Psychotrauma und Posttraumtische Belastungsstörung

Definition und Diagnostik im Gesundheitswesen
Dr. Hemma Rössler-Schülein
Dank an Dr. Waltraud Fellinger-Vols (PSD) und
PD Dr. Fritz Lackinger

Psychotrauma - Definition

- **Überwältigendes Ereignis**, außergewöhnliche Bedrohung von katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD 10)
- mit Gefühlen der **Hilflosigkeit** und des schutzlos **Preisgegebenseins**
- mit **dauerhafter Erschütterung** des Selbst- und Weltverständnisses

Diagnostische Definition

Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem **Tod**, ernsthafter **Verletzung** oder **sexueller Gewalt** (DSM V)

mit Gefühlen von Angst, Entsetzen, Panik und **Hilflosigkeit** (DSM IV)

Negative traumaassoziierte **Kognitionen** (DSM V)

Traumatypen

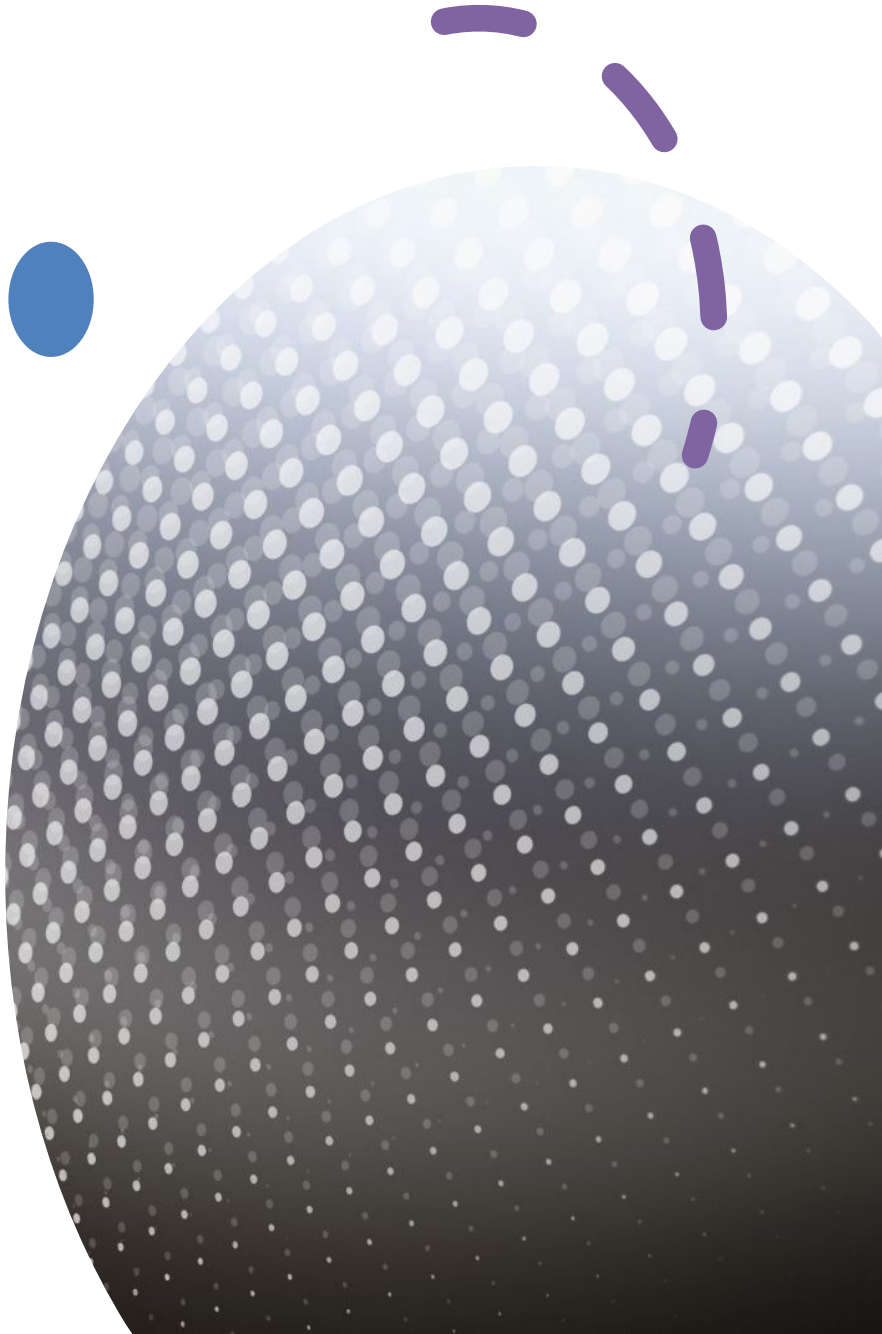
Typ I: einmalig, kurzdauernd

Typ II: mehrmalig, längerdauernd

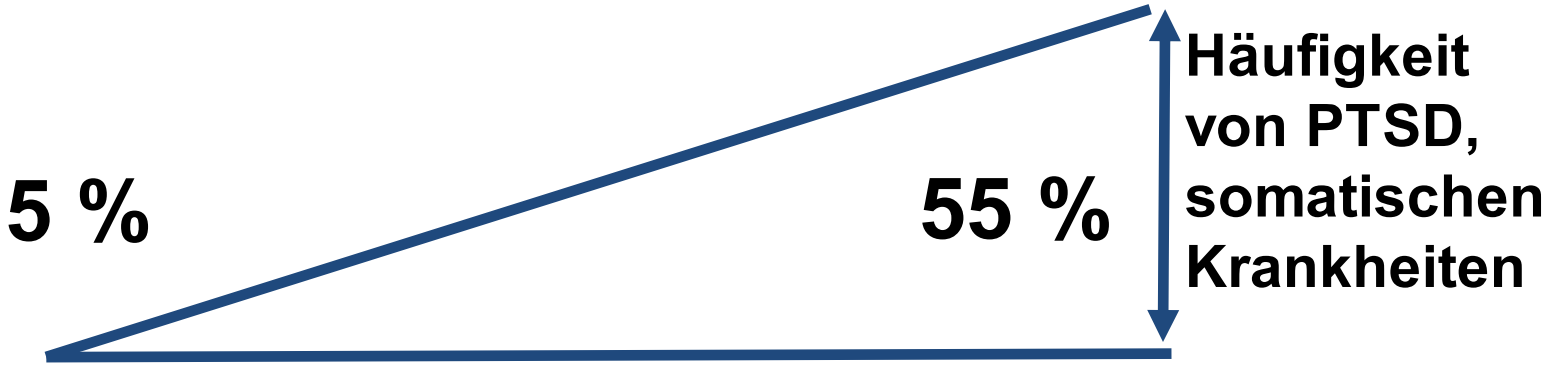
Nature Made disaster

Man Made disaster

- **Primär-, Sekundär-, Tertiäropfer**



Krankheitshäufigkeit nach Trauma



Trauma ohne Beziehungsaspekt

Naturkatastrophen

manmade

Verkehrsunfall
Krieg/Terror

Beziehungstraumen

Inzest, körperl./sex. Gewalt , Geisel-, KZ- Haft, Folter

Faktoren	Geringeres Risiko	Größeres Risiko
Geschlecht	männlich	weiblich
Alter	mittleres Alter	Alte und Kinder
Vorbelastung	sicher gebunden	Trauma, psych. Erkrankungen, unsicher gebunden
Art des Traumas	einmalig, Naturereignis	„man made“, wiederholt
Umstände des Traumas	Kontrolle	beschämend, eingeschlossen sein
Reaktion d. Umwelt	Hilfe, Anerkennung	Verleugnung, Verharmlosung

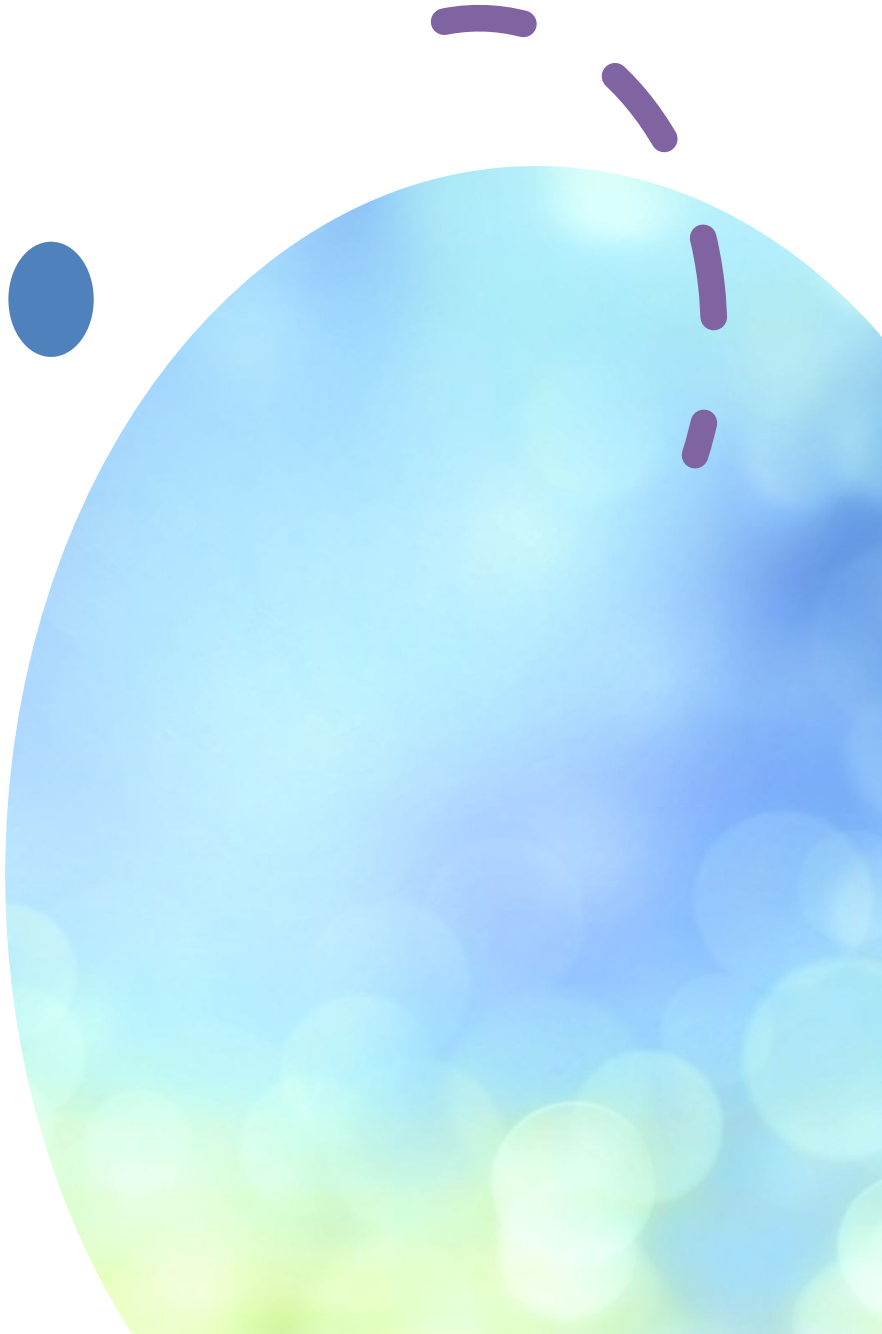
Peritraumatische Reaktion

Akute Belastungsreaktion

Posttraumatische Belastungsstörung

Anpassungsstörungen

Andauernde Persönlichkeitsveränderung



Akute Belastungsreaktion

- Dissoziative Symptome: Amnesie, “Schleier“, emotionale Taubheit
- Wechselnde Emotionen: Angst, Verzweiflung, Zorn, Depression
- Vegetative Symptome
- Rückzug oder Überaktivität (Flucht)

- **<u>Dauer:</u> einige Tage**

Posttraumtische Belastungsstörung

- **Wiedererleben**: „flash-backs“, Intrusionen, Albträume
- **Übererregbarkeit** („Hyperarousal“): Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, Wachsamkeit
- **Vermeidung**
- **Dissoziation**

- **<u>Dauer:</u> Latenzzeit: 1 Monat bis Jahre**

Symptome nach Traumatisierungen

Angst vor Kontrollverlust
Misstrauen
Angst, verrückt zu werden
Scham, Schuld
Mangelnder Selbstwert
Aggressionen, Suizidtendenzen
Suchtgefahr
Schmerzen

Andauernde Persönlichkeitsveränderung

Misstrauen, Feindseligkeit

Sozialer Rückzug

Leere und Hoffnungslosigkeit

Chronische Nervosität, Bedrohungsgefühl

Entfremdung

<u>Dauer der Veränderung:</u> mindestens 2 Jahre

Kinder nach Traumatisierung

- Oft nur Teilsymptomatik der PTBS
- Wiedererleben im Spiel (Täterrolle)
- Schneller Symptomwechsel
- Dissoziation
- Symptomausprägung altersentsprechend
- Regression
- Probleme mit Affektregulation
- Selbstwert niedrig, Schuld, Scham, Rückzug

Traumaassoziierte Störungsbilder

Dissoziative Störungsbilder

Somatoforme Schmerzstörung

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Essstörungen

Psychotische und affektive Störungen

Substanzabhängigkeit

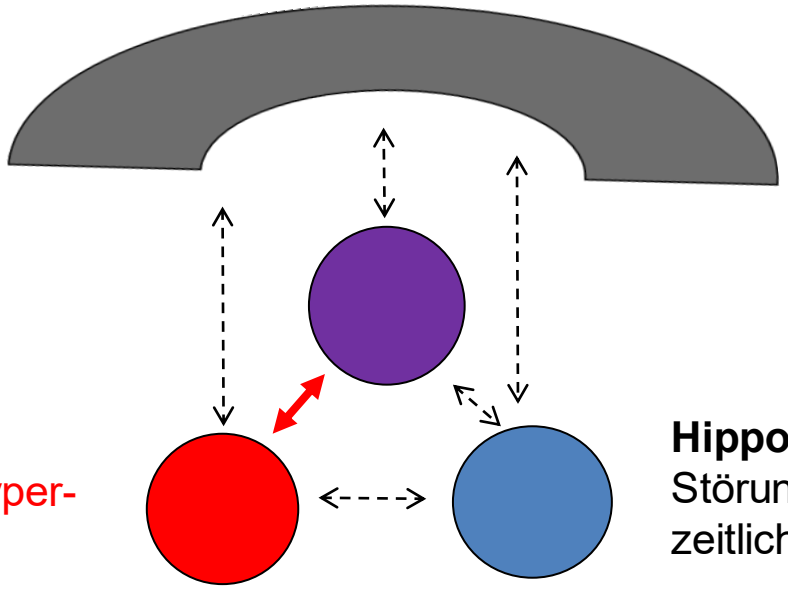
Neurobiologische Grundlagen

- **Traumatischer Stress:**
  - Beeinträchtigt Verarbeitung und Gedächtnis-speicherung
  - Aktiviert stark die Amygdala - intensive emotionale + bildhafte Speicherung der traumatischen Inhalte
  - Reduziert Aktivierung des Hippocampus – fehlende Vernetzung der Inhalte des Traumas mit dem autobiografischen Kontext (kleinere Hippocampus-Volumina bei kPTSD)

Neurobiologische Aspekte des Flash-backs

(nach Bering et al. 2002, 2005)

Broca-Sprachzentrum: Zustand der Sprachlosigkeit



Frontalhirn: Einschränkung der Integrationsfähigkeit

Sensorische Signale

Thalamus

Amygdala: hypersensitiv

Hippocampus: Unterfunktion, Störung der räumlichen und zeitlichen Integration

Hypothalamus: CRH erhöht

Hypophyse: Resistenz, Rezeptor-Desensibilisierung

Nebennierenrinde: Resistenz, Rezeptor-Desensibilisierung

Katecholamine: erhöht, Hypersensibilität

Opiate: fluktuierend erhöht, ev. dadurch dissoziative Zustände

Kortikoide: Kortisol erniedrigt, „paradoxe Reaktion“

Psychische und neurobiologische Befunde

Psychische Phänomene	Neurobiologische Beobachtungen
Intrusion fragmentierter Bilder	Hyperaktive Amygdala bei unteraktivem Hippocampus
Versagen der Sprache	Broca-Suppression
Physiologische Übererregbarkeit	Überhöhung der Katecholamine
Verleugnung, Vermeidung	Exekutive Aufmerksamkeitsfkt. im praefrontalen Cortex vermindert
Amnesie	Praefrontaler Cortex, Hippocampus
Generalisierte Gedächtnisstörung	Hippocampus, Opiate
Dissoziative Mechanismen	Fluktuierende Opiate
Senso-motorische Erinnerungsmuster	Speicherung über Kleinhirn und Basalganglien

Trauma therapie

- (Debriefing: nicht empfohlen!)
- Traumapsychotherapie:
  - Stabilisierung
  - Traumabearbeitung
  - Integration
  - (Bedürfnispyramide)

Behandlung: Umgang mit PatientInnen

- Gegenübertragung: Gesamtheit des emotionalen Erlebens und der Einstellungen zum PatientInnnen

  - ‚Stellvertretergefühle‘
  - Überidentifizierung (Grenzverlust, Überlastung)
  - Abwehr, Abwertung (Verleugnung, Defensivität)
  - Hass in der Gegenübertragung

Reaktionsstile auf Schilderung von Traumen (nach Wilson & Lindy 1994)

- **Überidentifizierung**
- Unkontrollierte Affekte
- Rächer/Retterphantasien
- Rolle als Leidens/Kampfgenosse
- Hochspannung im Setting
- **Folgen**
- Mitleid, Scheinsolidarisierung statt Akzeptanz
- Überlastung der Betreuer

Abweisender Gesichtsausdruck/

Abwehr/Abwertung

Unwillen/Unfähigkeit, die Traumageschichte anzunehmen/

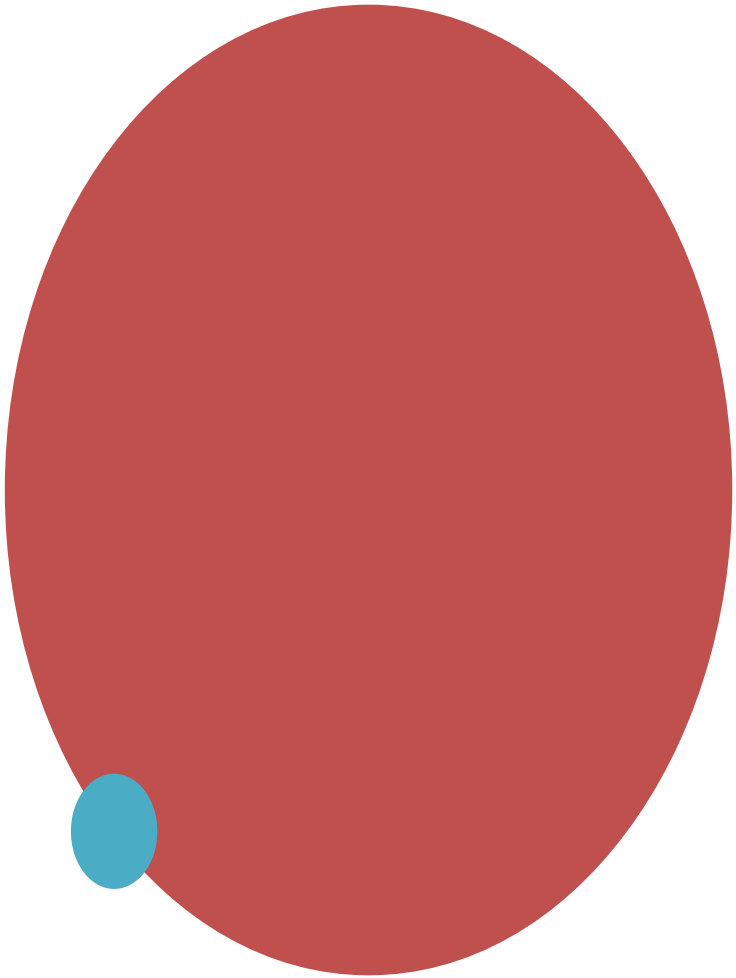
Distanzierung, Intellektualisierung

Folgen :

- Defensivität
- „Verschwörung des Schweigens“
- **RETRAUMATISIERUNG**

peri- und post traumatische Dissoziation

- Inhalte werden abgegrenzt, die für die Integration zu schmerzhaft sind, aus den normalen Reorganisations- und Symbolisierungsprozessen ausgeklammert.
- Während des Traumas: sogenannte „Out-of-body“-Erscheinungen lindern den akuten Schmerz;
  - Ähnlichkeit mit der Verleugnung (Es betrifft nicht mich!)
  - Posttraumatisch: dissoziierte Gefühlen, Erinnerungen oder Selbstzuständen, die ins Normalbewusstsein einbrechen.



- Freud 1926: Verdrängung ausgelöst durch Signalangst vor zukünftiger Gefahr. Sie folgt einer Drohung und etabliert eine Zensurstelle.
- Dissoziation wäre dann der Awehrmechanismus gegen die Überwältigung durch automatische Angst, der integrative Zusammenhang zerreißt völlig.
- Posttraumatisch verbindet sich der Riss mit den biografischen Konflikten

Caroline Garland: Thinking about Trauma

- Trauma ist eine Art Wunde, eine Verletzung der den Geist umgebenden Hülle, die Freud den Reizschutz genannt hat.
- Bei Babys/kleinen Kindern wird Filterfunktion weitgehend von der Mutter übernommen, sie schützt vor physischer und psychischer Überstimulierung. Erwachsene haben (durch Internalisierung guter Elternbeziehungen) mehr oder weniger die Fähigkeit entwickelt, selbst auf sich aufzupassen.
- **Traumatisierte suchen manchmal aktiv Risikosituationen oder Überstimulierungen, manchmal in einer selbstdestruktiven Weise.**

Reaktivierung der paranoid schizoiden Organisation

- Das Subjekt ist nach dem Trauma der Gefahr überwältigender Ängste ausgesetzt, Ängste aus internen wie externen Quellen.
-
- Archaische, primitive Ängste und Impulse erhalten neues Leben.

- Das Vertrauen in das grundlegend Gute in den wichtigsten Objekten geht verloren, und damit das Vertrauen in die Welt überhaupt.

Reaktivierung der paranoid-schizoiden Organisation

Wer in aller Welt hat das geschehen lassen? Warum hat mich niemand geschützt? >

Durchbruch des Reizschutzes bedeutet auch Versagen der schützenden Objekte!

Vertrauensverlust in die guten Objekte verstärkt naturgemäß die Angst vor der Stärke und Grausamkeit böser Objekte.

Paranoide Überzeugungen gewinnen rasch an Boden.

Die äusseren Ereignisse scheinen die schlimmsten, kindlich-paranoiden Ängste zu bestätigen, v.a. die Unmittelbarkeit von Vernichtung und Tod.

Psychoanalytische Umgang bei chronischer post-traumatischer Symptomatik (Sverre Varvin)

Traumatische Erfahrungen stellen sich in „Beziehungsszenarien“ (Enactments) dar:

Unbewusste Wünsche werden aktiviert und teilweise

erfüllt. In diesen Szenarien zeigen sich eine symbolische und eine nicht-symbolische Ebene.

Der gezeigte individuelle Beziehungsstil enthält eine Metakommunikation, wie sich das Subjekt an den anderen wendet.

Der Wiederholungszwang zielt nach Varvin nicht auf Wiederholung des Traumas, sondern auf abgemilderte Szenarien. Das Beachten des körperlichen (embodied) Gedächtnisses ist von großer Wichtigkeit.

Frühkind liches Trauma

- René Spitz (1946) – Hospitalismus und anaklinitische Depression als Folgen von Deprivierung, führen zu Apathie und im Extremfall zum Tod.
- Willi Hoffer (1952) – „silent trauma“ infolge von überlastender Hilflosigkeit.
- Laurel Bryce-Boyer (1956) - Mängel in der „maternal barrier“.
Masud Khan (1963) – kumulatives Trauma Dauerfolgen, u.a. zu Ich-Frühreife.
- John Bowlby (1973) – excessive separation anxiety führt zu unsicherem Bindungsstil und entsprechenden inneren Arbeitsmodellen.
-

- Hans Keilson (1979) – vor dem Holocaust versteckte Kinder erlebten eine sequentielle Traumatisierung: Trennung von Eltern, chronische Todesdrohung, Trennung von Pflegefamilien, inadäquate Rehabilitation (Nachträglichkeit).

- Andre Green (1983) – die tote Mutter, spezifisches Syndrom infolge traumatischer Erfahrungen von Kindern mit chronisch-depressiven Müttern.

- Peter Fonagy (2003) – attachment trauma als Grundlage der meisten Persönlichkeitsstörungen, infolge Persistenz des psychischen Äquivalenzmodus.

Intro-jektion: Ferenczi

- „Tatsächliche Vergewaltigungen von Mädchen, die kaum dem Säuglingsalter entwachsen sind, ähnliche Sexualakte erwachsener Frauen mit Knaben (…) gehören zur Tagesordnung.
- Der erste Impuls wäre: Ablehnung, Hass, Ekel, kraftvolle Abwehr. (…) Dies (…) wäre die unmittelbare die unmittelbare Reaktion, wäre sie nicht durch eine ungeheure **Angst** paralysiert (…)
- Doch dieselbe Angst (…) zwingt sie automatisch, sich dem Willen des Angreifers unterzuordnen, jede seiner Wunschregungen zu erraten und zu befolgen, sich selbst ganz vergessend sich mit dem Angreifer vollauf zu identifizieren.
- Durch die--, sagen wir Introjektion des Angreifers, verschwindet dieser als äußere Realität und wird intrapsychisch, statt extra-; (…) In der traumatischen Trance gelingt es dem Kind, die frühere Zärtlichkeitssituation aufrecht zu erhalten.

Verwirrung, Misstrauen gegen die eigene Wahr nehmung

- Doch die bedeutsamste Wandlung, die die ängstliche Identifizierung mit dem erwachsenen Partner im Seelenleben des Kindes hervorruft, ist die Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen. (…) Erholt sich das Kind nach solcher Attacke, so fühlt es sich ungeheuer konfus, eigentlich schon gespalten, schuldlos und schuldig zugleich, ja ***mit gebrochenem Vertrauen zur Aussage der eigenen Sinne“*** (Ferenczi 1933, 518f.).

(Ab) spaltung, Fremd körper

- Durch ein Trauma entsteht ein „totes Ich-Stück“ und eine Agonie. Durch ein Enactment drückt sich ein Trauma in der Behandlung aus. Das Ich spaltet sich in beobachtende Instanz und preisgegebenen Körper.
- Die Lähmung der Affekte (numbing) und die Wirkung des Schweigens.
- Die Introjektion des Angreifers und die Extraktion des Guten.
- „Zugleich aber saugt sozusagen der Aggressor ein Stück, d.h. das ausgedrängte Stück des Opfers, in sich ein .
- Ein Teil des Giftes wird einer anderen Person implantiert , zugleich annektiert der Aggressor die naive, angstlose, ruhige Glückslage, in der bis dahin das Opfer lebte“ (Ferenczi 1932: Das klinische Tagebuch, S. 124).

Differenzierung von Trauma und Aggression (nach Otto Kernberg)

- Infantiles Trauma und chronisch-aggressive Beziehungen zu wichtigen Anderen sind nicht das gleiche. Sie können getrennt oder überlappend auftreten.
- Aggressive Beziehungen oder Krankheiten in der frühen Kindheit sind intensive schmerzhafte Erlebnisse, die reaktive Aggression auslösen. Diese kann zum Vorherrschen primitiver Aggression in der inneren Welt des Kindes und später des Erwachsenen führen und ein wesentlicher Faktor für die Entstehung schwerer Persönlichkeitsstörungen sein.
- Das Vorherrschen schwerer aggressiver Affekte verhindert eine normale Integration der frühen hochaffektiven Beziehungsdyaden. Folge: internalisierte Selbst- und Objektbilder bleiben gespalten und unreif.
- In der Traumaliteratur findet man einen Mangel an Unterscheidung zwischen Trauma und chronischer Aggression!!
- Dies zeigt sich in den Begriffen des komplexen und des chronischen Traumas und im Konzept der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung

Konsequenzen für die Psycho therapie

- Absolute Spaltung: Hier muss taktvoll die potentielle Zerstörung der Therapie durch die ubw Identifikation mit dem Aggressor gedeutet werden.
- Dies ermöglicht eine neue Integration: Patient kann sich nun glz. als Täter und Opfer sehen. Jetzt nehmen Selbst- und Fremddestruktivität ab. Wenn Patient in reiner Opfersicht bestätigt wird, gelingt dies nicht.
- Inzestopfer versuchen oft ihre Therapeuten zu verführen, während sie sich glz. als Opfer dieser Therapeuten erleben und u.U. auch zu solchen werden.
- Inzest wird oft zwiespältig erlebt: Er ist glz. brutaler Eingriff, Zerstörung der liebevollen Beziehung und des Gewissens, und erregender ubw Triumpf über die Mutter, der mit schweren Schuldgefühlen verbunden ist.
- Durch die Relativierung der Opferrolle und die Anerkennung der triumphalen Gefühle gegenüber der Mutter, lernen die Patienten sich ihre Täteridentifikation bewusst zu machen. Sexuelle Hemmungen, die auf ubw Schuldgefühlen beruhen, können nun überwunden werden.