Stuttgart 2018

Archiv pränatale Psychologie

Vortrag Dr. Renate Hochauf

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

1. Schwangerschaftsdrittel

- Zellgedächtnis und epigenetisches Phänomen
- Entstehung erster neuronaler Netzwerke unter Interaktion

© Renate Hochauf

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

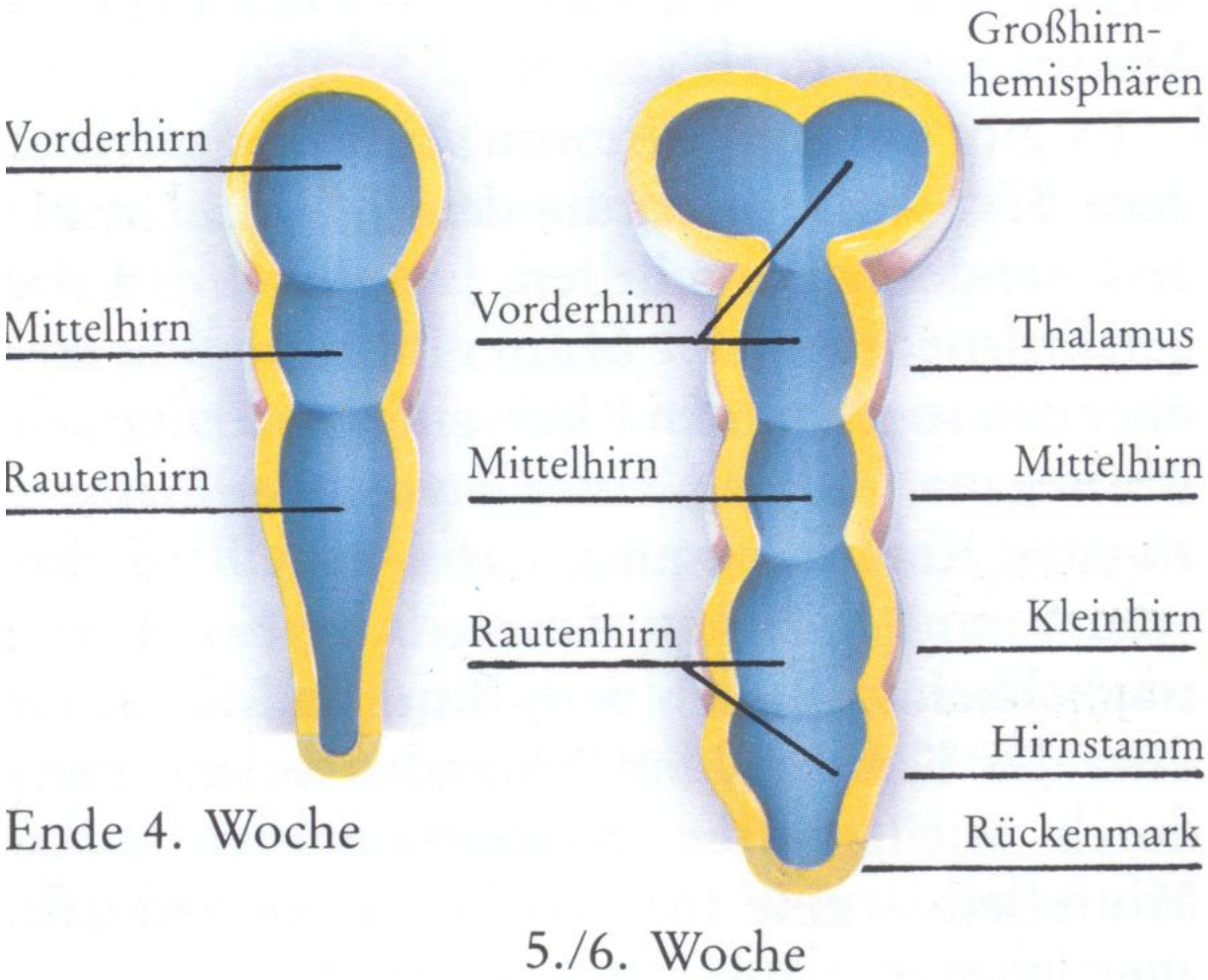
1. Schwangerschaftsdrittel

Innerhalb der Embryonalzeit entwickeln sich über eine Differenzierung der Stammzellen Gewebe, Organe und die Grundstruktur des Gehirns.

Es entstehen überzählige Nervenzellen, die entweder durch sinnhafte Vernetzung fixiert werden oder wieder absterben. Dies geschieht in Verbindung mit dem Aufbau der Synapsen und erster Myelisierung bis zum 2. Lebensjahr, verlangsamt bis zum 5. Lebensjahr.

© Renate Hochauf

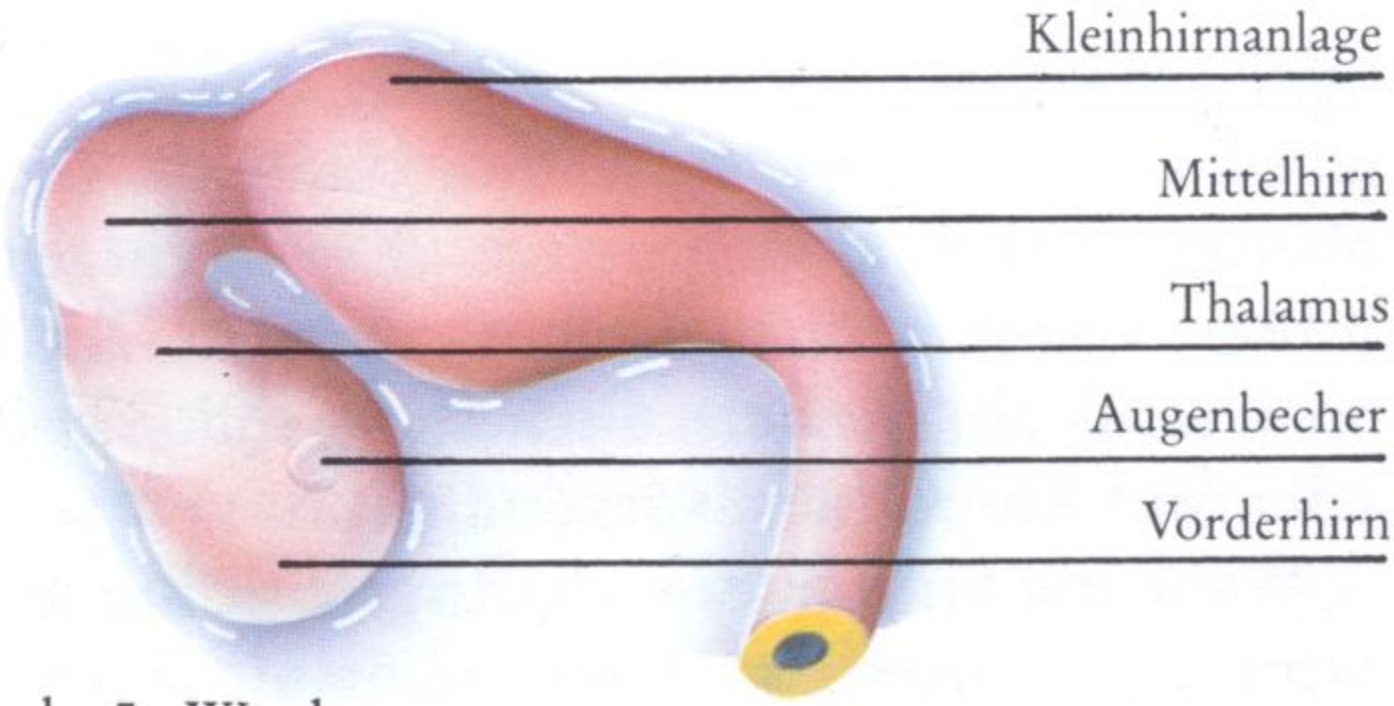
1. Schwangerschaftsdrittel



Grafik aus: K. Zimmer, Das Leben vor dem Leben, Köselverlag München, 1990,S.68

1. Schwangerschaftsdrittel

Trauma und Struktur



Ende 5. Woche

Grafik aus: K. Zimmer, Das Leben vor dem Leben, Köselverlag München, 1990,S.68

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

2. Schwangerschaftsdrittel

- Beginnende Funktionsfähigkeit der subkortikalen Strukturen der Stressbewältigung

© Renate Hochauf

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

2. Schwangerschaftsdrittel

Hirnstamm (Vitalfunktionen, Mittelhirn (Bewegung, Handlungssteuerung, Sensorik), Zwischenhirn (Hypothalamus und Hypophyse als Zentrum hormoneller Steuerung), Thalamus als Wahrnehmungsfilter und Koordinator der Stressverarbeitung) sind funktionsfähig. Ihre Entwicklung beginnt bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel. Die Amygdala – früheste Stressbewertungs-Instanz – funktioniert bereits in der 5. Schwangerschaftswoche. .

© Renate Hochauf

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

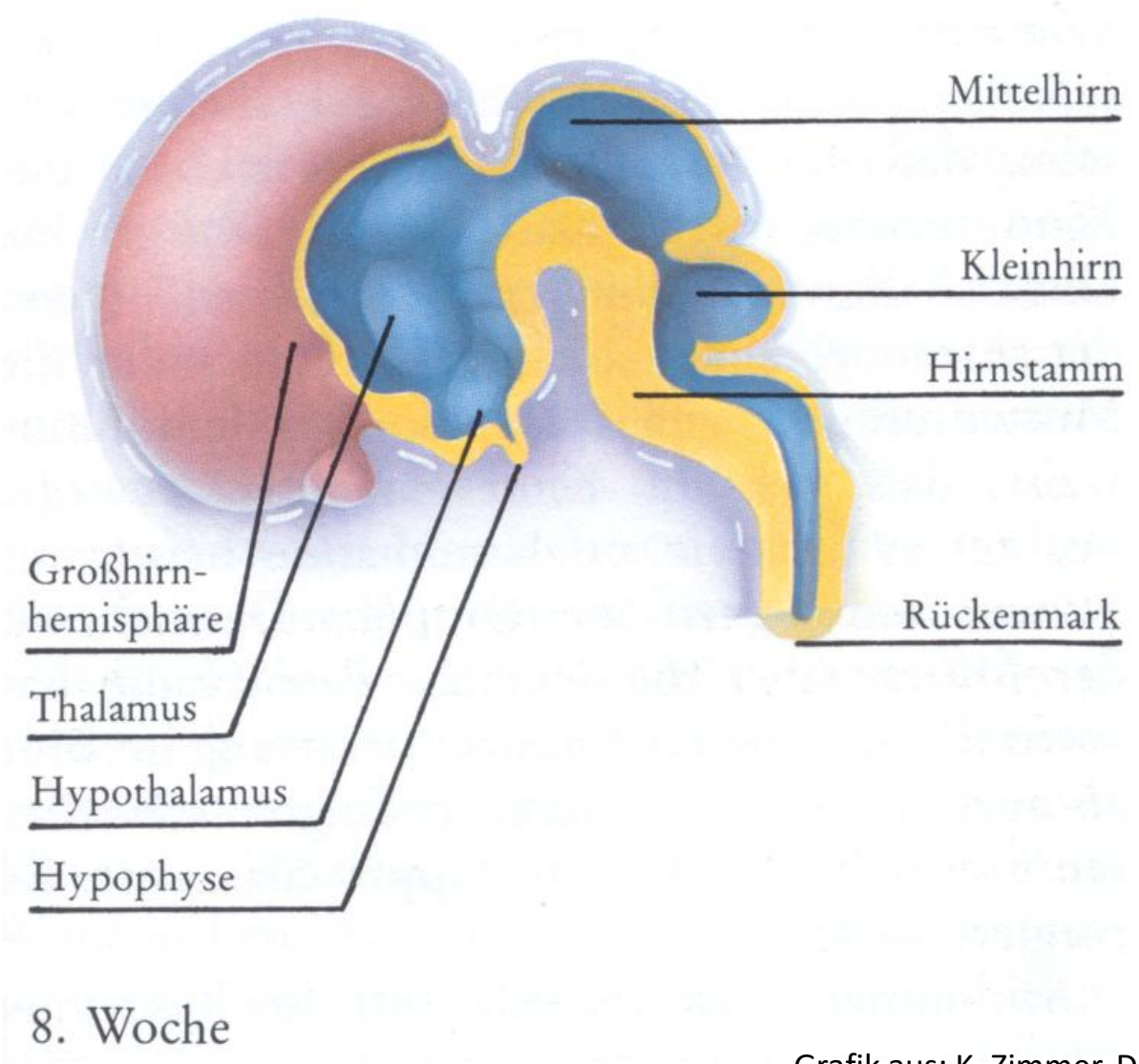
2. Schwangerschaftsdrittel

-Der Hippokampus, die Verbindung zum Neokortex und zur biografischen Identität, beginnt etwa ab der 15. Schwangerschaftswoche zu reifen, ist aber bis zum 2. Lebensjahr dysfunktional.

-Seine Reifung und Koordination zum Neokortex zeigt bedeutsame Entwicklungsphasen an.

© Renate Hochauf

2. Schwangerschaftsdrittel



Grafik aus: K. Zimmer, Das Leben vor dem Leben, Köselverlag München, 1990,S.68

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

3. Schwangerschaftsdrittel

- anatomische Hirnentwicklung bis zur Geburt hin in den Grundformationen weitgehend abgeschlossen

© Renate Hochauf

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

3. Schwangerschaftsdrittel

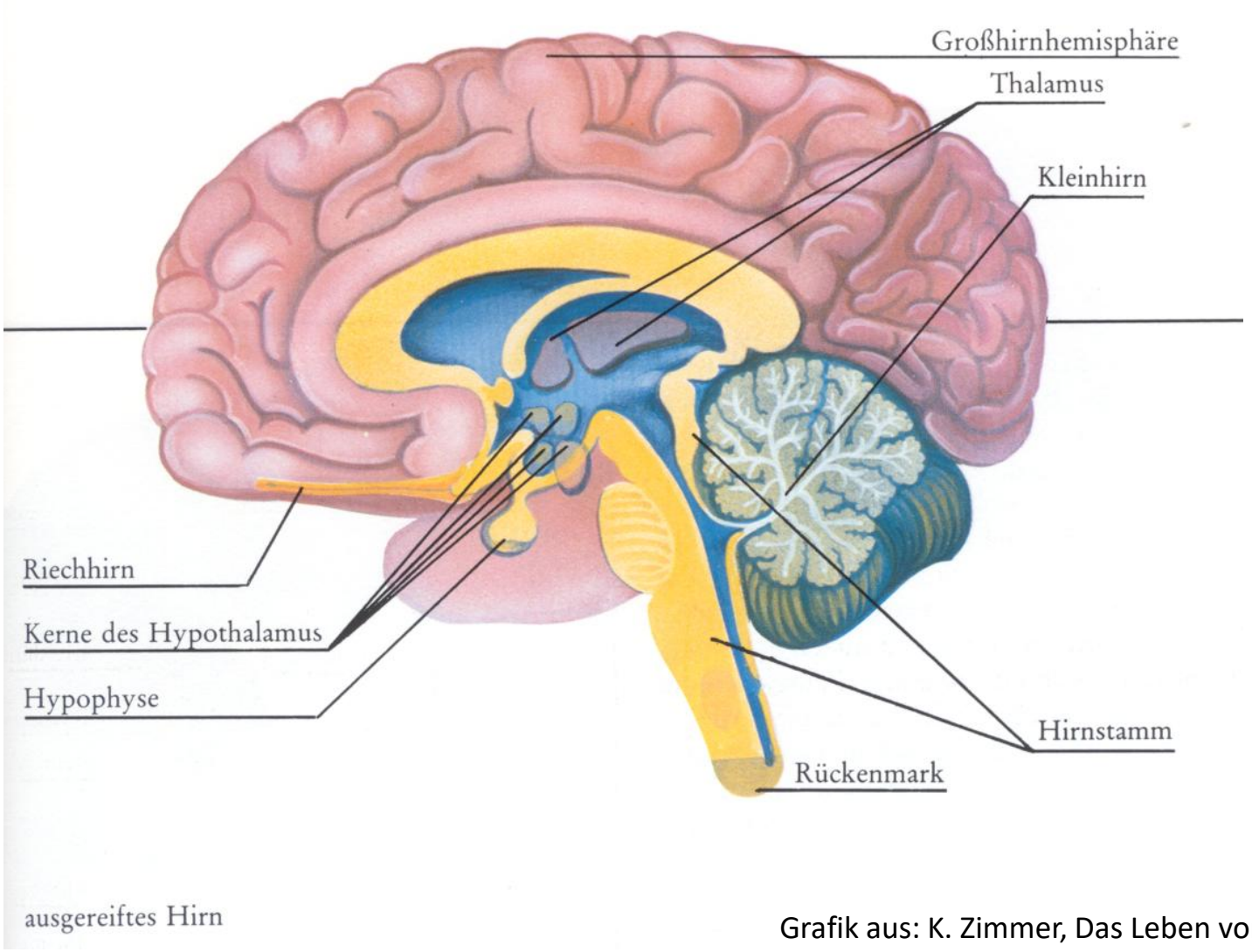
Hirnentwicklung bis zur Geburt hin in den Grundformationen weitgehend abgeschlossen

Das Gehirn ist anatomisch „fertig“, aber noch mit nur geringer Binnenverdrahtung. Diese wird in den ersten 2 Jahren einen Zuwachs erhalten, der später nie wieder in diesem Ausmaß erfolgen wird.

© Renate Hochauf

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

Trauma und Struktur



Grafik aus: K. Zimmer, Das Leben vor dem Leben, Köselverlag München, 1990,S.69

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

Stressfaktoren in der Schwangerschaft

- biologischer Stress
- Medikamente
- medizinische Untersuchungen
- psychischer Stress der Mutter (psychische Erkrankung, ...Suizidalität, Konflikte in den Beziehungen z.B. zum ...Partner oder / und zum Kind)

© Renate Hochauf

Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation

Stressfaktoren in der strukturellen Frühgenese

Die Reife des Hippokampus entscheidet über den Schritt zwischen implizitem (passiv vorsprachlichem) Eindrucksgedächtnis und explizitem (aktiv symbolischem) erinnerungsfähigem Gedächtnis.

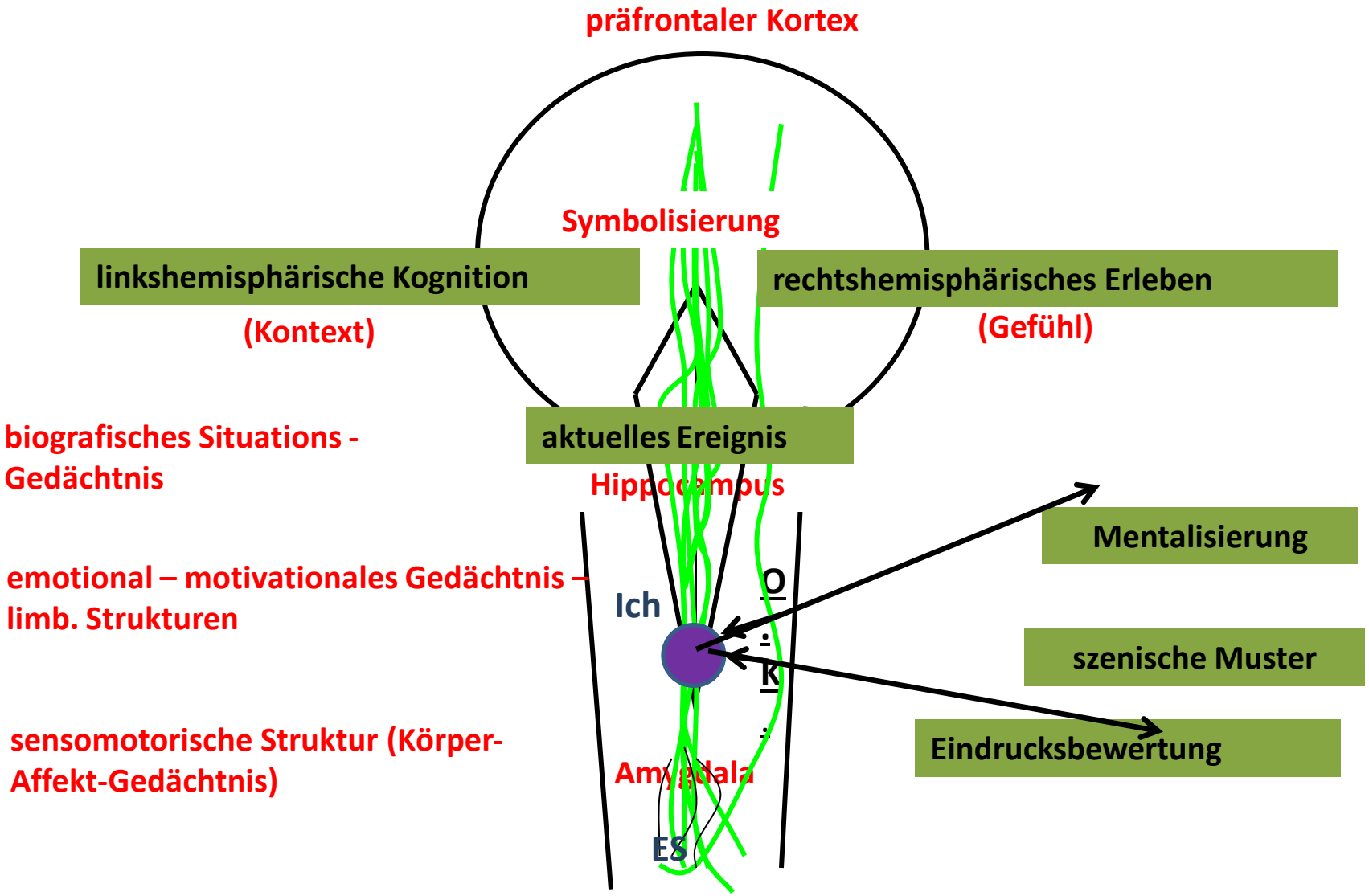
Für die Zeit zwischen 0-2 Jahren besteht deshalb die bekannte „infantile Amnesie“. Die Speicherung von Erfahrungen verbleibt auf Eindrucksniveau (implizit, konkretistisch, episodisch). Erinnerungen aktivieren sich passiv „getriggert“ als Erwartungsmuster.

„

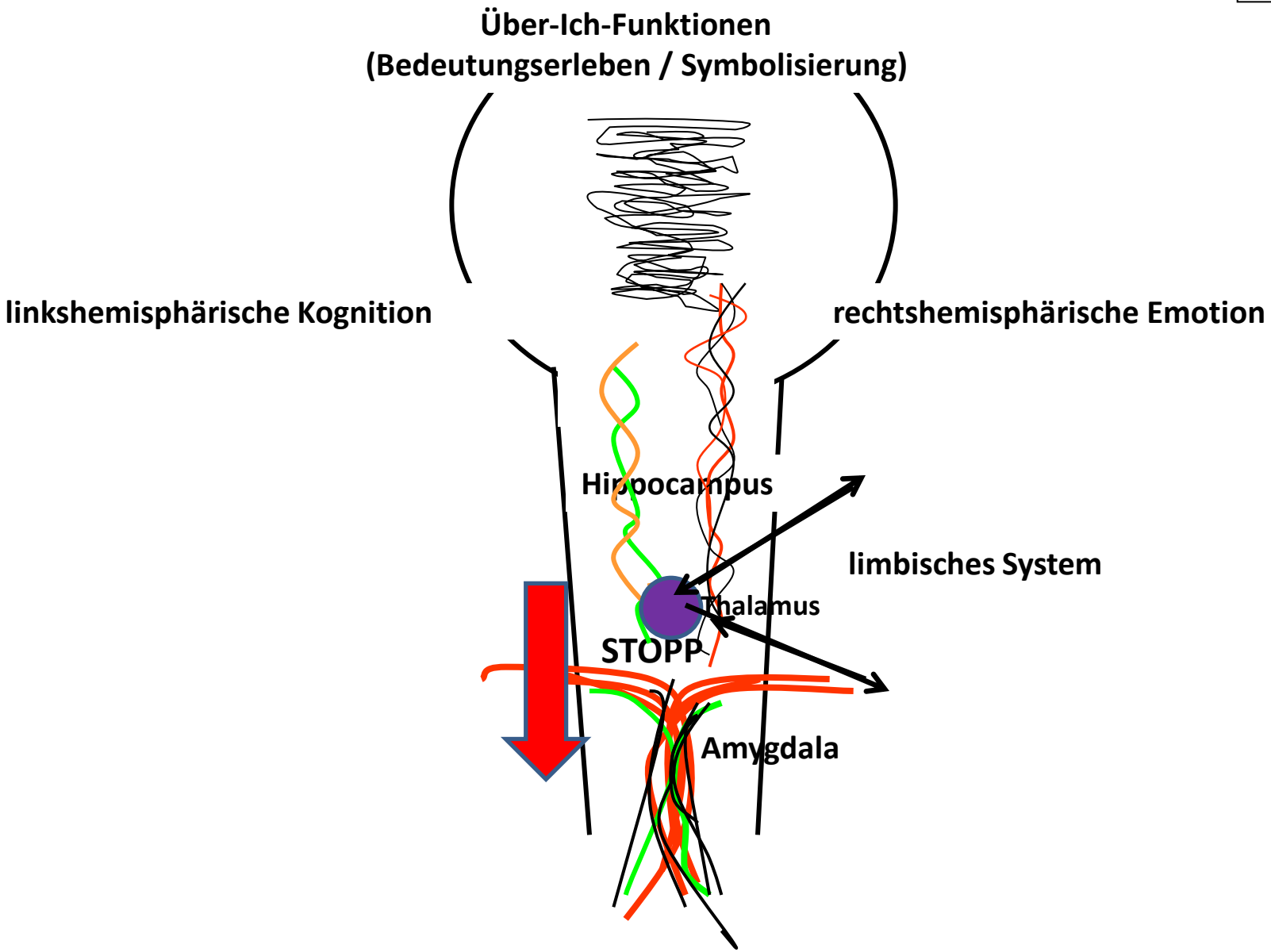
© Renate Hochauf

Über - Ich

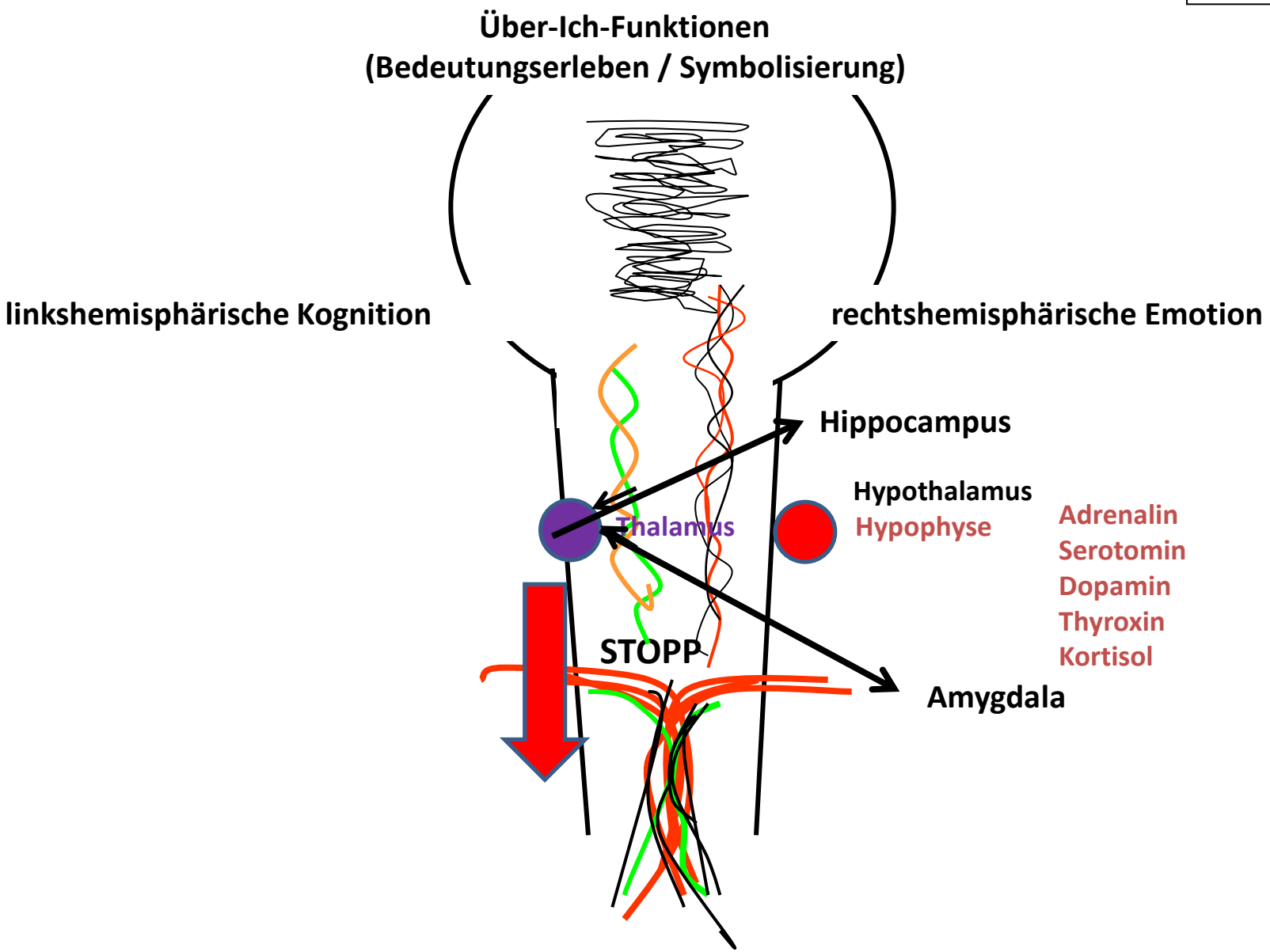
Bedeutungserleben



© Renate Hochauf

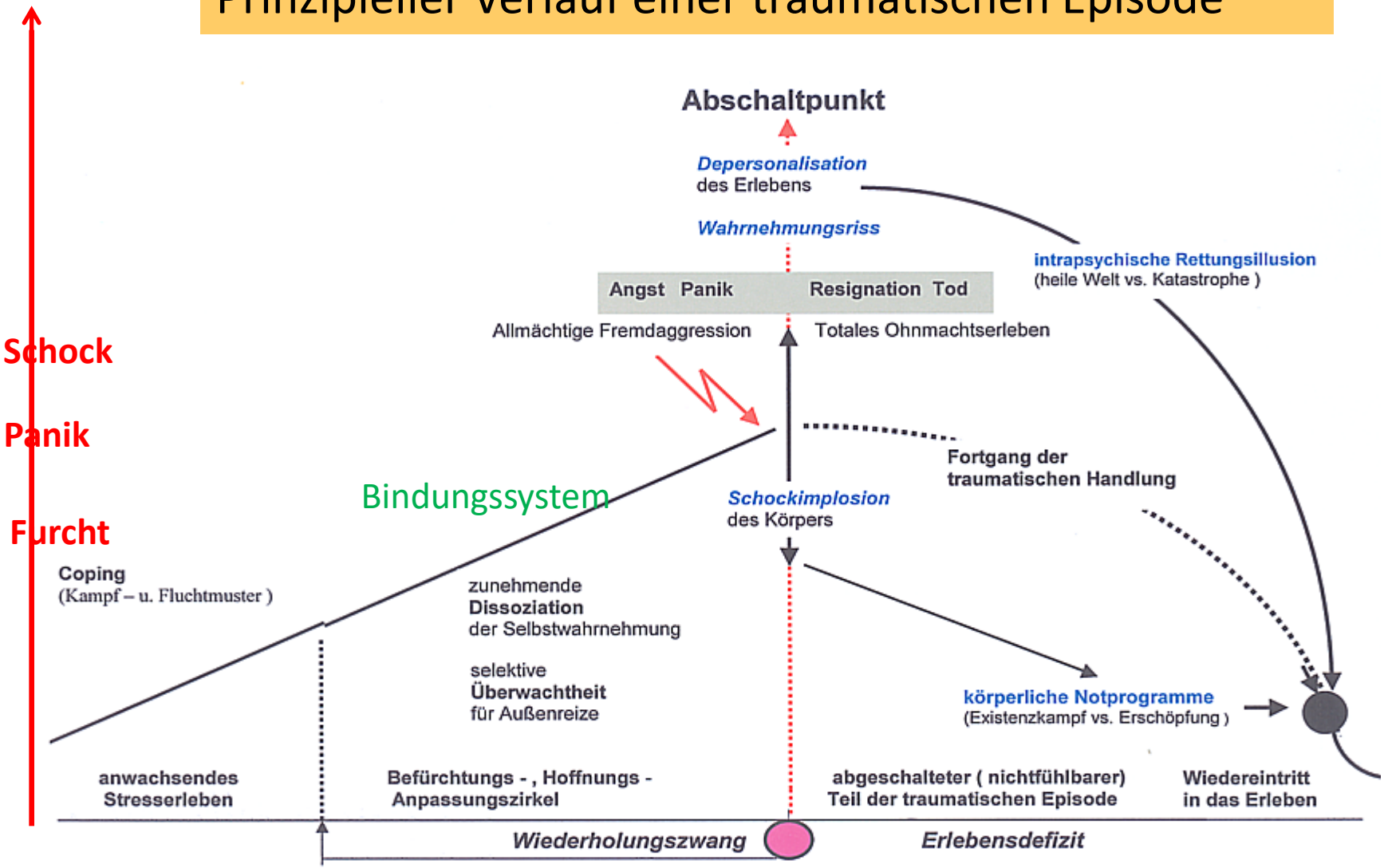


© Renate Hochauf



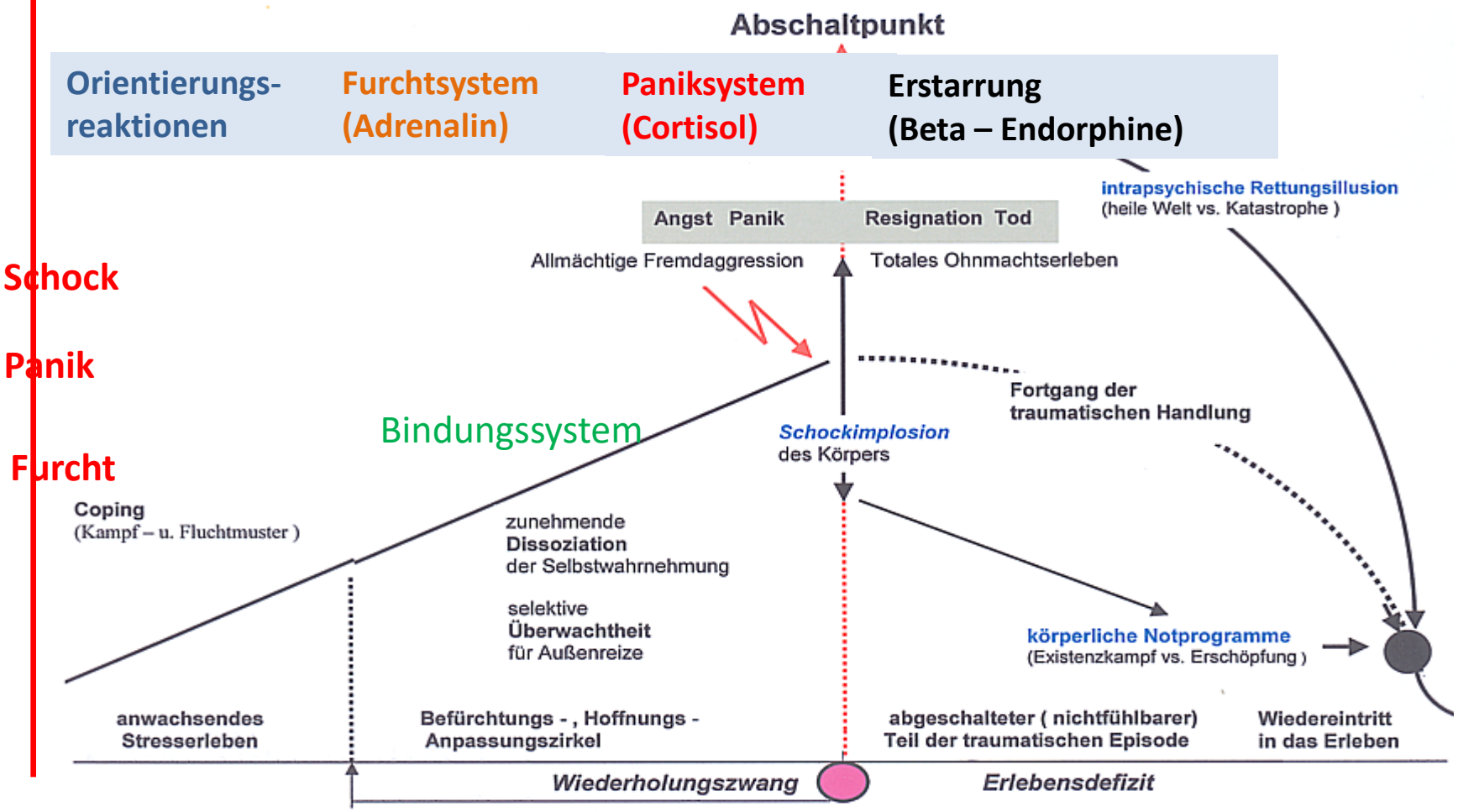
© Renate Hochauf

Prinzipieller Verlauf einer traumatischen Episode



© Renate Hochauf

Transmitter - Regulation während der traumatischen Episode



© Renate Hochauf

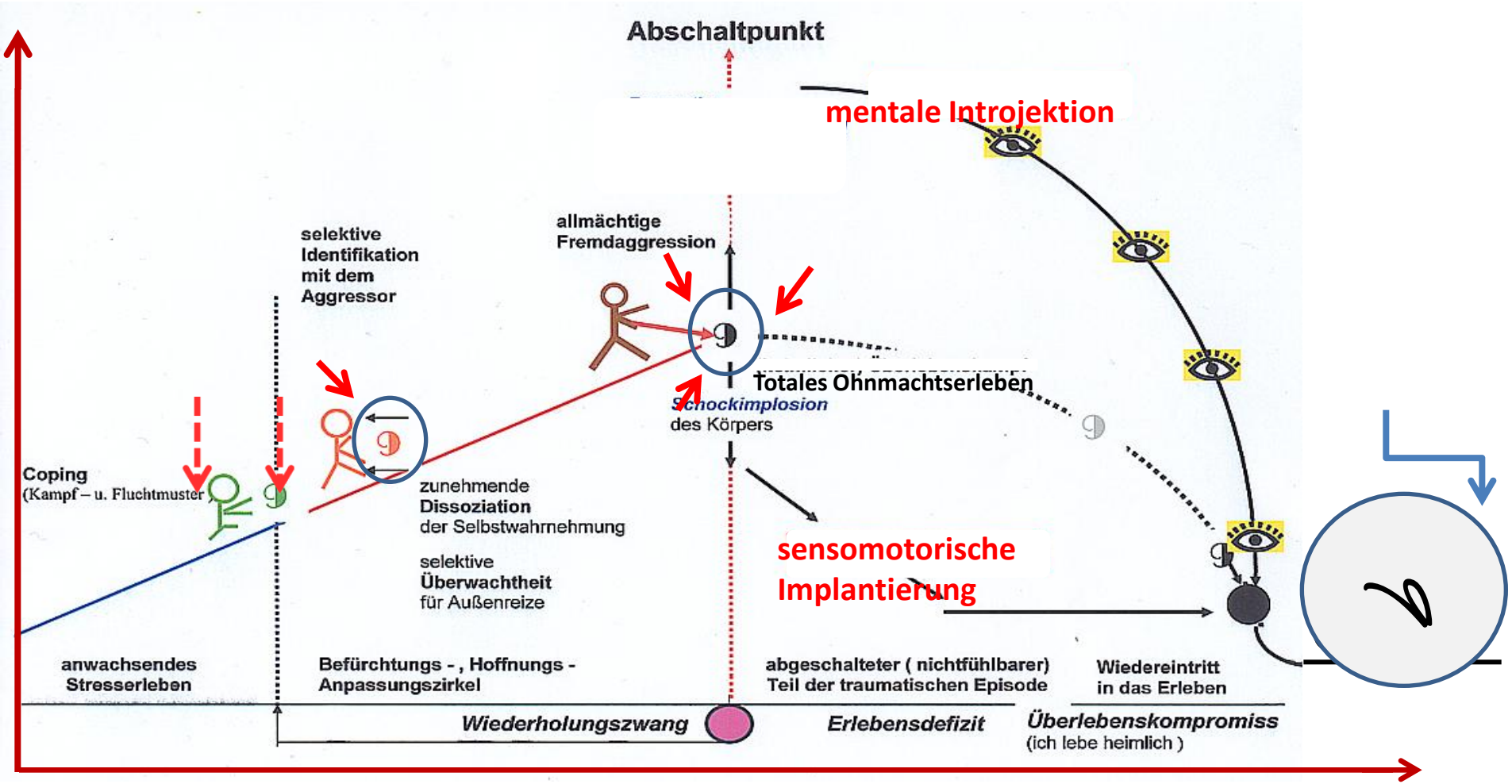
Besonderheiten der pränatalen Traumatisierung

037a

dynamische Übertragungsqualität

dissoziative Übertragungsqualität

Qualität von Übertragungsintrojekten

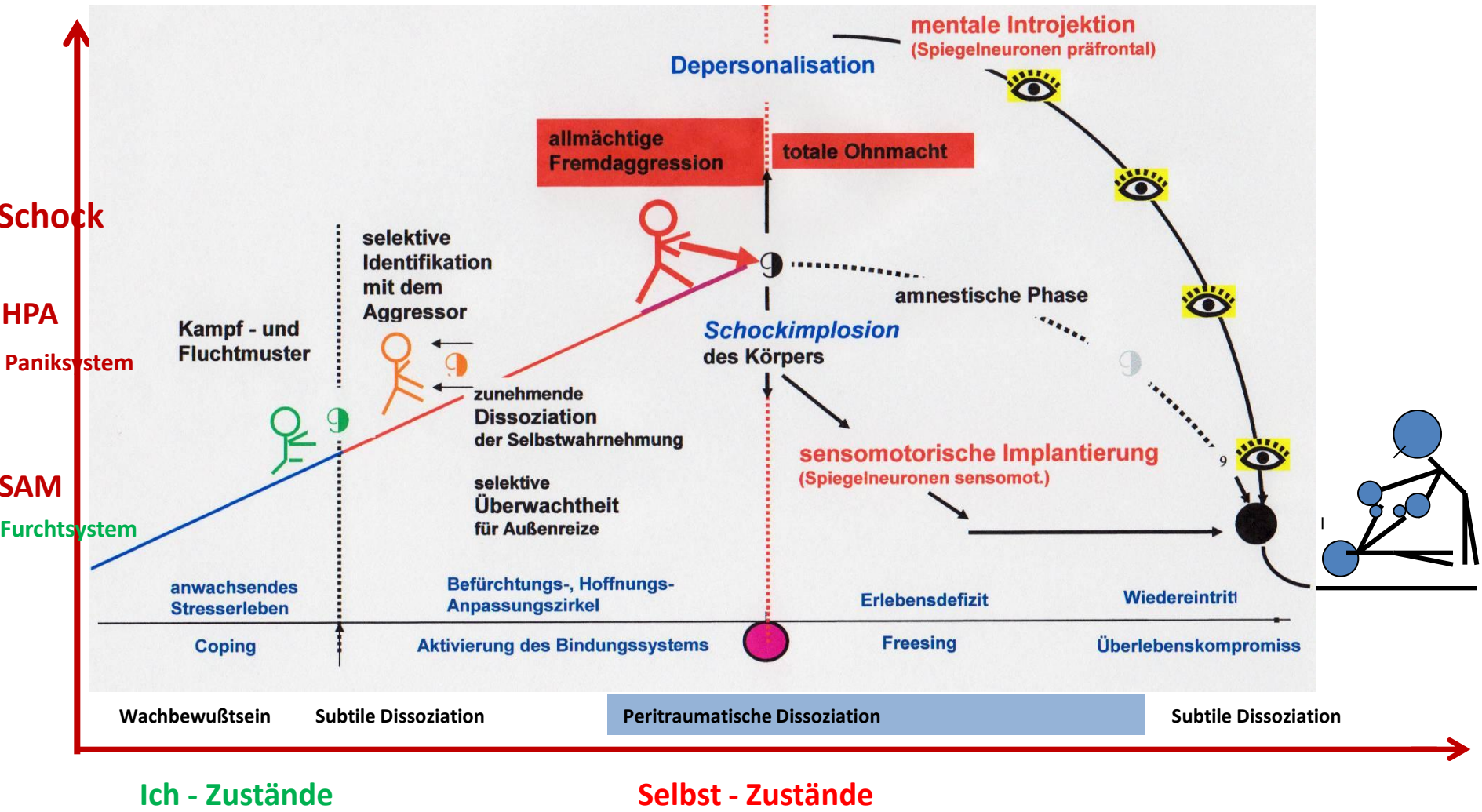


© Renate Hochauf

Übertragungsqualitäten aus dem Verlauf der Täter – Opfer - Interaktion

037b

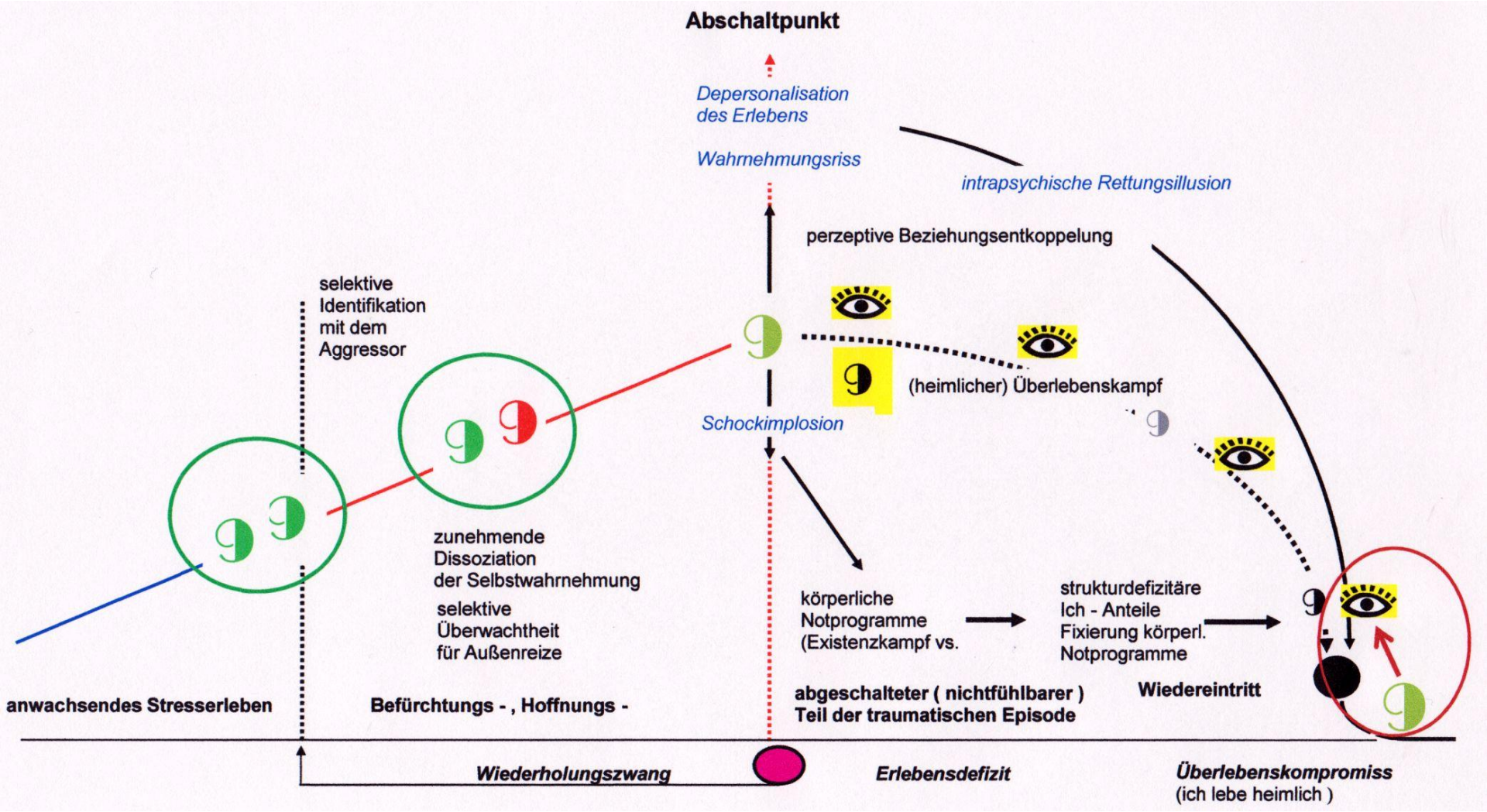
dynamische Übertragungsqualität	dissoziative Übertragungsqualität	Qualität von Übertragungsintrojekten



Trauma und Struktur

© Renate Hochauf

Zwillingsverlust - Zwillingsintrojekt



© Renate Hochauf

Das Traumaschema unter dem Aspekt der Täter-Opfer-Interaktion

peritraumatische Dissoziation

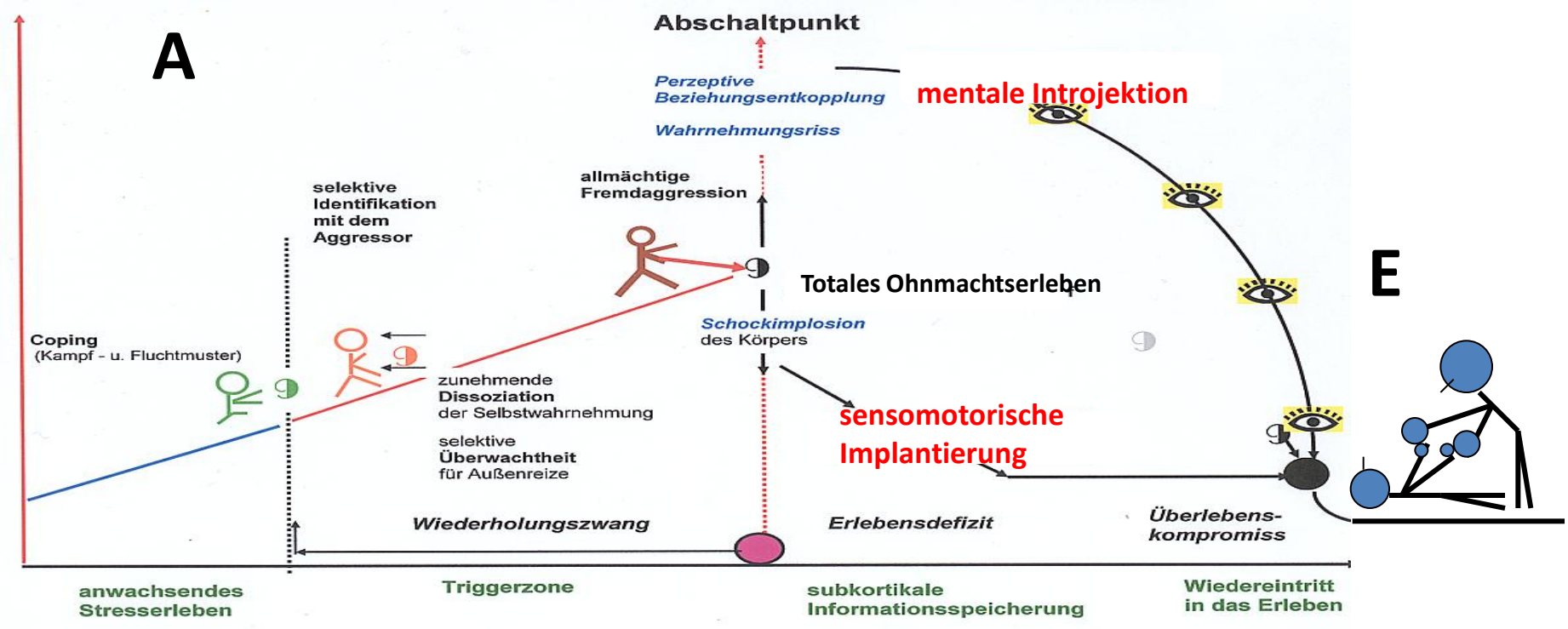
Alltagsdissoziation

Wiedereintritt

Alltagsbewusstsein

B C D

A



E

© Renate Hochauf

Ziel einer Traumatherapie

Eine traumatische Erfahrung kann sich in die Gesamtstruktur nur integrieren, wenn die vollständige Traumaepisode im bewussten Gedächtnis repräsentiert ist. Die klassische therapeutischen Interventionen orientieren auf die Erschließung dynamischer Muster. In der Traumatherapie geht es um die Exploration sensomotorischer Eindrucksqualitäten und deren Kontext.
Damit ergeben sich für die Arbeit an Traumata drei grundsätzliche Aufgaben:
Erarbeiten einer Position außerhalb des Traumas (**Kompensation**)
Überführen der subkortikalen Anteile der Trauma-Erfahrung in eine vollständige kortikale Repräsentation (**Rekonstruktion)**
Erschließen methodischer Zugänge, welche die in verschiedenen neurobiologischen Abbildungsebenen abgespeicherten Trauma-Fragmente abrufen können (**Einsatz von Techniken**).

Sinn und Ziel einer Traumatherapie ist, den Wiedereintritt erlebbar zu machen: dass und wie der Traumatisierte überlebt hat.

© Renate Hochauf

Traumadiagnostische Verfahren zur Erfassung der PTBS

1. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Posttraumatische Belastungsstörung (SKID I – PTBS)
2. Traumatic Antecedence Questionnaire (TAQ)
3. Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)
4. Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)
5. Impact of Event Scale – Revised (IES – R)
6. Posttraumatic Symptom Scale, 10 Items (PTSS – 10)
7. Kölner Risikoindex – Bundeswehrversion (KRI – BW)
8. Kölner Traumainventar (KTI)

© Renate Hochauf