

# Grundlagen der Psychotraumatologie

Dr. Wibke Voigt, Dortmund  
Fachklinik Kamillushaus, Essen

# 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*

# 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

# Besonderheiten des Traumagedächtnisses

# Neurobiologie des Traumagedächtnisses

# 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

# 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.**

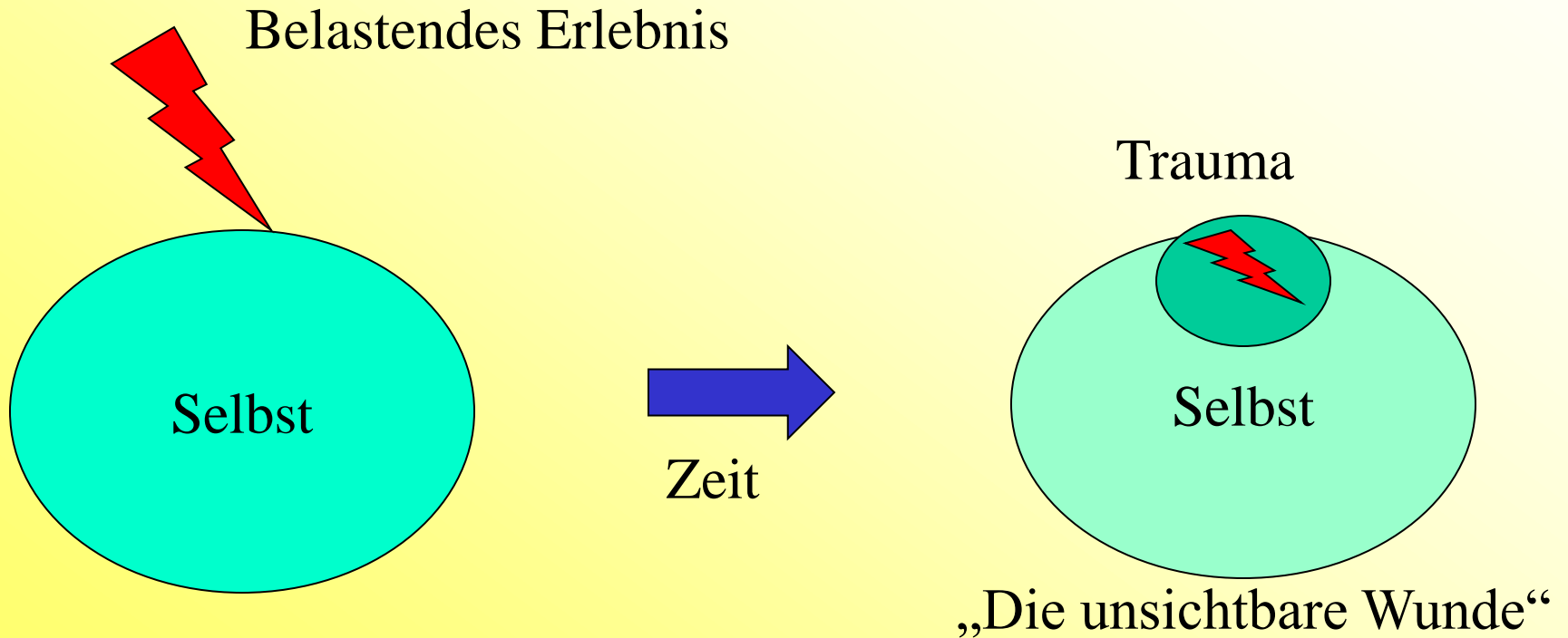
# PTBS assoziierte Symptome

- 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)



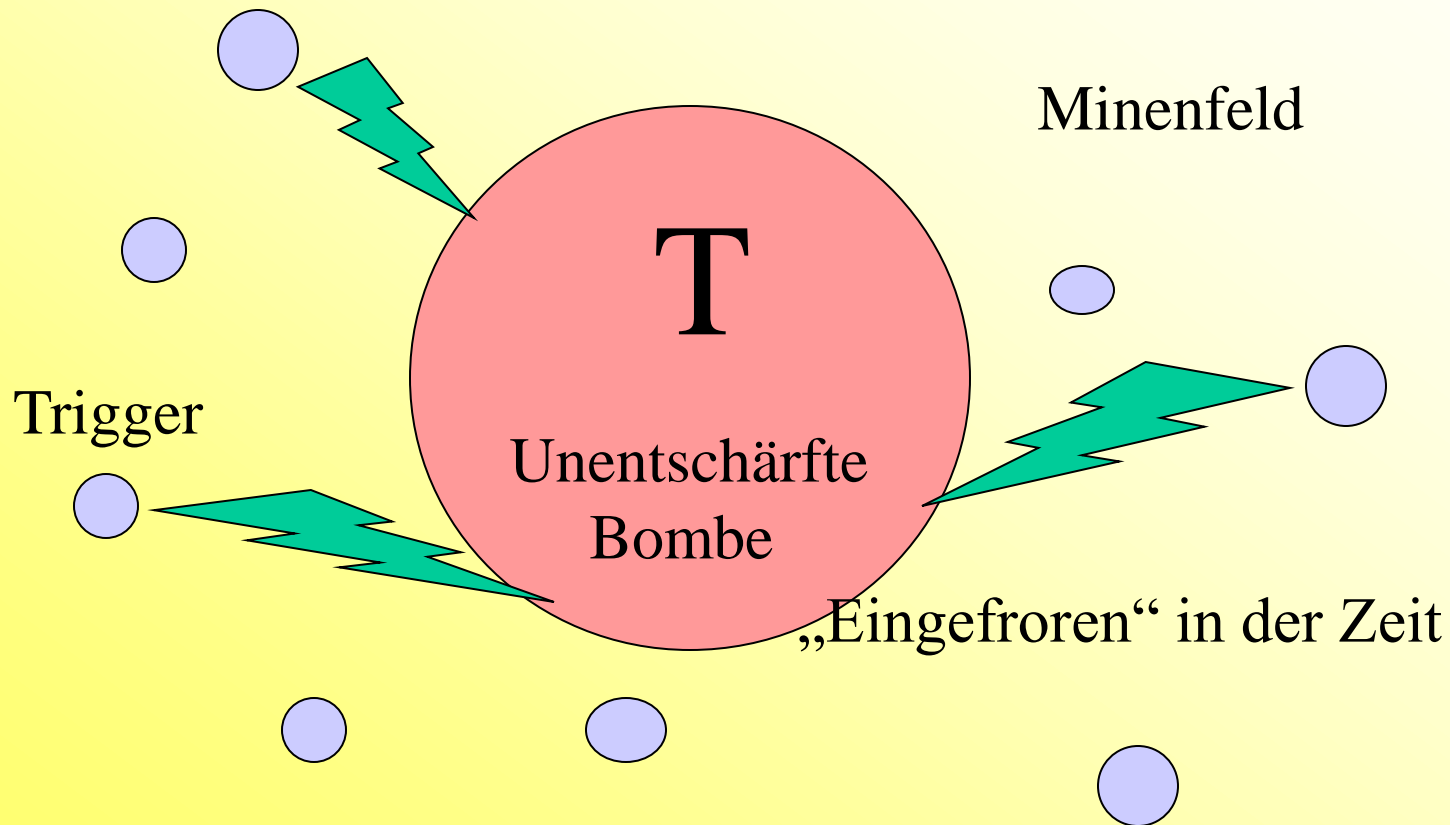
# Psychisches Trauma: die unsichtbare Wunde in der Seele

*A.Hofmann, W.Kritsberg*



# 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@cpmilia.de](mailto:w.veigt@cpmilia.de)

# Normale Stressreaktion des autonomen Nervensystems

- Mehrere **Neurotransmittersysteme** regulieren die zwischen den neuroanatomischen Zentren vermittelte Informationsverarbeitung bei Stress:
- **Noradrenalin** bereitet das grundlegende Kampf-Flucht-Verhaltensmuster vor
- **Serotonin** moduliert, d.h. hemmt die noradrenerge Reagibilität und das autonome Arousal; es zentriert die Wahrnehmung und scheint wichtig für die Realitätsorientierung und einen situationsadäquaten Einsatz für Reaktionsweisen zu sein

*Kapfhammer, 2001*

# Normale Stressreaktion des autonomen Nervensystems

- **Endogene Opioide** hemmen die Schmerzwahrnehmung und reduzieren die v.a. noradrenerg getriggerten Panikeffekte
- **Dopamin** steuert die selektive Aufmerksamkeit, markiert angenehme Stimuli: gelernt wird nur, was positive Veränderung bringt
- **Glutamat** und **GABA** regulieren in enger, gegenseitig hemmender Interaktion Prozesse des Bewusstseins und Gedächtnisses, indem sie den Strom des sensorischen Inputs organisieren  
*Kapfhammer, 2001*

# Physiologische Reaktion der HPA-Achse auf Stressoren

(Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse)

- Anstieg von **Adrenalin + Noradrenalin**, was die HPA-Achse mobilisiert
- Etwas später Anstieg von **Kortisol**, um Stressantwort einzudämmen und dann zu beenden: Hemmung der HPA-Kaskade durch negative Feedback-Schleife, vermittelt durch den *Hippokampus via Amygdala und Hirnstamm* Kapfhammer, 2001

# Das limbische System – die Überlebenszentrale

- Bei (extremem) Stress aktiviert es die HPA (Hypothalamus-Hypophyse-Nebennieren-Achse) und schüttet auf diese Weise Hormone aus, die dem Körper signalisieren, dass er sich auf eine Verteidigungsreaktion vorbereiten muss
- Der Hypothalamus aktiviert den sympathischen Zweig (SNS) des autonomen Nervensystems (ANS) und versetzt ihn in einen Zustand erhöhter Erregung, die dem Körper Kampf oder Flucht ermöglicht *Nach Babette Rothschild*

# Das limbische System – die Überlebenszentrale

- Wenn weder Kampf noch Flucht möglich erscheint, versetzt das limbische System gleichzeitig den parasympathischen Zweig (PNS) des ANS in einen erhöhten Erregungszustand, wodurch jene tonische Immobilität eintritt, die auch Erstarrung genannt wird (Gallup&Maser 1977)

# Neurotransmitter-Dysfunktionen bei traumatischem Stress sowie posttraumatischen Reaktionen

- Überschießende Antwort von **Adrenalin**:  
autonomes Hyperarousal
- Abfall von **Serotonin**: inadäquate Informations-  
verarbeitung, Trancezustände, Depersonalisation/  
Halluzination, Schlafstörung, Depression, Apathie
- **Opioid-System**: psychomotorische Erstarrung  
(freezing), affektive Betäubung (numbing),  
Depersonalisation, Derealisation, Hemmung von  
Lern- und Gedächtnisprozessen  
*Kapfhammer, 2001, Walsh et al. 2001*



# Autonomes Nervensystem

- Sympathisch
- Neurotransmitter: Adrenalin
- Erregung
- (Hyper-)Arousal
- Aggression
- Kampf
- Parasympathisch
- Neurotransmitter: Acetylcholin
- Beruhigung
- Erstarrung
- Numbing
- Dissoziation

# Reaktionen von Opfern: Erstarrung oder Angriff?

- Kinder bis zum 6. Lebensjahr und hilflose Opfer (z.B. bei Folter) reagieren parasympathisch; d.h. sie erstarren
- Bei älteren Jungen/Männer (Aktivität ist möglich), ist eine sympathische Reaktion wahrscheinlicher, also Kampf oder Flucht
- Ältere Mädchen/Frauen reagieren eher mit Erstarrung, also parasympathisch

# Erstarrungsreflex = Tonische Immobilität

<u>Symphatikus</u>	<u>Parasymphtikus</u>	<u>Endogene Opiode</u>
(Adrenalin)	(Acetylcholin)	Erhöht=
Stark erhöht = Übererregung (Hyperarousal)	Stark erhöht = Ruhigstellung Psychomotorische Erstarrung (Freezing) Affektive Betäubung (Numbing) Dissoziation	Schmerzfreiheit (Analgesie) Psychomotorische Erstarrung Affektive Betäubung „verschwommenes Bewusstsein“

# Erstarrungsreflex = Auto in Startposition

## Symphatikus

Das Gaspedal  
ist  
durchgetreten,  
der Motor ist  
auf Hochtouren

## Parasympthatikus

Gleichzeitig steht  
der Fuß voll auf  
der Bremse

## Endogene Opioide

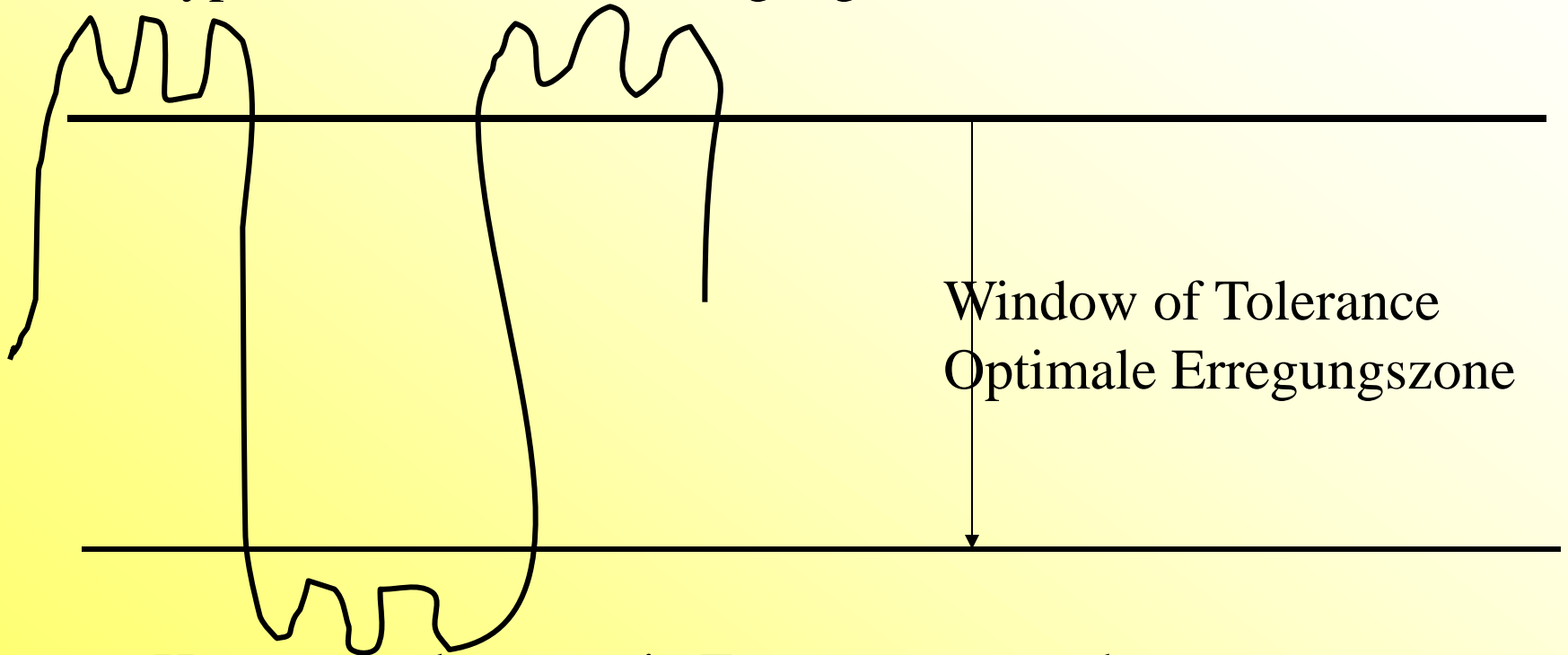
Weniger Angst, kaum  
Schmerzen, damit  
das Auto losrasen  
kann, wenn es eine  
Chance gibt



[w.voigt@contilia.de](mailto:w.voigt@contilia.de)

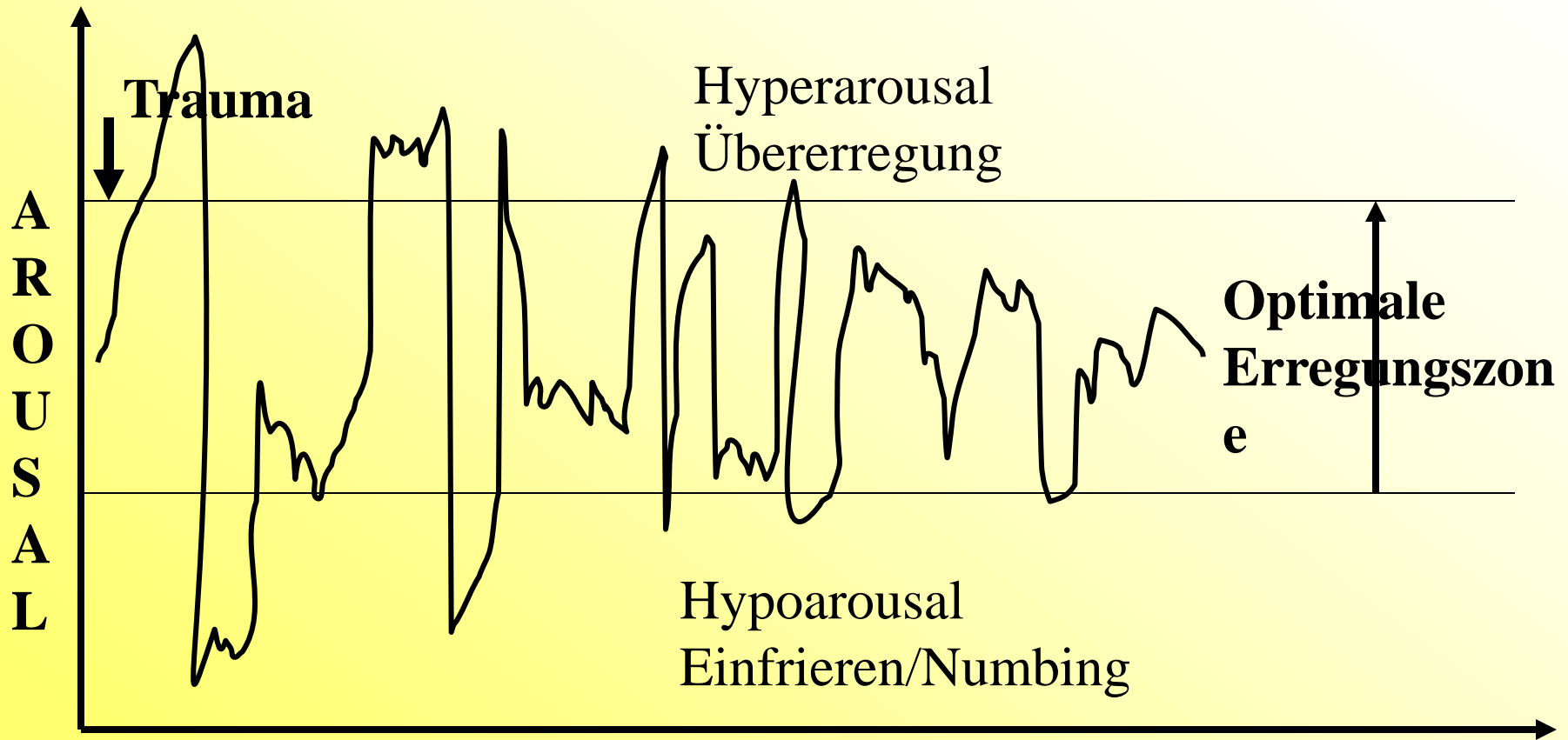
# Bi-Phasische Traumareaktion

Hyperarousal: zu viel Erregung, um zu lernen



Hypoarousal: zu wenig Erregung, um zu lernen

# Das Arousal-Modulationsmodell: Salutogenese



Zeit in Tagen →

w.voigt@contilia.de

Odgen and Minton, 2000

# 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 Erinnerungtwerden 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)
- 1/4 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

# 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 Traumata („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)

# Was ist eine **Akute Belastungsreaktion** ?

- „Eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“
- Folgende Symptome können auftreten:  
Angst, Unruhe, Schlafstörungen, Ärger, Gereiztheit, Rückzug, Depression, sich aufdrängende Bilder oder Geräusche
- Kann mehrere Tage dauern

# 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**) oder Erinnerungslücken (**Bilder, Alpträume** oder ungebetene eindringliche Erinnerungen, sog. **Flash-backs** „Blitz zurück“, **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, Interesseverlust, 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



# Weitere Traumafolgestörungen sind:

- Dissoziative Störungsbilder F 44
- Somatoforme Schmerzstörung F 45.4
- Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F60.3

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

# 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 Belastungs-  
störung,, G.Flatten, U. Gast, A. Hofmann et al.  
2011*

„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*

# Sucht und Trauma

- „Es ist an der Zeit, dass sowohl Psychotraumatologen lernen, auf Suchterkrankungen bei ihrer Klientel zu achten und Suchttherapeuten umgekehrt mehr nach Traumafolgestörungen bei ihren PatientInnen forschen und daraus angemessene Behandlungskonzepte ableiten.“  
*Reddemann 2005*

# Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Duncan et al. 1996, epidemiologische Studie an über 4000 **Frauen**:
  - körperl. Misshandlung vor dem 18 LJ bei 3%, davon hatten 18% einen Medikamentenmissbrauch, KG: 5%, Lebenszeitkonsum harter Drogen: 19%, KG: 6%, alkoholbezogene Unfälle 9%, KG: 1%,  
**signifikant jüngeres Alter beim Erstkonsum, signifikant häufiger wegen Substanzmissbrauch in Behandlung**

# Alkoholabhängige Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Miller et al. 1993:
  - **44%** der alkoholabhängigen **Frauen** wurden sex. missbraucht versus **27%** der psychiatrisch behandelten Frauen versus **9%** Frauen in der Normalbevölkerung

# 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**



## 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**

# Komorbidity bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- In anglo-amerikanischen Studien hatten bis zu
  - **50%** der Suchtpatienten eine  
Lebenszeitprävalenz für eine  
Posttraumatische Belastungsstörung

# Phasenorientierte Behandlung

*Janet 1907*

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

# Grundsätze der Traumatherapie

1. Äußere Sicherheit
2. Psychoedukation
3. Stabilisierung
4. Traumabearbeitung
5. Reintegration

# Erste Maßnahmen

- Herstellen von äußerer Sicherheit !!!!!!! (z.B. Beendigung von noch bestehendem Täterkontakt)
- Organisation des psychosoziale 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

- Psychotherapie ist Medikamenten überlegen
- 4 traumaadaptierte Methoden sind effektiv
  1. Kognitiv-behaviorale Therapie
  2. EMDR
  3. Psychodynamische Therapie
  4. 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*

# 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 em. 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*

Pause!

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

# 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