

Herzlich willkommen zum Infoabend

# PTBS

Dipl.-Psych. Ariane Jankowski

Dozentin für moderne Verhaltenstherapie

& in Kooperation mit Likamundi

# Überblick

## Was erwartet dich heute?

- ❖ Kurze Vorstellung
- ❖ Belastungsstörungen
  - Differenzialdiagnostik
  - Epidemiologie
  - Risikofaktoren
- ❖ Störungsmodelle
- ❖ Ableitung für unsere Behandlung
- ❖ Q & A



**Einladung zum Therapie- und Behandlungsplan PTBS am 14.06.2025**

# Über mich

- ❖ Ariane Jankowski
- ❖ Dipl. Psychologin
- ❖ approbierte Verhaltenstherapeutin
- ❖ Dozentin für moderne VT
- ❖ Ausbildungsleiterin für ACT & Schematherapie
- ❖ Supervisorin
- ❖ Selbsterfahrung Begleiterin ♥



## Herzensmission:

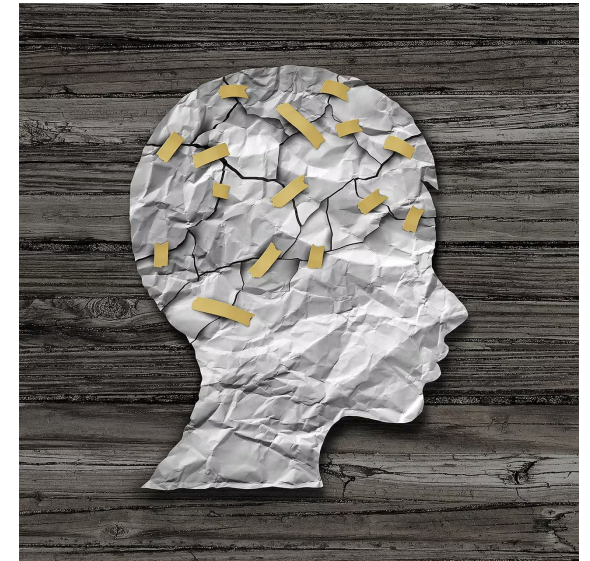
**Expertise & Authentizität in der therapeutischen Praxis verbinden**

# Belastungsstörungen

**Belastungsstörungen entstehen als Reaktion auf außergewöhnlich schwere *oder* lang andauernde Belastungen.**

Sie werden nach dem **zeitlichen Verlauf** der Symptome und dem **Schweregrad** der Reaktion unterschieden.

- **Die akute Belastungsreaktion** zeigt sich unmittelbar nach einem extrem belastenden Ereignis. Die Symptome klingen in der Regel innerhalb weniger Tage oder Wochen wieder ab.
- **Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** entwickelt sich mit zeitlicher Verzögerung, oft Wochen oder Monate nach dem Trauma. Das auslösende Ereignis ist von außergewöhnlicher Schwere, zum Beispiel ein Unfall, eine Gewalterfahrung oder eine Naturkatastrophe.



# Traumatisches Ereignis

**Ein Trauma ist ein Ereignis von äußerster Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, bei der sich ein Mensch hilflos, ausgeliefert und überfordert fühlt.**

In der DSM 5 ist ein Trauma, eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt.

Es wird weiter unterschieden zwischen:

1. Direkte Exposition
2. als Zeuge oder Zeugin miterlebte Ereignisse
3. Erfahren, dass das Ereignis einer nahestehenden Person zugestoßen ist
4. Beruflicher Konfrontation mit Details von Ereignissen (Polizisten z. B.)

Weitere Unterscheidung

- ❖ *man-made Traumata* (z. B. Angriff, sexuelle Gewalt) und *akzidentiellen Traumata* (z. B. Verkehrsunfall, Naturkatastrophe) zu unterscheiden.
- ❖ **Typ-I-Traumata:** unerwartetes singuläres Ereignis auftreten (z. B. Überfall)
- ❖ **Typ-II-Traumata:** mehrfach und wiederholt auftretende potenziell traumatische Erfahrungen (z. B. wiederholte sexuelle Gewalt)

# ICD11 - Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)

Die ICD-11 definiert PTBS als Reaktion auf ein oder mehrere extrem **bedrohliche oder furchtbare Ereignisse**, die typischerweise außerhalb alltäglicher Erfahrungen liegen (z. B. körperliche oder sexuelle Gewalt, Krieg, schwere Unfälle).

## Hauptsymptome:

1. **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses in Form von lebhaften Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen.
2. **Vermeidung** von Gedanken, Gefühlen oder Situationen, die an das Trauma erinnern.
3. **Anhaltendes Gefühl von Bedrohung**, z. B. übermäßige Wachsamkeit oder Schreckhaftigkeit.

Die Symptome müssen deutliches Leiden verursachen und die alltägliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

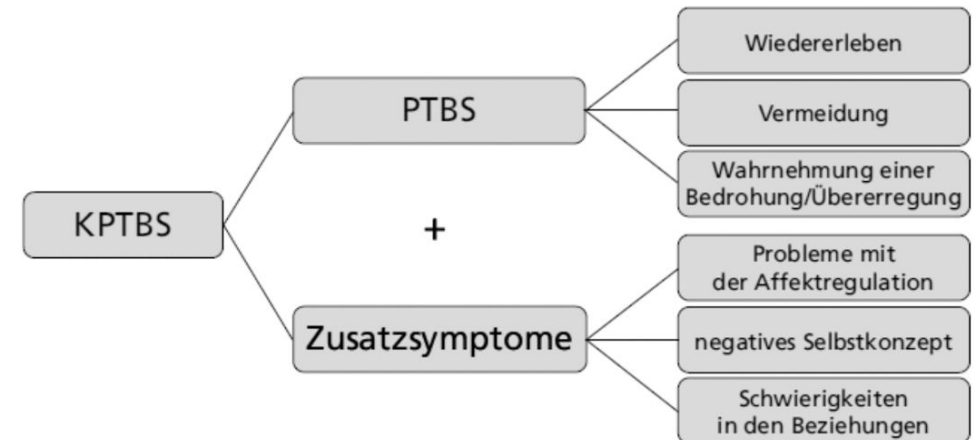
# Komplexe PTBS (ICD-11, 6B41)

Tritt häufig nach **Typ-II-Traumata** auf (z. B. anhaltende körperliche/sexuelle Gewalt, Missbrauch, Kriegserfahrungen).

## Voraussetzung:

Die **drei Kernsymptome der PTBS** müssen erfüllt sein:

- Wiedererleben (Flashbacks, Albträume)
- Vermeidung
- Anhaltendes Gefühl aktueller Bedrohung (Hyperarousal)



## Zusätzliche Merkmale (CPTSD-spezifisch):

1. **Schwere und anhaltende Störungen der Affektregulation**
2. **Negatives Selbstbild:** tief verwurzelte Überzeugung, wertlos, besiegt oder gescheitert zu sein
3. **Beziehungsstörungen:** Schwierigkeiten, enge Beziehungen aufzubauen oder aufrechtzuerhalten

# Intensitätsstufen von Psychotraumastörungen

## **Stufe 1: Anpassungsstörung, akute Belastungsreaktion**

- Vorübergehende Reaktionen auf Belastung
- Hohe Selbstheilungstendenz bei sozialer Unterstützung
- Stabilisierung meist ohne Psychotherapie möglich

## **Stufe 2: PTBS und komorbide Traumafolgestörungen (z. B. Depression, Angst, Sucht, somatoforme Beschwerden)**

- Heilungschancen gut bei gezielter psychotherapeutischer Behandlung
- Behandlung fokussiert auf Traumabearbeitung und Symptombewältigung

## **Stufe 3: Komplexe PTBS, andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, dissoziative Störungen**

- Schwerwiegende, tiefgreifende Störungen nach langanhaltender oder wiederholter Traumatisierung
- Langfristige, oft phasenweise verlaufende Therapieprozesse erforderlich
- Ziel: Stabilisierung, Funktionsverbesserung und Integration – vollständige Symptommfreiheit ist möglich, aber nicht immer erreichbar

# Epidemiologie & Verlauf

**Traumaerfahrung:** Rund **67 %** der Bevölkerung erleben im Laufe ihres Lebens mindestens ein traumatisches Ereignis.

**Lebenszeitprävalenz der PTBS:**

- Frauen: 10–12 %
- Männer: 5–6 %
- Gesamt: 1–9 %

**Spontanremission:** Etwa **50 %** der Betroffenen erholen sich innerhalb des ersten Jahres nach dem Trauma.

**Chronischer Verlauf:** In **40–50 %** der Fälle persistieren die Symptome über Jahre.

**Komorbiditäten:**

Häufig mit Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, somatoformen und Persönlichkeitsstörungen (v. a. Borderline).

**Suizidrisiko:**

Menschen mit PTBS haben ein bis zu 15-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zur nicht-traumatisierten Allgemeinbevölkerung.

# Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS:

## Prätraumatisch

- Psychiatrische Vorgeschichte des Betroffenen
- Psychiatrische Vorgeschichte in Familie
- Missbrauch / Misshandlung in der Kindheit
- Niedriger sozioökonomischer Status / geringe Bildung
- Niedrige Intelligenz
- Neurobiologische Vulnerabilität (verkleinerter Hippocampus)

## Peritraumatisch

- Schwere des Traumaereignisses/ Dissoziation
- Weibliches Geschlecht

## Posttraumatisch

- Fehlen sozialer Unterstützung
- Stressbelastung nach Trauma



# Differenzialdiagnostik

## ❖ Akute Belastungsreaktion

Bei der akuten Belastungsreaktion handelt es sich um eine intensive und normale Reaktion auf einen schweren Stressor wie ein traumatisches Ereignis.

- Die Reaktion ist vorübergehend und löst sich innerhalb weniger Tage (ICD-11) bzw. eines Monats (DSM-5) von selbst auf.
- Es sind gegebenenfalls Interventionen aus der Notfallpsychologie anzuwenden, um der Entstehung einer PTBS vorzubeugen.

## ❖ Anpassungsstörung

Auslösendes Ereignis ist zwar subjektiv belastend, aber ist nicht katastrophal (A-Kriterium).

Symptome sind anders (keine Flashbacks, Intrusionen)– depressive, ängstliche Reaktionen oder Störung Sozialverhalten.

## ❖ Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung:

Anhaltende Änderung in der Wahrnehmung, in der Beziehung und im Denken der Betroffenen in Bezug auf ihre Umgebung und sich selbst, nach einer Extrembelastung (min. 2 Jahre).

**2 Symptome:** feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sozialer Rückzug, Gefühl von Leere oder Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Nervosität oder von Bedrohung, Gefühl von Entfremdung.

## ❖ Dissoziative Identitätsstörung:

- A. 2 oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums.
- B. Jede Persönlichkeit ihr eigenes Gedächtnis und Verhaltensweisen.
- C. Unfähigkeit sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern.

# Neurobiologisches Erklärungsmodell

# Der normale Verarbeitungsprozess im Gehirn

Informationen gelangen über unsere Sinnesorgane ins Gehirn – z. B. durch Sehen, Hören oder Fühlen. Die Verarbeitung erfolgt in mehreren Schritten:

## 1. Thalamus – das „Tor zum Bewusstsein“

→ Der Thalamus filtert die eingehenden Sinnesreize.

→ Nur als relevant eingestufte Informationen werden **an die Amygdala und den Kortex weitergeleitet** – Unwichtiges wird ausgeblendet.

## 2. Amygdala – das „Hot System“

→ Die Amygdala bewertet die Reize emotional und erkennt potenzielle Bedrohungen.

→ Sie verknüpft die Informationen blitzschnell mit Gefühlen wie Angst oder Wut – **noch bevor eine bewusste Einordnung möglich ist.**

→ Sie leitet die Reize **an den Hippocampus zur Kontextverarbeitung weiter.**

## 3. Hippocampus – das „Cool System“

→ Der Hippocampus setzt das Ereignis in einen räumlichen, zeitlichen und sachlichen Zusammenhang.

→ Er bewertet die Situation im Gesamtbild und **überführt die strukturierte Information an die Großhirnrinde.**

## 4. Großhirnrinde – der Langzeitspeicher

→ In der Großhirnrinde werden die vom Hippocampus kontextualisierten Informationen dauerhaft gespeichert.

→ **Hier findet die Integration ins autobiografische Gedächtnis statt** – das Ereignis wird bewusst erinnerbar und als vergangen eingeordnet.

Was passiert im Gehirn bei einem Trauma?

# Neurobiologisches Modell

Bei einem Trauma kommt es zur **Überflutung mit Stressbotenstoffen**, was eine **Dissoziation im Gedächtnisprozess** bewirkt.

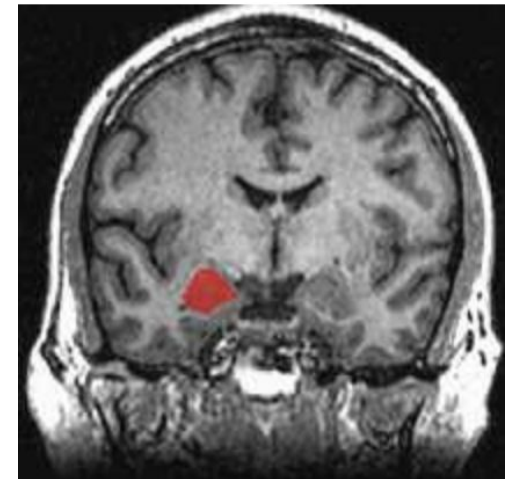
→ Das Trauma wird **übermäßig stark im impliziten Gedächtnis** gespeichert, aber **unzureichend im expliziten** = "Traumagedächtnis"

## Amygdala:

Zuständig für die **emotionale Verarbeitung von Gefahr und Bedrohung**.

Bei traumatischen Erlebnissen zeigt sie eine **Überaktivität**.

- Die mit dem Ereignis verbundenen Sinnesreize (Geräusche, Bilder, Gerüche) werden als **intensive „heiße“ emotionale Erinnerungen**, verknüpft mit Angst, Panik oder Hilflosigkeit, gespeichert.
- Eine einmal gelernte Angstverknüpfung ist in der Amygdala **nur schwer wieder lösbar**.
- Diese Spuren können durch minimale Reize jederzeit reaktiviert werden (**Flashbacks**).



# Neurobiologisches Modell

## Hippocampus

Der **Hippocampus** ist für die **zeitliche und räumliche Einordnung** von Erlebnissen zuständig.

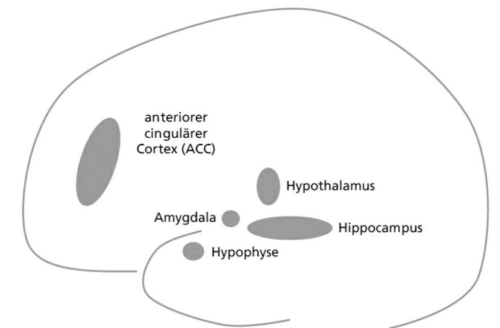
Bei einem Trauma ist der Hippocampus jedoch häufig **unteraktiv**, was zu einer **gestörten Kontextverarbeitung** führt:

- Das Trauma wird **nicht als vergangenes Ereignis** abgespeichert.
- Die Erinnerung wird **nicht sprachlich gefasst** und **nicht in die biografische Erzählung** integriert.

### Die Folge:

- Die Erinnerung bleibt **fragmentiert**, ungeordnet und ohne Einbettung in eine sinnvolle Geschichte.
- **Fakten, Abläufe und Details** sind schwer zugänglich oder fehlen.
- Das Erlebte bleibt „roh“ und **unkontextualisiert** im Gedächtnis gespeichert und wird beim Erinnern **wie gegenwärtig erlebt** (→ *Jetzt-Zeit-Gefühl*).

→ **Sensorische und affektive Fragmente** des Traumas bleiben in der **Amygdala gespeichert**, ohne dass der **Hippocampus** sie **sortieren** oder der **präfrontale Cortex** sie **regulieren** kann.



# Trauma stört das Zusammenspiel im Gehirn

## Thalamus

- Reizüberflutung. Filterfunktion ist gestört – zu viele Sinneseindrücke gelangen unkontrolliert ins System.

## Amygdala

- Überaktiv – reagiert extrem stark auf Bedrohung.
- Emotionale Inhalte (v.a. Angst, Hilflosigkeit) werden intensiv gespeichert, aber nicht eingeordnet.
- Entstehung von Flashbacks und Triggerreaktionen.

## Hippocampus

- Unteraktiv – durch Stresshormone gehemmt.
- Ereignisse werden nicht zeitlich oder räumlich eingeordnet.
- Die Erfahrung bleibt fragmentiert und wirkt, als finde sie immer noch statt.

## Großhirnrinde

- Informationsweitergabe in den Langzeitspeicher ist gestört.
- Keine bewusste Verarbeitung. keine Integration ins autobiografische Gedächtnis.

# Gesunde Verarbeitung im sicheren Kontext

Nach belastenden Ereignissen erzählen viele Menschen das Erlebte mehrfach z. B. Freunden, Familie oder in unterstützenden Gesprächen.

→ Dabei wird das Geschehen wiederholt erinnert und emotional verarbeitet, jedoch nun in einem sicheren, nicht mehr bedrohlichen Kontext.

**Der Hippocampus ist in diesem Prozess besonders aktiv:**

- Er integriert das Trauma und bildet neue expliziter Gedächtnisinhalte.

Wenn später ähnliche Reize auftreten und die Amygdala emotional auf das Trauma reagiert,

- wird das kontextuelle Wissen aus dem Hippocampus nun automatisch mitaktiviert
- Das Gehirn erkennt: "*Ich bin nicht in Gefahr.*"
- Die Angstreaktion wird gehemmt.

# Kognitiv-behaviorales Modell (Ehlers, Clark)

Menschen mit PTBS verarbeiten das Trauma und seine Folgen so, dass sie eine **anhaltende gegenwärtige Bedrohung** erleben.

Zwei Hauptprozesse tragen dazu bei:

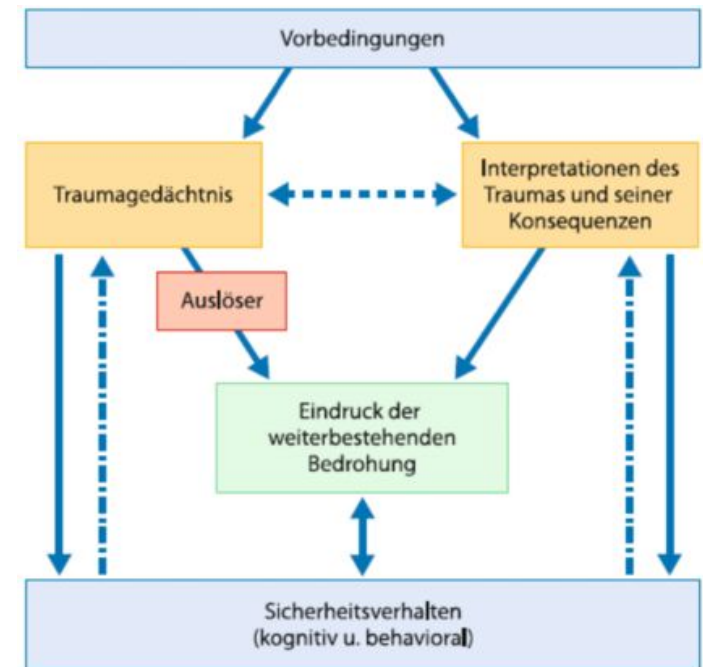
1. **Besondere Eigenschaften des Traumagedächtnisses**
2. **Negative Interpretationen des Traumas und Folgen**

Wahrnehmung der gegenwärtigen Bedrohung führt zu

- **Intrusionen/körperlicher Erregung/starken Emotionen** sowie zu
- **Bestimmten Verhaltensweisen und Kognitionen** (Strategien abhängig von Interpretationen des Traumas/Folgen und allgemeinen Überzeugungen bzgl. Bewältigung von Belastungen).

Diese Bewältigungsstrategien sollen Bedrohung reduzieren, bewirken jedoch:

- **Aufrechterhaltung der Symptomatik**
- **Verhinderung der Neubewertung (Reappraisal)** negativer Interpretationen
- **Blockierung der Elaboration** des traumatischen Gedächtnisses



# Ziele der psychologischen Behandlung

Für die Verarbeitung eines Traumas ist es entscheidend, dass das traumatische Ereignis in einen sinnvollen Gesamtzusammenhang eingeordnet werden kann. Erst dann erlebt der Klient, dass das „Das Trauma ist vorbei –ich habe überlebt und bin sicher.“

## 1. **Elaboration des Traumagedächtnis,**

- a. um intrusives Wiedererleben zu verringern – z. B. durch sprachliche Strukturierung des Erlebten
- b. **Förderung der Diskriminationsfähigkeit**, indem der Hippocampus aktiviert wird und aktuelle von früheren Gefahren unterschieden werden können
- c. **Hemmung der Amygdala-Aktivität**, um emotionale Überreaktionen zu dämpfen und affektive Stabilität zu fördern

## 2. **Modifikation dysfunktionaler Interpretationen** des Traumas oder seiner Konsequenzen, die zur anhaltenden Wahrnehmung von Bedrohung führen

## 3. **Reduktion dysfunktionaler Verhaltens- und Bewältigungsstrategien**, die zur Kontrolle der Symptome eingesetzt werden, aber langfristig aufrechterhaltend wirken

## 4. **Senkung des chronisch erhöhten Erregungsniveaus** und affektive Stabilisierung und **Wiederherstellen der Emotionalen Persönlichkeit (EP).**

# Einladung zum Therapie & Behandlungsplan PTBS

**Am: 14. Juni 2025**

**Dauer: 5 Stunden – live & praxisnah**

## Was dich erwartet:

- ❖ Ein vollständiger Behandlungsplan auf Basis evidenzbasierter Verfahren (Stabilisierungs-Verfahren, TF-KVT, IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy) etc.
- ❖ Klare Struktur für alle Phasen der Traumatherapie (von der Anamnese bis zur Integration:
- ❖ Vertiefung zentraler Wirkfaktoren: Elaboration, Trigger-Diskrimination, imaginative Verfahren
- ❖ Praktische Übungen, Fallbeispiele und Handouts für deine Arbeit mit Klienten
- ❖ Alle Materialien zum Mitnehmen für deinen therapeutischen Alltag

**Für alle, die Klienten mit PTBS sicher, fundiert und wirksam begleiten möchten.**



Zeit für eure Fragen

