

Der Körper erinnert sich **!**

Vortrag zu Schmerz und Trauma beim
3. Aalener Schmerztage

Dr.med.Helga Ströhle



- Was liegt mir mit diesem Vortrag am Herzen?
- Ein Verständnis dafür zu wecken, dass Schmerz auch Leitsymptom einer psychischen Erkrankung sein kann
- dass Umgang und Begutachtung von Schmerzen eine interdisziplinäre Aufgabe ist.
- dass eine Vernetzung von somatischen Ärzten, Psychotherapeuten und Körpertherapeuten sinnvoll, hilfreich und notwendig ist.

Die Wiederentdeckung des Körpers

„Ich denke, also bin ich“ (Descartes)

„Ich fühle, also bin ich“ (Damasio)

„The body keeps the score“ (van der Kolk)

„Seele- das ist Gehirn, Körper und Beziehung“ (Siegel)

nachMichaelaHuber,2008

Spaltung zwischen Körper und Psyche aufheben?!

- Auseinanderentwicklung von somatisch orientierter Medizin und Psychotherapie
- Auseinanderentwicklung von fast ausschließlich an psychoformen Störungen orientierter Psychotherapie, Körpertherapien und Bindungsforschung
- In der Psychotraumatologie kommen alle diese Richtungen wieder zusammen, ergänzt und „unterfüttert“ von den Neurowissenschaften.

- **Zunächst muss eine Schmerzsymptomatik abgeklärt werden.**
- Es wird „nichts“ gefunden. ??? Oder die Schmerzen persistieren!!
- Dann oft Beginn einer Odyssee --- „Ärztehopping“
- Patienten haben dann häufig das Gefühl:
„ich bin verrückt“ oder „ich stelle mich an“ die Folge sind dann häufig Scham und Rückzug und dann tatsächlich die Gefahr ernsthafte Erkrankungen zu übersehen.
- Noch zu selten wird die Psychotherapie mit somatoformen Störungen in Zusammenhang gebracht,
- bzw. werden körperliche Symptome, wie Schmerzen als eine Ausdrucksmöglichkeit, als ein Versuch einer Lösung von psychischen Störungen gesehen.

Nach dem ICD-10- System :

Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung

...im Rahmen einer depressiven Störung F.33

...im Rahmen einer psychoreaktiven Störung F.43.1; F43.2

...im Rahmen einer Angst –und Panikstörung F.41

...im Rahmen einer somatoformen Störung F.45.0; und ff.

oder im Rahmen von Psychosen und von Abhängigkeiten

- **F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung**
F43.2 Anpassungsstörung

Für die Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses sind folgende Verknüpfungen notwendig:

- Was ist passiert ?
- Was habe ich gefühlt ?
- Was habe ich gedacht ?
- Wie habe ich reagiert ?

➔ Es ist vorbei. Ich habe überlebt.

(Reddemann,2008)

- Gelingt die Traumaverarbeitung nicht , dann kann das Ereignis nicht im expliziten, autobiographischen Gedächtnis abgelegt werden,
- Es überwiegt das implizite oder emotionale Gedächtnis und das bedeutet es besteht ein Nebeneinander von intensiven Erinnerungszuständen (Intrusionen) einerseits und Erinnerungslücken („hippocampale“ Amnesie) andererseits.

Eine anhaltende Stressreaktion bleibt bestehen und zunächst eine Erhöhung der Stresshormone, welche im chronischen Verlauf drastisch absinken und u.a. funktionelle Magen-Darmstörungen, Schmerzstörungen auslösen.

- Bei körperlichen Symptomen, bei Schmerzen oder auch bei Schmerz-Unempfindlichkeit, die nach einem traumatischen Ereignis auftauchen, sprechen wir von „somatoformen Dissoziationen“ oder „Körperdissoziationen“, d.h. von Erinnerungs-Abspaltung in den Körper hinein

Dissoziation ist zunächst eine Fähigkeit, in dem Unerträgliches abgespalten , dissoziiert wird.

So können z.B. schmerzhaft Erinnerungen in den Körper dissoziiert werden, weil der körperliche Schmerz leichter erträglich scheint.

Nicht das Trauma macht krank, sondern die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

- Wer traumatisiert wurde, aber keine PTBS hat, unterscheidet sich nicht von der Normalbevölkerung (Spitzer, 2006)
- Lebenszeit-Prävalenz für PTBS (chronisches Wiedererleben /Einschränkung /Übererregung) in der Allgemeinbevölkerung: 2-7% also in der BRD: 1,6 -5,6 Mio Menschen (Reddemann 2006)
- Subsyndromale Störungsbilder sind wesentlich häufiger , also kein bewusstes Wiedererleben, aber „der Körper erinnert sich“ (Flatten)
- Frühe schwere Traumata können Hirnvolumen und -Zentren schwer beschädigen.

(nach Michaela Huber)

PTBS - Lebenszeitinzidenz in Abhängigkeit vom Trauma

- ↓
- <80% Konzentrationslager, Folter
 - 55.5% Vergewaltigung
 - 38.8% Kriegserfahrungen
 - 35.4% Misshandlung in der Kindheit
 - 17.2% Androhung von Waffengewalt
 - 11.5% Körperliche Gewalterfahrung
 - 7.6% Unfall
 - 4.5% Feuer, Naturkatastrophe



Expo 02 /Arteplage Neuchatel

↓

Nicht jedes Trauma führt im gleichen Ausmass zu einer PTBS

Körperliche Probleme, die entstehen bzw. verschlimmert werden nach/durch PTBS (1)

- Herzrasen und Herzstolpern, Schweißausbrüche –allg. sympathische Übererregung; Folgen u.a. Bluthochdruck, (koronare) Herzerkrankungen
- Überempfindlichkeit für Lärm, Licht (Seh- und Hörstörungen), Stressreize; vegetative Dystonie, Magen-, Darm-, Kopf-Schmerzen;
- Muskuläre Verspannungen/ Schmerzsyndrome wie Fibromyalgie
- HWS- und LWS-Probleme (u.a. Schleudertrauma, Z. n. Gehirnerschütterung; „Hexenschuss“)

Körperliche Probleme, die entstehen bzw. verschlimmert werden nach/durch PTBS (2)

- Chronische Müdigkeit/Erschöpfungssyndrome/Burnout
 - Hyperaktivität, ADS,ADHS, Konzentrations- und Leistungsstörungen
 - Angegriffenes Immunsystem, häufige Infekte, Tumorerkrankungen
 - Sprachstörungen (Stottern; Mutismus)
 - Suchterkrankungen; Ess-Störungen
 - Chronisch obstruktives Lungensyndrom/Asthma
 - Verdauungsstörungen/Darmerkrankungen (Morbus Crohn...), Diabetes, chronische Blasen- und Nierenerkrankungen
 - Neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose
- (Zus.fassende Lit. u.a. Dallam, 2000; Felitti, ab 1991; Kruse, 2008; Scaer, 2001 und 2007; Warren, 2006)

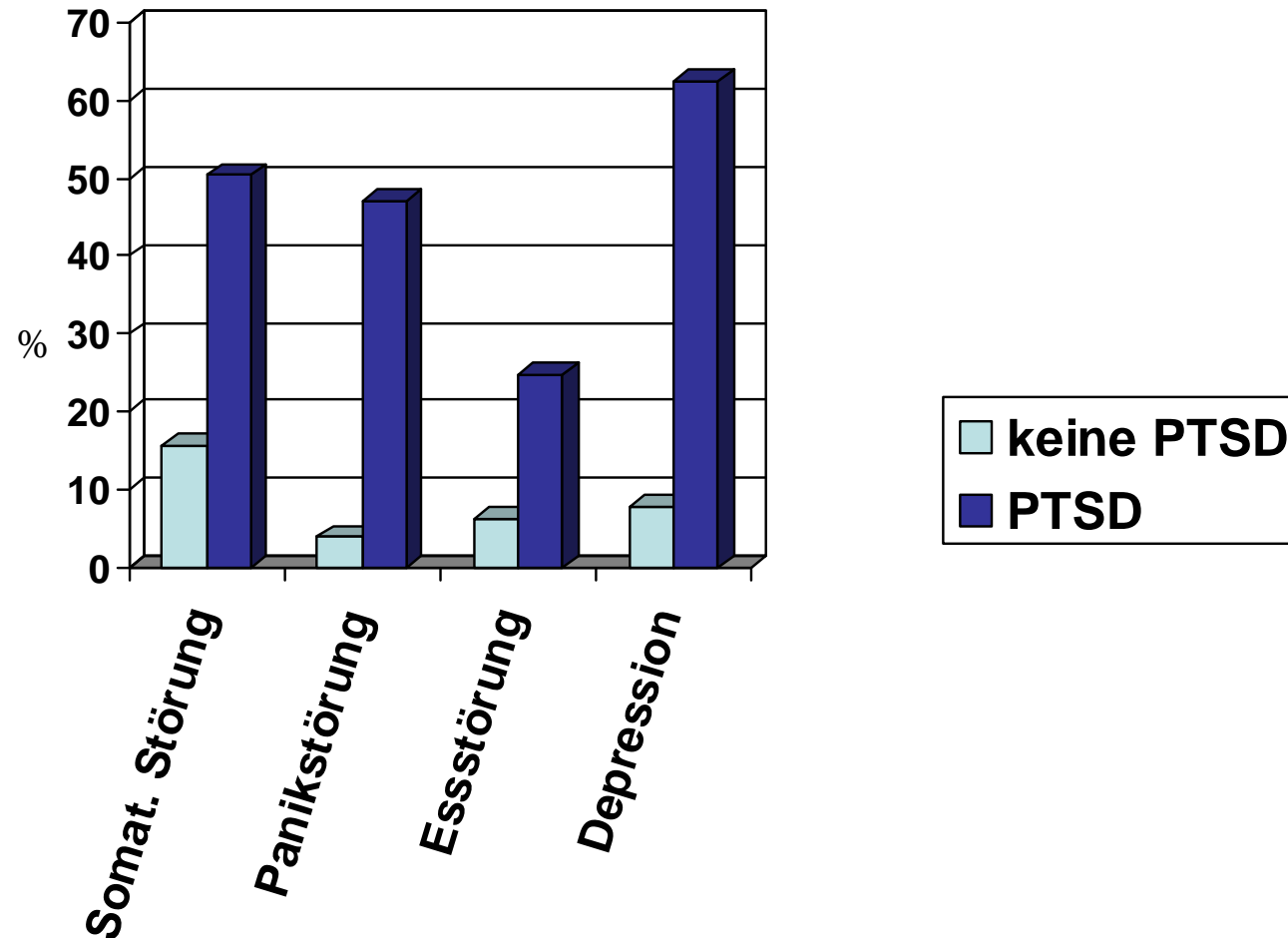
nach Michaela Huber,2008

Häufigkeit (%) sexueller und nicht sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit bei Frauen mit chronischen Unterbauchschmerzen (n = 150)

	% (n)
Sexueller Missbrauch während der Kindheit	38% (57)
Extreme nicht sexualisierte Gewalt während der Kindheit	14% (21)
Sexuelle und/oder nicht sexuelle Gewalterfahrung	44% (66)

Kruse et al. 2003

Häufigkeit (%) psychischer Störungen bei weiblichen amerikanischen Soldaten mit/ohne PTSD (n= 1935)



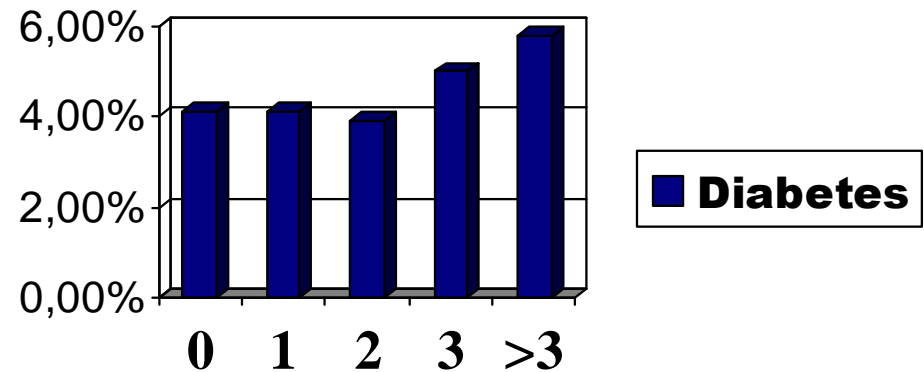
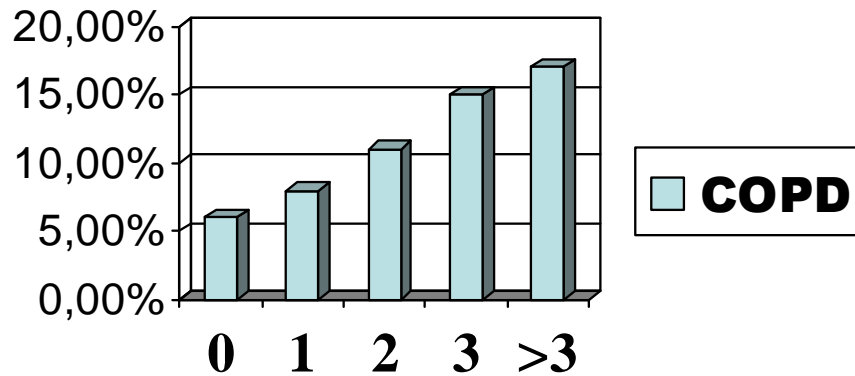
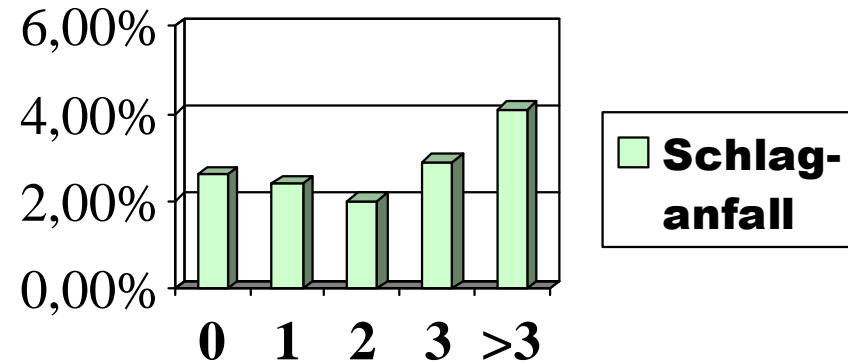
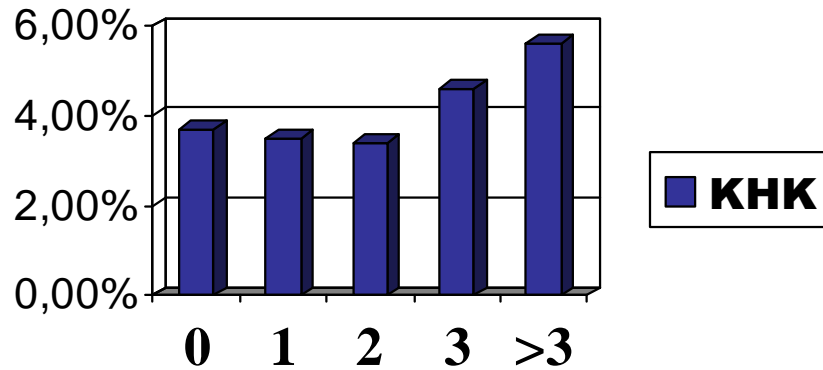
Dobie et al. (2004) Arch Intern. Med.

- Die **ACE- Studie** , die Vincent Felitti über 13 Jahre seit 1991 in San Diego an einem internistischen Klinikum durchgeführt hat . (www.acestudy.org)
- n= 17000 , Durchschnittsbevölkerung, Alter 57 Jahre, Vergleich an Hand eines Fragebogens was vor 50 Jahren geschehen war
- ACE= adversed childhood experience
- Es konnte nachgewiesen werden, dass in Korrelation zu der Anzahl belastender Kindheitserlebnisse die Erkrankungshäufigkeit im Erwachsenenalter zunahm.

- Suchterkrankungen
- Adipositas / Essstörungen
- Depressionen
- Diabetes
- KHK
- Schlaganfall

Anzahl traumatisierender Lebenserfahrungen in der Kindheit und Häufigkeit körperlicher Erkrankungen im Erwachsenenalter

n = 9 508 Erwachsene



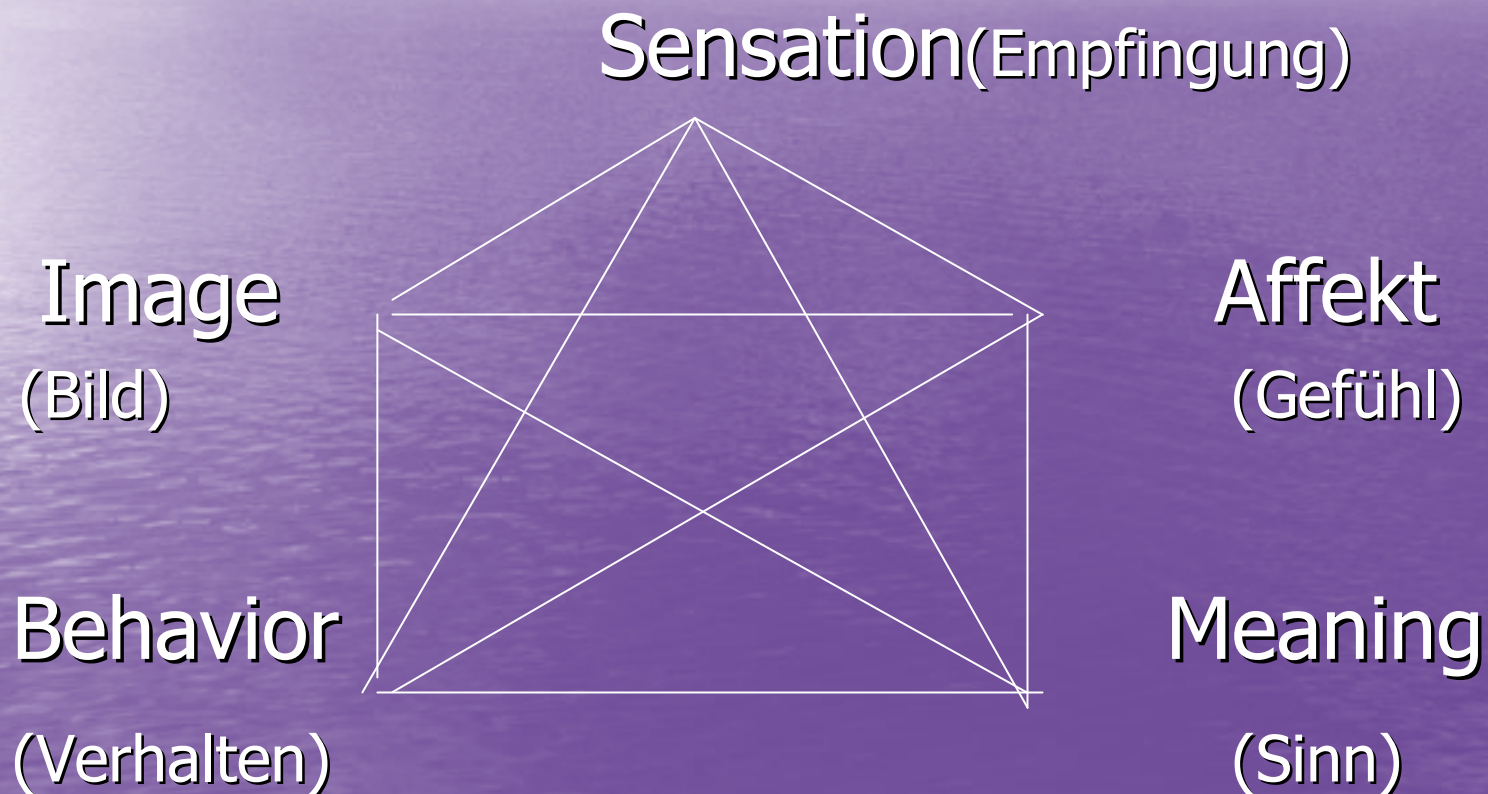
Felitti et al. 1998

Welche Möglichkeiten gibt es nun Patienten mit „unerklärlichen“ Schmerzen zu helfen ?

Daran denken, dass hinter dem körperlichen Schmerz ein seelischer Schmerz stecken könnte !

Hier Einbinden der Psychotherapie und begleitend, parallel oder versetzt der Körpertherapie
(Physiotherapie, Osteopathie, Cranio-sacraltherapie...)

SIBAM-Modell (Peter Levine)



BASK-modell (Braun, v.d.Hart, Huber 1995)

- **B** steht für **Behavior** (Verhalten, was ist alles passiert?)
- **A** steht für **Affekt** (alle Gefühle, die eine Rolle gespielt haben)
- **S** steht für **Sensation** (alle Körperempfindungen)
- **K** steht für **Knowledge** (Gedanken und Bewertungen)



Affektbrücke

- Babette Rothschild berichtet

über eine 60-jährige Patientin, die immer noch um ihren Mann trauert, der vor 5 Jahren verstorben war.

Chronische starke Schmerzen in der rechten Hüfte, die etwa 1 Jahr nach dem Tod des Mannes einsetzen.

Aufsuchen von unterschiedlichen Ärzten und Physiotherapeuten, Akupunktur

Keine befriedigende Hilfe

Sie fordert die Patientin auf sich die Hüftschmerzen zu konzentrieren, zu fokussieren und dabei auf alle auftretenden Empfindungen, Gedanken und Bilder zu achten.

- Sorgsames Begleiten durch den auftauchenden Schmerz und beachten der Körperreaktionen.
- Patientin bohrte ihren rechten Fuß immer weiter in den Teppich, was war geschehen?
- „Ich bin so schnell gefahren wie ich konnte. Ich habe das Gaspedal bis zum Boden durchgetreten. Es war ein altes Auto und ich konnte es nicht noch mehr beschleunigen.“
- Diese Spannung hatte sie über all die Jahre in diesem Bein behalten.
- Die Schmerzen wurden leichter, sprachen auf analgetika an und der Trauerprozess ging voran.

Im Luftschloss meines Vaters (Katrine von Hutten)

- Gescheite, interessante Frau 63 Jahre alt
- Heftige Schmerzen re Hüfte und re Pobacke
- Seit 1990 sechs künstliche Hüftgelenke, drei re drei li
- seit 1990 Multiple Sklerose
- Kindheit als „Schlosskind in der Freiheit eines großen Parkes“
- Vater „Herr Baron“ jähzornig, unberechenbar, gewalttätig

Auffälligkeit :

Schmerzen in der rechten Hüfte und in der rechten Pobacke.

Erinnerung: „ich lag immer mit der linken Seite auf Mama`s Bett, die war geschützt. „

„Die linke Hüfte war im Schlagschatten“

- **Falldarstellung:**

- 34-jährige Patientin, verh., 2 Kinder
 - wechselnde Schmerzsymptomatik: Magenschmerzen, Menstruationsschmerzen mit verlängerte Blutungen, Kopfschmerzen,
 - dazu immer wieder Haarausfall
 - Schlafstörungen
 - (Essstörung, Ängste, Scham)
-
- Viele Jahre gute Anbindung den Hausarzt
 - Symptomatik wechselnd, aber die Patientin war nie beschwerdefrei.

- Die biographische Geschichte, die dahinter steht.
- Amnesie für die frühe Kindheit
- Erinnerung beginnt im Alter von 7 Jahren
- Sexualisierte Gewalt durch den Vater bis sie 18 J. alt ist, danach Psychoterror
- Gewalt gegen die Mutter
- Gewalt gegen den Bruder
- Mutter schickte sie und schützte nicht
- Abitur , Studium, in 2.Ehe verheiratet, teilzeit berufstätig

- Über viele Jahre waren die Kindheitserfahrungen nicht bewusst.
- Sie kam sich komisch vor.
- In einer Mutter-Kind-Kur tauchten in einer Maltherapiegruppe erste Erinnerungsfetzen auf.
- Diese lösten zunächst nur Abwehr und Entsetzen aus.

- In der Therapie zunächst:
- Bindung und Ressourcenaktivierung
- Stabilisierung (äußere Sicherheit vor innerer Sicherheit)
- Unterschiedsbildung, Verantwortlichkeiten
- fraktionierte Traumabearbeitung

- Nach dreieinhalb Jahren Therapie
- Zunächst 1/ Woche, dann 1/ alle 2 Wochen, das letzte halbe Jahr 1/Monat
- Alltagsstabilisierung
- Aufbau und Ausstrahlung eines besseren Selbstbewusstseins,
- Selten Kopfschmerzen
- Normalisierung der Menstruation
- Zunahme von sozialen Kontakten
- Deutlich weniger Hausarztbesuche

Interessant eine Fallstudie veröffentlicht
im Journal of EMDR Practice and Research
Vol1/ No1, 2007

Über die erfolgreiche Behandlung eines Phantomschmerzes nach dem
Verlust eines Beines nach einem Autounfall.

Trotz verschiedener Therapieansätze und trotz Opiatmedikation war
der Patient über drei Jahre seine Schmerzen nicht losgeworden.

Hinter den Schmerzen verbargen sich die visuellen und die akustischen
flashbacks, also das Wiedererleben des Unfallgeschehens.

Nach erfolgreicher Traumabearbeitung war der Patient schmerzfrei und
benötigte keine Schmerzmittel mehr. (9 Sitzungen mit
Traumakonfrontation)

- Videoclip:


- Herr R. heute 79 Jahre alt
- Rekrutierung von der SS als noch 15-jähriger im Januar 1945 an der Ostfront
- Nach 8 Wochen verlor durch eine Tretmine seinen rechten Unterschenkel
- In der Nachkriegszeit subjektiv keine Symptomatik, Familiengründung, bescheidener Wohlstand,
- Verleugnung (Sportabzeichen, Rettungsschwimmerabzeichen...)
- Seit dem Ruhestand zunächst Depression, nun Vollbild einer PTBS

- Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Zusammenarbeit von Hausärzten/Fachärzten mit Psychotherapeuten und Körpertherapeuten

1) Junger Patient mit Verschlucktrauma :
Schmerzen im Bereich des Brustkorbes ,
Panikattacken, Essstörung (zusätzlich Atemtherapie)

2) Patient Ende 50 nach Carcinomdiagnose.
Totales Verspannungsgefühl, „nichts fließt mehr“
(zusätzlich Cranio-Sacraltherapie)

3) 40 jährige Patientin mit Tinnitus, organisch abgeklärt,
V. a. auf Vermeidung „nicht mehr richtig hinhören“
(zusätzlich Akupunktur)



„ Euer Schmerz ist das Aufbrechen
der Schale,
die Euer Verstehen umschließt.“

(Kahlil Gibran)

Fazit

- PTBS hinterlässt tiefe Spuren, nicht nur seelisch, sondern auch im Körper.
- Es lohnt sich, diese nicht nur auf der Ebene der seelischen Symptome zu beachten, sondern auch somatisch zu fokussieren.
- Gesundheitsprogramme der Gegenwart und Zukunft müssen Screening auf PTBS enthalten und PTBS-Behandlung unterstützen!
- Gehirn + Körper + Beziehung ist „Seele“. Es gibt große Veränderungsmöglichkeiten und keinen Determinismus.
- Es ist nie zu spät, sich zu verändern.
- Danke für Ihre Aufmerksamkeit.