

1 Grundlagen

1.1 EMDR als neurobiologisch informierter Psychotherapieansatz

A. Hofmann

1.1.1 Einleitung

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist ein weltweit anerkannter neuer Psychotherapieansatz, der in den späten achtziger Jahren von Dr. Francine Shapiro entwickelt wurde [581]. Bekannt wurde EMDR durch die für seine Wirksamkeit wichtigen bilateralen Augenbewegungen und die Vielzahl von Studien, die die hohe Wirksamkeit bei der posttraumatischen Belastungsstörung bestätigen und als Therapie der ersten Wahl bei PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) etabliert haben [52]. Bemerkenswert ist außerdem, dass EMDR im Vergleich zu anderen traumazentrierten Verfahren eine deutlich geringere Konfrontationszeit mit dem belastenden Erlebnis erfordert und sowohl im Bereich der Verbesserung der Lebensqualität als auch bei dem ökonomischen Kosteneinsatz eine deutliche Überlegenheit zeigt [357].

In den letzten Jahren wurden außerdem zunehmend kontrollierte Studien veröffentlicht, die die hohe Wirksamkeit von EMDR auch im Bereich depressiver Störungen, Angststörungen und bestimmter Schmerzstörungen belegen [84], [550]. 2019 wurde weiterhin in der Fachzeitschrift *Nature* der wahrscheinliche Hauptwirkmechanismus von EMDR im Rahmen von Tierversuchen gefunden und belegt [1].

Auf diese vielen Aspekte der EMDR-Therapie werden wir in diesem Buch noch im Detail eingehen. Beginnen möchten wir jedoch mit dem Einsatz von EMDR bei jener Störung, bei der die hohe Effektivität von EMDR zuerst belegt wurde, der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

1.1.2 Psychische Traumatisierungen

Extreme Belastungssituationen hinterlassen häufig seelische Verletzungen bei den Betroffenen. Entsprechende Situationen sind:

- gewalttätige Angriffe auf die eigene Person
- schwere Verkehrsunfälle
- Vergewaltigung
- Erleben von Lebensbedrohung in einer Naturkatastrophe
- kriegerische Auseinandersetzungen
- Gefangenschaft
- Folter
- jahrelange schwere Misshandlungen als Kind

Diese Verletzungen können von einem Teil der Opfer solcher traumatisierenden Ereignisse – je nach Schweregrad – ohne besondere professionelle Hilfe verarbeitet werden. Bei einem anderen Teil der Opfer kommt es zu mehr oder minder starken seelischen Störungen. Diese durch neurobiologische Veränderungen verursachten Störungen können, ähnlich wie schwer heilende körperliche Verletzungen, nicht selten über Jahre verschiedene Formen von Beschwerden verursachen, die die Leistungsfähigkeit der Betroffenen spürbar beeinträchtigen und die Lebensqualität deutlich einschränken können (► Abb. 1.1).

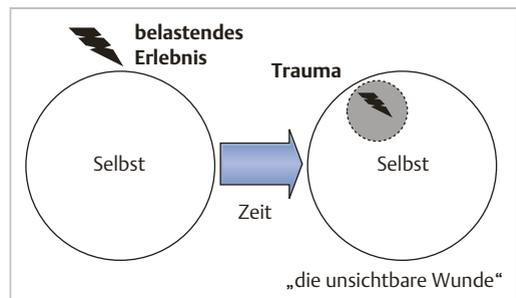


Abb. 1.1 Psychisches Trauma als „unsichtbare Wunde“.

► Chronifizierung und traumatischer Prozess.

Die Abfolge von manchmal wechselnden Störungen und Gesundheitsproblemen, die das Opfer eines oder mehrerer traumatisierender Ereignisse in einem längeren Verlauf erlebt, kann als Chronifizierungsprozess oder „traumatischer Prozess“ beschrieben werden [142]. Über die Wichtigkeit dieses Vorgangs besteht ein zunehmender Konsens bei führenden Wissenschaftlern, zumal es bei diesem Prozess auch zu Symptomverschiebungen und Diagnoseänderungen kommen kann, die auf den Heilungsverlauf deutlichen Einfluss ausüben können. Dieser Prozess gleicht dann nicht selten einer komplizierten Wundheilung, bei der die Widerstandskraft des Verletzten mit mehr oder minder starker äußerer Hilfe zur Heilung der Wunde führt, die aber auch, wenn Widerstandskraft und Hilfe von außen zu schwach sind, eine chronische Vereiterung, eine Abszessbildung und eine dauerhafte Einschränkung nach sich ziehen kann.

Während dieses traumatischen Prozesses kann eine solche Wunde verschiedene Krankheitsbilder verursachen. Die Wunde kann bluten, eitern, sich mit verschiedenen Keimen infizieren. Sie kann aber auch scheinbar abheilen und in der Tiefe immer noch einen schmerzhaften Abszess bilden. Auch wenn die meisten Wunden unkompliziert abheilen, sind die Risiken einer solchen Komplikation bei schwerer verletzten Patienten deutlich größer. Ein erfahrener Chirurg wird daher – trotz der verschiedenen äußeren Erscheinungsformen solcher Wundkomplikationen – nicht den zugrunde liegenden Krankheits- bzw. Heilungsprozess aus den Augen verlieren.

Bei Patienten mit einer seelischen „Wunde“ kann sich eine solche Verletzung durchaus zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich darstellen. So kann sich auch die Hauptdiagnose eines Patienten mit einer seelischen Verletzung im Verlauf einer schweren Traumafolgestörung in der Tat mehrfach ändern.

Praktisches Beispiel

B

Infolge von Kriegereignissen kann z. B. direkt nach den Erlebnissen bei einem Flüchtling (oder einem Soldaten) eine akute Belastungsreaktion vorliegen. Dieser folgt eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1), einige Zeit später kommt eine Depression (F 32.1) dazu. Nachdem der Patient über längere Zeit immer wieder ihn intensiv überflutende, mit dem ursprünglichen Trauma verbundene Bilder und Gefühle erlebt, entdeckt er, dass Alkohol (oder Drogen) diese Beschwerden lindern können und gleitet über Jahre in eine Alkoholerkrankung (F 10.2) oder eine Drogensucht ab. Die alten Freunde, eventuell auch die Partnerin, ziehen sich zurück und der Betroffene verändert sich und isoliert sich immer mehr. Sein Leben wird mehr und mehr von dem Trauma geprägt.

Auch wenn dies nur ein Beispielfall ist, so haben doch nicht wenige der amerikanischen Soldaten, die z. B. aus dem Vietnamkrieg zurückkehrten, eine solche Entwicklung durchlaufen. Auch in der Kindheit durch sexuelle Gewalt traumatisierte Menschen können über die Jahre nach einer solchen Traumatisierung ähnlich komplexe Krankheitsentwicklungen mit wechselnden Symptomen, Hauptdiagnosen und Alltagsproblemen auf der Grundlage eines traumatischen Prozesses ausbilden. Wie dieser Prozess im Einzelnen verläuft, hängt dabei von der konkreten Situation oder den Situationen der Traumatisierung ab, dem Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung und u. a. auch von den persönlichen und sozialen Kompensationsmöglichkeiten der Betroffenen.

Auf diese Vielgestaltigkeit, besonders der komplexen chronischen Erkrankungsverläufe nach psychischer Traumatisierung, wird im Weiteren noch eingegangen (Kap. 4.10).

Wichtig

M!

Diagnose ist nur Momentaufnahme

Wichtig an dieser Stelle ist in erster Linie, die „Diagnose“ beim Opfer einer psychischen Traumatisierung als eine Momentaufnahme in einem erst der komplexeren Betrachtung zugänglichen Prozess zu verstehen, dem sich die Behandlungsbemühungen der Psychotherapeuten gemeinsam mit den Widerstandskräften des Patienten entgegenstellen.

► **Posttraumatische Belastungsstörung.** Eine Schlüsselstellung zum Verständnis der Traumafolgestörungen nimmt die posttraumatische Belastungsstörung ein [146]. Sie ist zwar keineswegs die einzige Erkrankung, die als Folge einer Traumatisierung auftreten kann, jedoch zentral für Verlauf und Verständnis traumatischer Prozesse. In der Definition der posttraumatischen Störung nach der „International Classification of Diseases“ (ICD-11; 11. Auflage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO) sind die von der medizinischen Forschung bisher aufgezeigten Beobachtungen und Symptome aufgelistet. Diese haben jedoch auch immer wieder Anlass zum Widerspruch gegeben, so dass – im Gegensatz zu dem Eindruck, den die ICD vermittelt – die posttraumatische Belastungsstörung noch keineswegs so gut verstanden ist und sich die Diagnose seit ihrer ersten Konzeption 1980 immer wieder ein wenig im Fluss befindet. Die Diagnosekriterien sind jedoch schon so weit entwickelt, dass sie eine genauere Betrachtung verdienen und ein weitergehendes Verständnis der Erkrankung und letztlich auch des traumatischen Prozesses vieler Opfer ermöglichen können. Wir beziehen uns hierbei auf die neueste Auflage der ICD-11, wobei wir an einigen Stellen Rückbezüge zu anderen Klassifikationsmanualen nehmen.

1.1.3 Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

A-Kriterium

Was als „psychisches Trauma“ – genauer als traumatisierendes Erlebnis – anzusehen ist, wurde immer wieder diskutiert. Wird der Begriff zu eng gefasst, werden Menschen mit klinisch behandlungswürdigen Beschwerden (z. B. nach längerer Intensivstationsbehandlung wegen einer Verbrennung) nicht diagnostiziert. Wird der Begriff der traumatisierenden Situation zu weit gefasst, kann letztlich jede Alltagssituation (wie eine kleinere Verletzung bei einem Kind) als traumaauslösend verstanden werden und der Begriff „Psychotrauma“ verliert seine Präzision, die klinische Praxishöhe und Glaubwürdigkeit. Die ICD-11 hat das Problem durch eine Charakterisierung und eine Auflistung möglicher traumatisierender Situationen im Rahmen des A1-Kriteriums gelöst.

Definition



Charakterisierung traumatisierender Situationen

„Einem (kurz- oder langfristigen) Ereignis oder einer Situation extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur ausgesetzt zu sein. Zu solchen Ereignissen gehören unter anderem das unmittelbare Erleben von Naturkatastrophen oder von Menschen verursachten Katastrophen, Kämpfen, schweren Unfällen, Folter, sexueller Gewalt, Terrorismus, Übergriffen oder akut lebensbedrohlichen Krankheiten (z. B. Herzinfarkt), das Miterleben der drohenden oder tatsächlichen Verletzung oder des Todes anderer auf plötzliche, unerwartete oder gewaltsame Weise und das Erfahren des plötzlichen, unerwarteten oder gewaltsamen Todes eines geliebten Menschen.“ (ICD-11)

Wenn ein solches Ereignis geschieht, besteht für das Opfer meist auch eine lebensbedrohliche oder als lebensbedrohlich erlebte Situation. In einer solchen Situation wird das Opfer von Ängsten,

Kampf- und Fluchtimpulsen, aber auch von Verzweiflung überflutet; in der griffigen Formulierung Sigmund Freuds: Der „seelische Reizschutz“ wird überflutet.

Traumatische Erlebnisse

Eine Antwort darauf, welcher Art die Erlebnisse sind, die eine posttraumatische Belastungsstörung auslösen können, hat Kessler in seiner amerikanischen repräsentativen Diagnostikstudie in Detroit gefunden [270]. Er hat dabei mit seinem Team die von den Befragten genannten Ereignisse in der Häufigkeit ihrer Nennung aufgelistet (► Abb. 1.2). Gleichzeitig hat er die Häufigkeit des Auftretens einer PTBS dargestellt. Danach sind die häufigsten *belastenden Erlebnisse* die Zeugenschaft (von Belastungen anderer) sowie Unfälle. Weniger häufig sind die 2 Kategorien der *interpersonellen Gewalt* sowie (noch weniger genannt) die 2 Kategorien der *sexuellen Gewalt*.

Schaut man jedoch auf die Häufigkeit einer posttraumatischen Störung bei diesen verschiedenen genannten Erlebnissen, so zeigt sich, dass bei interpersoneller Gewalt (Menschen gegen Menschen) ein deutlicher Schritt nach oben in der Entstehung einer PTBS vorgenommen wird (etwa ein Drittel der Betroffenen behält die Störung), während die sexualisierte Gewalt nochmals einen Schritt nach oben bedeutet beim Anteil der durch eine PTBS Geschädigten.

Merke

M!

Sexualisierte Gewalt (wahrscheinlich neben der Folter) erscheint so als einer der stärksten Auslöser für eine PTBS.

Betrachtet man die Verteilung von Männern und Frauen, so zeigt sich, dass etwa 50% aller Frauen mit PTBS diese durch körperliche und sexuelle Gewalt erworben haben, während dies nur bei 15% der Männer der Fall ist [63], [263]. So erklärt sich in den Praxen der Psychotherapeuten vielleicht auch der hohe Anteil an Patientinnen, die über Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen berichten: Ein sexueller Übergriff ist einerseits kein seltenes Ereignis und andererseits ist es das Ereignis, das am stärksten zur Chronifizierung einer PTBS beiträgt.

Intrusionen

„Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften aufdringlichen Erinnerungen, Rückblenden oder Albträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet.“ (ICD-11)

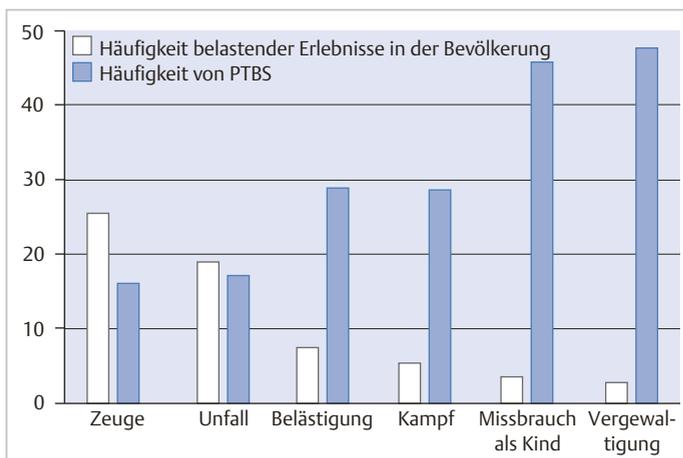


Abb. 1.2 Häufigkeit belastender Erlebnisse in der Bevölkerung und Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei verschiedenen belastenden Erlebnissen (Datenquelle: [270]).

► **Flashbacks.** Das traumatische Erlebnis wird in eigenartiger Form von den Opfern immer wieder erlebt. In sog. *Flashbacks* oder Nachhallerinnerungen, manchmal auch in belastenden Träumen, drängt sich die Erinnerung an das Ereignis immer wieder auf. Typisch für diese Flashbacks, die bei leichterem Auftreten auch *Intrusionen* oder *intrusive Erinnerungen* genannt werden, ist die Art, in der diese Erinnerungen auftauchen. So erwecken gerade Flashbacks beim Opfer den Eindruck, als ob das traumatische Erlebnis gerade eben geschehe. Es ist, als ob diese Erinnerungen kaum zeitliche Zuordnung hätten und so von den Patienten auch letztlich nicht als „vorbei“ erlebt werden könnten.

Auf der anderen Seite sind die Flashbacks häufig durch bestimmte *Auslöser* (sog. *Trigger*) – Umstände, die an das Trauma erinnern – wieder hervorruft. Solche Auslöser können sein:

- *visuelle Eindrücke* (wie z. B. ein Wald bei einem Opfer eines Überfalls in einem Wald)
- *Geräusche* (wie das Motorgeräusch eines Hub-schraubers bei einem Kriegsveteranen)
- *Gerüche* (wie der Alkoholgeruch bei einem Patienten, der von seinem alkoholkranken Vater misshandelt wurde)
- *taktile Eindrücke* (wie die Annäherungen des eigenen Partners bei sexuell in der Kindheit traumatisierten Patienten)
- *bestimmte Gefühle* (wie eine bestimmte Stimmung, die plötzlich wieder Erinnerungen und Bilder von einer fröhlichen Autofahrt weckt, die mit einem schweren Unfall endete)

Manchmal treten die Flashbacks auch ohne identifizierbaren Auslöser auf, manchmal wird der Auslöser aber auch einfach nicht bemerkt. Eine spezielle Form des Flashbacks sind die nicht selten über Jahre konstanten Alpträume, in denen eine traumatische Situation in einer symbolisierten Form, meist mit deutlichen Angstgefühlen (z. B. als persistierender Verfolgungstraum), erinnert wird. Gelegentlich wird aber auch solch ein Traum am Morgen danach nicht mehr erinnert; lediglich ein langsam abklingendes Gefühl (meist von Angst) sowie vom Partner berichtete Nachtunruhe weisen auf das zugrunde liegende Symptom hin (in diesem Fall ein D2-Symptom: Schlafstörungen) [296].

Vermeidung

„Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder die Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis oder die Ereignisse erinnern.“ (ICD-11)

Häufig in der Folge dieser intrusiven Erinnerungen beginnt das Opfer damit, Umständen, die dem Trauma ähneln, aus dem Weg zu gehen, um belastende Nachhallerinnerungen nicht mehr auszulösen. So kann das Unfallopfer nach einem schweren Autounfall beginnen, Autofahrten zu vermeiden und selbst nicht mehr zu fahren. In einer Steigerung der Vermeidung werden auch keine öffentlichen Verkehrsmittel mehr benutzt und bei manchen Opfern kommt es sogar zu Ängsten, überhaupt auf die Straße zu gehen.

► **„Konditionierung zweiter Ordnung“.** Neben dieser Form der *Angstausbreitung* kann es auch zu Verbindungen von Alltagsgegenständen oder Alltagssituationen und dem Trauma kommen, wohl am ehesten verständlich durch Assimilationsprozesse zwischen traumatischen Assoziationen und Alltagsassoziationen. In der Literatur werden derartige Prozesse auch durch den Begriff der *Konditionierung zweiter Ordnung* beschrieben und u. a. durch Funktionsstörungen im Hippocampus erklärt [328]. So entwickeln manche Vergewaltigungsopfer in verständlicher Abwehr der „schmutzigen Tat“ Ängste vor „normalem“ Schmutz. Gelegentlich breiten sich auch diese Prozesse aus und können eine regelrechte Strategie der Vermeidung von „Verschmutzungen“ auslösen. (Ausschlusskriterium ist natürlich, wenn ein derartiges Verhalten schon vor der Traumatisierung bestand.)

Übererregung

„Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, die sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt. Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen an und führen zu erheblichen Beeinträchtigungen im persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“ (ICD-11)

Diese **Gruppe von Kriterien** beschreibt u. a. eine Übererregbarkeit und erhöhte Schreckreaktion, die von den Patienten häufig nicht mit dem Trauma in Verbindung gebracht wird. Es sind dies folgende:

- **Schlafstörungen**
- **Reizbarkeit und Wutausbrüche** (Wer denkt bei solchen „Symptomen“ an ein Traumaopfer?)
- **Überwachheit** (Hypervigilanz), die bei einigen Patienten sogar das Hörvermögen deutlich verstärken kann.
- erhöhte **Schreckhaftigkeit** (messbar in der sog. *Startle Response*)

Ein weiteres Symptom, die **Konzentrationsschwierigkeit**, muss natürlich differenzialdiagnostisch abgeklärt werden, ist aber auch nicht selten bei Opfern psychischer Traumatisierungen.

Insgesamt klagen viele dieser Opfer allgemein über eine „innere Unruhe“, die sie häufig nicht näher beschreiben können und die gut zu der sympathikotonen Übererregung passt, die die PTBS charakterisiert.

Ein weiteres wichtiges Merkmal vieler Patientinnen und Patienten, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, ist das Auftreten dissoziativer Erinnerungsstörungen, eine **dissoziative Amnesie**. Dieses Kriterium bestand noch in der ICD-10, wurde aber in der ICD-11 lediglich als dissoziative Symptome in die Liste der zusätzlichen Merkmale der PTBS übernommen. Wir führen es an dieser Stelle etwas detaillierter auf, da es für

eine ganze Reihe von Patienten eine enge Überlappung zwischen Amnesie und dissoziativen Störungen gibt, die unbedingt beachtet werden sollte.

(Teil-)Amnesie

In diesem Kriterium ist eine „teilweise oder vollständige Unfähigkeit, wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern“ als ein mögliches Symptom nach einer Traumatisierung aufgeführt. Dieses Phänomen der Erinnerungslücken nach Traumata, eine **dissoziative Amnesie**, ist ein Problem, das die Diagnostik von Traumastörungen erheblich komplizieren kann. Stellen Sie sich einen Patienten vor, der alle anderen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung aufweist, sich aber nicht an ein traumatisches Ereignis erinnern kann.

► **Dissoziative Amnesie als Abwehr.** Dass dieses Phänomen der dissoziativen Amnesie nicht selten ist, zeigt eine Untersuchung von Diana Elliott, die sie an einer repräsentativen Stichprobe in der US-Bevölkerung an über 1000 Probanden durchführte [125]. Zunächst stellte sie die Frage, ob jemand schwere traumatisierende Lebensereignisse erlebt hätte. Weitergehend befragte sie die Personen mit traumatischen Erlebnissen, ob es jemals eine Zeit nach dem Trauma gegeben hätte, in der die Opfer das traumatische Ereignis entweder gar nicht (volle Amnesie) oder nur lückenhaft (Teilamnesie) erinnert hätten (► Abb. 1.3).

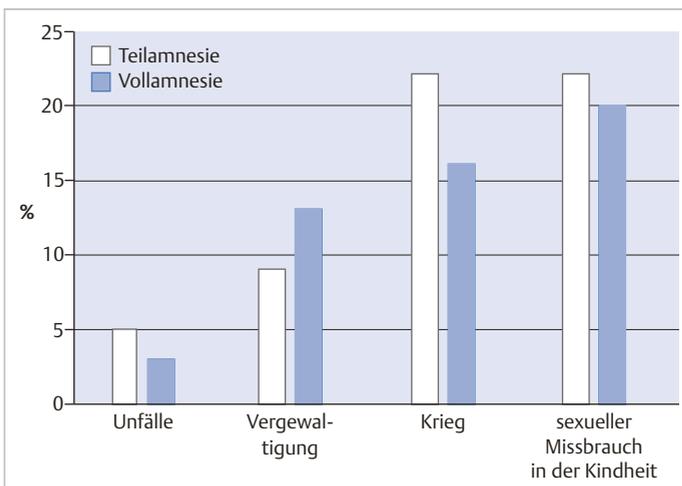


Abb. 1.3 Amnesie als Abwehr. Voll- und Teilamnesien nach Traumata bei einer repräsentativen Studie (Datenquelle: [125]).

Die Auswertung, in der Grafik nach Ereignissen geordnet, gibt einen wichtigen Hinweis: So scheint in der Übersicht der Grad der Amnesie mit bestimmten Aspekten der Schwere der Traumatisierung stark zu korrelieren. Sowohl ein Unfall als auch eine Vergewaltigung stellen in der Regel umschriebene Einzelereignisse dar. Die nur knapp in ihren Amnesie-Werten darüber liegenden Vietnam-Veteranen (im Krieg durchschnittlich 19-jährig) befanden sich hingegen 9 Monate unter Lebensbedrohung. Am deutlich stärksten tritt eine Amnesie aber bei den oft jahrelang andauernden Misshandlungen durch sexuelle Gewalt im Kindesalter auf. Der Anteil derjenigen (meist Frauen), die hier über volle Amnesien berichteten, betrug in dieser Gruppe 20%. Dieser auf den ersten Blick unvermutet hohe Wert ist mittlerweile auch in einer prospektiven Studie erhärtet worden.

Williams [585] hat eine Gruppe von Kindern, die nachweislich nach sexueller Gewalt in einer Ambulanz vorgestellt worden waren, nach 17 Jahren nachuntersucht. Der Anteil derer, die sich nun als junge Frauen nicht an die sexuelle Traumatisierung erinnern konnten, betrug ebenfalls um die 20%.

In der von Frau Elliott [125] durchgeführten Untersuchung wurde übrigens auch nach den Umständen des Wiederauftauchens der Erinnerung gefragt. Es waren in der Regel Medienpräsentationen wie Filme (54%) oder Berichte über Umweltereignisse (37%), die den Beginn der Wiedererinnerung an ein Trauma einleiteten. Nur eine Minderzahl der Befragten (14%) begann, sich in einer psychotherapeutischen Behandlung an ihre Traumatisierungen in der Kindheit zu erinnern. Ohne das Phänomen der wiederauftauchenden Erinnerung an Traumatisierungen hier vollständig diskutieren zu können, lassen sich jedoch schon aus den hier zitierten Studien einige Hinweise auf den klinischen Umgang mit dem Phänomen gewinnen, welches ja auch nicht selten spontan im Verlauf von EMDR-Behandlungen auftritt.

Definition

[]

EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Und noch eine andere Seite der D 1-Symptomatik wird sichtbar, welche ein allgemeines diagnostisches Problem der Systematik von Traumafolgerkrankungen zu sein scheint: die schwierige Symptomatik.

Merke

M!

Schwierige Symptomatik von Traumafolgestörungen

Eigentlich ist D 1 eine *eigene dissoziative Diagnose*, nämlich die Diagnose einer „dissoziativen Amnesie“ (F 44.0). Der Einschluss der Amnesie in die PTBS-Diagnose macht auch die schwierige Stellung von Traumafolgestörungen in ICD-11 und DSM-5 (DSM = Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders) zwischen Angststörungen und den dissoziativen Störungen deutlich [532].

Zusätzliche Merkmale

Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen an und führen zu erheblichen Beeinträchtigungen im persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen Bereich oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Mittlerweile steht fest, dass bei ca. 15% der Menschen, die an einer PTBS erkranken, diese verzögert beginnt [1]. Zusammenfassend kann man sagen, dass bestimmte Zeitkriterien zwar in der derzeitigen PTBS-Diagnose beschrieben, aber damit noch keineswegs für alle Patienten gültig sind.

Als **zusätzliche häufige Merkmale** werden weiterhin aufgeführt: „Das emotionale Erleben von Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung umfasst häufig Wut, Scham, Traurigkeit, Demütigung oder Schuldgefühle, einschließlich der Schuldgefühle von Überlebenden.“

Von den beschriebenen zusätzlichen Merkmalen werden die meisten als Teil des traumatischen Prozesses bzw. als teils früh einsetzende Komorbiditäten verstanden:

„...allgemeine Dysphorie, dissoziative Symptome, somatische Beschwerden, Suizidgedanken und -verhalten, sozialer Rückzug, übermäßiger Alko-

hol- oder Drogenkonsum zur Vermeidung des erneuten Erlebens oder zur Bewältigung emotionaler Reaktionen, Angstsymptome einschließlich Panik sowie Zwangsvorstellungen oder Zwänge als Reaktion auf Erinnerungen an das Trauma.“ (WHO ICD-11)

Wichtig für die Praxis ist es, die Symptome der PTBS überhaupt (z. B. in einer Reihe von Komorbiditäten) zu erkennen und dadurch die Entwicklung einer Behandlungsstrategie für den Patienten zu erleichtern [493].

Traumatische Erinnerung als fragmentierte Erinnerung

Die Ursache der in der posttraumatischen Belastungsstörung am klarsten fassbaren speziellen Symptomatik von Traumafolgestörungen war lange unklar. Neurobiologisch orientierte Untersuchungen zu traumatischen Erinnerungen und PTBS haben die Forschung in den letzten Jahren weiterentwickelt und mehr Klarheit in die Thematik gebracht [172], [329], [334], [358], [447], [485], [600], [601], [603].

Beteiligte Gehirnzentren

Für diesen in ► Abb. 1.4 sehr vereinfacht dargestellten Prozess sind einige spezielle **Gehirnzentren** zuständig:

- **Thalamus**: Schaltstelle für die eintreffende sensorische Information
- **Hippocampus** (nach seiner Form benannt: *Seepferdchen*): ebenfalls ein Teil des limbischen Systems, kann den Zugriff zu räumlich und zeitlich geordneten Informationen der Erinnerungen herstellen; hier liegt sozusagen ein (Zwischen-) Archiv des Gehirns, in dem in kategorialer Weise ohne große Affekte wichtige „Sachinformationen“ (z. B. „Wo ist in dieser Stadt der Bahnhof?“) zur Verfügung stehen (bei der PTBS wird nur ein Teil der traumatischen Erinnerung überhaupt hier vernetzt, da wichtige Teile der Information fragmentiert sind).
- **Corpus amygdaloideum** (nach seiner Form benannt: *Mandelkern*): ebenfalls ein Teil des sog. limbischen Systems, hat viel mit der Verarbeitung von Emotionen und Erinnerungen zu tun. Hier wird – sehr vereinfacht gesagt – die „Wichtigkeit“ einer Information bewertet und in einer sehr schnellen Verschaltung werden auch Angst, Flucht und Kampfreaktionen mobilisiert. Bei der PTBS scheint vor allem dem basolateralen Mandelkern eine zentrale Rolle zuzukommen, da die mit dem auslösenden Erlebnis verbundene Erinnerungsspur dort eine Hyperaktivität zurücklässt, die ein wesentliches Element der zentralen Psychopathologie der PTBS darstellt [406], [485], [603].

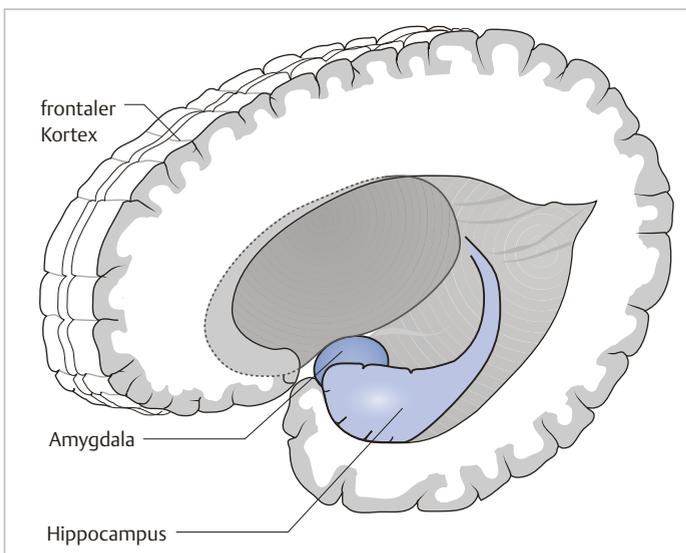


Abb. 1.4 Topografie einiger in der Traumaverarbeitung wichtiger Gehirnstrukturen.

- **Frontalhirn:** kann hier in seiner Funktion nur sehr verkürzt wiedergegeben werden und erfüllt wichtige Funktionen der Integration verschiedener Informationen sowie der Planung zukünftiger Handlungen. Dies ist der Ort, an dem wichtige Informationen der Vergangenheit als Erinnerungen zur Verfügung stehen sollten, um sozusagen als „Planungsgrundlage“ verwendet werden zu können. In der Pathologie der PTBS scheint die reduzierte Fähigkeit, vor allem des mediofrontalen Kortex und des anterioren Zingulums, die überreaktive Amygdala zu kontrollieren, ebenfalls zu den zentralen neurobiologischen Mechanismen zu gehören.

Neurohormonale Systeme

Wenn es nun zu einem oftmals lebensbedrohlichen traumatischen Ereignis kommt, wird der diesbezügliche kontinuierliche Fluss von Informationen zu ihren Verarbeitungszentren im Gehirn unterbrochen, u. a. durch eine Welle von Neurotransmittern, die den Organismus mobilisieren. Diese neurohormonalen Systeme scheinen, u. a. nach Untersuchungen von Bremner et al. [61], auch mit wichtigen Symptomen der Traumafolgestörungen zusammenzuhängen:

- Die **adrenergen Systeme** schütten Adrenalin und Noradrenalin aus, die die Bereitstellungsreaktion für Kampf und Flucht erhöhen und so in einer akuten Gefahrensituation die Überlebenschancen verbessern. Bei den Traumafolgestörungen werden die adrenergen Systeme mit Ängsten, Übererregbarkeitssymptomatik und den „state-abhängigen“ Erinnerungen, die an der Flashback-Symptomatik beteiligt sind, in Zusammenhang gebracht.
- Die **kortikotropen Systeme** schütten Kortisol und CRH (Corticotropin-releasing Hormone) aus. Letzteres wird bei den Traumafolgestörungen mit Ängsten und Hypervigilanz, aber auch mit der Schädigung von Nervenzellen, speziell im Hippocampusbereich, in Zusammenhang gebracht.
- Die **endogenen Opiate** ermöglichen u. a. eine Analgesie (z. B. wenn bei einem Unfallereignis der Schmerz einer Verletzung nicht gespürt wird, bis eine Angehörige auch gerettet ist), scheinen aber auch mit Phänomenen der Dissoziation verbunden zu sein.

- Dazu gibt es noch andere Systeme, wie das **dopaminerge System**, dem ebenfalls eine mögliche Beteiligung an Hypervigilanz-Phänomenen zugeschrieben wird, oder das **serotonerge System**, das ebenfalls an „state-abhängigen“ Erinnerungen beteiligt scheint.

Fragmentierung der Erinnerung

Was aber geschieht mit den Informationen nach einem traumatischen Ereignis? Um diese Frage zu beantworten, befragte van der Kolk [280] am Massachusetts General Hospital 46 erwachsene Opfer verschiedener Traumatisierungen. Das Spektrum der Traumata reichte dabei von Gewalt und sexuellen Übergriffen in der Kindheit bis zu Unfällen und Kriegserfahrungen im Erwachsenenalter. Die Untersuchungsfragen bezogen sich dabei auf die Art, wie die Opfer das Trauma zu verschiedenen Zeitpunkten nach dem Trauma erinnerten: direkt nach dem traumatischen Ereignis, zum Zeitpunkt der maximalen Beschwerden und zum Zeitpunkt der Befragung. Wesentlich war dabei, in welcher **Modalität** das Trauma erinnert wurde:

- **visuell** (als Bild oder Folge von Bildern)
- **affektiv**, gefühlsmäßig (z. B. als trauriges Gefühl)
- **taktil** oder als somatosensorischer Sinneseindruck (z. B. als Stoß oder Berührung)
- **olfaktorisch** als Geruchseindruck (z. B. Brandgeruch)
- **auditiv** als akustische Erinnerung (z. B. Pistolenschüsse, Schreie)
- **narrativ** als Geschichte (die man von einem traumatischen Ereignis erzählen kann)

Die Ergebnisse dieser Befragung sind in ► Abb. 1.5 dargestellt. Einige der Beobachtungen in dieser Studie sind dabei besonders bemerkenswert und von therapeutischer Konsequenz: Schwere seelische Traumata scheinen vor allem nahe dem Ereignis, überwiegend in einzelne Sinnesqualitäten fragmentiert, erinnert zu werden, aber auch zu dem Zeitpunkt, wenn die Beschwerden am größten sind (und am wahrscheinlichsten therapeutische Hilfe aufgesucht wird). Die Modalitäten sind dabei nicht immer verbunden, so dass für die Opfer nicht selten verwirrende Erfahrungen (Brandgeruch in einer Situation, in der es nicht brennt) entstehen können.

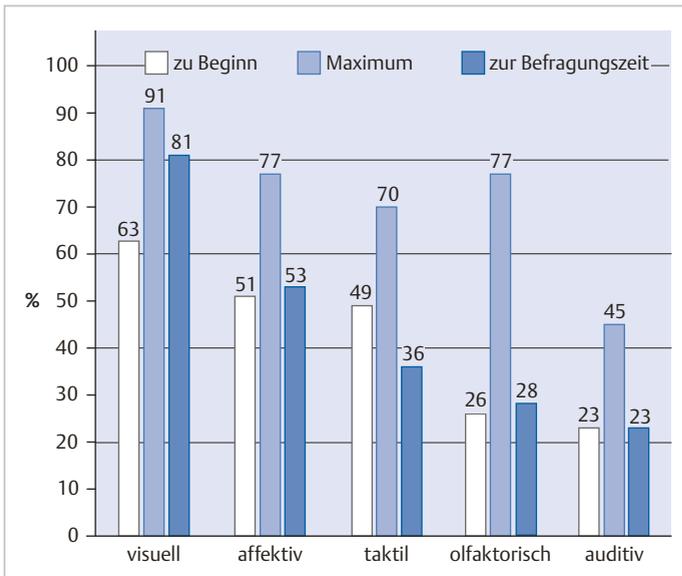


Abb. 1.5 Fragmentierte Erinnerungen. 46 Traumatisierte berichten über die Modalitäten ihrer Erinnerungen (Datenquelle: [280]).

► **Visuelle Erinnerung am häufigsten.** Am häufigsten wird ein Bild erinnert, lediglich in etwa 20% der Fälle hat das Opfer keine bildhafte Erinnerung an das traumatische Erlebnis.

► **Kaum narrative Erinnerung.** Kurz nach der Traumatisierung bestand bei keinem der Opfer eine narrative Erinnerung. Selbst zum Zeitpunkt maximaler Beschwerden – dem Zeitpunkt, an dem ein Kontakt mit therapeutischer Hilfe am wahrscheinlichsten ist – bestand für noch nicht einmal 50% der Betroffenen die Möglichkeit, eine zusammenhängende Geschichte der Traumatisierung zu erzählen. Für die Behandlung dieser Patienten hat dieser Befund weitreichende Konsequenzen.

Merke

M!

Die zum Teil verwirrenden Sinneseindrücke und auftauchenden Erinnerungsfragmente gehören zum typischen Bild psychisch Traumatisierter.

Blockierte Informationsverarbeitung

► **Posttraumatische Pseudohalluzinationen.** Die oft von Patienten geäußerten Ängste wie *jetzt werde ich verrückt* oder *Sie werden mir nicht glauben*

können entkräftet und der Patient kann beruhigt werden, dass es sich bei den Erinnerungen nicht um psychotische Halluzinationen, sondern um *posttraumatische Pseudohalluzinationen* handelt. Bei chronischen Verläufen kann der psychopathologische Befund derartiger auftauchender Erinnerungsfragmente über Jahre und Jahrzehnte konstant bleiben.

Die neurophysiologische Grundlage dieser Phänomene beschäftigte Rauch und van der Kolk [280]. In einer späteren Untersuchung wurden bei acht Opfern verschiedener Traumatisierungen (z. B. ein Feuerwehrmann, der die verkohlten Reste eines Brandopfers geborgen hatte, oder eine Frau, die den Tod ihrer Kinder verursacht hatte, weil sie über eine rote Ampel gefahren war) traumatische Erinnerungen durch Vorlesen der Traumageschichte (*Traumaskript*) ausgelöst, während gleichzeitig mithilfe der Positronenemissionstomografie (PET) festgehalten wurde, in welchen Bereichen des Gehirns ein erhöhter Glukoseverbrauch auftrat. Diese Aufnahmen wurden mit PET-Aufnahmen bei einer nicht belastenden Alltagsgeschichte verglichen und die summarischen Differenzen festgestellt [439].

► **Neurophysiologische Grundlagen.** Dabei zeigte sich in der PET-Untersuchung ein interessantes Muster der Gehirnaktivierung. Das Gehirn war