

Dissoziation nach traumatischem Stress

Dr. Martina Ruf-Leuschner
Sprechstunde für Traumafolgestörungen

Dr. Martina Ruf-Leuschner

1

Definition

Störung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, die

- Gedächtnis
- Wahrnehmung der eigenen Person und Umwelt

sowie

- Identitäts- und Selbstempfinden
- betreffen können

Diese äußern sich auf der **Symptomebene** als

- Amnesien
- Depersonalisation und Derealisation

sowie in unterschiedlichen

- Identitäts- und Selbstzuständen

Dr. Martina Ruf-Leuschner

2



Anzeichen für Dissoziation

- Patient zeigt wenig Körperbewegungen, wirkt erstarrt
- Patient zeigt wenig Augenbewegungen. Eindruck, als starre bzw. fixierte der Patient einen Punkt.
- Patient wirkt in sich gekehrt, in sich selbst versunken.
- Patient wirkt schläfrig, benommen, spontan, verlangsamt.
- Patient wirkt desorientiert, erinnert Frage bzw. Gesprächsthema nicht.
- Patient zeigt keine oder stark verlangsamte Reaktion auf Ansprache

Dr. Martina Ruf-Leuschner

3



Dissoziation ist nicht immer eine Störung

- „Normale“ dissoziative Phänomene sind beispielsweise Tagträume, das Versinken in Tätigkeiten wie (meditativen) Tanzen, Malen, Joggen
- Dissoziation wird zu einem Problem, wenn sie **unkontrollierbar** und **beängstigend** erlebt wird oder zu **ungünstigen Konsequenzen** führt. Dann spricht man von dissoziativen Symptomen

Dr. Martina Ruf-Leuschner

4

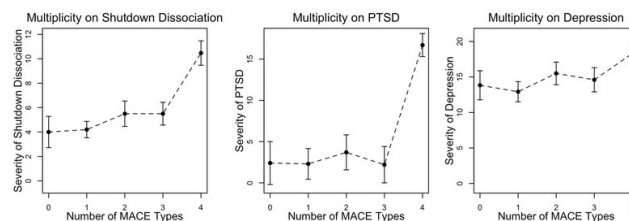
Dissoziation & Trauma

- Dissoziative Symptome finden sich bei Patienten mit PTBS und Patienten mit BPD gehäuft:
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Emotionale Taubheit
 - Amnesien
 - Wahrnehmungsstörungen
 - Anfälle
- Neu im DSM-5: Dissoziativer Subtyp der PTBS (etwa 15-25%)

Dr. Martina Ruf-Leuschner

5

Building Block Effect bei Dissoziation



Multiplicity effects for the grouped MACE MULTI scores (0 = no exposure, 1 = exposure to one type, 2 = exposure to two types, 3 = exposure to three types, 4 = exposure to 4 or more types of childhood adversities) for Symptom Severities of PTSD, Shutdown Dissociation and Depression

BMC Psychiatry, 2016 Aug 19;16:295. doi: 10.1186/s12888-016-1004-5.

Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients.

Schalinski I¹, Teicher MH^{2,3}, Nischk D⁴, Hinderer E⁴, Müller O⁴, Rockstroh B⁵.

Dr. Martina Ruf-Leuschner

6



Ätiologie und Behandlung

Review Article

Dissociation Following Traumatic Stress

Etiology and Treatment

Maggie Schauer and Thomas Elbert

Department of Psychology, University of Konstanz, Germany

Abstract. We postulate that the cascade "Freeze-Flight-Fight-Fright-Flag-Faint" is a coherent sequence of six fear responses that escalate as a function of defense possibilities and proximity to danger during life-threat. The actual sequence of trauma-related response dispositions acted out in an extremely dangerous situation therefore depends on the appraisal of the threat by the organism in relation to her/his own power to act (e.g., age and gender) as well as the perceived characteristics of threat and perpetrator. These reaction patterns provide optimal adaption for particular stages of imminence. Subsequent to the traumatic threats, portions of the experience may be replayed. The actual individual cascade of defense stages a survivor has gone through during the traumatic event will repeat itself every time the fear network, which has evolved peritraumatically, is activated again (i.e., through internal or external triggers or, e.g., during exposure therapy). When a parasympathetically dominated "shut-down" was the prominent peri-traumatic response during the traumatic incident, comparable dissociative responses may dominate responding to subsequently experienced threat and may also reappear when the traumatic memory is reactivated. Repeated experience of traumatic stress forms a fear network that can become pathologically detached from contextual cues such as time and location of the danger, a condition which manifests itself as posttraumatic stress disorder (PTSD). Intrusions, for example, can therefore be understood as repetitive displays of fragments of the event, which would then, depending on the dominant physiological response during the threat, elicit a corresponding combination of hyperarousal and dissociation. We suggest that trauma treatment must therefore differentiate between patients on two dimensions: those with peritraumatic sympathetic activation versus those who went down the whole defense cascade, which leads to parasympathetic dominance during the trauma and a corresponding replay of physiological and dissociative responding, when reminded. The differential management of dissociative stages ("fright" and "faint") has important treatment implications.

Dr. Martina Ruf-Leuschner

7



Der Bericht von Traumaüberlebenden

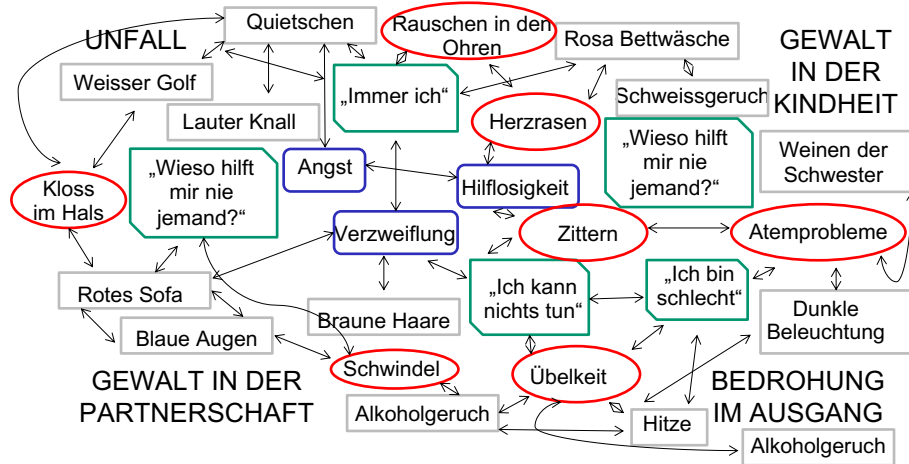
- Keine chronologische Reihenfolge
- Erinnerung ist fragmentiert
- Schwierigkeiten, das Erlebte in Worte zu fassen

Die Kardinalsymptome der PTBS basieren auf der pathologischen Repräsentation der traumatischen Erinnerungen

Dr. Martina Ruf-Leuschner

8

Furchtnetzwerk nach multipler Traumatisierung



Dr. Martina Ruf-Leuschner

9

Was wir wissen - 1

- Neuronale Strukturen werden durch traumatische Erfahrungen verändert (PFC, Amygdala, Hippocampus)

➔ sensorische, emotionale und kognitive Wahrnehmungen können nicht mehr adäquat in das deklarative Gedächtnis integriert werden (heisses und kaltes Gedächtnis getrennt)

Reize, die an das Trauma erinnern oder durch Exposition „getriggert“ werden lösen die ursprüngliche Reaktion während dem traumatischen Erleben aus (Aufregung, Herzrasen ... vs Dissoziation, „Shut Down“).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

10



Was wir wissen - 2

- Fight/Flight Reaktion: Erklärung für PTBS mit dominanter Übererregungssymptomatik (eher bei „simple“ Trauma).
- Ätiologie zu PTBS mit dominanter dissoziativer Symptomatik war lange Zeit unklar.
- Ätiologie und Konzept zu Dissoziation fehlte lange Zeit.
- In der therapeutischen Praxis daher lange Zeit „nur“ Skills-Training ohne Exposition

Dr. Martina Ruf-Leuschner

11



The Biology of Surviving

1. The Cascade „Freeze-Flight-Fight-Fright-Flag-Faint“ is a coherent sequence of six fear responses that escalate as a function of defense possibilities and proximity to danger.
2. These reaction patterns provide an optimal adaption to particular stages of imminence.
3. The individual cascade of defense that a survivor has gone through during the traumatic event will repeat itself, if the fear-network, which has evolved peritraumatically, is triggered (.i.e. during exposure therapy).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

12

The Biology of Surviving

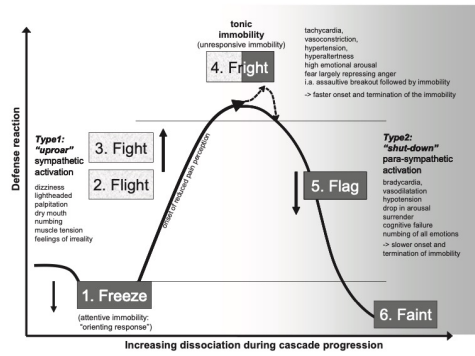


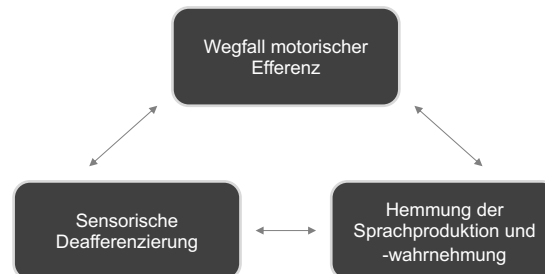
Figure 1. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "uproar" sympathetic arousal reaches a maximum at the fright stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

13

Was heisst Shut-Down?

- Taubheit von Emotionen (zuerst Aggression und Wut, später auch Angst)
- Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit)
- Berührunginsensitivität
- Sprach- und Sprechhemmung



Dr. Martina Ruf-Leuschner

14

Dissoziation aus evolutionsbiologischer Sicht

Dissoziation ist eine adaptive Reaktion, wenn ...

- ... der Organismus in engem Täterkontakt ist
- ... Kontaminationsgefahr besteht (Körperflüssigkeiten)
- ... die körperliche Integrität bereits gestört ist (z.B. durch Penetration, scharfe Objekte (Messer, Zähne) auf der Haut)

Dr. Martina Ruf-Leuschner

15

Die Verteidigungskaskade

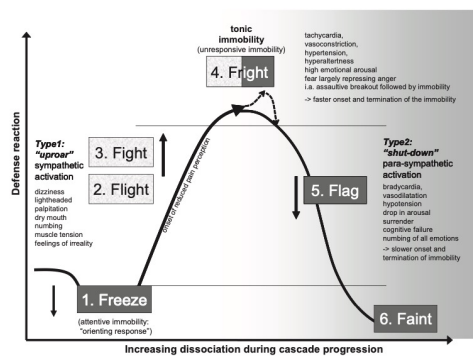


Figure 1. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "uproar" sympathetic arousal reaches a maximum at the fright stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

16

Die Verteidigungskaskade: Freeze

Die Anfangsreaktion (Ms-Sek) – Aufmerksamkeitsstarre

Stop-Look-Listen

Primäre Aufgabe:

Informationssammlung, Vorbereitung einer Reaktion

- Körperebene:
 - Hemmung der Schreckreaktion, Rückgang der Herzrate („Angstbradykardie“)
- Verhaltensebene:
 - Auf der Hut sein, aufmerksam sein, fertig machen zur Flucht / zum Angriff

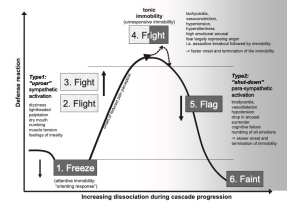


Figure 7. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "upward" sympathetic arousal reaches a maximum at the fight stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

17

Die Verteidigungskaskade: Flight & Fight

Richtung Höhepunkt der Alarmreaktion

Primäre Aufgabe:

Ausführung der Reaktion

- Körperebene:
 - Aktivierung des sympathischen Teils des ANS durch den Locus coeruleus: Ausschüttung von Adrenalin
 - Herzschlag steigt, Blutdruck steigt, Verengung von Blutgefäßen, Beschleunigung der Atmung, Schwitzen
- Wahrnehmungsebene:
 - Gedämpftes Bewusstsein, Wahrnehmung und Schmerzempfindung reduziert (Endorphinausschüttung)

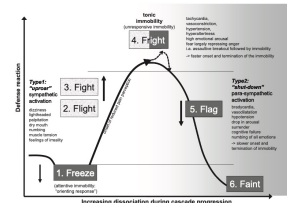


Figure 7. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "upward" sympathetic arousal reaches a maximum at the fight stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

18

Die Verteidigungskaskade: Fright (1)

Übergangsphase (Sek-Std)

Tonische Starre / tonische Immobilität

Primäre Aufgabe:

Unterdrückung von Wut und Aggression

- Körperebene:
 - Co-Aktivierung des sympathischen und parasympathischen Teils des ANS, erhöhter Muskeltonus, Adrenalin
- Wahrnehmungsebene:
 - Schwindel, Herzklopfen, Benommenheit, Anspannung, verschwommene Sicht, Irritation, Taubheit, Rigidität, Bewegungen werden schwierig und langsam, Angst, Inhibition von Aggression und Wut

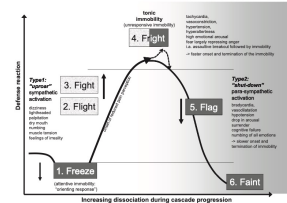


Figure 7. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "upbeat" sympathetic arousal reaches a maximum at the fright stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

19

Die Verteidigungskaskade: Fright (2)

• Neuropsychologische Ebene:

Gedächtnis und Lernen funktionieren, höhere Verarbeitungsmechanismen sind intakt, afferente Informationen werden (noch) verarbeitet

• Verhaltensebene:

Verharren über längere Zeit in einer Position, fixierter, starrer Blick, Stupor, Mutismus, plötzliches aggressives Verhalten oder Flucht ist immer noch möglich

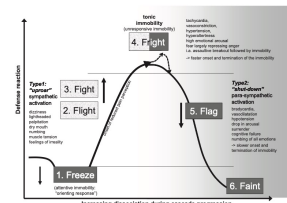


Figure 7. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "upbeat" sympathetic arousal reaches a maximum at the fright stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

20

Die Verteidigungskaskade: Flag & Faint (1)

(Min-Std)

Schlaferegelungslosigkeit und Ohnmacht

Primäre Aufgabe:

Verhinderung von Kontamination und Penetration / Invasion

- **Körperebene:**

Aktivierung des Parasympathikus, Rückgang der Sympathikusaktivierung, Erweiterung der Blutgefäße, Blutdruck und Herzrate sinken

- **Wahrnehmungsebene:**

Schlaffheit, Wärme, keine Willkürbewegungen, keine Sprachproduktion, Derealisation (sensorische Stimuli verschwinden), Depersonalisation (Körperwahrnehmungen verschwinden, Kontrollverlust über den Körper), Übelkeit

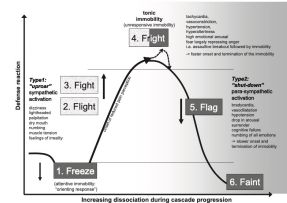


Figure 7. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "upward" sympathetic arousal reaches a maximum at the fight stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

21

Die Verteidigungskaskade: Flag & Faint (2)

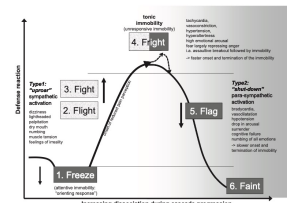


Figure 7. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "upward" sympathetic arousal reaches a maximum at the fight stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

- **Neuropsychologische Ebene:**

Kaum Gedächtniskonsolidierung, Störung post-thalamischer Verbindungen

- **Verhaltensebene:**

Bewusstseinsverlust aufgrund von Hypotonie und Bradykardie

Dr. Martina Ruf-Leuschner

22

Aktivierung des Angstnetzwerkes führt wieder zur dominanten Reaktion während des Traumas

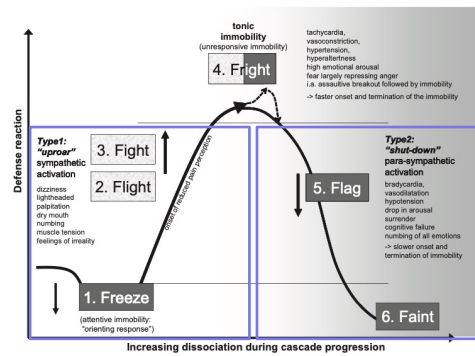


Figure 1. Schematic illustration of the defense cascade as it progresses along the 6-F course of action. The "uproar" sympathetic arousal reaches a maximum at the fright stage, eventually superseded by the onset of dissociative "shut down" (gray area).

Dr. Martina Ruf-Leuschner

23

In der Therapie / Im Umgang: Hier & Jetzt

Sensorisch: Licht, Geschmack, Textur, Temperatur, Geruch

Motorisch: Applied Tension, Sport auf dem Stuhl, Gleichgewichtsübungen


Sprache: Sprachproduktion verstärken („untraumatische Inhalte“)

Emotional: emotionalen Ausdruck fördern, besonders Gefühle, die peritraumatisch unterdrückt wurden (Wut)

Ernährung: auf ausreichend Ernährung und speziell auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten

Dr. Martina Ruf-Leuschner

24



Psychiatrische Dienste Thurgau
Spital Thurgau AG


Reduktion dissoziativer Symptome

- Psychoedukation
- Erarbeitung kurz- und langfristiger Vor- und Nachteile
- Kontingenzmanagement
- Reduktion emotionaler Verwundbarkeit
- Symptomtagebücher / Verhaltensanalysen
- Erarbeitung individueller Frühwarnzeichen
- Vermittlung antidissoziativer Skills
- Reiz-Diskriminationstraining
- Verbesserung der Gefühlsregulation
- Traumabearbeitung unter Einsatz anti-dissoziativer Skills

In Anlehnung an DBT-PTBS; Anne Dyer

Dr. Martina Ruf-Leuschner

25



Psychiatrische Dienste Thurgau
Spital Thurgau AG

Erarbeitung von Vor- und Nachteilen

Damals positiv	Damals negativ
Heute positiv	Heute negativ

In Anlehnung an DBT-PTBS; Anne Dyer

Dr. Martina Ruf-Leuschner

26

Kontingenzmanagement

- Dissoziative Symptome werden nicht absichtlich gezeigt, jedoch sind sie z.T. durch Konsequenzen steuerbar
- Verstärkungsprozesse müssen offen mit Patienten und Angehörigen besprochen werden
- Im Einzelfall festlegen, welche Konsequenzen ein schweres dissoziatives Symptom hat (z.B. Reduktion der Therapiezeit)
- Minimal notwendige soziale Aufmerksamkeit für Dissoziation + maximale soziale Aufmerksamkeit für das Meistern schwieriger Situationen mit Hilfe von Skills, das Durchhalten in der Exposition

In Anlehnung an DBT-PTBS; Anne Dyer

Dr. Martina Ruf-Leuschner

27

Senken der Vulnerabilität

- Krankheiten behandeln
- Drogen vermeiden
- Ausreichend Schlaf
- Regelmässige Bewegung
- Ausgewogene Ernährung / Ausreichend trinken

In Anlehnung an DBT-PTBS; Anne Dyer

Dr. Martina Ruf-Leuschner

28

Frühwarnzeichen

Merkmale vor dem „Point of no return“ identifizieren auf der Ebene

- Der Gedanken
- Der Gefühle
- Der Wahrnehmung
- Des Körpers
- Des Körperausdrucks

29

Typische Frühwarnzeichen (1)

- Gleichgewichtsstörungen
- Schwindel
- Taubheitsgefühle (beginnt oft in den Füßen, Beinen)
- Innere Kälte
- Emotionale Betroffenheit / in einer Emotion festhängen
- Schwere emotionale Taubheit
- Gefühl der Überforderung
- „in Watte gepackt sein“

30

Typische Frühwarnzeichen (2)

- Tunnelblick
- Verschwommenes Sehen
- Geräuschempfindlichkeit
- Rauschen in den Ohren
- Farbveränderungen
- Kribbelempfindungen

31

Was kann Dissoziation unterstützen – Was sollte vermieden werden?

- Starren / Fixieren
- „Sich verlieren“
- Rhythmische Bewegungen / Schaukelbewegungen / Stereotype Bewegungen
- Embryonalhaltung
- Bewegungseinschränkungen
- Kontakteinschränkung
- Kontakt zu Personen, die nicht gut tun
- Aufsuchen von Orten, die nicht gut tun

32

Antidissoziative Skills

- Geschmack: Ingwer, Chili, Zitrone, saure und scharfe Bonbons / Kaugummi
- Geruch: Duftöle
- Geräusche: laute Musik, lautes Klatschen
- Sehen: Augenbewegungen, nicht nach unten / auf einen Punkt starren
- Fühlen: Igelball, Eis-Pack, Steinchen im Schuh
- Bewegung: Sport auf dem Stuhl, applied tension, Treppen steigen, Balancierscheibe, auf der Stelle laufen

Dr. Martina Ruf-Leuschner

33

Realitätsprüfung

- Wo bin ich?
- Wie alt bin ich?
- Welche Personen sind anwesend?
- Was sehe, höre, spüre ich? (5-4-3-Methode)

Dr. Martina Ruf-Leuschner

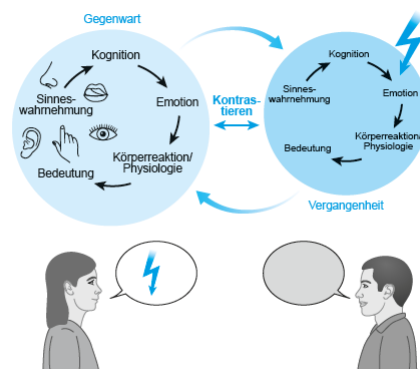
34

Reizdiskrimination – Was ist anders?

1. An der Gesamtsituation?
2. An meiner Person selbst?
3. Am Auslöser?

35

Traumabearbeitung unter Einsatz anti-dissoziativer Skills



Schauer, Neuner & Elbert 2018

36

Take Home

- Dissoziation als mögliche Wiederholung der peritraumatischen Reaktion
- Dissoziation ist kein bedrohlicher Zustand (medizinische Abklärung sollte vorab erfolgen)
- Dissoziation ist stressabhängig
- Dissoziation ist kein absichtliches Verhalten, aber z.T. über Konsequenzen steuerbar
- Dissoziationsneigung wird z.B. durch eine geringe Flüssigkeitszufuhr gefördert
- Dissoziation kann durch starke sensorische Signale aufgelöst werden
- Dissoziation kann konditioniert werden
- Dissoziation kann Lernvorgänge blockieren

Dr. Martina Ruf-Leuschner

37

Herzlichen Dank



Kontakt: martina.ruf@stgag.ch

Dr. Martina Ruf-Leuschner

38