Neuronen zu Gebilden (und letztendlich zu neuronalen Netzwerken), die Gehirn und Körper zu komplexen Aktivitäten veranlassen können.

Nach Babette Rothschild, Der Körper erinnert sich

Die Kommunikation innerhalb des Nervensystems

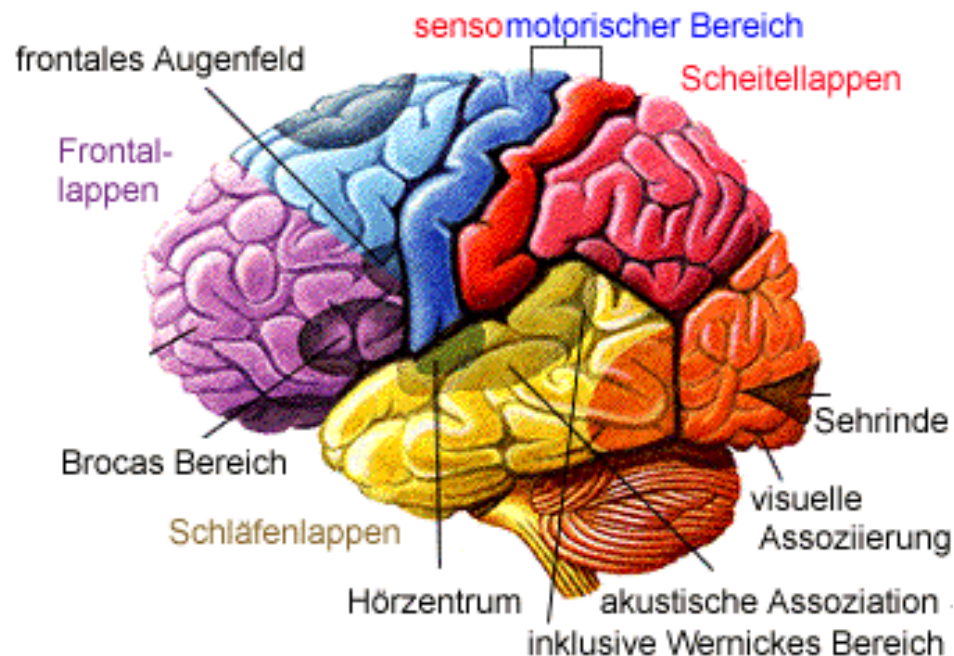
- Alle mit den Sinnen aufgenommenen Informationen, die Körper und Gehirn erreichen, werden durch bestimmte Gruppen von Synapsen sortiert und registriert; jeder Reflex, jedes Verhalten, jedes Gefühl, jedes Gedanke entsteht durch bestimmte Synapsengruppen.
- Erlebnisse werden durch Synapsen kodiert, d.h. aufgezeichnet (encoding), gespeichert (storage) und als Erinnerung reaktiviert (retrieval).

Die Kommunikation innerhalb des Nervensystems

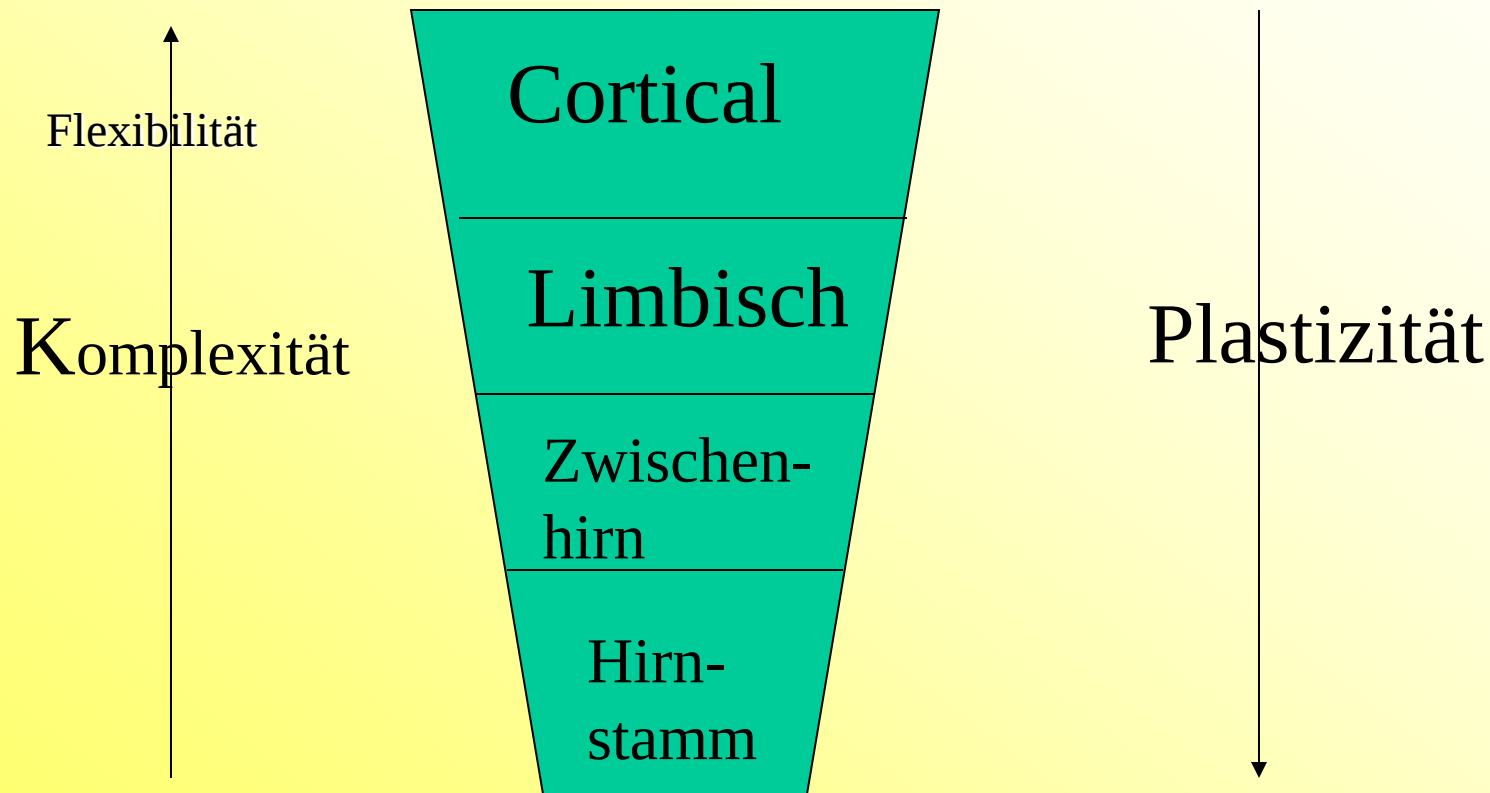
- Das Gehirn steuert alle Körperprozesse und Verhaltensweisen mit Hilfe von Synapsen, die mit motorischen Nerven verbunden sind (Gehirn zum Körper). Umgekehrt berichtet der Körper dem Gehirn über seinen inneren Zustand und über seine räumliche Position mit Hilfe von Synapsen, die mit den zentripetalen Nerven (Empfindungsnerven) verbunden sind (Körper zum Gehirn).

Nach Babette Rothschild, Der Körper erinnert sich

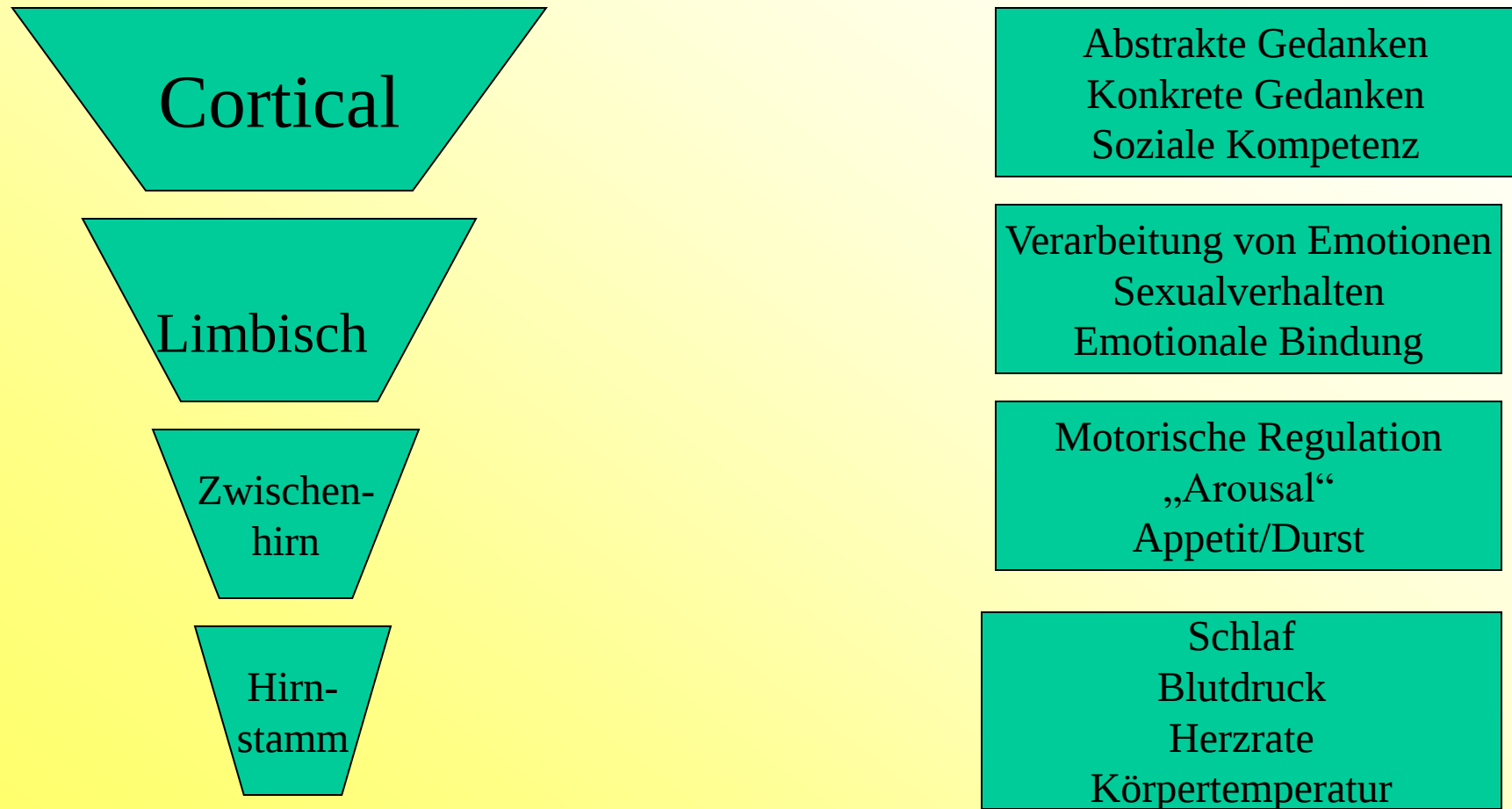
Jedes Gehirn hat verschiedene Zentren für verschiedene Aufgaben



Plastizität und Gehirnorganisation



Hierarchien der Gehirnfunktionen



Implizites Gedächtnis

- Es speichert sensorische Eindrücke sowie erlernte Prozeduren und Verhaltensweisen und ermöglicht die Erinnerung an sie (Generalisierung von Erfahrungen)
- Diese „Mentalen Modelle“ oder „Schemata“ helfen uns, aktuelle Erfahrungen einzuordnen und zukünftige vorherzusagen (prospektives Gedächtnis – remember the future)
- Die Mentalen Modelle als Verallgemeinerung der vergangenen Erfahrungen sind die Grundlage des Lernens und die grundlegenden Bestandteile des impliziten Gedächtnisses
- Wir benutzen diese Modelle, um uns einer Situation schneller anpassen oder etwas vorhersagen zu können
- Deswegen suchen wir ständig nach bekannten Objekten und Erfahrungen, um einschätzen zu können, was wir von der Umwelt zu erwarten haben

Explizites Gedächtnis

- Es speichert Fakten, Konzepte, Ideen, Erinnerungen an Operationen
- Es ordnet Ereignisse zeitlich richtig in die eigene Lebensgeschichte ein
- Es erfordert die Sprache
- Es existiert in zwei verschiedenen Formen: semantisch-faktisches Wissen und episodisch-autobiographisch
- Semantische Erinnerungen können mit Worten oder Symbolen oder faktischem Wissen wiedergegeben werden
- Episodische oder autobiographische Erinnerungen zeigen uns die Welt (selbst-“bewusst“-sein)

Furchtstrukturmodell

- Posttraumatische Furchtstrukturen bilden sich dadurch heraus, dass ein extrem emotional bedeutsamer Stimulus (meist: Todesangst) mit einem oder mehreren Elementen und mit körperlichen Reaktionen gekoppelt werden: nachhaltige Aktivierung einer umfassenden Gedächtnisstruktur
- Als Ergebnis resultiert eine leicht zu aktivierende Furchtstruktur, die sehr viele Elemente umfasst, z.B. mit dem Trauma nur locker assoziierte Fakten

Furchtstrukturmodell

- Die einmal ausgebildete Furchtstruktur ist von allen Elementen aus leicht durch Schlüsselreize (Fakten, Körperreaktionen, Emotionen) zu aktivieren
- Je mehr Elemente die Furchtstruktur beinhaltet, desto häufiger wird sie durch verschiedene Schlüsselreize aktiviert werden und desto stärker wird die PTBS-Symptomatik ausgebildet sein
- *Aus: Posttraumatische Belastungsstörungen S.41 Maercker*

Duales Gedächtnismodell

- Postulat, dass viele traumatische Erinnerungen eine andere Qualität besitzen als normale (negative) Erinnerungen
- Zumindest ein Teil der traumatischen Erinnerungen hat einen dissoziativen Charakter, d.h. ist mit Derealisation und Depersonalisation verbunden, v.a. bei Flashbacks, lebhaftem Wiedererinnern und direkten Emotionsinduktionen wie Angst und Ekel

2 Verarbeitungssysteme traumatischer Gedächtnisinhalte

1. Das verbal zugängliche System (verbally accessible memory:VAM), in dem die traumatische Erinnerung erzählbar und mit anderen autobiografischen Gedächtnisinhalten integriert sind
2. Das situativ zugängliche System (situationally accessible memory:SAM), in dem traumatische Erinnerungen immer nur unwillkürlich und durch Triggerreize aus der Umgebung aktiviert werden und das dissoziative Symptomatik erzeugt

Checkliste für ein Erstinterview mit traumatisierten Patient:innen

- 1.) Überweisung: kommt Pat. zufällig oder gezielt durch eine Institution aus dem Traumanetzwerk, d.h. ist evtl. schon Hilfe/ Unterstützung vorhanden?
- 2.) Traumatische Situation(en) nur kurz schildern lassen im Reporterscript (Überschrift):
einmalig/mehrfach, wann: jetziges Alter/Kindheit, wie lange: wann hat es angefangen, wann/wie war das Ende?
Körperliche oder sexuelle Gewalt, Vernachlässigung?
- 3.) Gibt es noch Täterkontakt ? Direkt oder indirekt über Verwandte/Bekannte, die nicht geschützt haben
- 4.) Gibt es psychosoziale Unterstützung durch Familie, Freunde, Tier, Traumanetzwerk, Ärzte, Therapeut

- 5.) Erfragen von Ressourcen!!
- 6.) Psychopathologischer Befund einschließlich Intrusionen, Flashbacks, Albträumen, Hyperarousal
- 7.) Testpsychologische Diagnostik: PC-PTSD, ACE-D, PSSI, LEC-5, IK-PTBS, (DES), IES-R; Diagnosestellung: akute Belastungsreaktion/PTBS oder Traumafolgestörung: dissoziative Störung, somatoforme Störung, Borderline-PS, Depression, Angststörung, ADHS, Substanzkonsumstörung vorhanden?
- 8.) Körperliche Traumafolgestörungen erfragen
- 9.) Ist eine Medikation verschrieben?
- 10.) Empfehlung für Therapie: keine, da nicht notwendig/ambulant/tagesklinisch/stationär/Medikation psychosoziale Stabilisierung, z.B. Hilfe durch psychosoziales Traumanetzwerk, Arbeit, Freunde, Hobbys, Tiere.

Ich danke

Für Ihre Aufmerksamkeit!