

Stress, Trauma, Dissoziation

Symptomatik, Erklärungsmodelle und Therapieverfahren bei
dissoziativen Störungen



Zusammenfassung des Symposiums vom 8. November 2018

Dr. Gabriella Hänggi

Programm

- 14.00–14.15** **Begrüßung und Einführung**
Prof. Dr. med. Katja Cattapan, stv. Ärztliche Direktorin, Chefärztin Psychotherapie und Privatstationen, Sanatorium Kilchberg AG
- 14.15–15.00** **Trauma und Dissoziation – Klinische Implikationen**
Ao. Univ.-Prof. Dr. Astrid Lampe, Stellvertretende Direktorin, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck
- 15.00–15.45** **Dissoziative Störungen mit körperlicher Leitsymptomatik. Klinische Phänomenologie – psychotraumatologischer und neurobiologischer Kontext – Therapieansätze**
Univ.-Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer, Vorstand Universitätsklinik für Psychiatrie u. Psychotherapeutische Medizin, LKH-Univ. Klinikum Graz
- 15.45–16.15** **Kaffeepause**
- 16.15–17.00** **IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy) – Bewältigung von Trauma und Stress**
Dr. med. Rolf Köster, Ärztlicher Leiter ZPPB, Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie & Beratung, Bremgarten
- 17.00–17.45** **Stressbedingte Hyperalgesie und Dissoziation als Folge psychischer Traumatisierung – Konsequenzen für eine bio-psycho-soziale Schmerztherapie**
Prof. Dr. med. Ulrich T. Egle, Fachexperte für Psychosomatik, Senior Consultant, Sanatorium Kilchberg AG
- Ab 17.45** **Apéro mit allen Teilnehmenden**

Im Rahmen eines am 8. November 2018 im Sanatorium Kilchberg durchgeführten Symposiums wurden verschiedene Aspekte von dissoziativen Störungen, die infolge einer frühen traumatischen Erfahrung ausgelöst werden, beleuchtet und eine auf der Imagination beruhende Therapiemethode zur Behandlung von Erwachsenen mit Traumafolgestörungen vorgestellt. Darüber hinaus wurde auf die stressbedingte Hyperalgesie und auf Konversionsstörungen eingegangen, die sich als Langzeitfolgen übermässiger psychischer Belastungen entwickeln können.

Prof. Dr. med. Katja Cattapan, stv. Ärztliche Direktorin, Chefärztin Psychotherapie und Privatstationen am Sanatorium Kilchberg AG, wies in ihrer Einleitung zu den historischen Hintergründen der Dissoziation darauf hin, dass dissoziative Phänomene in der Antike unter dem Begriff Hysterie zusammengefasst wurden. Dieses Hysteriekonzept nahm eine Wanderung der Gebärmutter infolge sexueller Enthaltsamkeit als Ursache an, weshalb hysterisches Verhalten über eine lange Zeit irrümlischerweise als reine Frauenerkrankung angesehen wurde. Im Mittelalter galt die Hysterie als Ausdruck der Besessenheit durch den Teufel, die aus dem Körper ausgetrieben werden musste, was zu schweren Misshandlungen der Betroffenen bis hin zu Folter und Mord führte. Zu einem Wandel des Erklärungsmodells kam es, als der französische Neurologe Jean Martin Charcot die Hysterie 1877 als somatische Erkrankung beschrieb, die als Antwort auf traumatische Erlebnisse bei psychobiologischer Vulnerabilität entsteht. In den folgenden Jahren befasste sich der Psychiater Pierre Janet eingehend mit Studien zur Hysterie und entwickelte darauf aufbauend in seiner Doktorarbeit «L'Automatisme Psychologique» seine Theorie zur Dissoziation, welche dissoziative Phänomene als Ausdruck passiver mentaler Prozesse deutete, die auf eine autoregulative Verarbeitung traumatischer Prozesse rückschliessen lassen.

Ein verstärktes Interesse erlangten dissoziative Bewusstseinsstörungen in den 1970er-Jahren durch die Auseinandersetzung mit den psychischen Langzeitfolgen bei Veteranen des Vietnamkrieges, welche zur zunehmenden Anerkennung der pathogenetischen Relevanz von traumatischem Stress für dissoziative Phänomene führte. Nach dem heutigen aetiopathologischen Modell von Stressfolgeerkrankungen bestimmen die genetische Prädisposition sowie biografische Faktoren wie frühkindliche Bindungserfahrung, frühe Stresserlebnisse und Trauma die Entwicklung der phänotypischen Vulnerabilität beziehungsweise der Resilienz eines Individuums. Bei einer erhöhten Vulnerabilität können Belastungen wie Trauma oder chronischer Stress die Entwicklung von psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen begünstigen, wobei Bewältigungsstrategien und Ausbau der Ressourcen die Ausprägung der Störungen abschwächen können.

Trauma und Dissoziation – Klinische Implikationen

Wie Ao. Univ.-Prof. Dr. Astrid Lampe, Stellvertretende Direktorin, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie an der Medizinischen Universität Innsbruck, ausführte, kommt es bei dissoziativen Störungen nach dem «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)» der American Psychiatric Association zu Unterbrechungen in der normalen Integrationsfähigkeit von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körpervorstellung, motorischer Kontrolle und Verhalten. Die typischen Manifestationen dissoziativer Störungen werden phänomenologisch einerseits in die psychoformen dissoziativen Symptome, welche die negativen Symptome Amnesie, Depersonalisation und emotionale Betäubung und die positiven Symptome Stimmenhören, «gemachte» Emotionen und Wiedererleben der affektiven und kognitiven Komponenten des Traumas umfassen, und andererseits in die somatoformen dissoziativen Symptome, zu denen die negativen Symptome Schmerzlosigkeit, körperliche Betäubung und motorische Hemmungen und die positiven Symptome lokalisierte Schmerzen, «gemachte» Körperempfindungen und Wiedererleben der körperlichen Komponenten des Traumas gehören, aufgeteilt.

Nach aktuellen Schätzungen beträgt die Prävalenz der dissoziativen Störung in der Allgemeinbevölkerung 2 bis 10 Prozent und in der Allgemeinpsychiatrie 5 bis 17 Prozent, während die Prävalenz der dissoziativen Identitätsstörung in der Allgemeinbevölkerung bei 2 bis 3 Prozent und in der Allgemeinpsychiatrie bei 1 bis 6 Prozent liegt.

Eine Dissoziation entsteht, wenn die mentale Integrationsfähigkeit von Kindern soweit überfordert wird, dass sich kein vereinheitlichtes Gefühl von Selbst ausbilden kann, das sich über verschiedene Verhaltenszustände aufrechterhalten lässt. Als Ursache der Dissoziation wird neben einer chronischen Traumatisierung ein desorganisiertes Bindungsmuster beziehungsweise ein Bindungstrauma angenommen, wobei sich das durch Angst ohne Ausweg charakterisierte Verratstrauma als besonders problematisch erweist. Ein Zustand der Angst ohne Ausweg kann entstehen, wenn die Bindungsperson sowohl Täter als auch Schutzgeber ist, was zu einer gleichzeitigen Aktivierung des Bindungs- und des Defensivsystems führt. In einer derart ausweglosen Situation bietet die Dissoziation eine Möglichkeit, durch einfache Verleugnung, oder in extremen Fällen durch aktive Unterdrückung der Erinnerung an den Verrat, eine Bindung zum Täter aufrechtzuerhalten.

Das Konzept der strukturellen Dissoziation nimmt ein dreistufiges Modell an, das die Ausprägungen von Traumatisierung und Dissoziation anhand der Komplexität der Aufspaltung der Persönlichkeit beschreibt. Die primäre strukturelle Dissoziation, die nach einer einmaligen Traumatisierung auftritt, zeigt sich als eine Aufspaltung der Persönlichkeit in einen «emotionalen Persönlichkeitsanteil» und einen «anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil». Dabei ist der «anscheinend normale Persönlichkeitsanteil» demjenigen Persönlichkeitsanteil zugeordnet, der durch die Vermeidung der traumatischen Erinnerung mit emotionaler Betäubung und einer teilweisen oder kompletten Amnesie im Alltag weiter funktioniert, als wäre nichts geschehen. Der «emotionale Persönlichkeitsanteil» entspricht dem dissoziierten, traumatisierten Persönlichkeitsanteil, der durch psychobiologische Funktionen wie Flucht, Kampf oder Erstarrung für die Verteidigung und Abwehr zuständig ist. Bei der komplexen sekundären Dissoziation, die auf wiederholte, zumeist bereits in frühester Kindheit erlittene Traumatisierungen zurückzuführen ist, erfolgt eine weitere Fragmentierung des «emotionalen Persönlichkeitsanteils» in mehrere täteridentifizierte «emotionale Persönlichkeitsanteile» neben einem einzigen «anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil». Die komplexe tertiäre Dissoziation, die bei chronischen, komplexen, sich wiederholenden Traumatisierungen seit frühester Kindheit entstehen kann, manifestiert sich durch eine zusätzliche Aufspaltung sowohl in mehrere täteridentifizierte «emotionale Persönlichkeitsanteile» als auch in mehrere «anscheinend normale Persönlichkeitsanteile».

Die zunächst als Schutzmechanismus in einer traumatischen Situation entwickelte Dissoziation kann sich im Laufe der Zeit zu einer gewohnheitsmäßigen Anpassungsleistung selbst bei geringer Belastung einschleifen und wird somit zu einem Vermeidungsmechanismus, der einer angemessenen Situationsbewältigung und dem Sammeln neuer emotionaler Erfahrungen entgegensteht.

Die Diagnostik dissoziativer Phänomene beruht auf der Suche nach indirekten Hinweisen wie Kindheitstraumata oder Amnesien, fruchtlosen langen Psychotherapien oder multiplen Psychatrieaufenthalten, Selbstverletzung, psychiatrischen und psychosomatischen Symptomen sowie Schlafstörungen, wobei durch eine behutsame Fragetechnik jegliche Destabilisierung, beispielsweise durch konfrontatives Vorgehen, vermieden werden sollte. Als Hindernisse bei der diagnostischen Abklärung erweisen sich das mangelnde Vertrauen und das Schamgefühl der Patienten, die Amnesie und das fehlende Bewusstsein über die Symptomatik, aber auch die Schwierigkeit, dissoziative Phänomene in Worte zu fassen sowie die Angst vor psychiatrischer Etikettierung. Die diagnostische Abklärung

sollte sich bei Bedarf auf dissoziations-spezifische Screening-Instrumente stützen, die das Vorliegen von dissoziativen Symptomen erfassen. Zu diesem Zweck steht insbesondere der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen «FDS» zur Verfügung, der mit 44 «Items» dissoziative Symptome auf den Skalen von 0 bis 100 Prozent bewertet. Falls sich Werte über 40 Prozent ergeben, sollte zur Quantifizierung und Diagnosesicherung das strukturierte klinische Interview für dissoziative Störungen «SKID-D» durchgeführt werden.

Bezüglich der Behandlung von dissoziativen Zuständen geht aus einer wegen methodischer Schwächen eher zurückhaltend zu beurteilenden Auswertung von 8 Studien hervor, dass durch die störungsspezifische Therapie eine Abnahme der dissoziativen, depressiven und posttraumatischen Symptome und eine Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit erreicht werden kann. Die Wirksamkeit einer störungsspezifischen Langzeitbehandlung wird durch die Weiterführung der prospektiven Studie «Treatment of Patients with Dissociative Disorders (TOP DD)» bestätigt, in der unter einer phasenorientierten, dissoziations-spezifischen Behandlung nach einer Nachbeobachtungszeit von sechs Jahren eine signifikante Reduktion der Stressoren, des Wiedererlebens von sexuellen Traumata und der Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen sowie eine bessere allgemeine Funktionsfähigkeit verzeichnet wurde.

Nach den aktuellen Richtlinien ist die Behandlung dissoziativer Störungen von der Art und Schwere der Dissoziation, vom Vorhandensein möglicher komorbider Störungen sowie vom vorherrschenden Funktionsniveau der Patienten abhängig. Die störungsspezifische Therapie der Wahl bei der primären strukturellen Dissoziation umfasst die Identifikation der Auslöser sowie die Vermittlung von Fertigkeiten zur Affektregulation und Konfliktbewältigung mit dem Ziel, die dysfunktionalen dissoziativen Bewältigungsmechanismen nach und nach aufzugeben und durch andere Strategien zu ersetzen.

Bei der sekundären und tertiären Dissoziation wird ein Behandlungsansatz in drei Phasen empfohlen, wobei ein organisiertes System aller miteinander oder gegensätzlich interagierenden Persönlichkeitsanteile berücksichtigt werden sollte. Die erste Behandlungsphase zielt auf das Herstellen von Sicherheit und Stabilität, was zunächst die Aufklärung der Patienten über die Diagnose und Symptome zur Überwindung der Ängste vor den inneren Erfahrungen und den dissoziativen Anteilen erfordert. Ein weiterer wichtiger Aspekt der anfänglichen Stabilisierungsphase liegt darin, den Patienten Fertigkeiten zu vermitteln, die Affekttoleranz und Impulskontrolle zu verbessern und Techniken zur Bewältigung von posttraumatischen und dissoziativen Symptomen sowie von auto-destruktiven Verhaltensweisen zu entwickeln. Als Teil der Auseinandersetzung mit der dissoziativen Störung müssen die Patienten darin angeleitet werden, eigene und fremde mentale Zustände zu reflektieren, maladaptive Verhaltensmuster zu verstehen und sich mit verletzten und verletzenden Persönlichkeitsanteilen auseinander zu setzen. Nach Erreichen einer angemessenen Stabilität fokussiert sich die zweite Behandlungsphase auf die gezielte Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen, indem die Patienten mit den traumatischen Erfahrungen konfrontiert und anschliessend mit spezifischen Interventionen darin angeleitet werden, das Erlebte zu verarbeiten und in die persönliche Lebensgeschichte aufzunehmen. Die dritte Phase befasst sich mit der Integration, wobei im Rahmen einer konfliktzentrierten Psychotherapie schädliche Beziehungsmuster korrigiert werden. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei auf die Trauerarbeit, beispielsweise um die zerstörte Kindheit, sowie auf das Gewöhnen an ein völlig verändertes Selbst- und Lebensgefühl im inneren Erleben und sozialen Verhalten, aber auch auf den Aufbau von neuen Bewältigungsstrategien für verbleibende Probleme wie Ess- und Schlafstörungen oder eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur zu richten. Das Ziel dieses therapeutischen Prozesses liegt darin, dissoziierte Persönlichkeitsanteile wahrzunehmen, die damit

verbundenen Affekte und Ängste auszuhalten und die Integration zu einem einheitlichen Selbstempfinden zu ermöglichen.

Dissoziative Störungen mit körperlicher Leitsymptomatik

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer, Vorstand Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am LKH-Universitätsklinikum Graz, erwähnte einleitend, dass neurologische Symptome ohne strukturelle Läsionen und klare Zuordnung zu neuroanatomischen oder neurophysiologischen Sachverhalten bereits im 19. Jahrhundert ein zentrales Thema der Neurologie waren, wobei aber die grundlegenden seelischen Mechanismen dieser unter dem Begriff der Hysterie zusammengefassten Störungen sehr kontrovers diskutiert wurden. Ein frühes, auf den Untersuchungen von Jean-Martin Charcot und Pierre Janet beruhendes Modell sah die dissoziativen Symptome als eine Desintegration oder Fragmentierung des Bewusstseins, die sich bei Vorliegen einer psychobiologischen Vulnerabilität als Folge von real erlebten Traumata ausbildet. In Abkehr von diesem traumatischen Dissoziationsmodell schlugen Josef Breuer und Sigmund Freud ein psychodynamisches Konversionsmodell vor, gemäss welchem die dissoziativen Symptome als Umsetzung von psychischen und vor allem sexuellen Konflikten in körperliche Symptome zu verstehen sind.

Nach dem klassischen psychodynamischen Konversionsmodell liegen den dissoziativen Konversionsstörungen ungelöste Konflikte aus sexuellen oder aggressiven Triebwünschen auf ödipaler Entwicklungsstufe beziehungsweise deren Reaktivierung im Erwachsenenalter zugrunde, die vom Patienten durch Abspaltung der Erinnerungsinhalte aus dem Bewusstsein verdrängt werden. Als Folge dieser unzureichenden intrapsychischen Konfliktlösung kommt es zu einer Konversion des ursprünglich psychischen Konfliktes in körperliche Symptome, wodurch die Psyche eine Entlastung von der inneren Anspannung erfährt. Neben diesem primären Krankheitsgewinn erleben die Patienten mit der Übernahme einer Krankenrolle einen sozial vermittelten sekundären Krankheitsgewinn, der zu einer weiteren inneren und äusseren Entlastung beiträgt.

Die Konversionsstörungen werden nach der «International Classification of Diseases (ICD-10)» den dissoziativen Störungen zugeordnet und sind gekennzeichnet durch einen teilweisen oder vollständigen Verlust der normalen Integration der Erinnerung, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung von Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Diese Phänomenologie steht in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen, und körperliche Untersuchungen sowie Befragungen liefern keinerlei Hinweis auf bekannte somatische oder neurologische Erkrankungen. Eine konzeptionelle Abkehr vom Bild der psychiatrisch-psychodynamischen Konversionsstörungen findet sich im internationalen Klassifikationssystem «Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (DSM-5)», welches Konversionsstörungen als funktionelle neurologische Störungen betrachtet. Diese neurologischen Störungen werden den somatoformen Belastungsstörungen zugeteilt und beinhalten die Symptomatik veränderter willkürmotorischer und sensorischer Funktionen, die mit anerkannten neurologischen oder sonstigen medizinischen Zuständen inkompatibel sind und durch definierte neurologische Zeichen unter speziellen Untersuchungsbedingungen nachgewiesen werden können.

Bei den funktionellen neurologischen Störungen, deren Symptome in Ausprägung und Manifestation extrem variabel sind, werden die Untergruppen der motorischen und der sensorischen Funktionsstörungen sowie der nicht-epileptischen Krampfanfälle unterschieden. Zu den motorischen Funktionsstörungen mit neurologischer Zielsymptomatik zählen muskuläre Schwächen, Paresen und Plegien

der Extremitäten, des Nackens und Rumpfes, des Gesichtes und der Zunge sowie Gang- und Standstörungen, Symptome des extrapyramidal-motorischen Systems wie Tremor, Dystonie, Dyskinesie, aber auch Schluckbeschwerden, Aphonie, Dysphonie und Harnverhaltung. Als mögliche, aber nicht beweisende Hinweise auf einen funktionellen Charakter von neurologischen Störungen, die sich aus der Anamnese erhalten lassen, gelten ein plötzlicher Beginn mit oft schon initial maximaler Symptomausprägung beziehungsweise Behinderung, eine identifizierbare Auslösesituation, ein statischer Verlauf nach Psychotherapie, eine psychiatrische Komorbidität und – obwohl nicht immer offenkundig – ein primärer und sekundärer Krankheitsgewinn. Zu den Anzeichen, die sich aus der neurologischen Statusuntersuchung ergeben, gehören ein inkonsistentes Bewegungsmuster, das über die Zeit variabel ist und bei Ablenkung reduziert oder beendet und bei Aufmerksamkeit verstärkt wird, sowie Entrainment, Koaktivierung und kontralaterale Aktivierung. Weitere Anhaltspunkte sind ein mit einer organischen Störung inkongruentes Bewegungsmuster wie multiple, bizarre abnorme Bewegungen, paroxysmale Anfälle, ausgelöste Paroxysmen sowie selbst zugefügte Verletzungen, aber auch eine «falsche» motorische Schwäche und bestimmte Typen abnormer Bewegungen. Die sensorischen Funktionsstörungen mit neurologischer Zielsymptomatik umfassen eine vollständige Analgesie, Hypästhesie und Anästhesie, Hyperästhesien, auffällige Defekte im Gesichtsfeld, Blindheit, Taubheit und Halluzinationen, während die psychogenen nicht-epileptischen Anfälle mit neurologischer Zielsymptomatik vom «Grand Mal»-Typ, vom «komplex-partiellen» oder «partiellen» Typ oder aber von einem «elementaren unspezifischen» Typus sein können.

Zum Stellenwert von frühen beziehungsweise aktuellen Traumata für die Entwicklung von funktionellen neurologischen Störungen ergab eine Metaanalyse von 34 Fallkontrollstudien mit 1'405 Patienten mit funktionellen neurologischen Störungen und 2'227 Kontrollpersonen, dass die Häufigkeit von belastenden Ereignissen bei den Patienten mit funktionellen neurologischen Störungen signifikant höher war als bei den Kontrollpersonen. Dabei war das Risiko für funktionelle neurologische Störungen bei einem in der Kindheit erlittenen Trauma höher als bei einem im Erwachsenenalter erlebten Trauma, wobei die Gefährdung bei emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit grösser war als bei sexuellem oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit. Des Weiteren war die Wahrscheinlichkeit, funktionelle neurologische Störungen zu entwickeln, bei einer erst kurz vor dem Symptomeintritt erfahrenen traumatischen Erfahrung höher als bei einem bereits länger zurückliegenden Ereignis. Im Rahmen einer über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren durchgeführten prospektiven Studie mit 169 Patienten mit unterschiedlichen neurologischen Symptomen ergab die diagnostische Differenzierung nach «DSM-5» Inzidenzen von 3.44 Prozent für Konversionsstörungen, von 0.73 Prozent für Somatisierungsstörungen und von 0.23 Prozent für artifizielle Störungen. Als psychosoziale Auslösesituation wurde bei Konversionsstörungen signifikant öfter eine aktuelle Konfliktlage oder eine psychosoziale Belastung festgestellt als bei Somatisierungsstörungen, während umgekehrt eine chronische Belastung bei Somatisierungsstörungen deutlich häufiger vorkam als bei Konversionsstörungen. Bei Somatisierungsstörungen wurden einerseits deutlich höhere Raten an psychiatrischen Komorbiditäten wie Substanzmissbrauch, Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung, Psychosomatose und Zwangsstörung nachgewiesen, und andererseits scheint die frühe psychosoziale Entwicklung eine wichtige Rolle zu spielen, da die Häufigkeit von psychiatrischer Störung oder somatischer Krankheit in der Familie, abnormaler familiärer Beziehung, sexuellem oder körperlichem Missbrauch und Heimerziehung im Vergleich zu der Konversionsstörung signifikant erhöht war. Des Weiteren wurden auch selbstdestruktive Aspekte des Krankheitsverhaltens wie Suizidversuch in der Anamnese, häufige invasive Diagnostik beziehungsweise mehr als fünf Operationen sowie chronisches Schmerzsyndrom vor allem bei Somatisierungsstörungen beobachtet, während bezüglich des Krankheitsverhaltens und des sozialen Status im letzten Jahr bei Vorlegen von Somatisierungsstö-

rungen die Anzahl der Tage im Krankenhaus und der Tage mit Arbeitsunfähigkeit sowie die Anzahl der Pensionierungen wesentlich grösser war.

In der neurologischen Praxis und Klinik weisen heute bis zu 30 Prozent der Patienten funktionelle neurologische Störungen auf, wobei es sich bei 5 bis 10 Prozent der Fälle um Konversionssyndrome handelt. Die diagnostische Abklärung bei Verdacht auf eine Konversionsstörung beginnt mit einer sorgfältigen neurologischen Anamnese mit Erhebung des neurologischen Status, welche mit speziellen Untersuchungstechniken wie bildgebenden Verfahren und neurophysiologischen Untersuchungen gestützt werden muss. Nach dem Ausschluss neurologischer Erkrankungen wird im Rahmen einer psychiatrischen Differenzialdiagnose abgeklärt, ob Komorbiditäten wie Angst, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Somatisierung, Dissoziation, artifizielle Störung und Persönlichkeitsstörung vorliegen. Zur Abgrenzung von Konversionsstörungen gegenüber Somatisierungsstörungen und artifiziellen Störungen erfolgt anschliessend eine psychodynamische Spezifizierung, um die für die Entstehung und Aufrechterhaltung des klinischen Erscheinungsbildes bedeutsamen intrapsychischen und interpersonalen Konflikte und psychosozialen Belastungen sowie das Verarbeitungsniveau zu ermitteln.

«IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy» – Bewältigung von Trauma und Stress
Dr. med. Rolf Köster, Ärztlicher Leiter ZPPB, Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Beratung in Bremgarten, bemerkte einleitend, dass die «Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)» Anfang der 1990er Jahre von Mervyn Schmucker als eine auf Imagination basierende Therapiemethode zur Behandlung von Erwachsenen mit Traumafolgestörungen infolge eines kindlichen sexuellen Missbrauchs entwickelt wurde. Seit dem Jahr 2009 wurde die «IRRT» in Zusammenarbeit von Mervyn Schmucker und Rolf Köster im Indikationsspektrum erweitert und zu einer systematischen, erlernbaren Therapiemethode verarbeitet, die nunmehr in zertifizierten Weiterbildungsprogrammen angeboten werden kann. Mittlerweile besitzt die «IRRT» ein breites Anwendungsspektrum, das neben der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen infolge Typ-II-Traumata auch die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen infolge Typ-I-Traumata wie Unfälle, Überfälle, Vergewaltigungen, Kriegstraumata, aber auch von belastenden Bildern und Erinnerungen im Rahmen nicht-traumatischer Störungen wie Depressionen, Angststörungen, anhaltender Trauerreaktionen, Borderline-Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, Essstörungen, Emotionsregulationsstörungen und Alpträume umfasst.

Die multimodale, auf Bewältigungsbildern beruhende «IRRT» zeichnet sich durch die Arbeit in der Imagination auf der inneren Bühne des Patienten aus, indem dieser mit geschlossenen Augen die in der Vergangenheit erfahrenen Traumata in der Gegenwart schildert. Dabei nimmt der Therapeut eine sokratische Haltung ein und unterstützt den Patienten auf eine fragende und paraphrasierende Art und Weise darin, seine Ressourcen zu aktivieren und individuelle und wirksame Bewältigungsbilder zu entwickeln. Im Rahmen der «IRRT» wird mit drei verschiedenen Persönlichkeitsinstanzen als Protagonisten auf der inneren Bühne des Patienten gearbeitet, nämlich mit dem damaligen traumatisierten Kind-Ich, dem Täter-Bild beziehungsweise dem Täter-Introjekt und dem aktuellen Ich. Besonders grossen Wert wird bei der «IRRT» auf die sprachliche Genauigkeit in den Fragen und Aussagen des Therapeuten gelegt, wobei der Therapeut durch eine inhaltlich offene Fragetechnik, durch die bewusste Verwendung des Konjunktivs sowie durch die Formulierung des Handlungswunsches vor der eigentlichen Handlung in der Imagination den Therapieprozess steuert. Ein weiterer bedeutsamer Aspekt der «IRRT» ist die konzeptuelle Genauigkeit, welche vom Therapeuten fordert, dass er sich stets bewusst ist, in welcher Phase und auf welcher Kommunikationsebene sich der Patient während der «IRRT»-Sitzung gerade befindet.

Die Anwendung der «IRRT» zur Bewältigung von belastenden traumatischen Erinnerungen verläuft in der Regel in drei Phasen, wobei sich die erste Phase auf der subjektiven Erinnerungsebene abspielt und die Aktivierung und Verbalisierung des traumatischen Erlebnisses mit den assoziierten Bildern, Emotionen und Kognitionen sowie die Identifizierung von Momenten der höchsten seelischen Belastung umfasst. Bei der auf der fiktiven Symbolebene stattfindenden zweiten Phase liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung von Bewältigungsbildern, indem im Moment der höchsten seelischen Belastung das aktuelle Ich als zusätzlicher Persönlichkeitsanteil in den Verarbeitungsprozess eingeführt wird. Das Ziel dieser Intervention ist es, durch die Konfrontation des aktuellen Ichs, das über deutlich bessere Ressourcen verfügt und sich dem Täter viel eher gewachsen fühlt als das Kind, die erlebte Hilflosigkeit und Machtlosigkeit sowie den Kontrollverlust während der Traumatisierung zu modifizieren und dadurch den Täter zu entmachten. Nach der Entmachtung des Täters kann auf die dritte, ebenfalls auf der fiktiven Symbolebene ablaufende Phase übergegangen werden, in der durch die imaginative Begegnung zwischen dem aktuellen Ich und dem damaligen Ich einerseits eine Selbstberuhigung und Selbsttröstung und andererseits eine Aktivierung und Korrektur von maladaptiven traumabezogenen Einstellungen und Schemata angestrebt wird.

Bei der Durchführung der «IRRT» zur Bearbeitung einer anhaltenden Trauerreaktion wird nur die zweite Phase mit der Induktion einer imaginativen Begegnung mit dem Verstorbenen angewendet, während bei maladaptiven Selbstschemata nur die dritte Phase mit einer Konfrontation mit sich selbst berücksichtigt wird. Einen neuen und äusserst wirksamen Ansatz stellt das Emotionsregulationstraining «IRRT-ERT» zur Rückfallprävention bei Substanzmissbrauch dar, bei dem mit Hilfe der drei Phasen des Wiedererlebens der Rückfallsituation in der Imagination, der Entmachtung des Verführers und der Konfrontation mit sich selbst die für die Abstinenzsicherheit entscheidenden emotionalen Kompetenzen trainiert werden. Neben den therapeutischen Anwendungen kann die «IRRT» auch für diagnostische Zwecke herangezogen werden, da die in der ersten Phase aufkommenden neuen Erinnerungen auf belastende Emotionen und Kognitionen schliessen lassen. Die zweite Phase ermöglicht das Erkennen eigener Ressourcen oder die Ausprägung eines Ohnmachtsschemas, während die in der dritten Phase feststellbaren Aspekte des Gefühlszustands des Kind-Ich auf den Gefühlszustand des Erwachsenen hinweisen.

Die Einschlusskriterien für die Indikation einer «IRRT» sind das Vorliegen einer psychischen Störung sowie damit zusammenhängende belastende Erinnerungsbilder, die der Patient zusammen mit den begleitenden Affekten auf seiner inneren Bühne aufzurufen in der Lage ist. Als Ausschlusskriterien für eine nach dem klassischen Behandlungsmuster verlaufende «IRRT» gelten eine aktuelle Bedrohung aufgrund einer äusseren Gefährdung durch weiterbestehende schädigende oder missbräuchliche Beziehungen oder eine Selbstgefährdung wegen akuter Suizidalität, Selbstverletzungen oder schädlichem Substanzgebrauch, aber auch eine akute Schizophrenie oder Psychose sowie signifikante Alltagsstressoren in Beruf oder Familie. Zu den relativen Kontraindikationen gehören bleibende vage oder unvollständige Erinnerungen, starke affektive Überflutung oder schwere Dissoziation während der Imagination sowie fortwährende, unkorrigierbare emotionale Vermeidung während der Exposition oder des Um-Schreibens.

Zum therapeutischen Nutzen der «IRRT» zeigen mehrere randomisierte, kontrollierte Studien, dass die Methode zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen mindestens die gleiche Wirksamkeit wie die «Prolonged Exposure»-Therapie, das «Stress Inoculation Training» oder die «Eye Movement Desensitization and Reprocessing»-Behandlung besitzt.

Stressbedingte Hyperalgesie und Dissoziation als Folge psychischer Traumatisierung – Konsequenzen für eine bio-psycho-soziale Schmerztherapie

Wie Prof. Dr. med. Ulrich T. Egle, Fachexperte für Psychosomatik, Senior Consultant, Sanatorium Kilchberg AG, betonte, stellt eine frühe Stressbelastung infolge psychischer Traumatisierung oder emotionaler Deprivation einen bedeutsamen Risikofaktor für die spätere Entwicklung von psychobiologischer Dysfunktion sowie von emotionaler und kognitiver Beeinträchtigung, aber auch von gesundheitlichem Risikoverhalten, Krankheit, sozialen Problemen und sogar für vorzeitigen Tod dar. Zu den gesundheitlichen Langzeitfolgen früher Stresserfahrungen ergab eine nationale Umfrage in England mit 3'885 Teilnehmern, dass das Risiko für Tumorerkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes Typ 2, Schlaganfall sowie respiratorische und metabolische Erkrankungen bei Erwachsenen mit mindestens vier in der Kindheit erlittenen belastenden Erlebnissen signifikant um den Faktor 2.38 bis 5.79 erhöht war. Eine stressbedingte Verkürzung der Lebenserwartung geht aus einer prospektiven britischen Kohortenstudie mit 15'221 im Jahr 1958 geborenen Individuen hervor, wonach im Falle von mindestens zwei in der Kindheit erlebten traumatischen Erfahrungen die Mortalität bis zum 50. Lebensjahr bei den Männern um 60 Prozent und bei den Frauen sogar um 80 Prozent höher war als bei Kontrollpersonen.

Nach den heutigen Erkenntnissen spielen bei der Entstehung von stressinduzierten Langzeitfolgen neben einer genetischen Prädisposition vor allem epigenetische Veränderungen eine Rolle, die sich durch den Einfluss von unterschiedlichen Umweltfaktoren in der pränatalen Entwicklung und im Kleinkindalter ergeben. Eine bedeutsame Auswirkung von chronischem Stress besteht in der Aktivierung des als HPA- oder Stress-Achse bezeichneten Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindensystems, die zur Freisetzung des in zu hohen Mengen neurotoxisch wirkenden Cortisols führt. Im Verlauf der Entwicklung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter treten Zeitperioden mit unterschiedlicher Anfälligkeit für stressinduzierte neuronale Schädigungen auf, wobei in den ersten drei Lebensjahren vor allem der Hippocampus und mit zunehmendem Alter die Amygdala und die HPA-Achse betroffen sind. Darüber hinaus kann auch die pränatale Stressexposition, die sich durch mütterlichen Stress in der Schwangerschaft oder durch vorausgegangene mütterliche Traumatisierung ergibt, eine Beeinträchtigung der Gehirnentwicklung beim Fötus und Kleinkind bewirken.

Eine frühe Bedrohung verursacht über die HPA-Achse vermittelte neurotoxische Schädigungen der Struktur und Funktion des Hippocampus, der Amygdala und des ventromedialen präfrontalen Cortex, die mit einer Beeinträchtigung der Affektregulation im Erwachsenenalter verbunden sind. Demgegenüber führt eine frühe kognitive und soziale Entbehrung zu einer Reduktion der Dicke und des Volumens des assoziativen Cortex infolge verringerter Dendritenverästelung und Synapsenbildung, was mit einer Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Mentalisierungsfähigkeit einhergeht. Ein äusserst wichtiger Einflussfaktor auf die Stressvulnerabilität ist die Bindungserfahrung in der frühen Kindheit, wobei eine unsicher-vermeidende Bindung infolge fehlender Feinfühligkeit der Hauptbezugsperson eine lebenslange Erhöhung der Schmerz- und Stress-Empfindlichkeit verursachen kann. Bei herausfordernden Umweltbedingungen wird das Gehirn im Hinblick auf Sicherheit adaptiv auf eine anhaltende Orientierung auf Überleben programmiert, woraus sich eine Vermeidungsstrategie im Umgang mit den emotionalen Grundbedürfnissen mit fehlender Mentalisierung und der als «action-proneness» bezeichneten Ablenkung durch übermässige Aktivität entwickeln kann. Demgegenüber ermöglichen förderliche Umweltbedingungen dem Gehirn ein Wachsen und Gedeihen, was die Ausbildung eines Verhaltensmusters mit Annäherungsverhalten, Zugang zu den eigenen Bedürfnissen und Mentalisierung erlaubt.

Aufgrund neuerer Forschungsergebnisse wird die Traumaerfahrung über epigenetische Mechanismen von einer Generation auf die nächste übertragen, wobei diese intergenerative Transmission über eine durch Demethylierung bedingte Deaktivierung des Glucocorticoidrezeptor-Gens vermittelt wird. Diese epigenetische Übertragung kann über entwicklungsabhängig programmierte Effekte erfolgen, die sich durch eine Anpassung der Nachkommen auf intrauterine oder frühkindliche Stressexposition ergeben. Als weitere epigenetische Übertragungsmechanismen werden stressinduzierte Veränderungen, die durch eine Traumatisierung der Eltern hervorgerufen wurden, über die Keimbahn an die Nachkommen weitergegeben.

Nach dem heutigen Schmerzverständnis wird das Schmerzerleben durch eine Vielzahl von biologischen und psychosozialen Faktoren beeinflusst, aus deren Dysfunktion eine gesteigerte Schmerzempfindung entsteht. Neurobiologische Forschungsergebnisse der vergangenen Jahre belegen, dass die Schmerzwahrnehmung aufgrund der neurobiologisch starken Überlappung von Stress- und Schmerzverarbeitungssystem im Gehirn direkt durch die neuroendokrinen Einwirkungen von psychosozialen Stressoren hervorgerufen werden kann. Zum Einfluss des Bindungsverhaltens auf das Auftreten von medizinisch unerklärlichen chronischen Schmerzen zeigen die Ergebnisse der US-amerikanischen Studie «National Comorbidity Survey Replication» mit 5'645 Teilnehmern, dass die Vorjahresprävalenz von medizinisch unerklärlichen chronischen Schmerzen 2.45 Prozent betrug und bei einem ängstlichen und vermeidenden Bindungsstil signifikant erhöht war. Von besonderer Bedeutung für die Schmerzwahrnehmung ist auch das als perzeptuelles Gedächtnis bezeichnete neuronale Netzwerk, das die biographischen Vorerfahrungen mit Stress und Schmerz sowie die aktuellen schmerzhaften Körperereignisse im Alltag speichert.

Ein Mechanismus der Schmerzverstärkung verläuft über die Aktivierung proinflammatorischer Botenstoffe wie Cytokine, die durch körperlichen und psychischen Stress über das vegetative Nervensystem im Magen-Darm-Trakt aktiviert werden und im Gehirn Schmerzerleben auslösen können. Aus neueren neurobiologischen Untersuchungen geht hervor, dass ein anhaltender Distress zum Rückgang der Aktivierung von Neuropeptid Y führt, das in den Bereichen von Amygdala und periaquäduktalem Grau sowie auf spinaler Ebene schmerzreduzierend wirksam ist. Des Weiteren kommt es bei einer ängstlichen Erwartungshaltung gegenüber Schmerzen zu einer verstärkten Ausschüttung des im Darm gebildeten Neuropeptids Cholecystokinin, das eine Steigerung der Schmerzwahrnehmung bewirkt. Gemäss einer tierexperimentellen Untersuchung ruft eine frühe Stressexposition eine Aktivierung der Mikroglia hervor, was bei einer erneuten Stressbelastung im späteren Leben zu einer verstärkten Aktivierung und Proliferation dieser Zellen und damit einhergehend zu einer ausgeprägteren Schmerzhypersensitivität und einem erhöhten Risiko für die Entstehung von chronischen Schmerzen führt.

Chronische, nicht-tumor-bedingte Schmerzen, denen eine stressbedingte Hyperalgesie zugrunde liegt, können bei verschiedenen psychischen Störungen wie der Somatisierungsstörung, der Angsterkrankung mit Somatisierung und der anankastischen Persönlichkeitsstörung mit Somatisierung sowie der posttraumatischen Belastungsstörung auftreten. Angesichts der pathologischen Bedeutung der stressbedingten Hyperalgesie sollte eine detaillierte psychosomatische Befunderhebung vorgenommen werden, welche die Exploration von Ängsten, ängstlicher Grundpersönlichkeit, Hypervigilanz, Intrusionen und Flashbacks sowie von Verhaltensmustern wie Perfektionismus, Überaktivität und Leistungsorientierung erfasst. Darüber hinaus sollten die Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend sorgfältig abgeklärt werden, um mögliche psychische Traumatisierung, emotionale Vernachlässigung und Ausgrenzung, aber auch frühe medizinisch bedingte Schmerzerfahrungen zu erkennen. Schliesslich sollten auch die Bindungstypologie und adaptive beziehungsweise maladaptive

ve Stressbewältigungsstrategien ermittelt werden, während als objektivierender psychophysiologischer Marker für Stressvulnerabilität das Ergebnis eines Stresstests unter Biofeedback-Ableitung herangezogen werden kann. Das heutige bio-psycho-soziale Schmerzverständnis mit Unterscheidung der zugrundeliegenden Pathomechanismen erlaubt eine multimodale psycho-somatische Behandlung, welche neben der medizinischen Betreuung und der Einzelpsychotherapie und interaktiven Gruppenpsychotherapie auch ein Training der emotionalen Kompetenz sowie Physio- und Bewegungstherapie und Entspannungsverfahren beinhaltet.

Für weitere Auskünfte steht gerne zur Verfügung

Prof. Dr. med. Katja Cattapan
stv. Ärztliche Direktorin
Chefärztin Psychotherapie und Privatstationen

Telefon 044 716 42 42

Katja.Cattapan@sanatorium-kilchberg.ch