

Ein kurzer neuropsychologischer Exkurs von Tatjana Voß
Psychiaterin, Neubarnim

Es ist uns in der Regel kaum bewusst, dass fast alles, was wir tun, mit Gedächtnis zu tun hat. „Wir sind Gedächtnis“.

Unser Gedächtnis ist

1. hocheffektiv, z.B. wenn wir uns an die Verabredungen mit einem Freund in einem Restaurant erinnern, aber auch gleichzeitig ausgesprochen 2. unzuverlässig, denken wir an den Bereich der sog. falschen „Blitzlichterinnerungen“. Schon Sigmund Freud befasste sich in seiner Abhandlung 1901 „Zur Psychopathologie des Alltagslebens“ (über Vergessen, Versprechen, Vergreifen) mit den vielfältigen Phänomenen, die unsere Erinnerungen und deren Abruf beeinflussen. Denken Sie daran, wie wir uns manchmal nicht mehr an einen Namen erinnern können und ihn am nächsten Morgen ohne Probleme erinnern. Diese Alltagsphänomene sind gutes Beispiel dafür, dass wesentliche Bereiche unseres Gedächtnisses stark mit Emotionen verknüpft sind.. Aber: stellen Sie sich vor, Sie hätten augenblicklich Zugriff auf alles, was Sie je erlebt und gelernt hätten. Es scheint, dass wir den Schutz vor absolutem Chaos mit der gelegentlichen Unfähigkeit bezahlen müssen, Informationen abzurufen, über die wir im Augenblick verfügen, müssen oder möchten.

2. Erinnerungen werden nicht so abgerufen, wie sie eingespeichert werden, sondern wir beziehen beim Abruf inzwischen zusätzliches Wissen mit ein und wir rufen Informationen entsprechend unserer momentanen, zum Zeitpunkt des Abrufes vorherrschenden Gemütslage ab. Das hat zur Folge, dass jedes Mal, wenn Erinnerungen abgerufen werden, eine Art „Neueinspeicherung“ (Reencodierung) folgt, die sowohl zu einer Festigung des Gedächtnisinhaltes, aber auch zu einer Modifikation an ggw. Verhältnisse bewirkt.

Wiederholte Auseinandersetzungen kann die alte Information derart verzerren, dass sie mehr einem Wunschbild als der ursprünglichen Gegebenheit entspricht. . Erinnerungen sind Verzerrungen unterworfen, d.h. auch eingeebnete Erinnerungen sind nicht resistent gegen zeitbedingte Veränderungen. Befragte Menschen erinnern das Ereignis durch den Filter ihrer späteren emotionalen Zustände, das hat zur Folge, dass man derzeit davon ausgeht, dass die sog. Flash backs Elemente aus realen und gefürchteten oder vorgestellten Ereignissen sind, d.h. eine Mischung aus Phantasie und Wirklichkeit. Als Fazit muss man heute annehmen, dass Erinnerungen nicht einfach Bilder sind, die im Geist aktiviert werden, sondern komplexe Konstruktionen, an denen viele Faktoren mitwirken.

Folie „gedächtnis/ gehirn“

Die gesunde Gedächtnisverarbeitung in unserem Gehirn läuft in verschiedenen Stufen. An erster Stelle steht die Informationsaufnahme durch unsere 5 Sinne. Diese leiten die Information in unseren Kurzzeit- und Arbeitsspeicher, wo sich die Informationen zunächst „online“ befinden. Dann erfolgt eine Umschaltung in das limbische System, wo die erhaltenen Informationen geprüft, mit anderen verglichen und mit emotionalen Assoziationen verknüpft werden. Dann erfolgte eine Einspeicherung des Erlebten ins kortikale Netz, die für Abspeicherung zuständig sind, und zwar auf die rechte Seite, wenn es sich um emotionale Inhalte handelt, auf die linke Seite, wenn es sich um neutrale Fakten, Allgemeinwissen und ähnliches handelt. Das bedeutet, dass unsere Gehirnanatomie so aufgebaut ist, dass sie in der Lage ist, Gedächtnisinhalte entsprechend einer gewissen Gedächtnishierarchie einzuspeichern, d.h. seriell parallel in verschiedene Gedächtnissysteme und voneinander unabhängig, independent, so dass verschiedene Aspekte unabhängig voneinander abgerufen werden können.

Was hat das nun alles mit Traumata zu tun?

Wir alle wissen, dass es Menschen gibt, bei denen die Zeit allein nicht Traumafolgen heilen kann, d.h. dass es zu pathologischen Traumaprozessen, zu einer PTBS kommt.

Neurobiologisch geht man derzeit davon aus, dass es dann zu einer Überflutung mit Neurotransmittern, sog. Neurohormonen kommt (Noradrenalin, Adrenalin, Cortisol). Diese Überflutung von Neurohormonen führt zu einer Blockade der Informationsverarbeitung.

Wenn die Stresshormone Noradrenalin, Adrenalin und Cortison bewirken, dass das Bild „zu intensiv“ entsteht, dann stellt man sich das derzeit so vor, dass gleichermaßen „die Sicherung“ durchbrennt. Das hat zur Folge, dass die traumatische Erfahrung nicht eingespeichert verarbeitet und somit abgelegt werden kann, sondern dass die fehlende Speicherung im Hippocampus zu introsiven Erinnerungen, d.h. zu Flash backs führt. Bei diesen sog. Flash backs handelt es sich um unverarbeitete, unveränderte, blockierte Erinnerungsfragmente, die bewirken, dass ein Mensch chronisch unter Anspannung steht.

Klinisch kann das dann zu einer Unterdrückung des Gedächtnisses führen, zu einer Amnesie. Wir stellen uns das derzeit so vor, dass durch den Stress eine Gedächtnisblockade im Sinne einer Abrufblockade erfolgt, d.h. die Informationen über das Trauma sind im Gehirn existent, der Zugang zu ihnen ist aber unterbunden.

Aktuelle Modelle von Traumaforschung gehen dabei davon aus, dass durch die Veränderung der Biochemie in dem gestressten Gehirnstoffwechsel zur Folge hat, so dass die abzuspeichernden oder abzurufenden Informationen verloren gehen bzw. nicht mehr präsent gemacht werden können. Man kann Traumafolgen in verschiedene Stufen unterteilen:

25% von traumatisierten Menschen erleiden nach traumatischen Erfahrungen ein sog. akutes Belastungssyndrom mit Ängsten, Reizbarkeit, Schlafstörungen und depressiver Niedergestimmtheit. Zusätzlich kann es zu Derealisation, Depersonalisation und dissoziativen Phänomenen kommen. Damit eine akute Belastungsreaktion kodiert werden kann, muss als Zeitkriterium die psychische Symptomatik mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen lang nach dem Trauma bestehen, das heißt, dass ein gesunder Mensch in der Lage ist, innerhalb von 4 Wochen ein Trauma so einzuspeichern, dass keine PTSD entsteht

Folie:

Eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F 43.1) ist definiert als eine „mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit, (sog. sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Das syndromale Störungsbild ist gekennzeichnet durch:

1. sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
2. Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen),
3. Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli) und
4. emotionaler Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit),
5. im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebnisses, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster).

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late onset ptsd).

Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung

Charakteristisch:

- ungewolltes Wiedererleben von Aspekten des Traumas
- Betroffene haben die gleichen sensorischen Eindrücke und gefühlsmäßigen und körperlichen Reaktionen, wie während des Traumas
- diesen Erinnerungsfetzen fehlt eine Zeitperspektive, werden so erlebt, als ob sie „hier und jetzt“ geschehen

Folie:

TRaumagedächtnis

- Situationen/Personen, die an Trauma erinnern, werden als belastend erlebt und rufen starke körperliche Reaktionen hervor
- Vermeidung dieser „Triggerreize“
- Emotionen: Furcht, Ärger, Trauer, Schuld, Scham, emotionale Taubheit.

I a. Epidemiologie

Die Häufigkeit von PTSD ist abhängig von der Art des Traumas.

1. Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
2. ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
3. ca. 20% bei Kriegs- und 15% bei Verkehrsunfallopfern
4. ca. 15% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignom)

Die Lebenszeitprävalenz für PTSD in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1% und 7%. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung.