

Wenn nichts mehr so ist, wie es vorher einmal war

Traumafolgestörungen und ihre Behandlung

Vortrag am 20. Juli 2006

Landgericht Ellwangen

Dr.med. Askan Hendrichke

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

Ostalb-Klinikum Aalen



Was ist ein psychisches Trauma ?

- Ein Trauma tritt auf in Folge von bedrohlichen und erschütternden (Gewalt-) Erfahrungen
- Es handelt sich um ein Ereignis, bei dem Flucht oder Gegenwehr unmöglich ist
- Der traumatische Prozess geht einher mit Gefühlen von tiefgreifender Verzweiflung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Kontrollverlust



früher gebräuchliche Begriffe für PTSD

- railway spine syndrome (1866)
- traumatische Hysterie (1871)
- traumatische Neurose, konstitutionelle Schwäche
- Kriegszitterer
- pathologisches Rentenbegehren
- schwere Belastungsreaktion (DSM I, 1952)
- posttraumatische Belastungsstörung (DSM III, 1980)



Verlauf und Symptomatik

- Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann, der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann eine Heilung erwartet werden
- Andauerndes Wiedererleben des Ereignisses (Alpträume, sich aufdrängende Erinnerungen, Intrusionen), Dissoziation, Störung des Körpererlebens
- Depression, Vermeidung, Gleichgültigkeit; Taubheit
- Reizbarkeit, Schlafstörung, Ängste verrückt zu werden (= normale Reaktion auf unnormales Ereignis)
- Konzentrationsschwierigkeiten, Schreckhaftigkeit
gesteigerte psychovegetative Reagibilität



Definition der PTSD (posttraumatic stress disease) gemäß AWMF - Leitlinie

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse die **an der eigenen Person**, aber auch **an fremden Personen** erlebt werden können.

In vielen Fällen kommt es durch das traumatische Erleben zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und zu einer nachhaltigen Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses

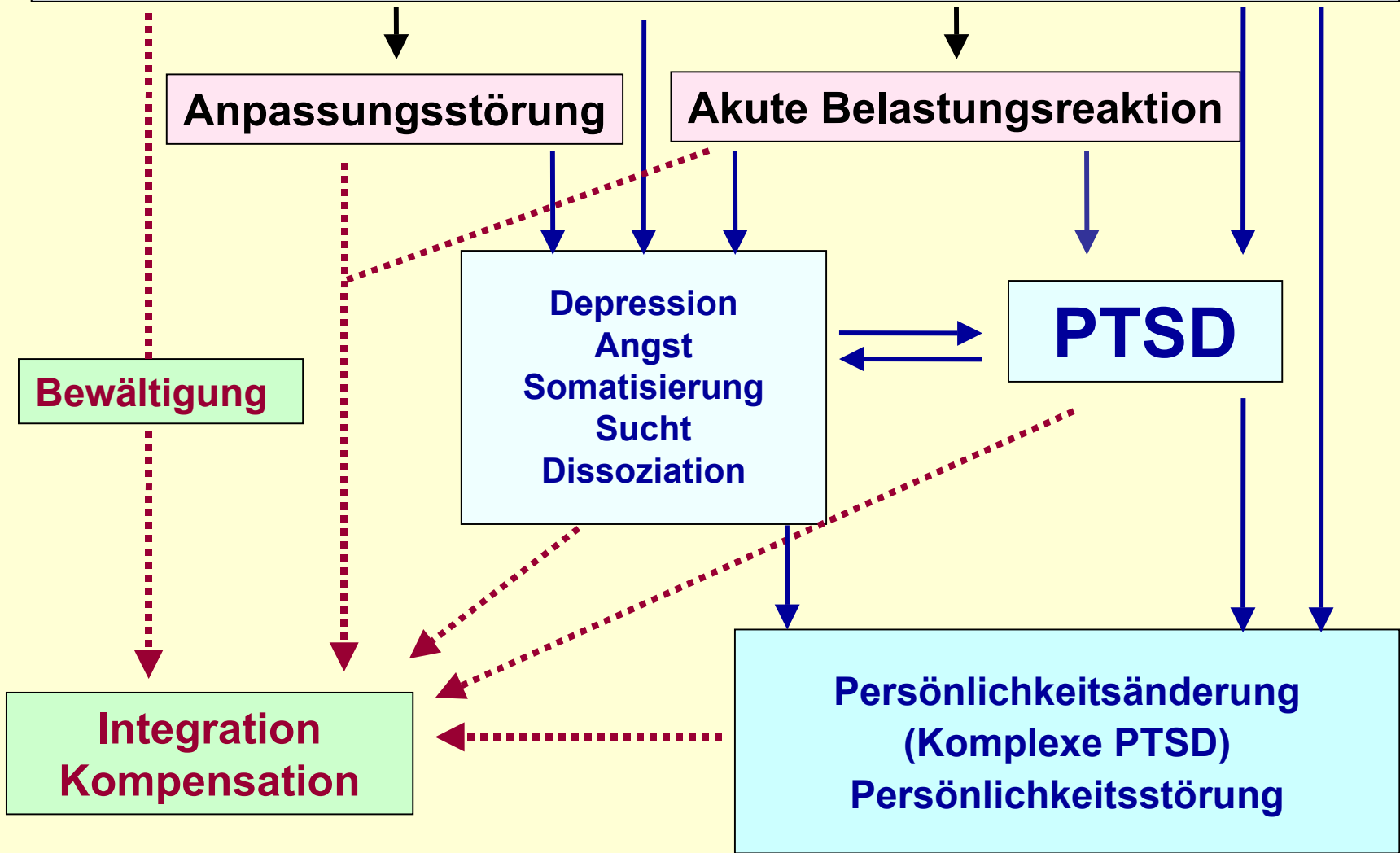


Traumafolgestörungen entstehen typischerweise durch das Erleben

- schwerer körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sexueller Mißbrauch)
- Vergewaltigung, sexueller Ohnmachtserfahrungen mit massiver Verletzung der Schamgrenze
- gewalttätiger Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme,
- Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politischer Haft, Folter, Gefangenschaft in einem KZ
- von Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle
- der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit
- (intensiv-) medizinischer Behandlungsmaßnahmen



Trauma



Salutogenese (dotted line)

Pathogenese — (solid line)

Diagnostische Kriterien gemäß DSM - IV

B – Kriterien für eine PTSD

Während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigt die Person mind. drei der folgenden Symptome:

- subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit oder Fehlen von emotionaler Reaktionsfähigkeit
- Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z.B. „wie betäubt sein“)
- Derealisationserleben
- Depersonalisationserleben
- dissoziative Amnesie als Ausdruck einer zentralen Blockade der Informationsverarbeitung i.S.e. Schutzreflexes (z.B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern)



Diagnostische Kriterien gemäß DSM - IV

C – Kriterien für eine PTSD (Wiedererleben)

Das Trauma wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt. (1 von 3)

- Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen, Gedanken, Träume, Illusionen
- Wiederholte belastende flash backs von dem Ereignis
- Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt



Diagnostische Kriterien gemäß DSM - IV

D – Kriterien für eine PTSD (Vermeidung)

Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität. (3 von 7)

- Bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen
- Bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten und Menschen
- Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
- Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
- Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts
- Gefühl einer eingeschränkten Zukunft



Diagnostische Kriterien gemäß DSM - IV

E – Kriterien für eine PTSD (gesteigerte Reagibilität)

Anhaltende Symptome erhöhten Arousals. (2 von 5)

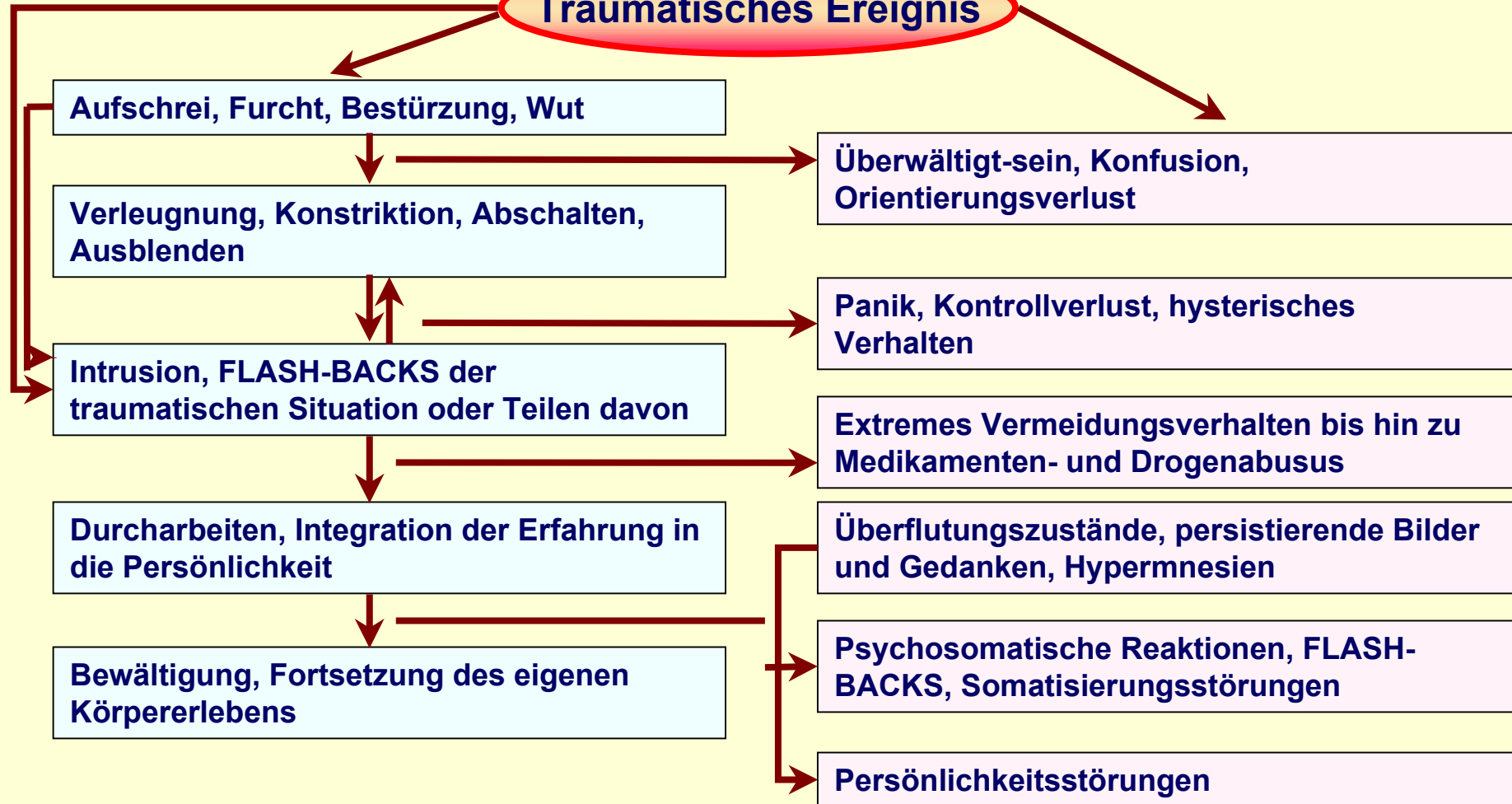
- Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen
- Störung der Affektregulation, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, übertriebene Schreckreaktion
- Konzentrationsschwierigkeiten
- übermäßige Wachsamkeit



Normale Reaktion

Pathologische Reaktion

Traumatisches Ereignis



Quelle: Flatten 2003
modifiziert nach Horowitz



Störungshäufigkeit nach traumatischen Erfahrungen

	Traumahäufigkeit (%)	Störungshäufigkeit (%)
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8
Waffengewaltandrohung	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge von Unfälle und Gewalt	25,0	7,0
Feuer/Naturkatastrophen	17,1	4,5
Mißhandlungen in der Kindheit	4,0	35,4
Vernachlässigung in der Kindheit	2,7	21,8
andere lebensbedrohliche Situationen	11,9	7,4
andere Traumata	2,5	23,5
irgend ein Trauma	60,0	14,2

(nach Kessler 1995)



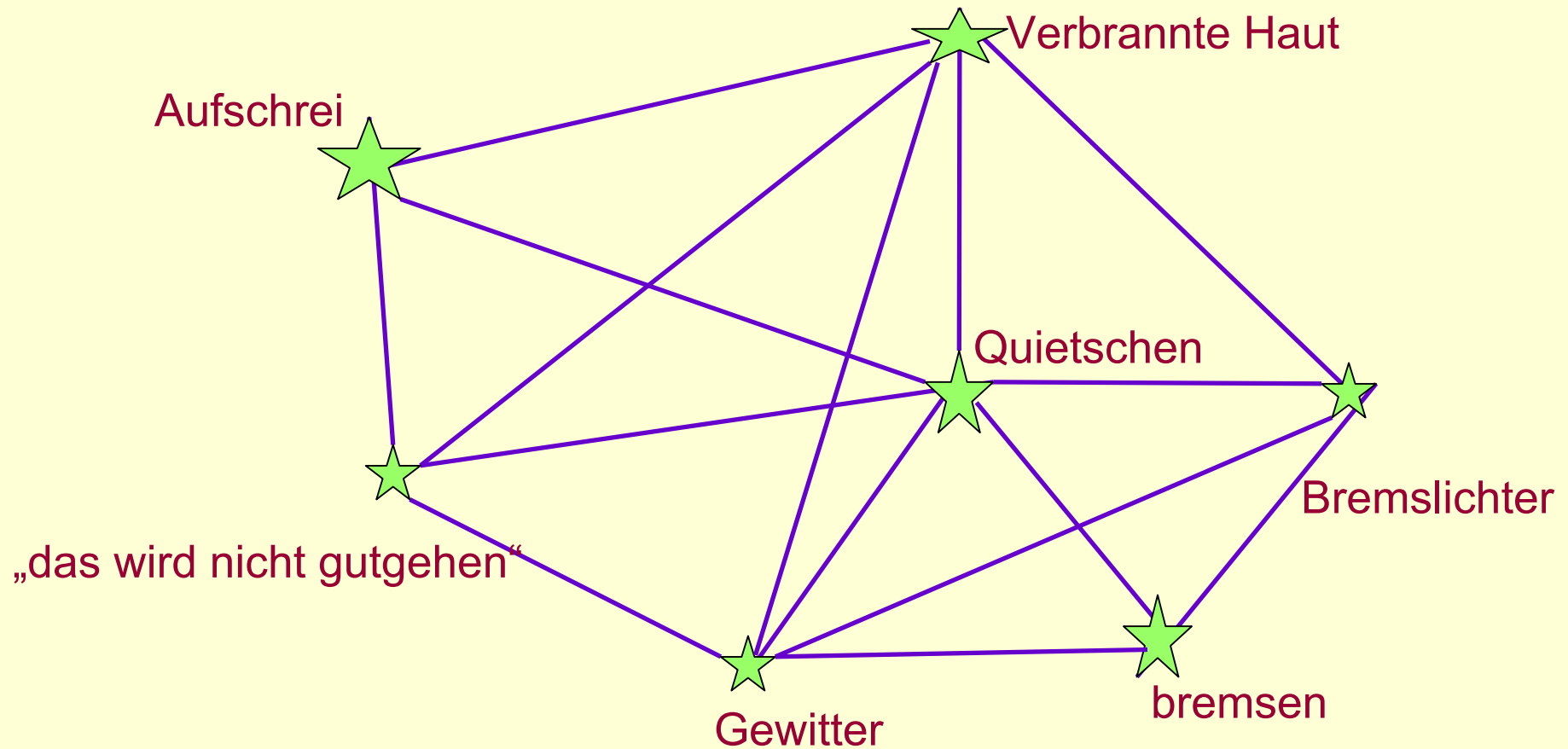
Besonderheiten traumatischen Erlebens

- Traumatische Erfahrungen gehen einher mit intensiven Gefühlen von Angst, ggf. Lebensbedrohung, Hilflosigkeit oder Entsetzen
- Traumatische Erinnerungen zeigen eine weitgehende Lösungsresistenz und altern nicht
- Traumatische Erinnerungen sind häufig charakterisiert durch übergroße Detailgenauigkeit (Hypermnesie bzgl. sensorischer Qualitäten), aber auch durch Fragmentierung
- Traumatischen Erinnerungen fehlt die angemessene Kontextualisierung
- Traumatisches Wiedererleben ist durch Auslösereize leicht triggerbar und führt zu erneuter affektiver Überflutung
- Traumatische Erinnerungen gehen meist mit anhaltender körperlicher Übererregung einher



Lernen im neuronalen Netzwerk

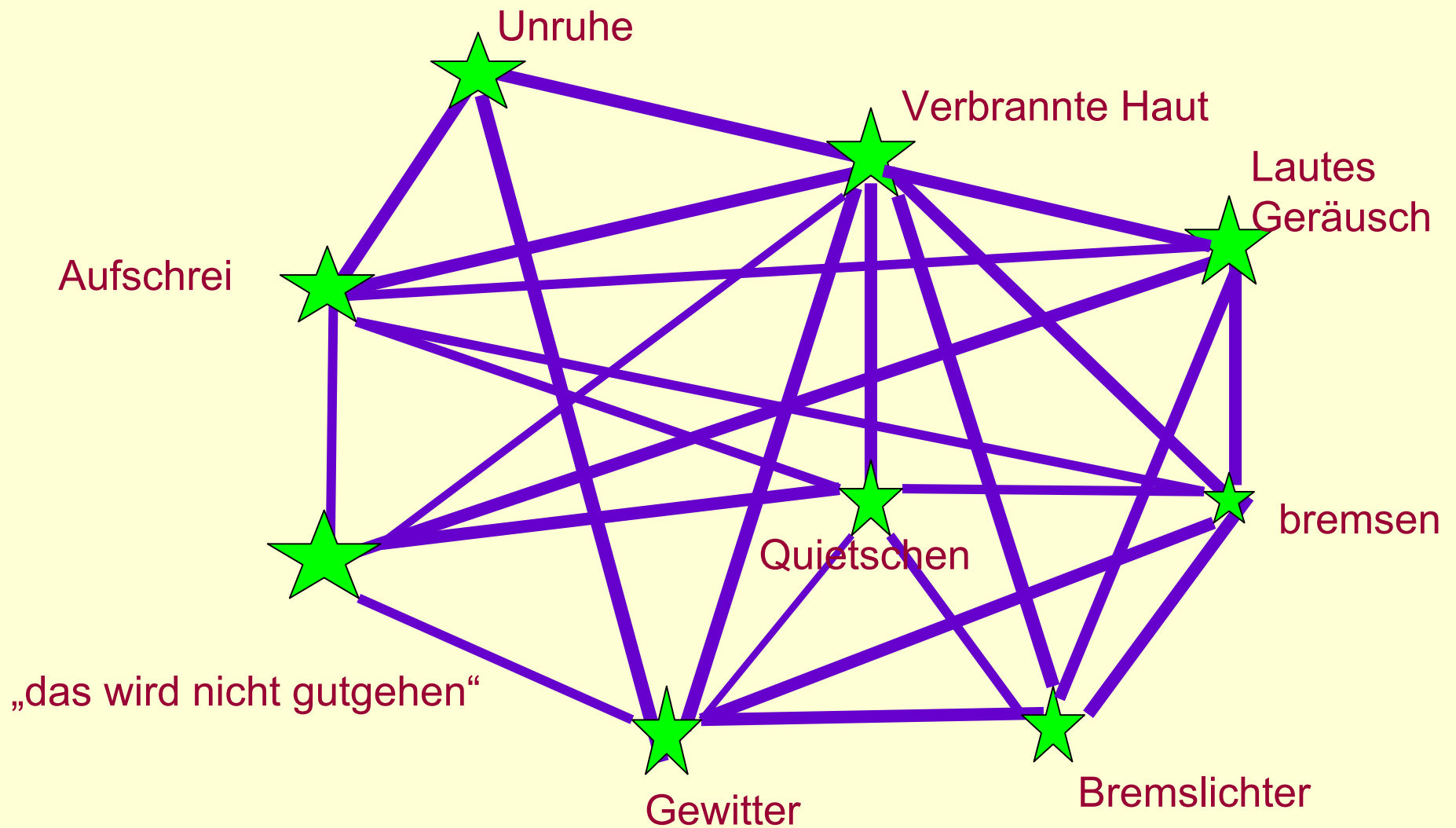
Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster



nach Flatten, 2004



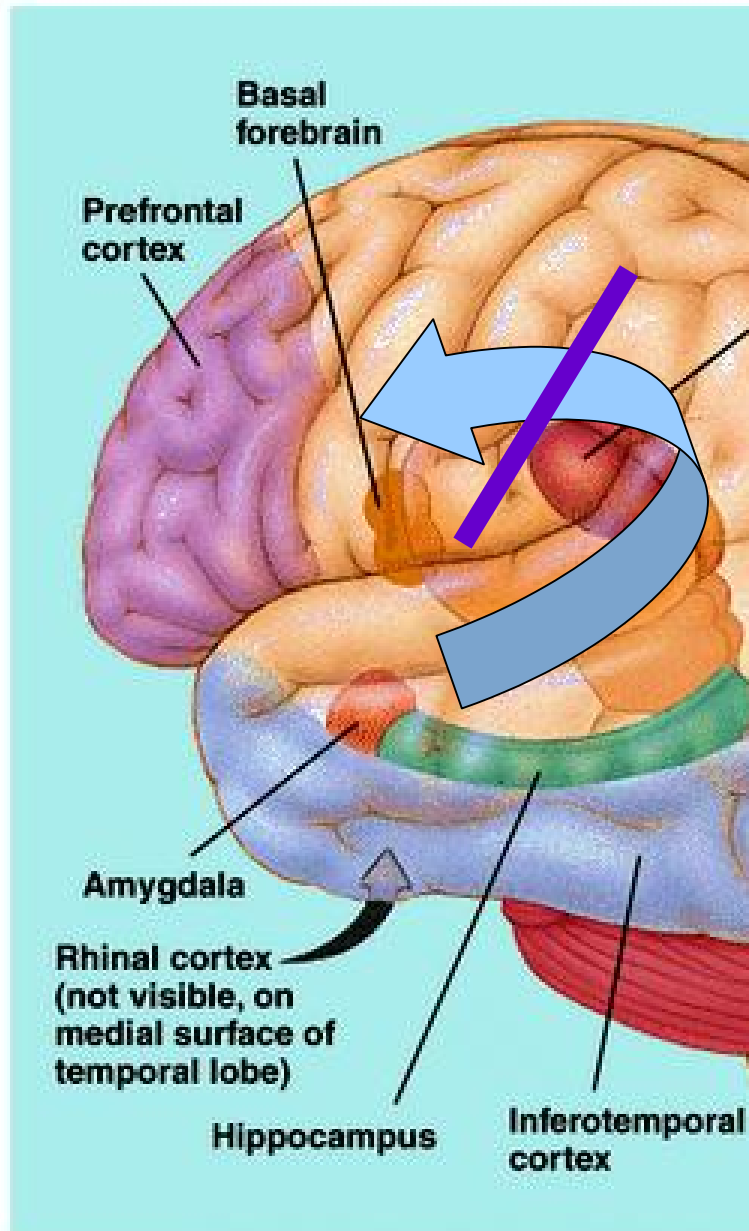
www.psychosomatik-aalen.de



aus Trampelpfaden werden Autobahnen ...



► Structures of the Brain That Play a Role in Memory



Veränderte Aktivitätsmuster miteinander assoziierter Hirnregionen führen zu einer basalen Störung bei PTSD

Die Sprachlosigkeit von Traumaopfern während einer traumatischen Erinnerung und die fragmentierte sensorische Wahrnehmung der Traumaeinprägung sind Ausdruck der „steckengebliebenen Informations-Verarbeitung“, die durch die Überflutung während des traumatischen Ereignisses fragmentiert im Gedächtnis „eingebrennt“ wurde.

Folge: die kognitive Stressbewältigung ist dauerhaft gestört.

Reviktimisierung nach körperlicher oder sexueller Traumatisierung (nach Wöller 2005)

Traumawiederholung kann als Versuch angesehen werden, die traumatische Erfahrung zu meistern.

Traumatische Introjekte führen zu einer Selbstwert – deponzierenden Sichtweise der eigenen Person, die in der Traumawiederholung eine Entlastung sucht.

Die **negativen Kognitionen**, als Person wertlos, moralisch minderwertig und schuldig zu sein, können mit der Überzeugung verbunden sein, Misshandlung und Strafe verdient zu haben. Massive Schuldgefühle können so durch Misshandlung eine Linderung erfahren.



Reviktimisierung nach körperlicher oder sexueller Traumatisierung

Negative Lernerfahrungen aufgrund traumatischer Hilflosigkeit und Ohnmacht bedingen eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung und beeinträchtigen die Ausbildung von stabilen Selbstgrenzen.

Abhängig-anklammernde oder unsicher-ambivalente Bindungsstile können zur Reviktimisierung prädisponieren.

Desorganisiert gebundene Erwachsene oder Kinder sind unfähig, eine wirksame Strategie zur Bewältigung ihrer Nöte und Ängste zu entwickeln, da von den Bindungspersonen häufig Hilfe und Traumatisierung gleichermaßen ausgehen.



Reviktimisierung nach körperlicher oder sexueller Traumatisierung

Traumatisierte Patienten neigen dazu, im Rahmen der Emotionsregulierung **Gefahrensituationen** aufzusuchen oder zu erzeugen, um Zustände der Leere, Spannung und Depersonalisation zu beenden.

Dies macht sie für Retraumatisierungen oder für andere gefährliche Situationen besonders vulnerabel, da sie als Folge einer **Dsyregulation des autonomen Nervensystems** nicht auf die Kampf-Flucht-Reaktion zurückgreifen können.

Hinzu kommt, dass **dissoziative Aufmerksamkeitsdefizite** dazu beitragen können, dass Warnsignale einer drohenden Retraumatisierung nicht wahrgenommen werden können.



Grundlagen der Therapie mit Traumaopfern

Äußere Sicherheit

kein Täterkontakt, Schutz, Ruhe

Interpersonelle Sicherheit

stabile Behandler – Patient - Beziehung

Intrapersonelle Sicherheit

**Kontrollfähigkeit und Autonomie
d.h., der Pat. bestimmt das Tempo**



Phasen der Traumarbeit

Stabilisierung

- Imaginationsübungen
- Unterbrechen der Dissoziation
- Ablenkung
- Ressourcenaktivierung

Konfrontation (ggf. mit EMDR)

Integration



Ziele der Traumarbeit

- Hilfen im Umgang mit überwältigenden Gefühlen
- Krisenintervention
- Wiederherstellung von Sicherheit, Kontrollfähigkeit und Normalität
- Förderung individueller Bewältigungsmöglichkeiten
- Trigger identifizieren, Stress besser bewältigen
- Vorbeugung von Folgestörungen
- Integration der traumatischen Erfahrung



**daher lautet die wichtigste Regel in der
Traumaaarbeit**

**Stabilisierung, Stabilisierung
Stabilisierung, Stabilisierung**

In der Stabilisierungsphase geht es zunächst darum,
den scheinbar unkontrollierbaren inneren Bildern
gesteuerte, kontrollierte, unterstützende ("nur gute")
Imaginationen entgegenzusetzen

Welche Bilder haben schon früher beim Trauma
geholfen, welche Ressourcen oder Phantasien wurden
bereits schon genutzt?



Stabilisierungsübungen

- Ziel ist, die traumatischen Erinnerungsfragmente (Bilder, Töne, Gefühle etc.) zusammenfügen zu können, so dass das Erlebte nicht mehr als gegenwärtig und losgelöst, sondern als Vergangenheit erinnert wird
- Die Übungen funktionieren nicht immer und nicht immer auf Anhieb. Um Sicherheit im Umgang mit den Übungen zu erlangen und Änderungen des Erlebens auch auf neurobiologischer Ebene zu bahnen, müssen die Übungen regelmäßig durchgeführt werden
- Übungen können sein: sicherer Ort, innere Helfer, Beobachter, Tresorübung, Bildschirmtechnik etc.



therapeutischer Rahmen in der Klinik

- beschützendes, sicheres Umfeld
- strukturierter Tagesablauf
- Stationsregeln klären
- Lebensbericht zunächst gar nicht schreiben, oder in der 3. Person
- Gespräche über das Trauma nur im therapeutischen Einzelkontakt, nicht mit Mitpatienten
- gewährleistetete Versorgung
- Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen
- Unterstützung bei sozialen Fragen



therapeutischer Rahmen in der Klinik

- aktive Einbeziehung des Patienten in alle Entscheidungen
(individuelle Entscheidung über die Teilnahme an Körpertherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie und Gruppenpsychotherapie)
- Traumakonfrontation eher spät als früh, eher langsam als schnell, Kompetenzen und Ressourcen sicher verankern
- Vermeiden jeglicher Art von therapeutisch induziertem Stress, daher z.B. keine erlebnisaktivierenden Entspannungsverfahren, sondern eher QiGong



spezielle Behandlungstechniken

Imaginative Stabilisierungstechniken

(innerer sicherer Ort, innere Helfer: Gegenbilder zu den Schreckensbildern)

Achtsamkeitsübungen (Beruhigung und Anregung zur Selbstberuhigung)

Distanzierungstechniken (Tresorübung, innere Beobachter, Bildschirmtechnik etc.)

Körpertherapie (z.B. Qigong als Kombination von Imagination, Entspannung und Körperwahrnehmung in der Bewegung)

EMDR (Zusammenfügen traumatischer Erinnerungsfragmente (Bilder, Töne, Gefühle), sodass das Erlebte nicht mehr als gegenwärtig und losgelöst, sondern als Vergangenheit erinnert wird)

