



Südwestfalen

# Umgang mit Körperlichkeit und Körpererfahrung bei traumatisierten Menschen

Dr.med. Berthold Müller  
ZfP Südwestfalen Ziefalten



© Fricke, Helmut Müde und traumatisiert: Vielen yezidischen Frauen, wie hier in einem Flüchtlingslager in Syrien, wurden von den Schergen des IS übles Unrecht angetan.

# Trauma [griech.]

Verletzung, Wunde

Im übertragenen Sinne „Niederlage“

# Seelisches Trauma

Ein Erlebnis kann dann zu einem psychischen Trauma führen, wenn sich eine Person in einer für sie bedeutsamen Situation

- wehrlos , hilflos und unentrinnbar ausgesetzt fühlt
- diese mit ihren bisherigen Erfahrungen nicht bewältigen kann

# Kurzdauernde traumat.Ereignisse ( Typ I-Traumen )

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- Technische Katastrophen
- Kriminelle Gewalttaten wie Überfälle,  
Schusswechsel

# Länger dauernde, wiederholte Traumen ( Typ II –Traumen)

- Wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlungen sowie wiederholten Vergewaltigungen
- Geiselhaft
- Mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft

# Menschlich verursachte Traumata

- Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit
- Kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- Zivile Gewalterlebnisse ( z.B. Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung

# Allgemeine Belastungsfaktoren traumatisierter Flüchtlinge ( nach Heidinger 2011)

- **Biographische Vulnerabilität**
  - Unzureichende med.-soziale Versorgung
  - Fehlende oder unzureichende Bildung
- **Traumatische Erfahrungen im Heimatland**
  - Bei 45 % der Patienten in Kindheit und Jugend:
    - Tod wichtiger Bezugsperson ( 68%), Gewalt innerhalb (43%) oder außerhalb (14%)der Familie, emotionale Vernachlässigung( 29%)
  - Als Erwachsene:
    - Körperliche(52%)oder verbale (47%) Gewalt
    - Bedrohung von Angehörigen(40%)
    - Haft ohne Urteil(37%)
    - Zeuge von Krieg und Gewalt (36%)

# Allgemeine Belastungsfaktoren traumatisierter Flüchtlinge ( nach Heidinger 2011)

- Traumatische Erfahrungen im Kontext der Flucht
  - Plötzliche Trennung von Heimat und Familie
  - Gewalt oder Lebensgefahr auf der Flucht
- Belastende Erfahrungen im Aufnahmeland
  - Jahrelanges Asylverfahren
  - Lagersituation
  - Fehlende Beschäftigung und Sprache
  - Oft isoliert, keine sozialen Kontakte
  - Angehörige in Gefahr( Krieg) oder ungewiss

 Trigger für Intrusionen/Retraumatisierung

 Verstärkung der Symptomatik

# Lebensbedingungen

- Asylbewerberunterkünfte
  - Teils ehemalige Kasernen
  - Mehrbettzimmer, Gemeinschaftsduschen
  - Razzien und Abschiebungen
- Asylbewerberleistungsgesetz
  - Arbeitsverbot, extreme Armut(35% unter ALG II)
  - Eingeschränkter Zugang zu therapeutischen Behandlungen
  - Eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten( Zugang zu Bildung und Kultur, Wahl des Wohnumfeldes , der Tagesgestaltung oder Fortbewegungsmöglichkeiten)
- Zuspitzung und Chronifizierung psychischer Belastung

# Häufigkeit von PTSD

- Bis 65 % der Fälle nach direkten Kriegserlebnissen mit persönlicher Gefährdung.
- 50 % der Fälle nach Vergewaltigungen und sexuellem Missbrauch.
- bis 11 % nach Verkehrsunfällen.
- 5 % der Fälle nach Natur-, Brand-, Feuerkatastrophen.
- bis 7 % der Fälle bei Zeugen von Unfällen und Gewalthandlungen.

( Quelle : O`Brien , 1998 ).

# Traumafolgestörungen:

## Zusammenwirken verschiedener Faktoren

- Ereignisfaktoren
  - Qualität ( Intensität, Brutalität)
  - Quantität ( Häufung, Dauer)
  - Unerwartbarkeit, Kontrollierbarkeit( z.B. Aktivist, Kind)
- Schutzfaktoren
  - Soziale/familiäre Unterstützung
  - Bereits erworbene Kompetenzen und positive Erfahrungen
  - Kohärenz(„sinnhaft einordnen können“)
- Risikofaktoren
  - Geringes Alter
  - Frühere psychische Störungen
  - Belastende Lebensbedingungen( Gefängnis, Asyl)

# Was passiert bei traumatischem Stress?

- Extreme Bedrohung
- Überforderung zur Verfügung stehender Bewältigungsmechanismen
- Kein Kampf/keine Flucht möglich



Erstarrung( Freeze),



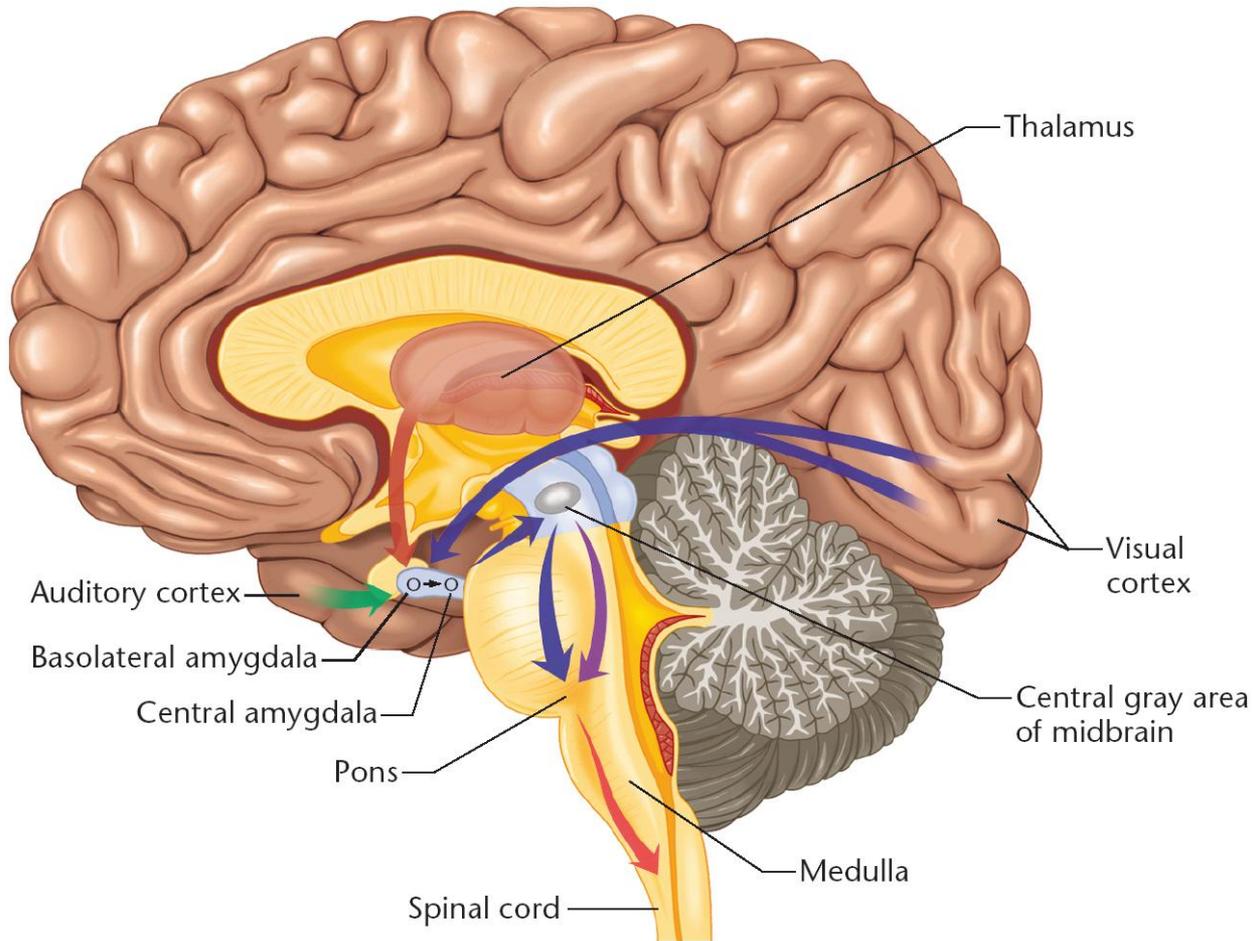
Dissoziation

- » Innerliche Distanzierung von Bedrohung/Rückzug aus unerträglicher Realität
- » Neurobiologischer Schutzmechanismus
- » Veränderte Zeit-/Raum-/Selbstwahrnehmung, Schmerzempfinden...
- » Abspaltung aus dem Bewusstsein erschwert Verarbeitung

Wenn ein Mensch wiederholt traumatisiert wird, verändert sich langfristig die Stressphysiologie, d.h. die Stresshormone pendeln sich in Erwartung immer neuer Traumata auf einem höheren Niveau ein (Hyperarousal).

Symptome können unmittelbar oder erst Jahre später auftreten

# Neurobiologie und PTBS



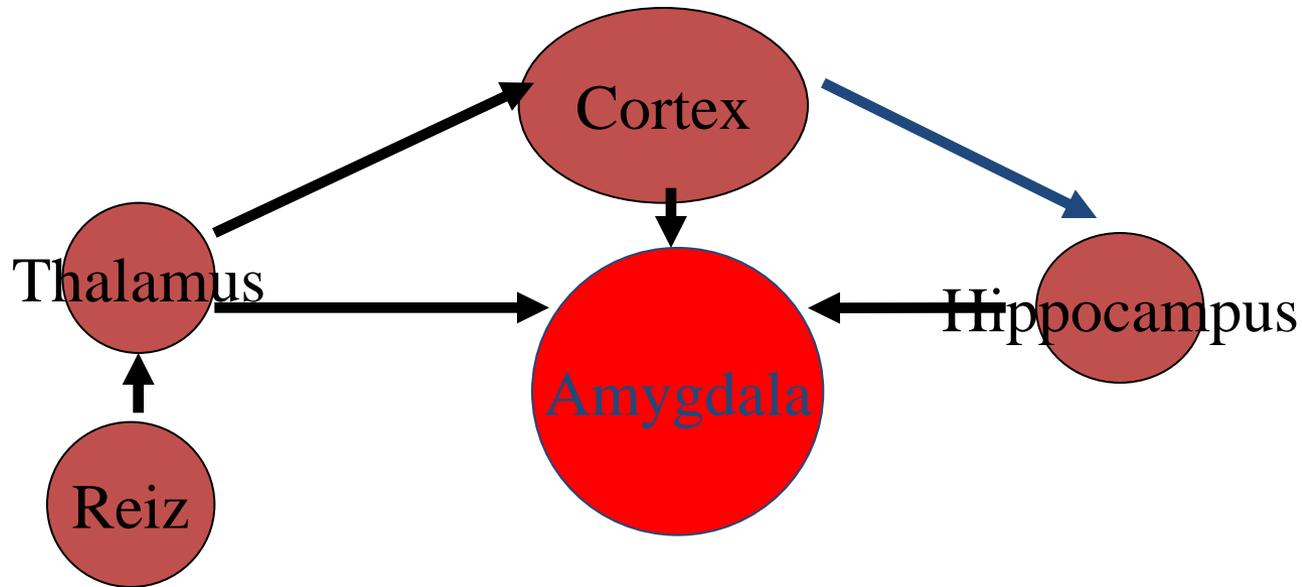
# Regelkreis der Amygdala

Der Thalamus erhält Informationen von der Außenwelt durch die Sinne

Der Thalamus-Amygdala Weg ist schnell

Der Thalamus-Cortex-Amygdala Weg ist langsamer, der Reiz ist aber kognitiv bearbeitet

Der Hippocampus steuert Erinnerungen bei und prüft die emotionale Signifikanz



# Hippokampus und Amygdala



# Gedächtnisfunktion im Trauma

- In traumatischen Situationen arbeiten und lernen implizites und explizites Gedächtnis parallel.
- Deklarative Erinnerung über Hippocampus, nichtdeklarative (emotionale u.a. Erinnerungen) über Amygdala (u.a. im präfrontalen Cortex und Temporallappen) aktiviert
- Parallele Aktivierung beider Gedächtnissysteme erzeugt ganzheitliche bewusste Erinnerung
- Aktivierung des impliziten Gedächtnisses (z.B. durch assoziative Reize) ohne oder mit ungenauen expliziten Erinnerungen erzeugt Flashbacks

# Physiologische Veränderungen bei PTBS in Ruhe

- **Stressreaktion und Stresshormone** bleiben erhöht (Schreckreaktion)
- **Erniedrigte Cortisol** Spiegel im Blut, verstärkte Hemmung nach Dexamethason, niedrige ACTH-Werte nach CRH Gabe (HPA-Achse)
- Erhöhung des CRH im Liquor, Neurotransmitter bei Angst
- Erhöhter Beta **Endorphinspiegel**
- **Sympathikus** Hormone erhöht (Norepinephrin-Werte im Blut)
- Veränderung des **Hippocampus**
- Aktivierung der **Amygdala**, Verkleinerung
- Erniedrigung der **Herzfrequenzvariabilität**
- Erhöhung von **RR, HF, Hautleitfähigkeit**
- Veränderung der **Schlafzyklen** (Einschlafstörungen, Fragmentierung, erhöhter REM Anteil, Alpträume)

# Symptome nach traumatischen Ereignissen

## Körperlich

- Müdigkeit
- Schwitzen
- Herzrasen
- Bluthochdruck
- Allgemeines Schwächegefühl
- Kältegefühl
- Erbrechen
- Durchfall

# Symptome nach traumatischen Ereignissen

## Seelisch

- Desorientierung
- Konzentrationsmangel
- Verlangsamte oder beschleunigte Denkabläufe
- Logorrhoe
- Starke Schuldgefühle
- Gedankenkreisen
- Anspannung, Ärger, Wut
- Depressive Symptome
- Gesteigerte Verletzlichkeit

# Veränderungen der Emotionsregulation und Impulskontrolle

- Unzureichender Umgang mit belastenden oder unangenehmen Gefühlen
- Wenig Distanz zu inneren Vorgängen
- Überschießende emotionale Reaktion , Kontrollverlust oder starke Selbstkontrolle
- Selbstverletzungen , Alkohol-und Drogenkonsum zur Selbstberuhigung ( Sack2015)

# Ausgeprägte Gefühle von Schuld und Scham

- Betroffene fühlen sich unwert oder dauerhaft zerstört
- Schuld- und Schamgefühle bewahren vor psychischer Desintegration, weil sie ein Erklärungsmodell für das Geschehene anbieten ( wenn eine Person hätte handeln können) Sack2015

# Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein

- Dissoziationen
  - Bewusstes Erleben von Außenwelt zurückgezogen
  - Erinnerungslücken
  - Derealisations- und Depersonalisationserleben
    - Umwelt unwirklich und distanziert
    - Person steht „wie neben sich“

# Funktionalität der Dissoziation

- Schutz vor innerer und äußerer Reizüberflutung
- Reaktion auf trauma-assoziierte Auslöser
- „erlerntes“ Vermeidungsverhalten
- Begleitsymptom einer PTSD
- Als dissoz. Identitätsstörung ( mehrere Persönlichkeitsanteile ) übernehmen die P.-anteile die Kontrolle über das Verhalten

# Kennzeichen von Dissoziation

- Inadäquat wortkarg oder fehlende Reaktion auf Ansprache
- Starrer Blick, Müdigkeit
- Subjektives Kälteempfinden
- Schweißfeuchte Handinnenflächen
- RR verändert, Puls↑
- Verkrampfte Körperhaltung
- Zittern

# Flashback-Erinnerungen

- können in ihrem Auftreten nicht kontrolliert werden
- werden als tatsächliches und gegenwärtiges Geschehen erlebt
- werden als Bruchstücke sensorischen Erlebens des Traumas wahrgenommen (bildhafte Vorstellungen, Gerüche, Geräusche, kinästhetische Sensationen)
- bleiben im Gegensatz zu anderen Gedächtnisinhalten über die Zeit stabil
- sind nicht in ein persönliches Narrativ integriert

# Unzureichender Selbstschutz

- Unzureichende Selbstfürsorge, auch in alltäglichen Dingen , besonders im Körperlichen Bereich( Ernährung, Körperpflege etc.)Sack 2015

# Veränderung der Beziehungen zu anderen

- Probleme, anderen Menschen zu vertrauen
  - Vorsichtige Kontaktaufnahme
- Mangelnde Konfliktbewältigungsstrategien
- Mangelndes Gefühl für eigene Grenzen
  - Gefahr der Ausnützung, Retraumatisierung

# Somatisierung

Zahlreiche körperliche Beschwerden ohne organische Erklärung als

*„Kommunikationsformen für das erlittene Leid“*

- Chron. Schmerzzustände
- Beschwerden des Verdauungssystems, des Harn- und Genitaltraktes
- Herzbeschwerden
- Atembeschwerden
- Erschöpfung und Schwingelgefühle

# Traumafolgen für den Körper

Der Körper ist nicht mehr der sichere Ort der Vermittlung zwischen Welt und Selbst ,sondern wird als Quelle von Gefahr erlebt ( Eberhard2009)

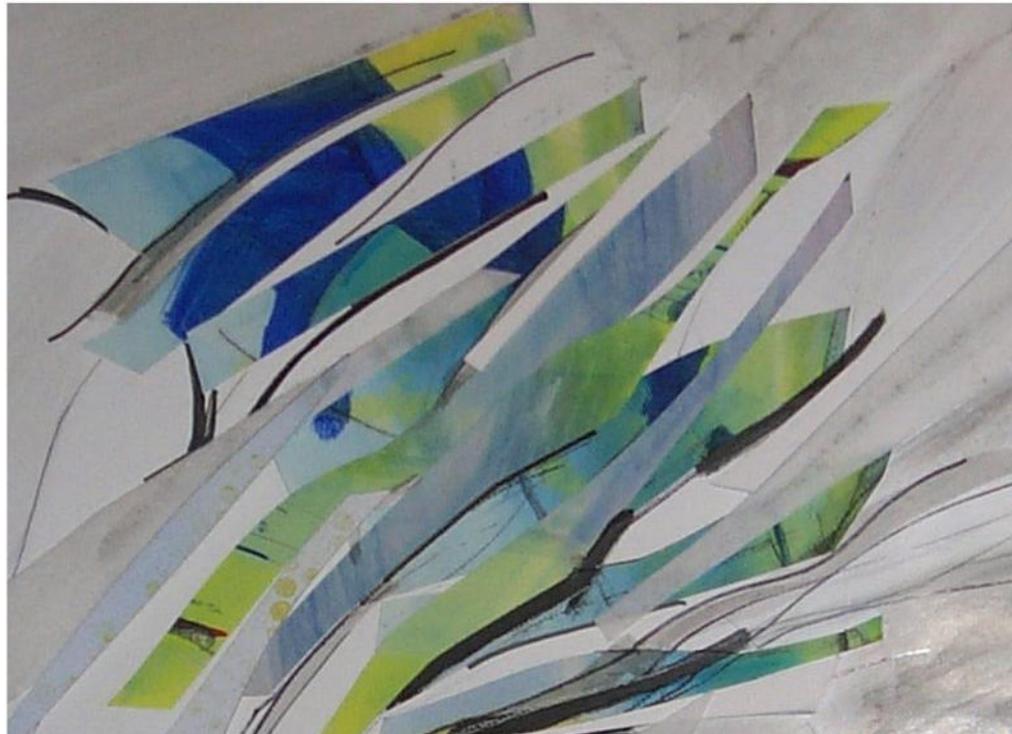
# Symptome nach traumatischen Ereignissen

## **Verspätete Symptome**

- Flashbacks (quälende Rückblenden des Erlebten )
- Albträume mit nachfolgenden Ein- und Durchschlafstörungen
- Optische , akustische , Geruchs-Halluzinationen
- Andauernde Gereiztheit
- Vermeidungsverhalten

**SIND SYMPTOME EINER PTBS  
IMMER DEFIZITE ODER  
MÖGLICHERWEISE AUCH  
BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN?**

# Die Behandlung seelisch traumatisierter Menschen



# Grundlagen der Behandlung

## Sicherheit vermitteln

- äußere ( zuerst )
- innere
- zwischenmenschliche ( zum Team, zur Therapeutin)

# Stabilisierung

- Tragfähige therapeutische Beziehung ( parteiische Neutralität )
- Verstehen der Symptome – Psychoedukation ( „ich bin nicht verrückt“ )
- Rückgewinnung von Kontrolle (im sozialen und medizinischen System)
- Distanzierungs- und Entspannungstechniken

# Ziele der Behandlung

- Der traumatischen Vergangenheit soll eine sichere Gegenwart entgegengestellt werden
- Körperliche , soziale und psychische Stabilisierung
- Aufbau von äußeren und inneren Ressourcen
- Entwicklung von Affekttoleranz

# Traumatherapie

- 3 ( idealtypische ) Phasen Traumatherapie
  - Stabilisierung
  - Traumabearbeitung
  - Integrationsphase
- Bei schwer und komplex traumatisierten Menschen nimmt die Stabilisierung den größten Raum ein
- Traumabearbeitung nicht immer möglich:
  - Zu frühe Konfrontation ohne ausreichende Stabilisierung: Gefahr der Destabilisierung, psychischer Dekompensation
  - Notwendige Stabilität wird nicht immer erlangt
  - PatientInnen wünschen explizit keine Konfrontation

# Umgang mit traumatisierten Menschen

- Klare Rolle, Grenzen
  - Einschätzbar sein
- Zuverlässigkeit
  - Positive Bindungserfahrung
- Evtl. Misstrauen, “testen“ aushalten
- Trauma-Exploration kann triggern
  - Das Erlebte darf, muss aber nicht erzählt werden
  - Für Stabilisierung sorgen( wie geht jemand nach Hause, was macht er nach dem Gespräch, gibt es Ansprechpartner...)

# Voraussetzung zur Traumabearbeitung

- Kontrolle über die Symptome
- Kontrolle über die Affekte
- Achten auf Lebenssituation

# Welche Therapieangebote ?

Vornehmlich sollten zum Zwecke einer ausreichenden psychischen Stabilisierung solche Therapieverfahren zur Verfügung stehen, die **keine besonderen Sprachkenntnisse** erfordern, also vorwiegend auf kreativ-therapeutischem Gebiet.

# Umgang mit Körperlichkeit und Körpererfahrung bei traumatisierten Menschen

## Ziel

- Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten
- Wiederherstellung eines Empfindens von Passung zwischen Kompetenzen und Lebenssituation

## Vorgehensweise

- Zuerst die vorherrschenden schützenden Muster bezüglich Funktion und Vorteile erforschen
- Pat. ermutigen, eine vorübergehende Nicht-Passung von Kompetenz und Situation zu ertragen

# Umgang mit Körperlichkeit und Körpererfahrung bei traumatisierten Menschen

Alle Interventionen müssen in eine tragfähige therapeutische Beziehung eingebettet werden, d.h.

- Kontrolle und Selbstbestimmung bleiben bei der Pat.
  - Information über Sinn und Ablauf ther. Interventionen
  - Mitgestaltung und Mitbestimmung durch Pat.
  - Möglichkeit, jederzeit gehen zu können
  - Bestätigung und Förderung des Selbstschutzes
  - Therapie in kleinen Schritten
  - Bei erfolgreicher Körperarbeit lässt die (schützende) Gefühlstauglichkeit nach, aber die Empfindlichkeit nimmt zu!
  - Oft Verlagerung der Wut auf die Täter in Form Entschädigungsanspruch an die gegenwärtige Umwelt( regressives Verhalten , Therapeutin soll Verantwortung für Handeln übernehmen)

# Ressourcenaktivierung

= ein Prozess, in dem vorhandene , verschüttete oder blockierte Potentiale( wieder)-entdeckt, gewürdigt , gestärkt und zur Anwendung gebracht werden

Reddemann ( 1990er Jahre): Integration heilsamer Imaginationen zur Ressourcenstärkung und psych.Stabilisierung

Aber: **vielen Menschen fällt Imagination schwer**

Alternative:

reale Erfahrung von ressourcenorientierten Handlungen zur Beruhigung und Ablenkung, dadurch bessere direkte sinnliche Wahrnehmung , Überprüfbarkeit und Regulierbarkeit

# Bewährte Handlungen zur Ressourcenaktivierung

- Konzentration stärken(z.B. Jonglieren, Balancieren, Bälle fangen)
- Individuelle Fähigkeiten im Bewegungsbereich, die Gefühl der Kompetenz vermitteln
- Aufgaben, die Kontrolle und Ordnung herstellen ( z.B.Qigong)
- Sinneswahrnehmung im Hier und Jetzt ( z.B. 5 Dinge, die ich sehe, höre, rieche, taste)
- Aufgaben mit Beruhigung( z.B. Atemübungen)
- Übungen ,die Spaß und Lustgefühl sowie spielerisches Verhalten anregen
- Bewegungen, die Stabilität symbolisieren( z.B. Balanceübungen)
- Fokussieren und Eingehen auf unmittelbare Wünsche und Bedürfnisse

# Regulation von Nähe, Distanz und Grenzen

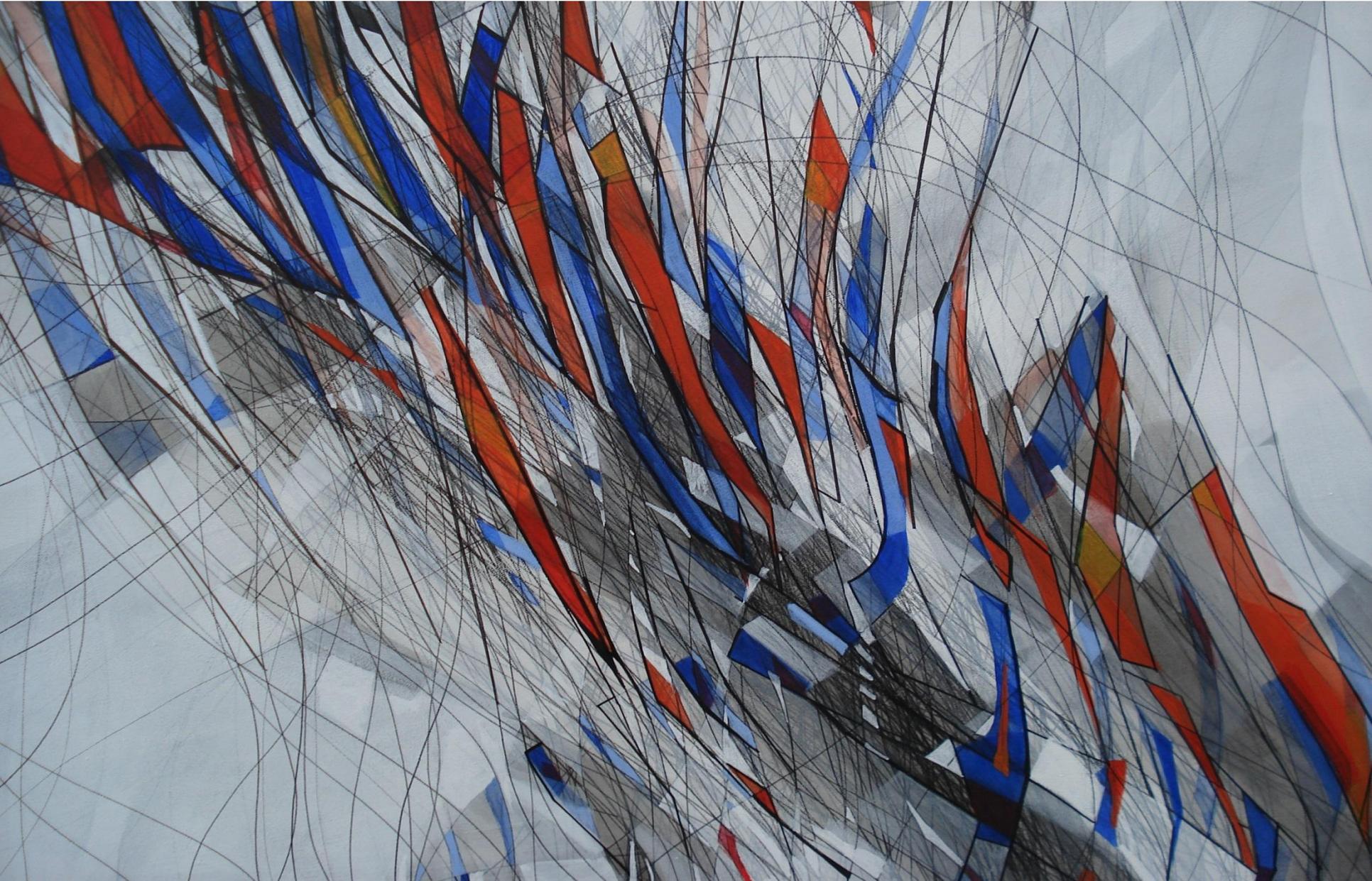
Zwischenmenschliche Traumatisierung geht mit Verletzung der Grenzen eines Opfers einher

Hinzu kommt der Verlust von Bindung und das Erleben einer unerträglichen Einsamkeit und Leere

Entgrenzungserfahrungen führen im Körperverhalten zu

- Schwierigkeit, Belastungsgrenzen einzuhalten
- Schwierigkeit, soziale Entfernungen richtig einzuschätzen
- Schwierigkeit, sich vor belastenden Reizen zu schützen
- Vermeidung von sozialen Bindungen oder
- Sich in sozialen Bindungen auszuliefern

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



# Anhang

# Traumafolgestörungen

- Extrem belastende Ereignisse führen nicht „automatisch“ zu Traumafolgestörungen
- Beginn des 20 Jht: erstmals massenhafte Ausfälle durch Kriegstraumatisierungen ( „shell shock“)
  - Haltung: gesunder Mensch muss extreme Erfahrungen symptomfrei verarbeiten
  - Anhaltende psychische Störungen auf „neurotische Disposition“ zurückzuführen
- Holocaust-Überlebende
  - Nicht individuelle Faktoren, sondern Ausmaß der Belastung ( Schwere und Dauer der Misshandlungen) für psychische Schädigungen ausschlaggebend
  - *(„die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen, um eine normale Konstitution zu haben?“Eissler,1963*
- Weiterentwicklung der Traumaforschung durch Behandlung von Vietnam-Veteranen
- 1980: psychiatrische Diagnose PTSD ( Posttraumatic Stress Disorder) wird im DSM III aufgenommen

# Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Diese Reaktionen treten in ursächlichem Zusammenhang mit teils außergewöhnlichen Lebensereignissen oder mit besonderen Veränderungen im Leben auf, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben – nach ICD-10 Klassifizierung:

1. **Akute Belastungsreaktion**, F43.0 – auch bei sonst nicht belasteten Menschen, innerhalb von Stunden oder Tagen klingen die Reaktionen ab
2. **Posttraumatische Belastungsstörung PTSD**, F43.1 – verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, der bei fast allen Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Vorbelastungen können die Reaktion vertiefen.
3. **Anpassungsstörungen**, F43.2 – Zustände von subjektiver Bedrängnis oder emotionaler Beeinträchtigung, Vorbelastung kann entscheiden sein, kann aber auch ohne diese kürzere oder länger anhaltende Störung hervorrufen

# Posttraumatische Belastungsstörung

## ICD10 : F 43.1

Symptome können unmittelbar oder erst Jahre später auftreten:

- **Hyperarousal** = Übererregung ( Schlafstörung, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- **Vermeidungsverhalten**
- **Emotionale Taubheit** ( Rückzug, Interesseverlust , innere Teilnahmslosigkeit)
- **Erneutes Durchleben der traumatischen Situation** ( Intrusionen) oder sich aufdrängende , belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma ( Nachhall Erinnerungen ) oder Erinnerungslücken
- **Weitere Symptome**, die sich zu eigenständigen seel. Störungen entwickeln können ( Ängste, Depression, Zwänge, Schmerzen, Essstörungen, Substanzmissbrauch als Selbstmedikation ).

# Was bieten wir an?

ambulante, teilstationäre und auch stationäre Behandlungen, jeweils abhängig von der medizinischen Indikation und dem jeweiligen Hilfebedarf für

- 1. Menschen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung : Behandlung auf der Depressionsstation oder auf einer allgemeinspsychiatrischen Station der PPrt. Bei klarer Indikation für eine traumaspesifische Behandlung in der SINOVA-Klinik Zwiefalten
- 2. Menschen die keine vollstationäre Behandlung benötigen, die jedoch ein engmaschigeres Behandlungssetting benötigen, können in der Tagesklinik Ringelbachstraße behandelt werden.
- 3. Menschen mit ausreichender Ich-Stabilität ohne bestehende Eigen- oder Fremdgefährdung sind vordringlich ambulant in der PIA behandelbar.

Abhängig von den personellen Kapazitäten könnten gleichzeitig 1 – 2 stationäre Behandlungsplätze in der PPrt, ggf. auch in Zwiefalten zur Verfügung stehen.

# Risikofaktoren

## Objektiv

- Art ,Intensität , Dauer des Ereignisses
- Ausmaß der Folgen auf allen Ebenen und ob bleibend
- Ständiges Erinnert werden( Trigger )

## Subjektiv

- Grad der Unerwartetheit/Kontrolle
- Schuld erleben
- Ausbleiben fremder Hilfe-Anerkennung
- Psychische oder körperliche Vorerkrankungen bzw. familiäre Vorbelastung
- Sozioökonomischer Status/ Bildung

# Lebensbedingungen

- Asylbewerberunterkünfte
  - Teils ehemalige Kasernen
  - Mehrbettzimmer, Gemeinschaftsduschen
  - Razzien und Abschiebungen
- Asylbewerberleistungsgesetz
  - Arbeitsverbot, extreme Armut(35% unter ALG II)
  - Eingeschränkter Zugang zu therapeutischen Behandlungen
  - Eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten( Zugang zu Bildung und Kultur, Wahl des Wohnumfeldes , der Tagesgestaltung oder Fortbewegungsmöglichkeiten)
- Zuspitzung und Chronifizierung psychischer Belastung

# D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- Änderung in der Selbstwahrnehmung: chron. Schuldgefühle; Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: Verzernte Sichtweisen und Idealisierung des Schädigers; exzessive Beschäftigung mit Rachephantasien
- Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen:
  - Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen aufrechtzuerhalten
  - Die Tendenz, erneut Opfer zu werden
  - Die Tendenz, andere zum Opfer zu machen

# DESNOS-Kriterien nach DSM IV

## **A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus**

- Chronische Affektdysregulation
- Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
- Selbstdestruktives und suizidales Verhalten
- Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
- Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

# **B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins**

- Amnesie
- Dissoziation und Depersonalisation

# C.Somatisierung

- Gastrointestinale Symptome
- Chronische Schmerzen
- Kardiopulmonale Symptome
- Konversionssymptome
- Gestörte Sexualität

# D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- Änderung in der Selbstwahrnehmung: chron. Schuldgefühle; Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: Verzernte Sichtweisen und Idealisierung des Schädigers; exzessive Beschäftigung mit Rachephantasien
- Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen:
  - Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen aufrechtzuerhalten
  - Die Tendenz, erneut Opfer zu werden
  - Die Tendenz, andere zum Opfer zu machen

# Trauma und Dissoziation

# Dissoziation

Eine Störung des Bewusstseins i.S. einer kurzzeitigen Unterbrechung der eigenen Bewusstheit. Kann mehrere Bewusstseinssebenen betreffen:

- Erinnerung → Amnesie
- Selbstwahrnehmung → Depersonalisation
- Wahrnehmung der Umgebung → Derealisation
- Identität → dissoziative Identitätsstörung

# Funktionalität der Dissoziation

- Schutz vor innerer und äußerer Reizüberflutung
- Reaktion auf trauma-assoziierte Auslöser
- „erlerntes“ Vermeidungsverhalten
- Begleitsymptom einer PTSD
- Als dissoz. Identitätsstörung ( mehrere Persönlichkeitsanteile ) übernehmen die P.-anteile die Kontrolle über das Verhalten

# Kennzeichen von Dissoziation

- Inadäquat wortkarg oder fehlende Reaktion auf Ansprache
- Starrer Blick, Müdigkeit
- Subjektives Kälteempfinden
- Schweißfeuchte Handinnenflächen
- RR verändert, Puls↑
- Verkrampfte Körperhaltung
- Zittern

# Diagnostik der PTBS

# Diagnostik der PTBS

- Strukturiertes klinisches Interview für DSM ( SKID –PTSD )
- Impact of Event Scale (IES )
- Post Traumatic Stress Scale-10 (PTSS-10 )

## Dissoziative Diagnostik

- Dissoziative Experience Scale (DES )

# Krisenintervention bei Selbstverletzung

- Vorherige Absprachen:
  - Behandlungsvertrag?
  - Andere Entlastungsmöglichkeiten erarbeiten
  - Auf Eigenverantwortung hinweisen
  - Ggf. Verbandswechsel in Eigenregie
- Grad der Verletzung einschätzen, ggf. chirurgische Versorgung
- Dem „Symptom“ Selbstverletzung nicht zu viel Beachtung schenken ( Krankheitsgewinn!)
- Falls Selbstverletzung dem Dissoziationsstop dienen sollte: Ist die Dissoziation vorbei?
- Gefühlslage und entsprechende Bedürfnisse ermitteln. Adäquate Handlungsmöglichkeiten besprechen

# Traumaambulanz in der PP.rt



ERSTE HILFE NACH EINEM GEWALTERLEBNIS

## Trauma-Ambulanz Reutlingen

Informationen | Kontakt

### Kontakt

Trauma-Ambulanz  
PP.rt  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Reutlingen  
Wörthstraße 52/1  
72764 Reutlingen

Wir sind rund um die Uhr erreichbar unter der Telefonnummer  
07121 9200-0.  
Sie erhalten umgehend einen ersten Termin.

300/Stand: Juli 2014

Information

Ein Unternehmen des **zfp** Südwürttemberg  
und der **bruderhausgruppen**  
Hilfsgemeinschaft der Sozialen Berufe



PP.rt  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

# Traumaambulanz in der PP.rt



**Zielgruppe**

Die Trauma-Ambulanz der PP.rt bietet im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) psychotherapeutische Unterstützung für Erwachsene, die Opfer einer Gewalttat, wie z.B. Überfall oder häusliche Gewalt, geworden sind. Ziel ist die Stabilisierung der Betroffenen und die Vorbeugung hinsichtlich bleibender psychischer Schäden.

**Nach einem Gewalterlebnis**

Nach einer körperlichen oder psychischen Gewalterfahrung können Anzeichen starker psychischer Belastung wie Niedergeschlagenheit, Ängste, Alpträume, Vermeidung bestimmter Situationen, quälende Erinnerungen oder sozialer Rückzug auftreten. Dies sind zunächst normale Verarbeitungsreaktionen. Bei manchen Menschen halten diese Symptome jedoch länger an und führen zu Folgeerkrankungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Depression. Dies soll durch frühe professionelle Unterstützung vermieden werden.

**Therapeutisches Angebot**

- unterstützende Gespräche und Stabilisierung
- Klärung der psychischen Beschwerden
- eingehende Beratung zu möglichen Traumafolgestörungen
- Vermittlung weiterführender Hilfsangebote

**Team**

Das Behandlerteam unserer Trauma-Ambulanz besteht aus spezialisierten Ärzten und Psychologen.

**Kosten**

Beim Erstkontakt wird ein Antrag zum OEG ausgefüllt, sofern nicht bereits gestellt.  
Die Kosten für zunächst fünf Einzelgespräche werden in jedem Fall vom Versorgungsamt übernommen. Nach Prüfung des Antrags können sich weitere zehn Behandlungseinheiten anschließen.  
Alle am Verfahren beteiligten Personen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

# Physiologische Veränderungen bei PTBS in Ruhe

- **Stressreaktion und Stresshormone** bleiben erhöht (Schreckreaktion)
- **Erniedrigte Cortisol** Spiegel im Blut, verstärkte Hemmung nach Dexamethason, niedrige ACTH-Werte nach CRH Gabe (HPA-Achse)
- Erhöhung des CRH im Liquor, Neurotransmitter bei Angst
- Erhöhter Beta **Endorphinspiegel**
- **Sympathikus** Hormone erhöht (Norepinephrin-Werte im Blut)
- Veränderung des **Hippocampus**
- Aktivierung der **Amygdala**, Verkleinerung
- Erniedrigung der **Herzfrequenzvariabilität**
- Erhöhung von **RR, HF, Hautleitfähigkeit**
- Veränderung der **Schlafzyklen** (Einschlafstörungen, Fragmentierung, erhöhter REM Anteil, Alpträume)

# Behandlungsphase I: Stabilisierung

Entwicklung eines „**sicheren inneren Ortes**“ in der Vorstellung

- Sie sollen sich dort völlig sicher und geborgen fühlen

# Behandlungsphase I: Stabilisierung

## Entwicklung von „nur guten inneren Helfern“

- Gute Wesen für: Gesundheit, Mut, kluge und weise Ratschläge, Sicherheit
- Sollen Fabelwesen sein
- ▶ Menschen sind nie nur gut

# Behandlungsphase I: Stabilisierung

- **Tresorübung**
  - Alle Gedanken, die stören, in einen Tresor packen
- **Baumübung**
  - Auftanken, sich öffnen für gute äußere Einflüsse
- **Techniken des Dissoziationsstopps**
  - Inneres Video des traumatischen Ereignisses wird mit einer imaginativen Fernbedienung angehalten und zurückgespult
    - ▶ Flashbacks im Ablauf gestört

# Behandlungsphase I: Stabilisierung

- Arbeit mit Gegenbildern
- Arbeit mit dem inneren Kind
  - ▶ Form des Selbstmanagements und Selbsttröstung

# Behandlungsphase I: Stabilisierung

- Arbeit an Täterintrojekten
  - Bei schweren Traumata Täter oft als Täterintrojekt ins Selbst aufgenommen

# Behandlungsphase II: Begegnung mit dem Trauma zur Traumasynthese

- Ziele:
  - Traumasynthese
  - Traumaintegration

# Behandlungsphase II: Begegnung mit dem Trauma zur Traumasyntese

## Drei Traumaexpositionstechniken

1. Bildschirmtechnik (Bandler, 1988)
2. Beobachter-Technik
3. „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“  
(EMDR, Shapiro 1995)

# Behandlungsphase II: Begegnung mit dem Trauma zur Traumasyntese

## Wirkfaktoren der Expositionsmethoden

- aus unkontrollierbarem Stress wird kontrollierbarer Stress (Hüther, 1997)
- State dependent learning: traumatische Erfahrungen werden durch erneutes Erleben in der therapeutischen Situation verändert (Kirsch, Krause, 1999)
- Bei EMDR möglicherweise spezifische hirnhysiologische Abläufe (van der Kolk 1997)
- Wesentlicher Faktor: mitfühlender Zeuge (Therapeut)

# Behandlungsphase III: Trauer und Neuorientierung

- Arbeit an Schuld- und Schamgefühlen, auch evtl. eigener Schuld (Hirsch, 1997a)
- Verzernte Gegenwartsbeziehungen überdenken und umgestalten

# Imaginationen als Kraftquelle

- Baum
- Garten
- Innere Helfer
- Krafttiere

# „Der Notfallkoffer“

## Dissoziationsstopp und Spannungsregulation

- **Ziel:**

- Abbau von Spannungen
- Vernünftiges Denken und Handeln trotz Stress
- Steigerung der Stresstoleranz

- **Weg:**

- individuell effektiver Weg zur Ablenkung
- zur Selbstbesänftigung
- welche Phantasien helfen bei der Stresstoleranz
- Liste von Fertigkeiten ( Notfallkoffer)
- Imaginationsübungen, z.B. „sicherer Ort“

# Distanzierungstechniken

- Sicherer Ort
- Lichtstromtechnik
- Tresorübung
- Videotechnik



# Imaginationen als Kraftquelle

- Baum
- Garten
- Innere Helfer
- Krafttiere



# Ressourcen

## Jeder Mensch hat Ressourcen!!!

- Fähigkeiten (Lesen, Malen, Schreiben, Sport..)
- Gute Erlebnisse
- Gute Beziehungen
  - Zu Menschen
  - Zu Tieren
- Gute Phantasiegestalten aus der Kindheit und Jugendzeit

# Unterbrechung dissoziativer Zustände

- Orientierung zu Ort/Zeit/Person erfragen, ggf. geben
- Sinneswahrnehmungen ansprechen:
  - 5-4-3-2-1-Übung ( sehen, hören, spüren)
  - Olfaktorisch: Ätherische Öle
  - Gustatorisch : z.B. Chilli-Gummibärchen, Chilli-Schoten
  - Sensorisch: Cold Pack, Igelball, kneifen, Bewegung, bewusstes Atmen
  - Akustisch: Musik
- „ich bin jetzt hier, es ist vorbei“
- Belastende Dinge in den Tresor packen
- Pat. ansprechen

# Behandlungselemente

- Morgen- und Abendkontakt mit der Bezugspflegeperson
- Stabilisierende , ressourcenorientierte Psychodynamische Gruppe
- Psychother. Einzelgespräche
- Stabilisierungsübungen
- Psychoedukative Gruppe
- Trauma-Expositionsbehandlung ( EMDR; Beobachtertechnik, Bildschirmtechnik)
- Kunsttherapie
- Bewegungstherapie
- Reittherapie
- Musiktherapie
- Sozialarbeit
- Qi Gong
- Medizinische Sprechstunde
- Psychopharmakotherapie
- Entspannung

# Gedächtnisqualitäten

## Explizites Gedächtnis

- Narrativ; deklaratives, semantisches, episodisches Gedächtnis
- Vom Bewusstsein nutzbares Faktenwissen; **Kontrolle**

## Implizites Gedächtnis

- Nichtdeklaratives, prozedurales Gedächtnis
- Handlungsrountinen, Gewohnheiten, Priming-Effekte (Stimmungen, Gefühle u.a. Auslöser von Handlungen), konditionierte Reaktionen; dissoziative Gedächtnis-inhalte. **Nicht kontrollierbar**

# ZNS-Strukturen für Trauma- Gedächtnis

- Thalamus
  - Integration sensorischer Afferenzen
  - Filter der sensorischen Informationsvermittlung an Kortex, Amygdala und Hippocampus
  - Im Trauma starke Einengung des Wahrnehmungsfeldes, dadurch ggf. Desorganisation ganzheitlicher Erinnerung
- Amygdala (Corpus amygdaloidem, Mandelkern)
  - Kontrolle des affektiven Arousal und der emotionalen Bedeutungsattribution im hippocampal gesteuerten deklarativen Gedächtnis
  - Moderate bis erhöhte Erregung fördert Langzeitgedächtnis; sehr hohes Arousal interferiert endokrinologisch mit Hippocampus

# ZNS-Strukturen für Trauma- Gedächtnis

- Hippocampus
  - Transfer emotional bewerteter oder affektiv getönter Stimuli und Erfahrungen in das Langzeitgedächtnis
  - Kognitiv abgleichende Einordnung, semantische Kontextualisierung, räumlich zeitliche Einordnung
  - Aufbau eines narrativen, autobiografischen Gedächtnisses
  - Unter Extremstress Zusammenbruch, hippocampale Amnesie
- Temporallappen
  - Verbindung zu Amygdala und Hippocampus
  - Unter Extremstress Depersonalisations- und Derealisationserleben, dissoziative Fugue, halluzinatorisches Erleben

# Gedächtnisfunktion im Trauma

- In traumatischen Situationen arbeiten und lernen implizites und explizites Gedächtnis parallel.
- Deklarative Erinnerung über Hippocampus, nichtdeklarative (emotionale u.a. Erinnerungen) über Amygdala (u.a. im präfrontalen Cortex und Temporallappen) aktiviert
- Parallele Aktivierung beider Gedächtnissysteme erzeugt ganzheitliche bewusste Erinnerung
- Aktivierung des impliziten Gedächtnisses (z.B. durch assoziative Reize) ohne oder mit ungenauen expliziten Erinnerungen erzeugt Flashbacks

# Gedächtnisfunktion im Trauma

- Beeinträchtigung der deklarativen Informationsverarbeitung (via Hippocampus) im Trauma durch endogenes Hyperarousal (u.a. Steroidwirkung)
- Bei extremer oder andauernder Stresserfahrung kann der Hippocampus die Cortisolausschüttung nicht mehr angemessen steuern und verliert die Fähigkeit, Stresserfahrungen angemessen kognitiv zu verarbeiten
- Hippocampale Dysfunktion verändert die Gedächtnis-Leistung (Fragmentation, Verzögerung im Langzeitgedächtnis)
- Erhöhte Cortisol-Spiegel verändern Gedächtnis-Leistung v.a. in verbal-deklarativen Funktionen, im Neu-Lernen

# Pathologische Veränderungen im Hippocampus auf Rezeptor-Ebene

- Bei Depression und „normalem Stress“ höhere Cortisol-Spiegel, aber Zahl und Sensitivität der Cortisol-Rezeptoren ist erniedrigt („Glucocorticoid-Resistenz“)
- Cushing-Patienten haben exzessiv hohe Cortisol-Spiegel und dadurch bedingte Endokrinopathien
- Bei PTSD höhere Rezeptor-Dichte (3x höher als bei major depression)
- Die Rezeptoren sind empfindlicher (Yehuda 1995)
- Erhöhte Cortisol-Spiegel sind direkt zytotoxisch

# DESNOS

= **D**isorder of **E**xtrēm **S**tress **N**ot **O**therwise  
**S**pecified

# DESNOS-Kriterien nach DSM IV

## **A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus**

- Chronische Affektdysregulation
- Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
- Selbstdestruktives und suizidales Verhalten
- Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
- Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

# **B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins**

- Amnesie
- Dissoziation und Depersonalisation

# C. Somatisierung

- Gastrointestinale Symptome
- Chronische Schmerzen
- Kardiopulmonale Symptome
- Konversionssymptome
- Gestörte Sexualität

# D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- Änderung in der Selbstwahrnehmung: chron. Schuldgefühle; Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: Verzernte Sichtweisen und Idealisierung des Schädigers; exzessive Beschäftigung mit Rachephantasien
- Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen:
  - Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen aufrechtzuerhalten
  - Die Tendenz, erneut Opfer zu werden
  - Die Tendenz, andere zum Opfer zu machen

# E. Veränderungen in Bedeutungssystemen

- Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Verlust früherer  
persönlichkeitsstabilisierender  
Lebensüberzeugungen

# Distanzierungstechniken

- Sicherer Ort
- Lichtstromtechnik
- Tresorübung
- Videotechnik

# „Viktimisierungsstörung“ durch soziale Gewalterfahrung

- Gefühl, für andere jegliche Attraktivität verloren zu haben
  - Isolierung und Unfähigkeit zu vertrauen
  - Verlust an Selbstvertrauen
  - Unterdrückte oder übersteigerte Wutgefühle
  - Bagatellisierung eigener Verletzungen
  - Amnesie für die Gewalterfahrung
  - Neigung des Opfers zur Beschuldigung seiner selbst anstelle des Täters
  - Neigung, wieder Opfer zu werden (Reviktimisierung)
  - Übernahme der Weltsicht und Idealisierung des Täters
- nach Ochberg 1993

# Unser Therapieangebot

- Morgenbewegung
- Morgenkontakt  
Bezugspflege
- Psychodynamische  
Gruppe
- Psychoedukative  
Gruppe
- Gestaltungstherapie
- Bewegungstherapie
- Reittherapie
- Musiktherapie
- Sozialarbeit
- Einzeltherapie

# Therapie der seelischen Traumatisierung

- **Psychotherapie**
  - **Imaginative Verfahren**
  - **Kognitiv-behaviorale Verfahren**
  - **Körpertherapie, künstlerische Therapie**
  - **Psychodynamische Verfahren**
  - **EMDR ( Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)**
- **Pharmakotherapie**
  - **SSRI**
  - **TCA**
  - **MAO-Hemmer**
  - **Stimmungsstabilisierer ( Lithium, Carbamazepin ,Valproat)**

Behandlungsphase II:  
Begegnung mit dem Trauma zur Traumasyntese

## Drei Trauma-Expositionstechniken

1. Verhaltenstechnische Konfrontationsverfahren (Eßlinger, 1998)
  - prolongierte Exposition (Rothbaum und Foa, 1997)

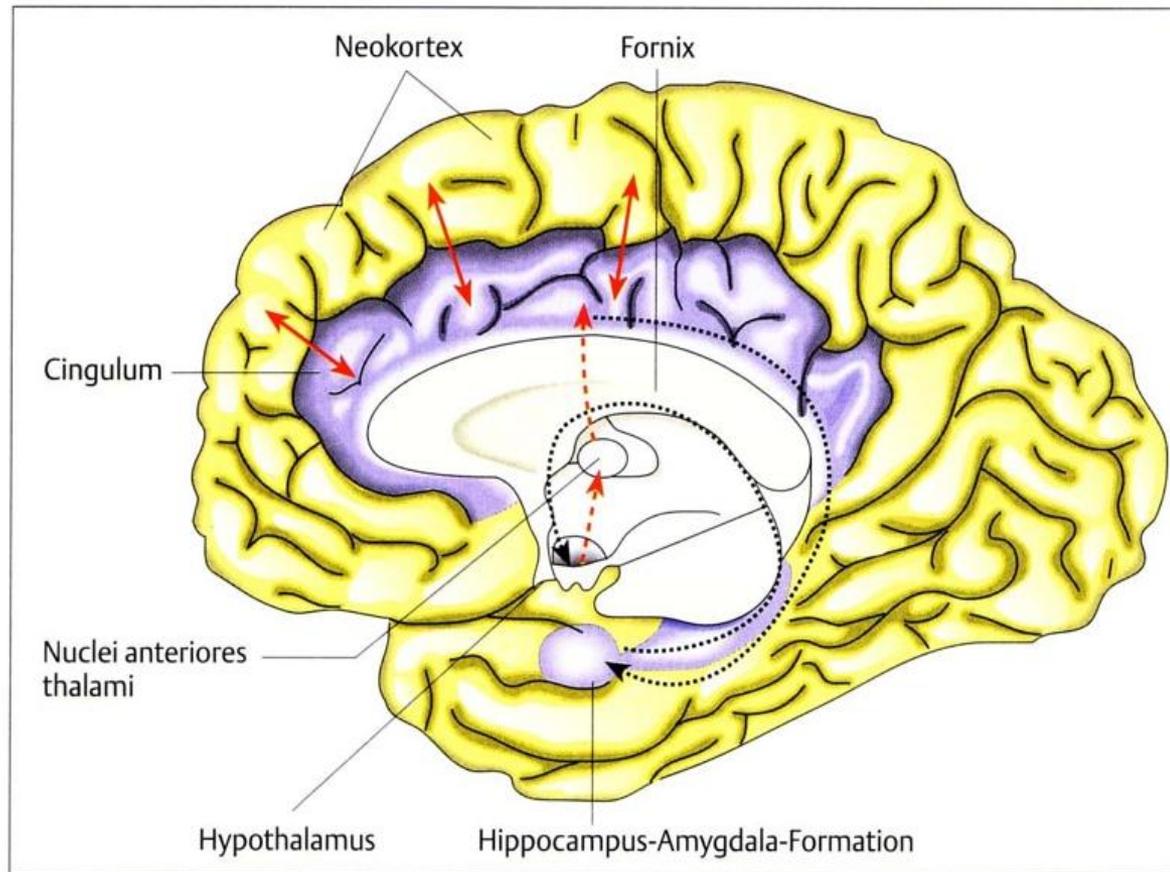
# ZNS-Strukturen für Trauma-Gedächtnis

- Hippocampus
  - Transfer emotional bewerteter oder affektiv getönter Stimuli und Erfahrungen in das Langzeitgedächtnis
  - Kognitiv abgleichende Einordnung, semantische Kontextualisierung, räumlich zeitliche Einordnung
  - Aufbau eines narrativen, autobiografischen Gedächtnisses
  - Unter Extremstress Zusammenbruch, hippocampale Amnesie
- Temporallappen
  - Verbindung zu Amygdala und Hippocampus
  - Unter Extremstress Depersonalisations- und Derealisationserleben, dissoziative Fugue, halluzinatorisches Erleben

# Gedächtnisfunktion im Trauma

- Beeinträchtigung der deklarativen Informationsverarbeitung (via Hippocampus) im Trauma durch endogenes Hyperarousal (u.a. Steroidwirkung)
- Bei extremer oder andauernder Stresserfahrung kann der Hippocampus die Cortisolausschüttung nicht mehr angemessen steuern und verliert die Fähigkeit, Stresserfahrungen angemessen kognitiv zu verarbeiten
- Hippocampale Dysfunktion verändert die Gedächtnis-Leistung (Fragmentation, Verzögerung im Langzeitgedächtnis)
- Erhöhte Cortisol-Spiegel verändern Gedächtnis-Leistung v.a. in verbal-deklarativen Funktionen, im Neu-Lernen

# Das limbische System



# Gedächtnisqualitäten

## Explizites Gedächtnis

- Narrativ; deklaratives, semantisches, episodisches Gedächtnis
- Vom Bewusstsein nutzbares Faktenwissen; **Kontrolle**

## Implizites Gedächtnis

- Nichtdeklaratives, prozedurales Gedächtnis
- Handlungsrountinen, Gewohnheiten, Priming-Effekte (Stimmungen, Gefühle u.a. Auslöser von Handlungen), konditionierte Reaktionen; dissoziative Gedächtnisinhalte. **Nicht kontrollierbar**

# „Viktimisierungsstörung“ durch soziale Gewalterfahrung

- Gefühl, für andere jegliche Attraktivität verloren zu haben
- Isolierung und Unfähigkeit zu vertrauen
- Verlust an Selbstvertrauen
- Unterdrückte oder übersteigerte Wutgefühle
- Bagatellisierung eigener Verletzungen
- Amnesie für die Gewalterfahrung
- Neigung des Opfers zur Beschuldigung seiner selbst an Stelle des Täters
- Neigung, wieder Opfer zu werden (Reviktimisierung)
- Übernahme der Weltsicht und Idealisierung des Täters

nach Ochberg 1993

# Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F 62.0

1. Eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber
2. Sozialer Rückzug
3. Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit
4. Ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein
5. Entfremdung

Persönlichkeitsänderung muss über **mindestens 2 Jahre** bestehen und nicht auf eine vorher bestehende Persönlichkeitsstörung oder auf eine andere psychische Störung außer einer PTSD zurückzuführen sein

# Traumatische Erfahrungen bei Flüchtlingen

- Mehrzahl der Flüchtlinge stammt aus aktuellen Kriegs-/Konfliktgebieten( Afghanistan, Irak, Syrien...)
- Krieg, Vertreibung, Zerstörung des Heimatortes
- Haft, Folter, Todesdrohungen
- Zeugenschaft bei Gewalt, Morden
- Sexualisierte Gewalt, Vergewaltigung
- Beschneidung, Zwangsheirat
- Zwangsprostitution
- Eigene Täterschaft( z.B. Kindersoldaten)
- Lebensgefahr/ Gewalt auf der Flucht
- Übergriffe in Deutschland

# ZNS-Strukturen für Trauma- Gedächtnis

- Thalamus
  - Integration sensorischer Afferenzen
  - Filter der sensorischen Informationsvermittlung an Kortex, Amygdala und Hippocampus
  - Im Trauma starke Einengung des Wahrnehmungsfeldes, dadurch ggf. Desorganisation ganzheitlicher Erinnerung
- Amygdala (Corpus amygdaloidem, Mandelkern)
  - Kontrolle des affektiven Arousal und der emotionalen Bedeutungsattribution im hippocampal gesteuerten deklarativen Gedächtnis
  - Moderate bis erhöhte Erregung fördert Langzeitgedächtnis; sehr hohes Arousal interferiert endokrinologisch mit Hippocampus

# Was ist erforderlich?

- Dringend erforderlich ist die Versorgung mit geeigneten Dolmetschern, z.B.

[Dolmetscherpool@Reutlingen.de](mailto:Dolmetscherpool@Reutlingen.de)

# Präventive Faktoren Trauma

(vgl. Reddemann 2004, Fullerton et al. 1992)

## Person-

- Resilienz „Man kann beenden, was dem Leben entgegensteht“
- Sense of Coherence  
(Antonovsky)
  - Sinnhaftigkeit
  - Verstehbarkeit
  - Kontrolle/ Bewältigbarkeit
- Religiosität

## umweltbezogen

- Soziale Unterstützung
- Aufenthaltsstatus
- (Aus-)Bildung