

Sucht und Trauma

Dr. Wibke Voigt, Dortmund
Fachklinik St. Vitus, Visbek

„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 wechselseitigen Beziehungen zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden substanzbezogenen Störungen sind insbesondere im anglo-amerikanischen Raum an Vietnam-Veteranen intensiv untersucht worden.
- Die Forschung an zahlreichen Gruppen von Traumaopfern haben die Häufigkeit und klinische Bedeutung bestätigt. *Reddemann 2005*

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

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in der BRD

- 1988: 36.327
- 1991: 37.592
- 2005: 55.203
- 2006: 52.231
- 2008: 56.784
- 2009: 49.084, davon 7.314 Fälle von Vergewaltigungen/sex. Nötigung

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in der BRD

- Sexuelle Gewalt/Missbrauch von Kindern zu über 70% in der Familie
- Zu 96,4% durch männliche Verwandte wie Vater, Stiefvater, Onkel, Großvater
- Weibliche Familienmitglieder oft in der Rolle der Mittäterin, die es weiß, wegschaut und nicht hilft oder aktiv mitmacht, um Partner nicht zu verlieren

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in der BRD

- Nur **ca. 10% der Sexualstraftaten** werden angezeigt (sog. **Hellfeld**),
- wegen eines Schweigegebotes des Täters, oft mit Drohungen verbunden
- aus Scham des Opfers
- aus Angst des Opfers, aus der Familie ausgegrenzt zu werden
- damit die Familie nicht beschmutzt wird

Sexualstraftäter

- Sind zu 25% selbst traumatisiert und waren ungünstigen sozialen Bedingungen in ihrer Kindheit ausgesetzt wie Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalt; sowie Alkohol- Drogenmissbrauch, psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie seitens der Eltern etc.

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Mullen et al. 1993:
 - sex.Missbrauch vor dem 16. LJ bei **Frauen: 32%**, davon hatten 34% aktuellen starken Alkoholkonsum, KG: 9%,
drogen-bzw. med.abhängig **25%**, KG: 4%
- Silvermann et al. 1996, 17-J-Längsschnittstudie:
 - sex. Missbrauch vor dem 18. LJ bei **Frauen:12%**, davon waren **44%** alkoholmissbr./-abhängig, KG: 8%
 - körperl. Misshandlung bei **Männern: 5%**, davon waren **40%** drogenmissbr./-abhängig, KG: 8%

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Duncan et al. 1996, epidemiologische Studie an über 4000 **Frauen**:
 - körperl. Misshandlung vor dem 18LJ bei 3%,
davon hatten **18%** Medik.missbrauch, 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 **alkoholabh. Frauen** wurden **sexuell missbraucht** versus **27%** der **psychiatrisch behandelten Frauen** versus **9%** in der **Normalbevölkerung**
- Clark et al. 1997, 183 **alkoholabh. Jugendliche**:
 - 6 bis 12fach höhere Wahrscheinlichkeit für **körperl. Misshandlung** (**25%** der **Mädchen**, **31%** der **Jungen**) als in der Kontrollgruppe,
 - 18 bis 21fach höhere Wahrscheinlichkeit für **sex. Missbrauch**(**35%** der **Mädchen**, **14%** der **Jungen**)

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

- Schmidt 2000, 215 substituierte Opiatabhängige:
 - **60%** der **Frauen** wurden sex. missbraucht, KG: **11%**,
 - **25%** der **Männer** wurden sex. missbraucht, KG: **6%**
- Schäfer et al. 2000, 100 Drogenabhängige:
 - **50%** der **Frauen** erlitten erzwungenen Geschlechtsverkehr
 - **40%** der **Männer** wurden vergewaltigt
- Krausz und Briken 2002, 75 opiatabhängige **Frauen**:
 - 41% wurden sex. missbraucht, 72% erlitten körperl. Misshandlungen, **80% emotionale Misshandlungen**

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

Komorbidität bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- In anglo-amerikanischen Studien hatten bis zu
 - **50%** der Suchtpatienten eine Lebenszeitprävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung
- Teegen und Zumbeck 2000:
 - **26%** der Drogenabhängigen hatten ein PTBS
- Kutscher et al. 2002:
 - **22%** der alkoholabhängigen **Frauen** litten an einer PTBS
 - **8%** der alkoholabhängigen **Männer** waren an einer PTBS erkrankt

Grundlagen der Psychotraumatologie

Dr. Wibke Voigt, Dortmund
Fachklinik St. Vitus, Visbek

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“

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

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

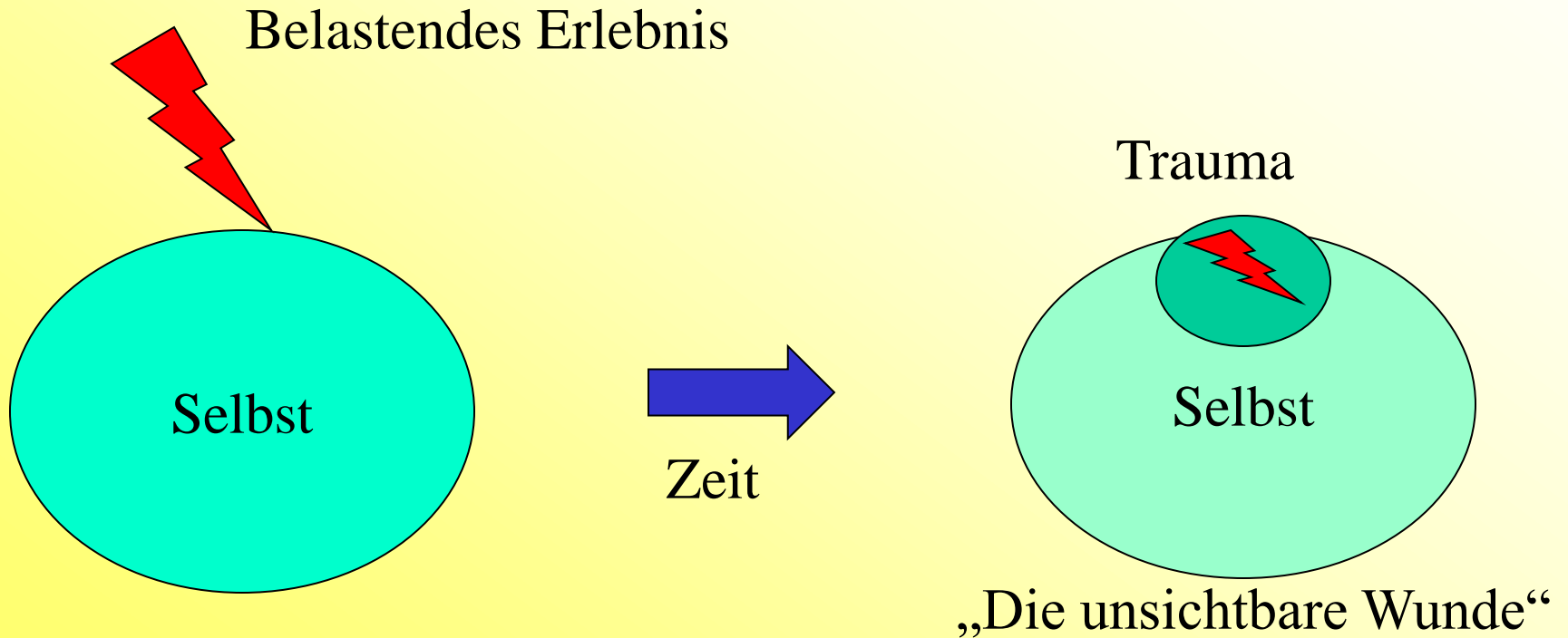
- Kann wie ein „Blitzschlag“ ins Gehirn wirken
- Dann schützt das Gehirn sich und den Körper, indem es teilweise abschaltet:
„die Sicherung fliegt raus“
- Diese Reaktion im Gehirn und im Körper schützt wiederum vor den unaushaltbaren Gefühlen und Schmerzen
- Das ist hilfreich, um die Situation zu überstehen/zu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

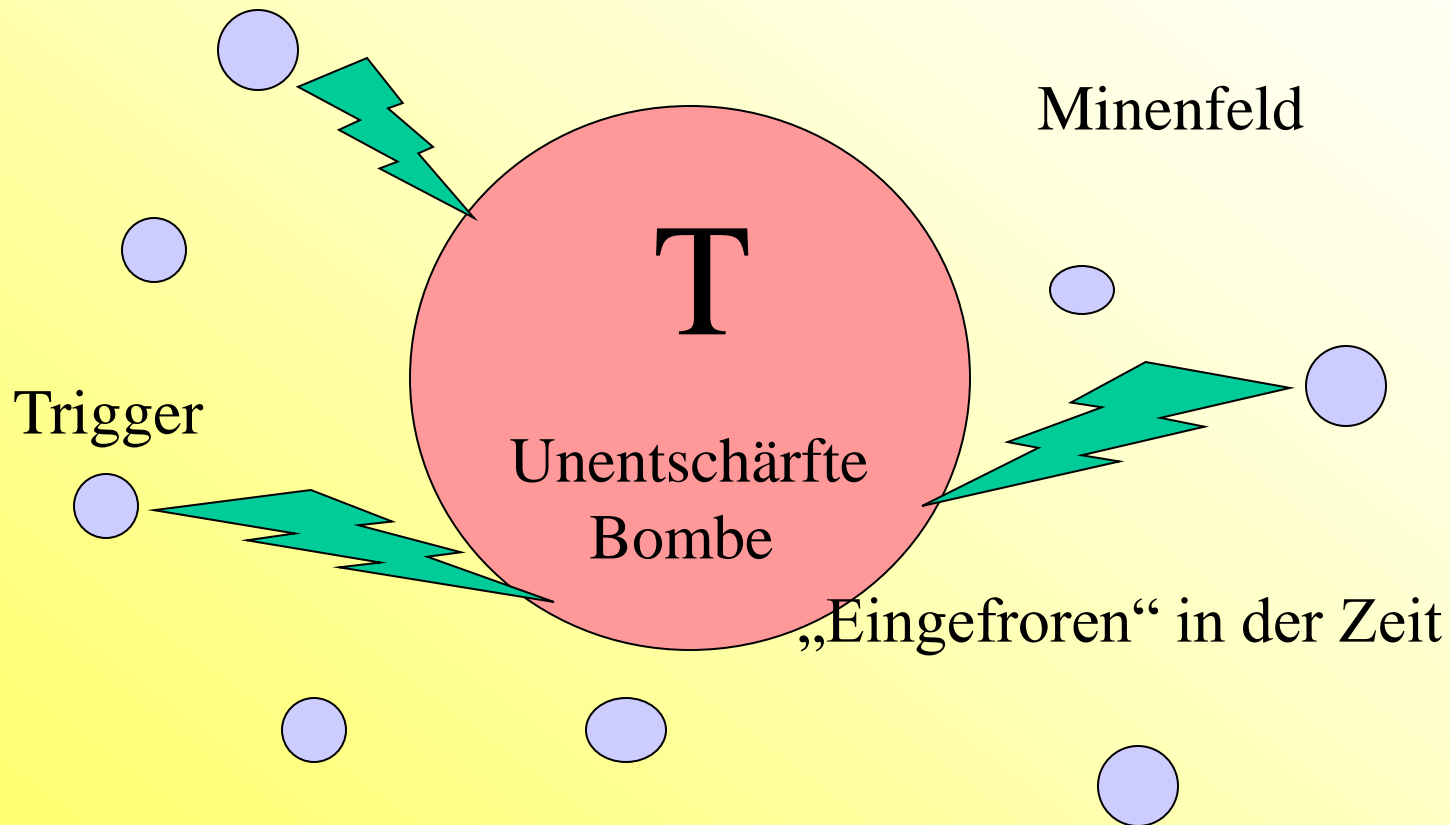
Psychisches Trauma: die unsichtbare Wunde in der Seele

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

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

Ressourcen schützen

- Sich geliebt fühlen und lieben zu können
- Eine gute Bindungsfähigkeit
- Optimismus
- 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)

- Geiselnhaft
- 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*

Nun eine Pause....

Zum Entspannen!

Resilienz

Was ist Resilienz?

- Vom lateinischen Wort „resilire“: zurückspringen, abprallen
- Deutsch etwa: Widerstandsfähigkeit
- Der Begriff wurde früher meist für Kinder benutzt (*Emmy Werner: das resiliente Kind*), die ihre psychische Gesundheit erhielten trotz einer Extremsituation z.B. als Flüchtlingskind

„The children of Kauai“ 1977

- Emmy Werner beobachtete in ihrer Längsschnittstudie 698 Kinder von der Geburt bis zum 40 Lbsj. auf der Hawaii-Insel Kauai:
- Es gab zahlreiche Risikofaktoren wie Geburtskomplikationen, Armut, Vernachlässigung, Alkoholismus bei den Eltern, niedriger Bildungsstand etc.
- Ein Drittel der Kinder entwickelte sich hervorragend – trotz der Risikofaktoren

Schutzfaktoren der Kinder

Mit 1 und 2 Jahren:

- Aktiv
- Fröhlich
- Liebevoll
- Anschmiegsam
- Gesellig

Schutzfaktoren der Kinder

Mit 10 Jahren:

- Sie konnten stolz auf sich sein
- Halfen anderen bereitwillig

Als Jugendliche:

- Sie glaubten an ihre eigene Wirksamkeit
- Sie waren überzeugt, Probleme durch eigenes Handeln bewältigen zu können

Schutzfaktoren der Familie

- Eine enge Bindung zu einem kompetenten, emotional stabilen Familienmitglied, das auf die kindlichen Bedürfnisse sensibel einging

Schutzfaktoren des Umfeldes

Die Jugendlichen holten sich in Krisenzeiten emotionale Unterstützung bei:

- Lieblingslehrer/in
- Fürsorglichem Nachbarn/Nachbarin
- Eltern eines Freundes/Freundin
- Jugendleiter/in
- Mitglieder kirchlicher Gruppen

Definition von Resilienz

- „Die Fähigkeit von Menschen, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für persönliche Entwicklung zu nutzen.“

Internationaler Kongress Zürich 2005 „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“ Rosmarie Welter-Enderlin, Bruno Hildenbrand

Was macht uns stark?

- Starker Zusammenhalt in der Familie oder in einer Gruppe
- Unterstützung durch andere Menschen
- Also: emotionale Bindung

Ein bisschen Neurobiologie

Hirnentwicklung I

- Die Mehrzahl der Gehirnzellen entsteht bereits in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, also bis zur 19. Woche
- Mehr als eine halbe Million Neuronen werden in einer einzigen Minute gebildet
- In der 19. Woche sind alle wichtigen Hirnstrukturen schon anatomisch erkennbar angelegt
- „Es ist, als besäßen alle sechs Milliarden Menschen auf der Erde je an die 20 Telefone, die alle nicht angeschlossen sind. Das Kommunikationspotenzial ist enorm, aber es muss erst in die Tat umgesetzt werden.“
Lise Eliot, Neurobiologin

Hirnentwicklung II

- Hauptarbeit **Synapsenbildung** von der 19. Woche bis ins zweite Lebensjahr: die Neuronen nehmen miteinander Kontakt auf und verschalten sich
- In Spitzenzeiten entstehen 1,8 Millionen neue Synapsen pro Sekunde – viel zu viele und aufs Geratewohl
- „Synapsen, die selten aktiviert werden – ob wegen nie gehörter Sprachen, nie gespielter Musik, nie ausgeübter Sportarten..... -, verkümmern und sterben ab.“ *L. Eliot*
- In der frühen Kindheit und Jugend büßt das Gehirn täglich bis zu 20 Milliarden Synapsen wieder ein
bild der wissenschaft 2/2006

Hirnentwicklung III

Studien mit MRT bei Kindern

- „Die rechte Hemisphäre ist im Bereich der Oberflächenentwicklung von der 25. Schwangerschaftswoche an mehr entwickelt als die linke, und dieser Vorsprung bleibt solange erhalten, bis die linke Hemisphäre einen postnatalen Wachstumsschub erhält, der im 2. Lebensjahr beginnt.“ (Trevarthen, 1996)

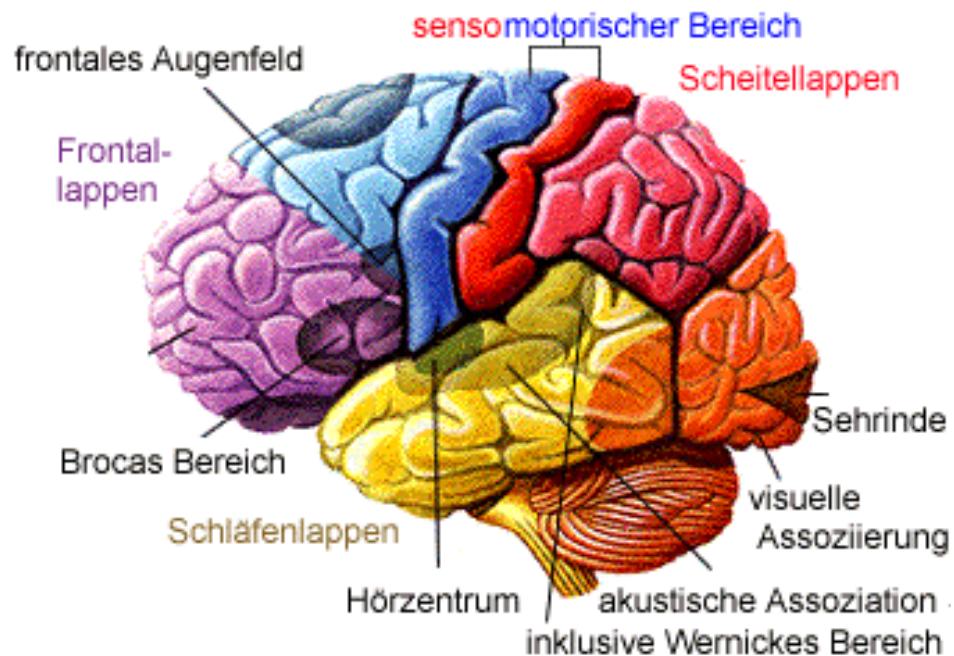
Hirnentwicklung und Bindung

- „Frühe Bindungserfahrungen überlappen sich mit dem Wachstumsschub des Gehirns.
- Die sich früh entwickelnde rechte Hemisphäre, die für die Selbstregulation und für das implizite Selbst verantwortlich ist, wird durch Beziehungserfahrungen geformt.“ (Schore, 1994)
- „Bindungserfahrungen sind gestaltgebend, denn sie erleichtern die Entwicklung der selbstregulierenden Hirnmechanismen.“
(Fonagy&Target,2002)

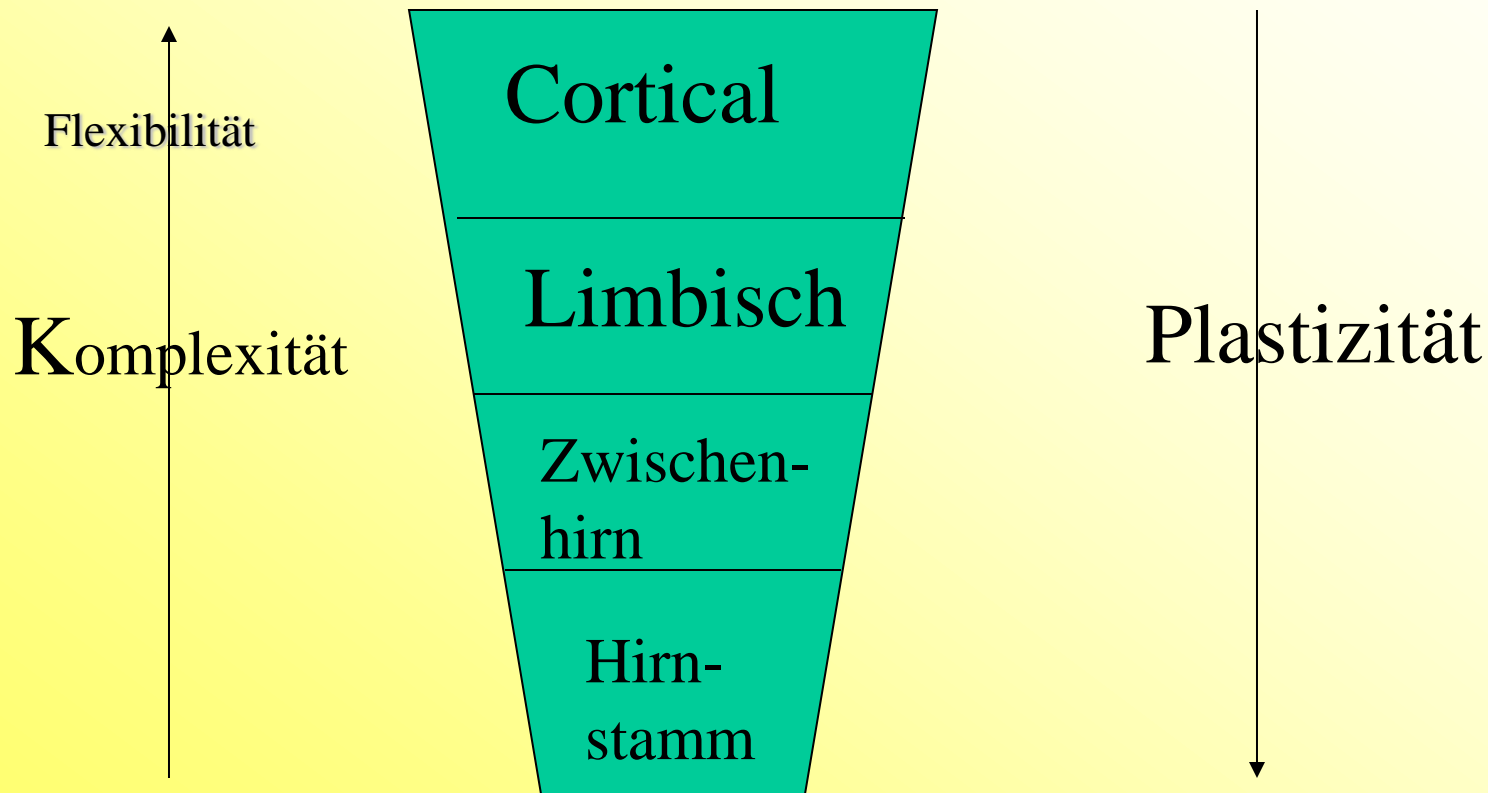
wibke.voigt@sucht-fachkliniken.de

wibke.voigt@vitus-fachlinik.de

Jedes Gehirn hat verschiedene Zentren für verschiedene Aufgaben



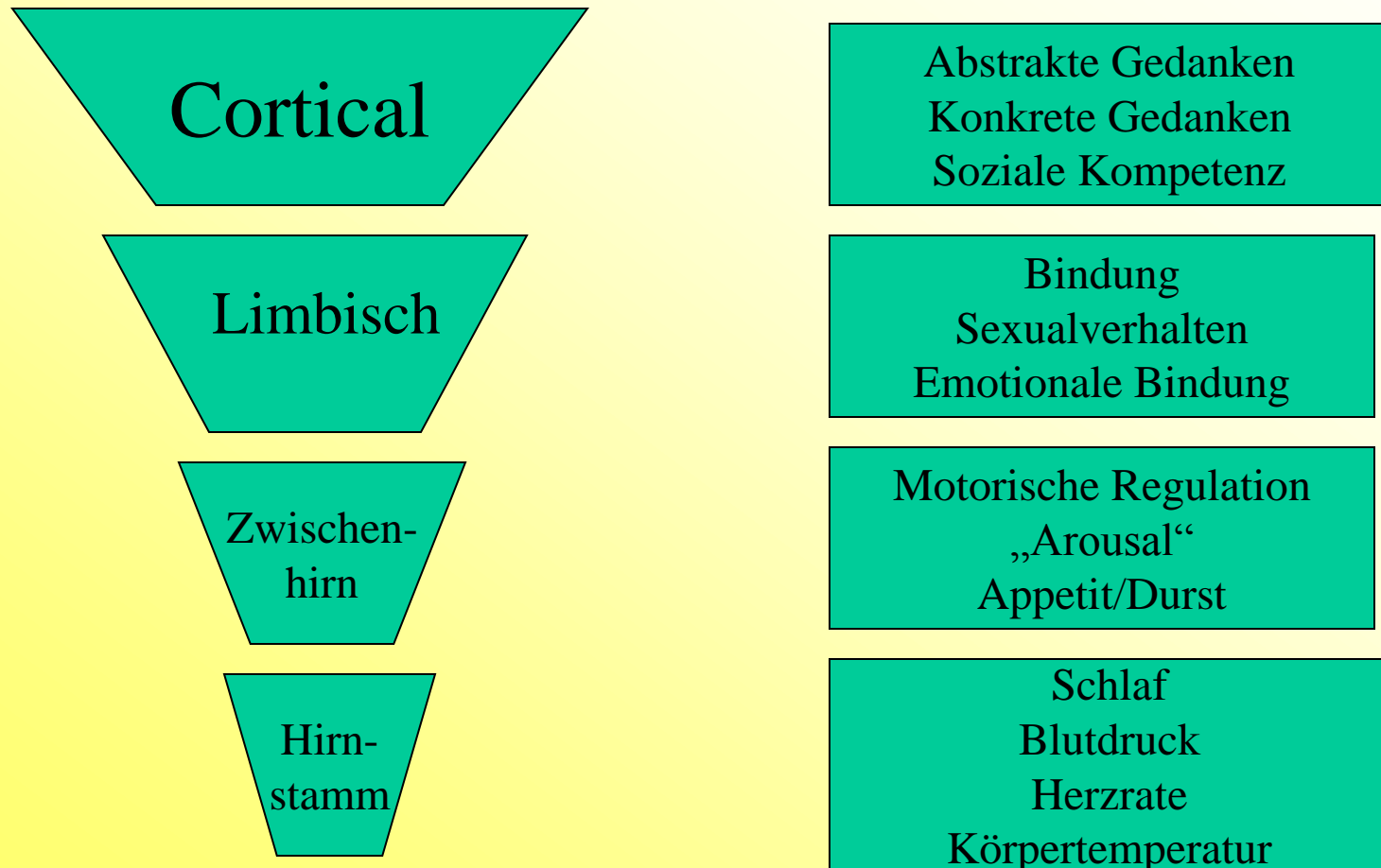
Plastizität und Gehirnorganisation



wibke.voigt@sucht-fachkliniken.de

wibke.voigt@vitus-fachlinik.de

Hierarchie der Gehirnfunktionen



Wofür brauchen wir Bindung= **Körperkontakt?**

- **Körperkontakt** führt zur Aktivierung des Parasympathikus, also zu einer Entspannungsreaktion, die auch entsteht
- durch den vertrauten **Geruch** der Eltern oder
- durch den **Herzschlag der Mutter**, den wir schon im Mutterleib **hören** können
- **Körperkontakt fördert das Hirnwachstum**, z.B. **durch Kangerooing**

Experiment mit neugeborenen Affen (1950, Harry Harlow)

- Die neugeborenen Affen konnten wählen zwischen Drahtaffenmüttern mit Milch und (Draht)affenmüttern mit Fell
- Die Affenbabys klammerten sich 23 Stunden an die Fellmütter und wechselten nur zum Trinken zu den Drahtmüttern mit Milch.

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 des Gehirnes
- Zum Glück auch noch im späteren Leben

Wofür brauchen wir Bindung= **Augenkontakt?**

- Um die Bestätigung für unser Tun in den Augen und der Mimik unserer Eltern/Pflegepersonen lesen zu können und damit unser Selbst, unser Selbstwertgefühl und unseren Selbstwirksamkeitsglauben aufzubauen
- Um mit Hilfe unserer Spiegelneuronen soziale Interaktionen zu erlernen

Was passiert, wenn (mütterliche) Zuwendung fehlt?

- Rattenbabys werden im späteren Leben ängstlicher und weniger resistent gegen Stress (*Michael Meaney, 2004*)
- Vernachlässigte Kinder reagierten viel stärker auf Stress, waren weniger belastbar, ängstlicher, schüchterner, neigten zu depressiven Gefühlen, besaßen weniger Widerstandskraft als liebevoll versorgte Kinder (*Amie Hane 2006*)

Wird das Gehirn beeinflusst?

- Mangel an (mütterlicher) Fürsorge wirkt nachhaltig auf neuronale Systeme: nicht nur in der Kindheit, sondern auch später ist die Resistenz gegen Stress vermindert; auch das Immunsystem arbeitet schlechter. (*EA Shirtcliff, CL Coe, SD Pollack 2009*)

Spielen Gene dabei eine Rolle?

- Es wurde ein Gen entdeckt, das es in 2 Längen gibt; es veranlasst die Herstellung eines Serotonin-Transporters. Bei der kürzeren Version wird zuwenig Serotonin transportiert: die Menschen sind ängstlicher und stressempfindlicher (*Karl Peter Lesch 1996*) – und reagieren bei Schicksalsschlägen eher mit einer Depression (*Avshalom Caspi 2003*)

Spielen Gene dabei eine Rolle?

- Ein Anti-Stress-Gen programmiert im Hippocampus die Expression von Bindungsplätzen für das Stresshormon Kortisol. Mäuse, die nicht genügend Kortisol-Rezeptoren bilden, sind besonders stressempfindlich und depressiv (*S Rider 2005*)
aus Mind & Body von Johann Caspar Rüegg
Schattauerverlag 2011

Was befähigt uns, unseren Lebensmut zu behalten?

- Das unerschütterliche Vertrauen in die Fähigkeit, sein eigenes Leben in den Griff zu bekommen

Dieses Vertrauen beruht auf

- Optimismus
- Bewältigungs-/Lösungsorientierung
- Verlassen der Opferrolle
- Akzeptanz
- Verantwortung
- Aktiver Zukunftsplanung
- Netzwerken und Freundschaften

Noch etwas Neurobiologie...

- Sport erhöht die Resistenz gegen psychischen Stress und stärkt innere Widerstandskräfte: bei Sportlern waren die Pulsfrequenz und die Werte des Stresshormones Kortisol deutlich niedriger als bei Untrainierten in simulierten Bewerbungsgesprächen (*U Rimmele et al. 2007*)

Noch etwas Neurobiologie...

- Laufen setzt Endorphine im Gehirn frei: es macht euphorisch
- Fitnessstraining hilft nach 4 Monaten genauso gut gegen eine Depression wie das Antidepressivum Sertralin, ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (*JA Blumenthal et al. 2007*)

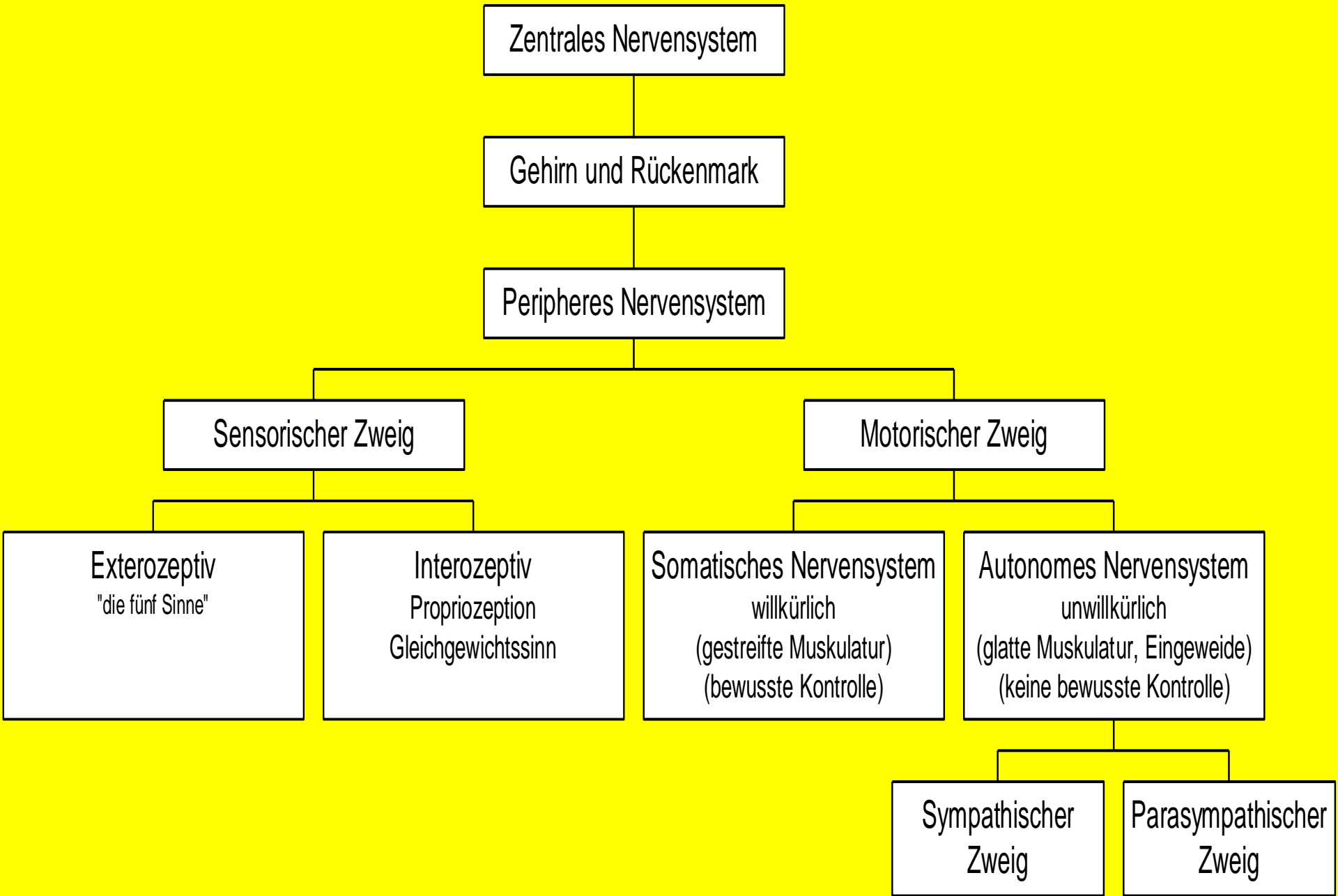
Und natürlich hilft und schützt

Auch Musik!

Neurophysiologie

Innerer Stress

- Neurotransmitter-Dysfunktionen bei post-traumatischen Reaktionen und Dissoziationen
- Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse



Das exterozeptive System

- Empfängt und übermittelt über Synapsen Informationen aus der Umwelt an das Gehirn
- Verarbeitet und kodiert diese Information
- Reagiert auf die Reize der Umwelt
- 1. Schritt zur Entstehung von Erinnerung
- Umfasst die 5 Sinnessysteme: ***Riechen, Schmecken, Fühlen, Hören, Sehen***
- *nach Babette Rothschild*

Das interozeptive System

- Empfängt und übermittelt sensorische Informationen aus dem Körperinneren an das Gehirn
- Reagiert auf die Reize aus dem Körperinneren
- Verarbeitet und kodiert diese Informationen
- 1.Schritt zur Entstehung von impliziter Erinnerung
- Beinhaltet den *Gleichgewichtssinn* und die *Propriozeption* mit dem *kinästhetischen Empfinden (Bewegungs-/Muskelsinn)* und dem *inneren Körperempfinden* für Schmerz, Herzfrequenz, Atemgeschwindigkeit, Körpertemperatur, Muskelspannung, Entspannung

• *nach Babette Rothschild*

Sensorische Erinnerungen

- Die im impliziten Gedächtnis gespeicherte Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis kann durch ähnliche sensorische Informationen reaktiviert werden, sog. zustandsabhängiges Erinnern, wie Geruch, Geräusch, Anblick, Geschmack, Berührung, Bewegung, Körperhaltung, Verhaltenssequenz, Organempfindung

nach Babette Rothschild

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 Opiode** 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
Informationsverarbeitung, Zustände von Trance,
Depersonalisation, Halluzination, Schlafstörung,
Depression, Apathie
- **Opioid-System**: psychomotorische Erstarrung,
affektive Betäubung („freezing/numbing“),
Hemmung von Lern- und Gedächtnisprozessen
Kapfhammer, 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 Opioide</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

Parasymphtikus

Gleichzeitig steht
der Fuß voll auf
der Bremse

Endogene Opioid

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

Besonderheiten des Traumagedächtnisses

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)

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*

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

Flashback-Stopp

- Bewusstes und energisches **Aktivieren des exterozeptiven Systems** (der 5 Sinne) = Anwenden von Skills sowie
- **Aktivierung des somatischen Nervensystems** (der Skelettmuskulatur) z.B. durch „Grounding“ +
- **Aktivierung des Neokortex** durch innere hilfreiche Sätze wie „Ich bin erwachsen“ „Es ist das Jahr 2013“ „Ich kann mich wehren“ etc. zur Orientierung im **Hier und Jetzt**
- Funktioniert nur, wenn diese (vorher erarbeiteten) Gegenmaßnahmen **täglich geübt** werden und im **„Notfallkoffer“** bei sich getragen werden

Multi-Notfallkoffer mit Skills

1. zur Beruhigung: Stresslevel senken
2. zur Realitätsorientierung
3. gegen Flashbacks/Erstarrung/Dissoziation
4. Gegen Craving
 - Tagsüber zuhause
 - Tagsüber unterwegs/auf der Arbeit
 - Nachts gegen Albträumen

Notfallkoffer

- Sollte **10 wirksame Skills** enthalten
- Muss von KlientIn **aktiv** angewandt werden
- Befähigt KlientIn, Flashbacks/ dissoziative Zustände/Erstarrung/Craving zu **verhindern oder rechtzeitig zu stoppen**
- Bringt KlientIn aus der Hilflosigkeit heraus
- Gibt ihr/ihm die **Kontrolle** über sich **zurück**
- **Stärkt** damit die **erwachsene Seite**

Skills sind sinnvoll und können helfen

- die Realität wieder fühlbar zu machen
- Erstarrung/Flashbacks/Dissoziation/Craving zu beenden
- und damit das Hyperarousal herunterzuregulieren

Erstellen eines Notfallkoffers

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 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*