

Kompetenz. Und Gottvertrauen.



Update Traumatherapie: State of the art in psychotherapeutischen Fachkreisen

- ① Definitionen Trauma und PTBS
- ② Leitlinien der Fachgesellschaften
- ③ Klassische Behandlungsphasen und aktuelle Adaptionen
- ④ Kurzdarstellung gängiger Verfahren
- ⑤ Risiken und Nebenwirkungen

Ereignisebene

- Ein kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
-Hierzu gehören Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder die Tatsache, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen geworden zu sein. (ICD-10 der WHO)

Was ist ein Trauma?

Verarbeitungsebene

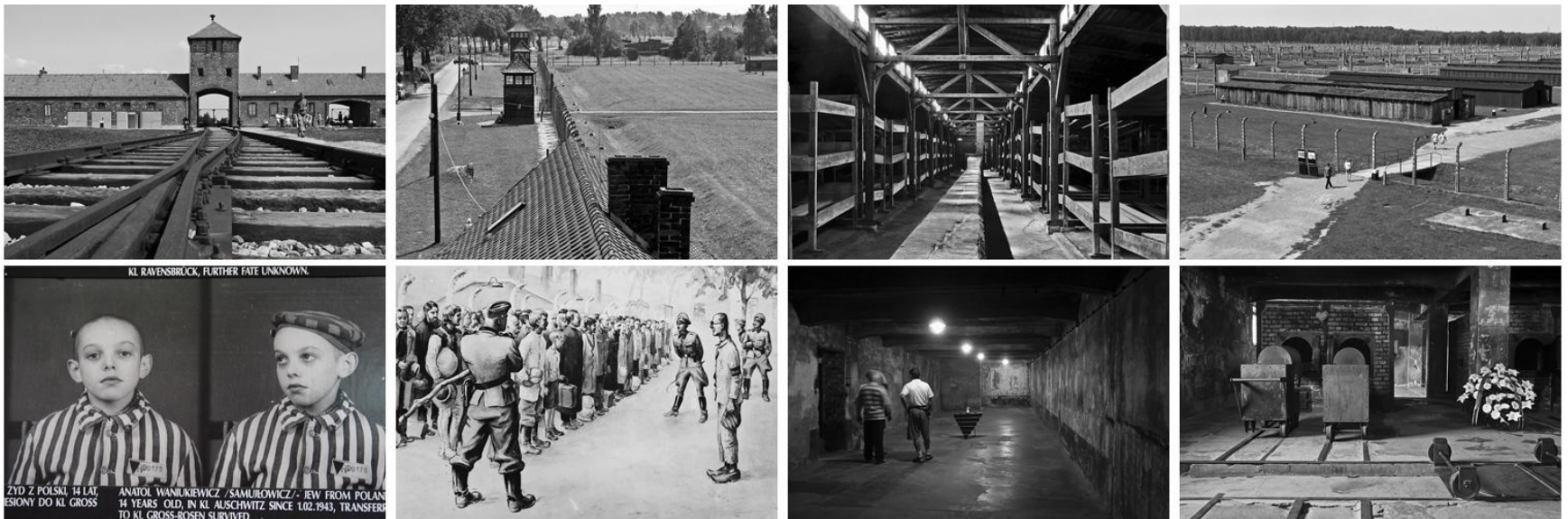
„Ein psychisches Trauma ist

- ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten,
- das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so
- eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“
(Fischer und Riedesser, 1998)

Einmaliges plötzliches Ereignis...

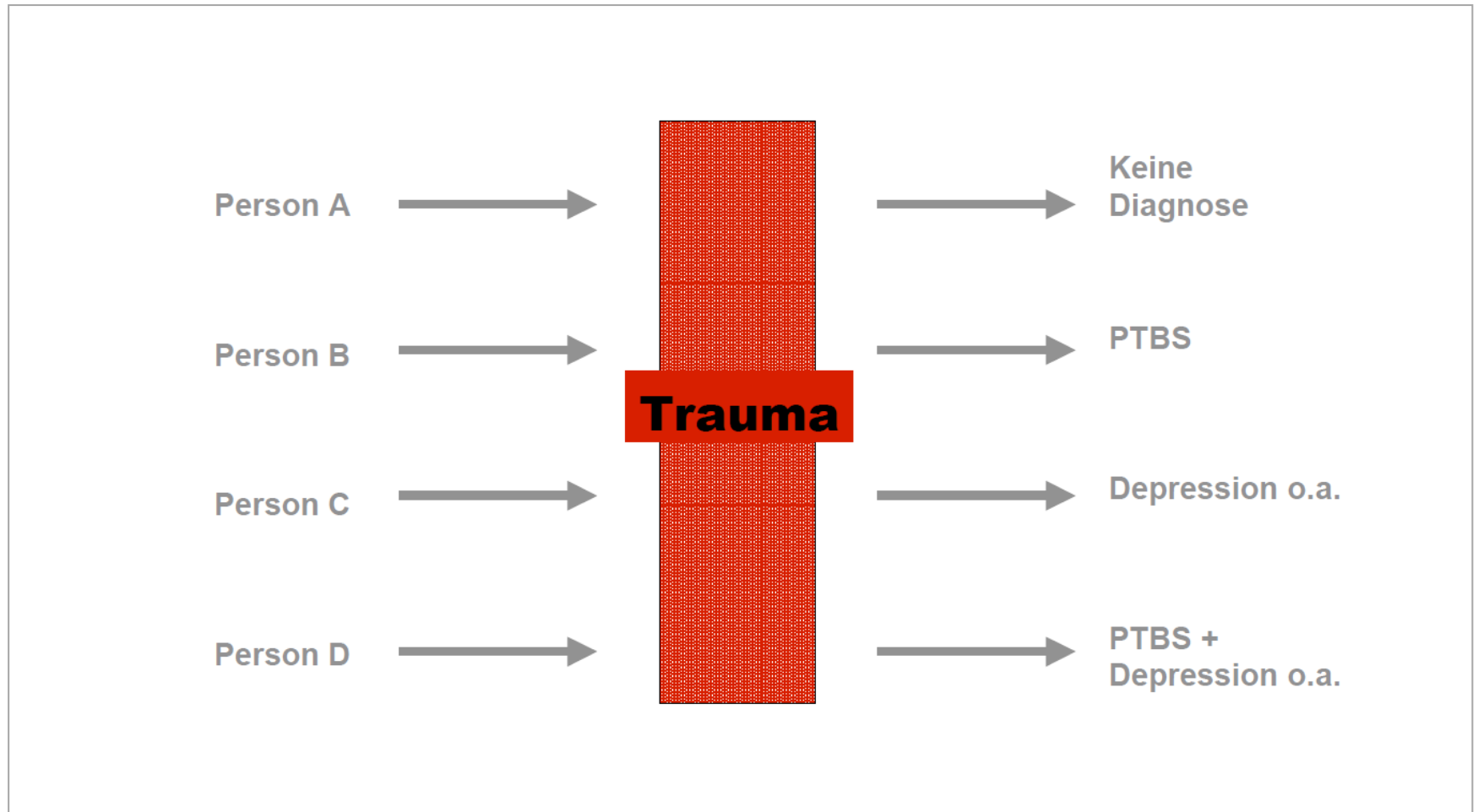
Typ 1



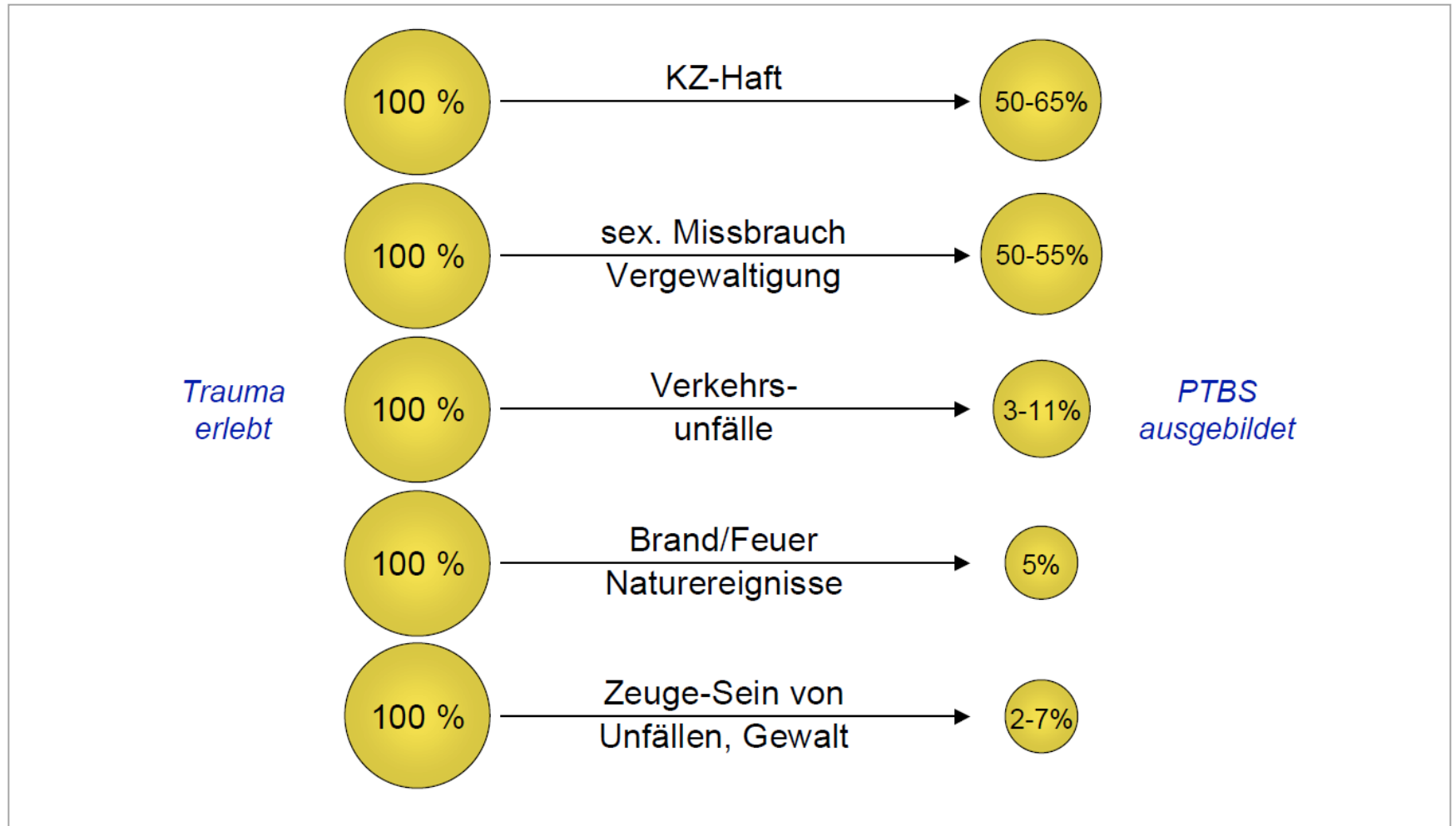


	Akzidentell	Durch Menschen verursacht
Trauma Typ I		
<ul style="list-style-type: none"> • Einmalig • Akut lebensbedrohlich • Unerwartet 	<ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsunfälle • berufsbedingte Trauma (Polizist, Feuerwehrmann) • Kurzdauernde Naturkatastrophen (Wirbelsturm, Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kriminalität und Gewalt • sexuelle oder körperliche Tätlichkeit • bewaffneter Überfall
Trauma Typ II		
<ul style="list-style-type: none"> • Wiederholend • Anhaltend • Unberechenbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende Naturkatastrophen (Flut) • Technologische Katastrophen (z.B. Giftgas) 	<ul style="list-style-type: none"> • sexueller Kindesmissbrauch/ schwere Vernachlässigung • emotionaler Missbrauch • Folter/ Krieg • Entführung, Inhaftierung • Häusliche Gewalt

- Der weitaus größte Teil der von einem Trauma betroffenen Menschen entwickelt keine psychische Störung!
- Ob oder ob nicht hängt ab von
 - Art des Traumas,
 - Persönlichkeit des Betroffenen,
 - situativer Verfügbarkeit von Schutzfaktoren



PTBS-Prävalenzen nach Traumatisierung



Ereignis: Außergewöhnliche Bedrohung

Folge: Tiefe Verzweiflung, Angst, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit

Kernsymptomatik:

1. Intrusionen: flash back, Alpträume
2. Vermeidung: Orte, Aktivitäten, Erinnerungen
3. Emotionale Taubheit (numbing)
4. Hyperarousal (Übererregtheit),

Latenz: Wochen bis Monate, selten Jahre

- **Primäre** Symptome: s.o.
- **Sekundäre** Symptome:
 - Sozialer Rückzug
 - Scham
 - Schuldgefühle
 - Selbstwertprobleme
 - Suchtmittelkonsum
 - Zwangshandlungen
 - Essstörungen, Selbstverletzungen.....

Spezifische Traumafolgestörungen - *treten nie ohne Trauma auf*

- F 43.0 Akute Belastungsreaktion
- F 43.1 PTBS Posttraumatische Belastungsstörung
- F 62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Weitere Traumafolgestörungen – *Trauma oft entscheidend für Entstehung, kann aber auch anders zustande kommen*

- F 43.2 Anpassungsstörungen
- F 44 dissoziative Störungsbilder
- F 45.4 somatoforme Schmerzstörung
- F 60.3 emotional instabile PKS (*Borderline, 40-70% Traumanachweis*)

Traumaassoziierte Störungen - *traumatische Belastungen können maßgeblich mitbedingend sein bei der Entstehung, oder die Erkrankung tritt gemeinsam mit einer PTBS auf (Komorbidität)*

- F 60.2 dissoziale PKS
- F 50 Essstörungen
- F 32, 33, 34 Depressionen
- F 40, 41 Angsterkrankungen
- F 1 Substanzabhängigkeit (Alkohol, Drogen, div. Medikamente)
- F 45 Somatoforme Störungen

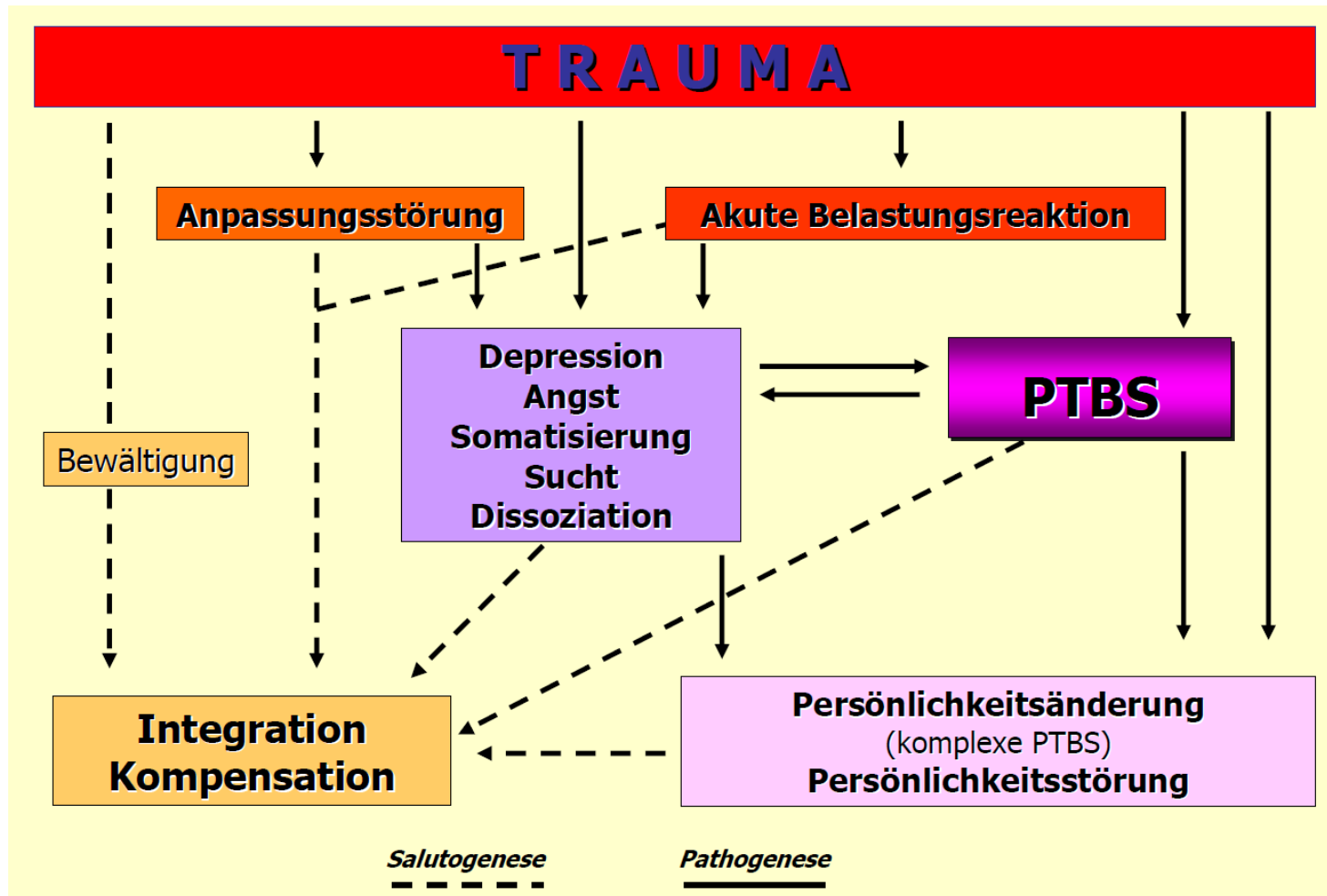
Komorbiditäten bei PTBS

Komorbide psychiatrische Diagnosen insgesamt

- rund 85% der an PTBS Erkrankten

Erhöhte Risiken (mäßig) für einige körperliche Erkrankungen:

- Herzinfarkt,
- Hauterkrankungen (Ekzeme),
- Asthma,
- Arthritis



Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen.

Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen.

Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Leitlinie PTBS, beteiligte Fachgesellschaften

- 6 Fachgesellschaften aktiv an der Erstellung mitgewirkt
- Erste Publikation 1999 als S2-Leitlinie
- Aktueller Stand 2011 als (höherwertige) S3-Leitlinie

AWMF-Register-Nr. 051/010

S3 - LEITLINIE

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ICD 10: F 43.1

in Abstimmung mit den AWMF - Fachgesellschaften:

Deutsche sprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) - federführend



Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)



Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)



Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)



Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)



Zitierbare Quelle:

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210

Hinweise zur Graduierung der Evidenz- und Empfehlungsstärke

Studienqualität	Evidenzstärke	Empfehlung	Beschreibung	Symbol
Systematische Übersichtsarbeit (Metaanalyse) oder RCT (Therapie) oder Kohortenstudie (Risikofaktoren, Diagnostik) von hoher Qualität	hoch	„soll“	Starke Empfehlung	▲ ▲
RCT oder Kohortenstudie von eingeschränkter Qualität	mäßig	„sollte“	Empfehlung	▲
RCT oder Kohortenstudie von schlechter Qualität, alle anderen Studiendesigns, Expertenmeinung	schwach	„kann“	Empfehlung offen	◀ ▶

- Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die PTBS nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgerkrankungen ist. ▲▲
- Es soll beachtet werden, dass komorbide Störungen bei der PTBS eher die Regel als die Ausnahme sind ▲▲
h
- Die Diagnostik der PTBS soll nach klinischen Kriterien (ICD 10) erfolgen. ▲▲ h
- Zur Unterstützung der Diagnostik können psychometrische Tests und PTBS-spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden. ◀▶ h
- Manche PatientInnen mit PTBS haben eine unzureichende Affektregulation (z.B. mangelnde Impulskontrolle, dissoziative Symptome, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, Suizidalität), die diagnostisch abgeklärt werden muss und initial in der Behandlungsplanung (individueller Stabilisierungsbedarf) zu berücksichtigen ist. ▲▲ h
- Psychopharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie der PTBS eingesetzt werden. Adjuvante Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie. ▲▲

- Adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie können in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden. ◀▶
- Bei der Therapie der PTBS soll mittels Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma das Ziel der Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen erreicht werden ▲▲
- Die Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung. ▲▲
- Dazu sollen traumaadaptierte Behandlungsmethoden eingesetzt werden. ▲▲
- Bei der Indikationsstellung zur Traumabearbeitung sind klinische Komorbidität und Stabilität in einem Gesamtbehandlungsplan mit „partizipativer Entscheidungsfindung“ zu berücksichtigen. ▲

- Mangelnde Affekttoleranz, akuter Substanzkonsum, instabile psychosoziale und körperliche Situation, komorbide dissoziative Störung, unkontrolliert autoaggressives Verhalten sind als relative Kontraindikation zur Traumakonfrontation anzusehen. ▲▲
- Akute Psychose, schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle (in letzten 4 Monaten: lebensgefährlicher Suizidversuch, schwerwiegende Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten, schwerwiegende Probleme mit Fremdaggressivität) und akute Suizidalität sind als absolute Kontraindikation für ein traumabearbeitendes Vorgehen zu werten. ▲▲
- Bei Vorliegen von Kontraindikationen ist eine konfrontative Traumabearbeitung erst indiziert, wenn äußere Sicherheit und eine hinreichend gute Emotionsregulierung ('ausreichende Stabilisierung') vorhanden sind. ▲▲

Absolute Kontraindikationen

- Akute Psychose
- Suizidalität
- Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko

Relative Kontraindikationen

- instabile psychosoziale Situation
- schlechte körperliche Verfassung
- mangelnde Affekttoleranz
- anhaltende Dissoziationsneigung
- autoaggressives Verhalten
- mangelnde Distanz zum Trauma
- Suchtmittelmissbrauch
- Nachteil Neubewertung familiärer Beziehungen überwiegt Vorteil

• Traumatherapie endet in der Regel nicht mit der Traumabearbeitung. Wenn indiziert, sollte der psychotherapeutische Prozess zur Unterstützung von Trauer, Neubewertung und sozialer Neuorientierung fortgeführt werden. ▲

• Eine traumaadaptierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden. ▲▲

Phasenbegleitende Aspekte der psychosozialen Reintegration

- ◆ Soziale Unterstützung
- ◆ Einbeziehung von Angehörigen
- ◆ Opferhilfsorganisationen
- ◆ Berufliche Rehabilitation
- ◆ Opferentschädigungsgesetz

Phasenbegleitende Aspekte der Neuorientierung

- ◆ Auseinandersetzung mit traumaspezifischen Verlusten und Einbußen
- ◆ Intrapsychische Neuorientierung
- ◆ Rückfallprophylaxe (Erarbeitung von Hilfen bei erneuter schwerer Belastung)
- ◆ Entwicklung von Zukunftsperspektiven

Die behandelnden PsychotherapeutInnen sollen über eine traumatherapeutische Qualifikation verfügen.

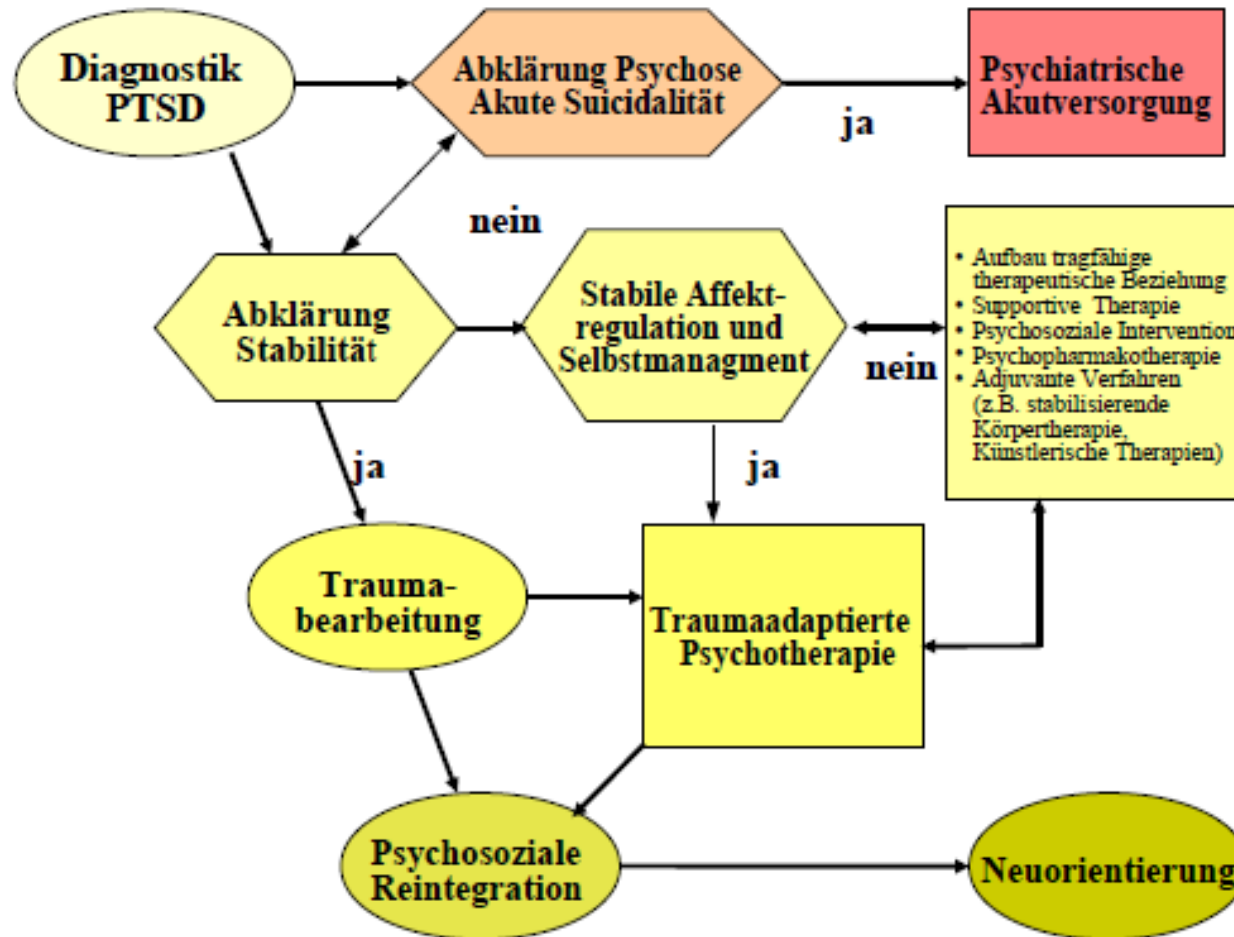


Curriculare Inhalte

Das Curriculum umfasst 140 Unterrichtseinheiten mit folgenden Bausteinen:

1. Theoretische Grundlagen (20 h)
2. Techniken zur Stabilisierung und Affektregulation (20 h)
3. Überblick über die Behandlung akuter Traumatisierungen und Krisenintervention (10 h)
4. Evidenzbasiertes Verfahren der Traumabearbeitung (Non-komplexe PTBS) (30 h)
5. Evidenzbasierte Verfahren zur Behandlung Komplexer PTBS / DESNOS (30 h)
6. Selbsterfahrung und Psychohygiene (10h)
7. Supervision (20 h)
8. Abschlusskolloquium und Zertifizierung

Leitlinie therapeutische Strategien bei PTBS



- Diagnostik
- Stabilisierung
- Traumakonfrontation
- Integration

nach Pierre Janet 1907

- Medikation spielt eine nachrangige oder gar keine Rolle.
- In der Praxis oft keine strenge Phasentrennung, stattdessen sensible individuelle Dosierung der einzelnen Komponenten im Parallelmodus

- Traumafolgestörung mit erkennbarem Bezug zu konkreter Traumatisierung
- Behandlungs- und Veränderungsmotivation ausreichend vorhanden
- Setting: ambulant/ tagesklinisch/ stationär
- Qualität des psychosozialen Netzes des Patienten
- Belastbarkeit
- Gesamtbehandlungsplan klären
- „Notfallkoffer“

- Klinisches Interview, Besonderheiten beachten:
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung: ggf. erhöhtes Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmtheit; adäquates Eingehen auf für sie notwendige Rituale (z.B. ausreichender körperlicher Abstand zur Untersuchungsperson, Türen offen lassen, Mitnehmen einer Vertrauensperson, Entfernen von Triggern im Gesprächsraum)
- Traumatische Ereignisse sollten möglichst schon im ersten diagnostischen Gespräch ohne Scheu mit der Haltung einer „parteilichen Abstinenz“ (Fischer u. Riedesser 1998) erfragt werden. Dabei Vorsicht:
- spezifische Dynamik von traumainduzierten Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Keine „intrusive Gewalt“ anwenden durch forcierte Traumaexploration, aber auch keine Verstärkung der Vermeidungshaltung d. Pat. („die Traumata sind so schlimm dass wir besser gar nicht aussprechen was geschehen ist“)

- Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz (z.B. *Intrusionen und Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten*)
- Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Symptome als „normale“ menschliche Reaktion auf „unnormale Extremlastung“ (Psychoedukation)
- Bei akuter Traumatisierung ist zudem die vorbeugende Aufklärung über eventuell zu erwartende Symptome wichtig.

- Ggf. Ergänzung der Diagnostik durch Fragebögen, s.u.

- Das SCID-PTBS (Structured Clinical Interview for DSM), deutsch von Wittchen et al. (1997). Posttraumatische Belastungsreaktionen werden durch PTBS-Modul erfasst, welches ca. 20 Minuten dauert.
- CAPS (Clinician Administered PTBS Scale), strukturiertes Interview zur Messung der Häufigkeit und Intensität von 17 Symptomen der PTBS, orientiert sich sehr eng an den DSM-Kriterien (Blake et al., 1995). Dauer ca. 45 Minuten, mehrere deutsche Übersetzungen
- DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen) (Schneider u. Markgraf 2006), Dauer 30 bis 45 Minuten zur Erfassung der wichtigsten Störungskategorien einschließlich der akuten Belastungsstörung. Ermöglicht Überführung der DSM-IV-Diagnosen in ICD-10-Diagnosen

- Die IES (Impact of Event Scale, Horowitz 1979), 15 Items, ist der weitaus geläufigste Test, bei vielen verschiedenen Populationen von Traumapatienten angewandt. Erfragt nur Intrusionen und Vermeidung/Betäubung, nicht jedoch Übererregung
- IES-R (Weiss u. Marmar 1996), 22 Items, zusätzlich Übererregung. Beide liegen in deutscher ÜS vor
- PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale, Foa1995). 49 Items, erfragt quantifizierbar alle 3 Bereiche, für Verlaufskontrollen geeignet
- Kurze Screening-Skala für PTBS nach DSM-IV (Breslau-Skala1999), 7 Items. Deutsche Fassung (Siegrist & Maercker, 2010). 9 Items Fassung erfasst Intrusionen genauer. Erfreuliche Gütekriterien bei hoher Zeitökonomie.

- DES (Dissociative Experience Scale, Bernstein und Putnam 1986) für dissoziative Störungen. Deutsch als Fragebogen für Dissoziative Störungen (FDS) in 44 Item und Kurzversion FDS-20 verfügbar. Selbstbeurteilungsbogen, gilt als relativ sicheres Screening auf komplexe Dissoziative Störungen
- Das SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) Fremdbeurteilung, Dauer 90 Minuten, gilt als der „gold standard“ diagnostischer Interviews im Bereich dissoziativer Störungen (Steinberg 1994a&b; 1995; 2000).

Primäre therapeutische Ziele in der Stabilisierungsphase

- stabile und sichere körperliche Situation
- sichere psychosoziale Situation
- Förderung von Autonomie
- Wiedererlangung eigener Kontrolle
- Mobilisierung eigener Reserven und Kraftquellen

Hilfreiche Maßnahmen

- Psychoedukation : gründliche Information
- Symptomatik ist eine normale Reaktion auf höchst unnormale Ereignisse
- Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstfürsorge
- Erlernen von Stabilisierungstechniken (Skills)

- **Auf Bewegungsebene:**

- Treppen steigen
- Auf der Stelle trampeln
- Ausdauersport

- **Starke sensorische Reize:**

- Kalte Dusche
- Gummiband am Handgelenk
- Igelball
- Eisbeutel
- Riechen von Essig oder Ammoniak
- Essen von Chili, Ingwer oder sauren Gummibärchen
- Barfuß in der Kälte oder auf spitzen Steinen laufen

- **Sich ablenken:**

- Musik hören
- Kinderfilme anschauen
- Natur betrachten
- Bewusst hören, riechen, schmecken, betrachten, fühlen...
- Hausarbeit erledigen
- Stricken
- Etwas ausmalen

- **Imaginative Techniken:**

- Der Sichere Innere Ort
- Die Bildschirmtechnik
- Die Tresor-Übung

- **Kognitive Techniken:**
 - Rückwärtszählen
 - Geschicklichkeitsspiele
 - Sudoku
 - Kreuzworträtsel
 - Tagebuch schreiben
 - Pro/Contra Listen erstellen

- **Sonstiges:**
 - Achtsamkeitsübungen
 - Entspannungsübungen
 - Atemtechniken

- Die Erinnerung an das Trauma soll nicht mehr zu unkontrollierbarer Panik, Ohnmacht, Ekel, Scham, Schuldgefühl etc. führen
- Deshalb emotionale Aktivierung des Traumas mit paralleler therapeutischer Unterstützung
- Dadurch Veränderung der traumabedingten Verzerrung der Erinnerung
- Bei komplexer PTBS sind in aller Regel dysfunktionale Schemata entstanden, die es zu verändern gilt

Schema = eingefleischtes Selbstbild und beziehungsrelevante Erwartung an andere

- Ohnmacht („ich bin hilflos ausgeliefert“)
- Inkompetenz („ich bin ein Versager“)
- Bestrafung („ich muss bestraft werden“)
- Verlassenheit („andere werden mich verlassen“)
- Beschämung („ich bin eine Schande“)

Therapeutische Ziele und Schritte in der Integrationsphase

- Akzeptanz der Realität des Geschehenen
- Betrauern
- Verschmerzen
- Sich innerlich aussöhnen
- Loslassen
- Wo möglich vergeben
- Fokus auf Gegenwart
- Blick in die Zukunft
- Förderung von Resilienz (Robustheit, psychoemotionale Abwehrkräfte)

Standards der PTB-Therapie: Meta-Analyse (Bradley et al., 2005)

	Abbrecher-Raten (%)	Heilungsrate (%) von Therapie-Beendern	
<i>Expositionstherapien (13)*</i>	24,1	68,0	Trauma- fokussierte Therapie
<i>Kognitive Therapien (5)</i>	17,2	56,2	
<i>Exposition plus kognitive Ther. (9)</i>	33,0	70,0	
<i>EMDR (10)</i>	11,3	64,9	
<i>Supportive Kontakte (8)</i>	12,5	39,3	
Psychotherapie insg.	17,0	56,4	
<i>Kontrollbedingung (15)</i>	10,1	16,4	

* Anzahl der Studien

Systematik von Expositionsverfahren nach emotionaler Intensität

sehr hoch



- **Verhaltenstherapeutische Exposition**
(Imaginative Exposition nach Foa)
- **zeitlich begrenztes Nacherleben** (z.B. Ehlers & Clark)
- **EMDR**
- **Imagery Rescripting** (nach Smucker)
- **Narrative Exposition** (z.B. Life Review nach Maercker)
- **INTERAPY** (Internet-basierte Schreibtherapie)

moderat

Gilt derzeit als der Goldstandard in der PTBS-Therapie, da er sich über verschiedene Traumastichproben hinweg als hochwirksam gezeigt hat.

Im Vordergrund von PE steht die Methode der imaginären Konfrontation, in welcher die Patienten durch den Therapeuten angeleitet werden, das Trauma detailliert und mit allen Sinnesmodalitäten laut zu beschreiben und so wiederzuerleben. Dieses Vorgehen wird wiederholt, bis die Angst deutlich abnimmt.

Weiterhin werden in-vivo Konfrontationen durchgeführt, in denen die Patienten lernen, sich angsteinflößenden bzw. vermiedenen Situationen zu exponieren. Ziel der Therapie ist die Verarbeitung des Traumas sowie die Reduktion von Belastung und Vermeidung, die bei Konfrontation mit Hinweisreizen an das Trauma auftritt.



Auch Verfahren, deren Schwerpunkt eher auf kognitiven Grundsätzen basiert, setzen Expositionsverfahren ein. Allerdings ist die Expositions-dosis hier meist geringer und die -intensität weniger stark. Beispiele:

- Cognitive Processing Therapy (CPT, Patricia Resick), die Exposition ausschließlich als schriftliche Hausaufgabe durchgeführt. In den Therapiesitzungen selbst steht die Modifikation traumaspezifischer dysfunktionaler Kognitionen, wie Schuld- und Schamgefühle, mithilfe von Methoden der kognitiven Umstrukturierung im Vordergrund.
- Kognitive Therapie nach Ehlers und Clark mit den Zielen
 - Modifizierung dysfunktionaler Einstellungen über das Trauma und dessen Konsequenzen
 - Reduktion der Intrusionen durch eine Elaboration des Traumagedächtnisses und eine Identifikation der Trigger
 - Abbau von ungünstigen kognitiven Strategien zur Aufrechterhaltung.

EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist eine von Francine Shapiro in den USA entwickelte psychotraumatologische Behandlungsmethode. Zentrales Element dieser Methode ist die auf eine strukturierte Vorbereitung folgende bilaterale Stimulation der Hirnhälften. Dabei soll sich der Patient eine besonders belastende Phase seines traumatischen Erlebnisses vorstellen, während der Therapeut ihn mit langsamen Fingerbewegungen zu rhythmischen Augenbewegungen anhält.

Dadurch wird bei vielen Betroffenen die Angst reduziert, die ihre Erinnerungen hervorrufen. Die neurologische Wirkungsweise der bilateralen Stimulation ist noch nicht geklärt, hat sich aber in umfangreichen Studien als nützlich erwiesen.



IRRT = Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy

- ist eine multimodale, auf Bewältigungsbildern basierende Therapie
- Kombiniert expositionsbasierte mit kognitiven und imaginativen Interventionen
- Bessere Wirksamkeit als VE wenn nicht Angst sondern andere Emotionen wie Schuld o. Scham im Vordergrund
- Geeignet sowohl für Typ 2 als auch Typ 1 Traumata
- Unabhängig von Traumaanamnese als ressourcenorientiertes Verfahren in der Behandlung von Angststörungen und Depressionen sowie für die Verarbeitung von Verlusterlebnissen breit einsetzbar

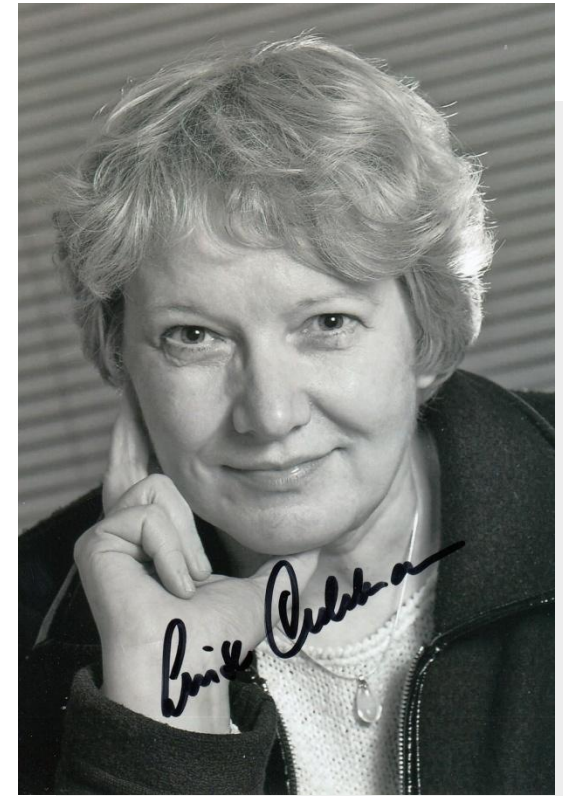


- I. **Das Wiedererleben** (Exposition in sensu)
 - die ganze belastende Szene visuell wiedererleben in der Gegenwartsform

- II. **Täter/Verursacher-Konfrontation**
 - Aufbau von Stärke- und Bewältigungsbildern
 - das “*Heutige-Ich*” betritt die Szene
 - der Täter/Verursacher wird konfrontiert und entmachtet
 - das Kind wird “befreit”

- III. **Imagination von Selbstberuhigung/Selbstfürsorge**
 - Das KIND (das “Damalige-Ich”) liebevoll unterstützen
 - Dialog/ Interaktion zwischen
 - dem “*Damaligen-Ich*” und dem “*Heutigen-Ich*”
 - dem “*Traumatisierten-Ich*” und dem “*Überlebenden-Ich*”

PITT betont die Selbstbeziehung und Selbstberuhigungsfähigkeit und regt mittels Imagination an, diese neu zu gestalten und seelische Wunden damit einer Heilung zuzuführen. Mitgefühl der Therapeutin/des Therapeuten und der Patientin/des Patienten für sich selbst im Sinne einer imaginativen Nachbeelterung nimmt einen zentralen Platz in der therapeutischen Arbeit ein. Mitgefühl und Trost aber auch Anerkennung des geschehenen Unrechts werden im Umgang des erwachsenen Selbst mit „jüngeren“ – verletzten – Selbstanteilen stark betont und geübt. Zentral ist das Konzept der „inneren Bühne“, die zu einem gemeinsamen imaginären Raum wird, auf dem die Patientin, ggf. angeregt und unterstützt durch die Therapeutin, „spielen“ kann. Dadurch wird sie wieder handlungsfähiger.



Bei NET werden die Betroffenen ermutigt, ihre Lebensgeschichte und vor allem ihre belastenden Ereignisse in ihrem chronologischen Ablauf zu beschreiben. Die Erinnerungen werden dabei mit allen Sinnen, sowie auf einer kognitiven, emotionalen und physiologischen Ebene erlebt. Die entstehende Autobiographie wird schriftlich festgehalten und in den nächsten Sitzungen vorgelesen, ergänzt und korrigiert.

NET umfasst in der Regel 6 bis 12 Sitzungen. Die Therapie erfolgt in der therapeutischen Zweierbeziehung, eventuell ergänzt durch einen Dolmetscher. Die Therapiemethode wird bei multiplen Traumata eingesetzt – zur Zeit schwergewichtig bei Kriegsoptionern und Vertriebenen, in jüngster Zeit auch nach häuslichem und sexuellem Gewalterleben.

Mithilfe von NET bildet sich aus fragmentarischen, biographischen Erinnerungen eine kohärente Geschichte. Erleichterung tritt durch die Integration und Habituation vergangener Ängste ein. Aus dem sprachlosen Terror im «Hier und Jetzt» entsteht eine in Worte gefasste und an einem bestimmten Ort erlebte Vergangenheit (Vergeschichtlichung und Verortung).

Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP)

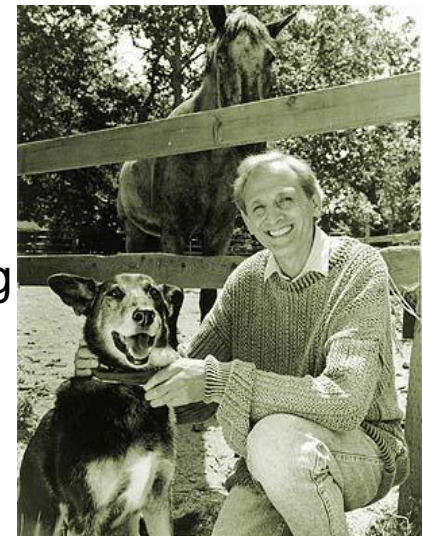
Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP) wurde von Berthold Gersons in Amsterdam entwickelt. BEPP integriert kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychodynamische Elemente sowie Konzepte der Trauertherapie.

Die Behandlung mit BEPP umfasst 16 Sitzungen und verläuft in fünf Phasen:

1. Psychoedukation
2. Exposition in sensu mit Imaginationsübungen und der Konfrontation mit Erinnerungsobjekten.
3. Schreibaufgaben: So genannte „Fortsetzungsbriefe“ an Personen und Instanzen helfen, sich aggressiver Gefühle bewusst zu werden und diese auszudrücken.
4. Integration und Bedeutungszuschreibung: Das alles dominierende traumatische Ereignis wird in den Kontext des gesamten Lebens gesetzt und in seinem Bedeutungszusammenhang gesehen.
5. Abschiedsritual

Somatic Experiencing (Peter Levine)

- Nach Levine sind posttraumatische Symptome durch Angst unterbrochene physiologische Reaktionen. Es entwickeln sich die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wenn wir das Eintreten in das Erstarren, das Verweilen darin und das spätere Wiederaustreten nicht zu einem natürlichen Abschluss bringen können.
- "Wir müssen herausfinden, was bei der Entstehung eines Traumas mit unserem Körper geschieht und wir müssen seine zentrale Bedeutung bei der Heilung der Traumafolgen erkennen."
- Anhand von Übungen, z.B. zur Körperwahrnehmung soll die Seele wieder in den Körper zurückgerufen und die durch die Erstarrungsreaktion gebundenen Energien somit befreit werden. Ggf. dadurch Bearbeitung auch ohne bewusste Erinnerung möglich



- Habe ich ein „Herz“ für mein Gegenüber, so dass ich einen inneren Wunsch und die Bereitschaft verspüre, mit ihm zu arbeiten?
- Sehe ich mich in der Lage, von vornherein gesunde Grenzen zu formulieren, mir selbst und meinem Pat. ggü.? (*Bsp. Hausbesuche die letztlich in retraumatisierenden Therapieabbruch durch Th. wegen Überforderung mündeten*)
- Traumatherapeutische Kompetenz und seelische Belastbarkeit des Behandlers:
 - *Verfüge ich grundsätzlich über die fachlichen Voraussetzungen?*
 - *Habe ich ausreichend zeitliche, energetische und emotionale Ressourcen?*
 - *Bin ich aktuell in der Verfassung dass ich die Behandlung aufnehmen kann und will?*
- Supervisions- und Intervisionsmöglichkeiten

Kann Traumatherapie schädlich sein?

- Ja, durch **vermeidbare** handwerkliche Fehler des Therapeuten:
 - Eingehen, Aufrechterhalten oder gar Förderung einer abhängigen Therapie-Beziehung über das professionell für die Arbeitsbeziehung notwendige Maß hinaus
 - Traumakonfrontation als Überflutung ohne adäquate Vorbereitung mit vorheriger Sicherstellung von ausreichend Ressourcen und Stabilisierungsmöglichkeiten (*Pat., Therapeut, Setting*)
 - „Kollaboration mit der Vermeidung“, Therapeut geht die Symptomatik nicht aktiv von sich aus an

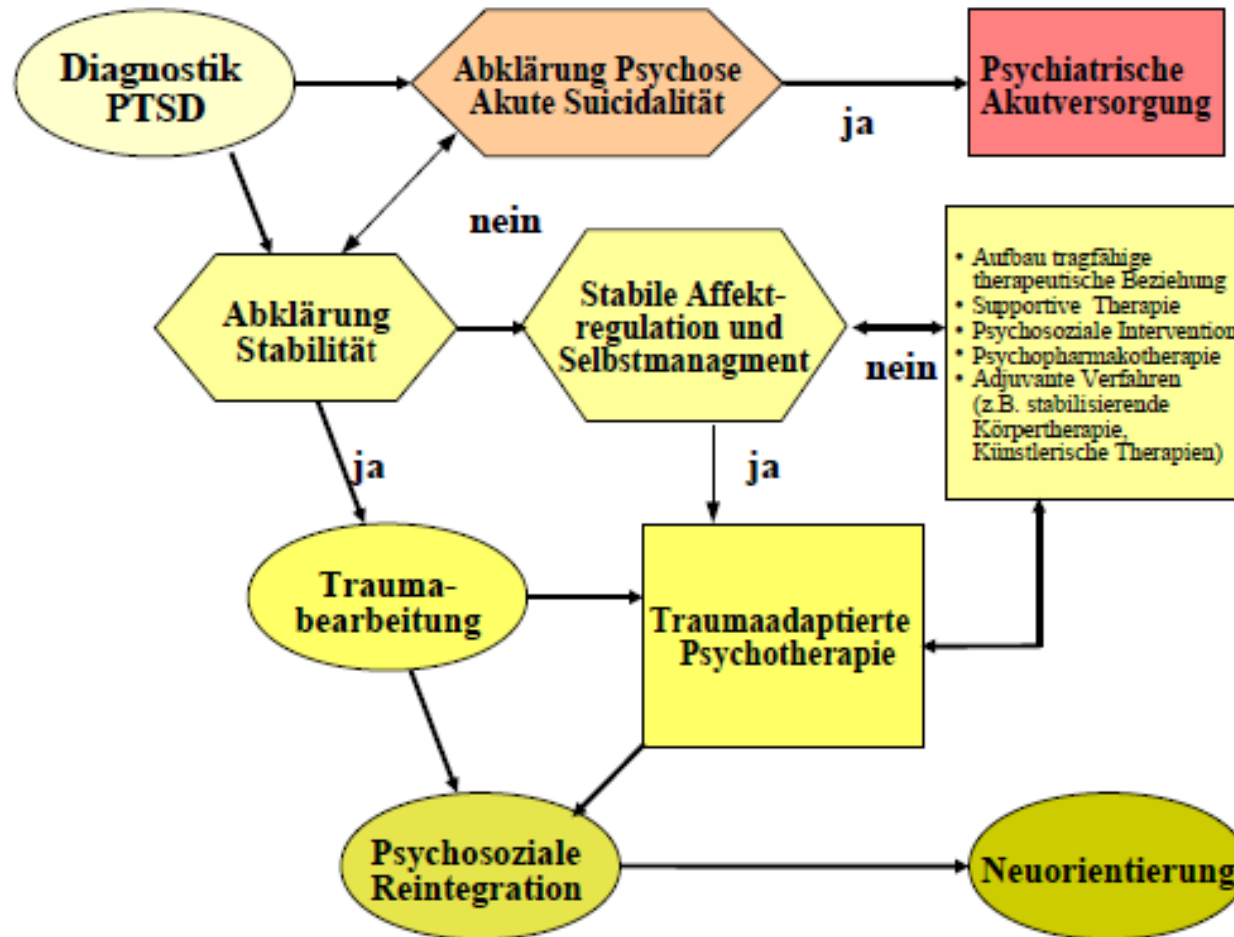
Kann Traumatherapie schädlich sein?

- Ja, durch
 - Unglücklich verlaufende juristische Schritte (Retraumatisierung)
 - Entstehen oder Anregen von Fehlerinnerungen, False Memory Syndrome

Kann Traumatherapie schädlich sein?

- Ja, durch **unvermeidbare** Nebenwirkungen von Traumaexpositionen:
 - „Traumazentrierte Psychotherapie wird zur Zwickmühle, wenn die erfolgreiche Aufarbeitung der Traumata aus der Vergangenheit zu nicht bearbeitbaren Loyalitätskonflikten im gegenwärtigen Beziehungsgefüge der Patienten führt. Die suffiziente Aufhebung der Amnesie führt nicht selten dazu, dass die Rollen aller Familienmitglieder bei den Traumatisierungen von den Patienten ganz neu gewichtet werden..... D Patienten mit engen sozialen Bindungen an ihre Herkunftsfamilie sollten mit den Therapeuten vor den Traumaexpositionen reflektiert haben, ob sie bereit sind, ihre aktuellen Bezüge konfliktthaft werden zu lassen und möglicherweise zu gefährden. Manche Patienten sind nach Abschluss der Traumatherapie buchstäblich mutterseelenallein.“
(U. Sachsse 2010)

Leitlinie therapeutische Strategien bei PTBS



Therapeutische Ziele und Schritte in der Integrationsphase

- Akzeptanz der Realität des Geschehenen
- Betrauern
- Verschmerzen
- Sich innerlich aussöhnen
- Loslassen
- Wo möglich vergeben
- Fokus auf Gegenwart
- Blick in die Zukunft
- Förderung von Resilienz (Robustheit, psychoemotionale Abwehrkräfte)

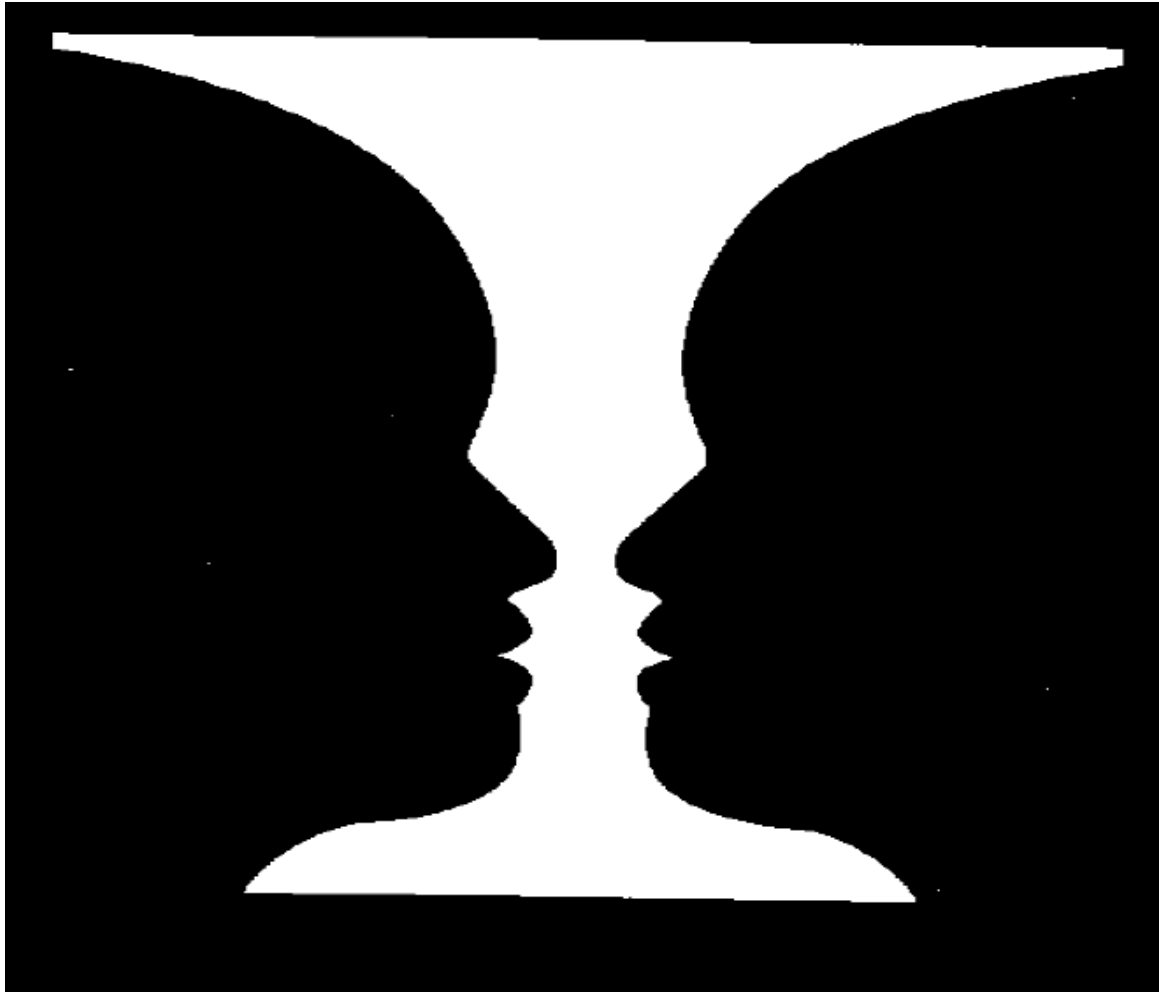
Was kennzeichnet Menschen mit guter Resilienz?

- sie gehen mit Stress effektiv um.
- sie haben gute Problemlösefähigkeiten.
- bei Problemen bitten sie um Hilfe.
- sie glauben, dass es Möglichkeiten gibt, mit Lebensproblemen umzugehen.
- ihre Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern sind eng.
- sie teilen vertrauten Menschen mit, ein Trauma erlebt zu haben.

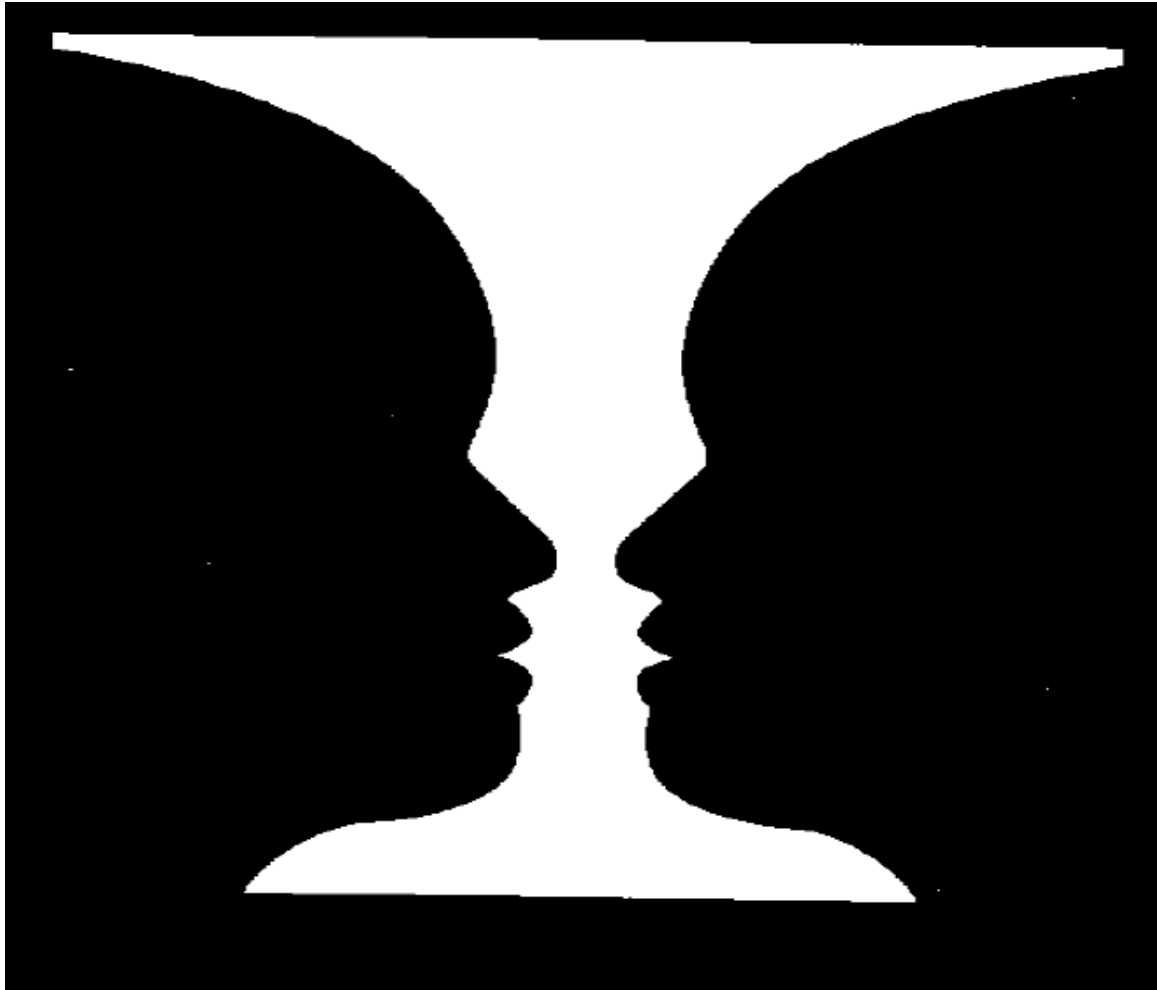
Was kennzeichnet Menschen mit guter Resilienz?

- Statt als „Opfer“ (*victim*) sehen sie sich als „Überlebende“ (*survivor*) – diese Unterscheidung im Englischen betrifft, ob sich die traumatisierte Person als passiv und hilflos („Opfer“) erlebt oder als aktiv und selbstbestimmt, in der Regel in Verbindung mit einem bewussten Umgang mit dem Trauma („Überlebender“).
- sie helfen Anderen.
- sie versuchen, dem Trauma etwas Positives abzugewinnen.
- sie sind oft spirituell/religiös eingestellt.

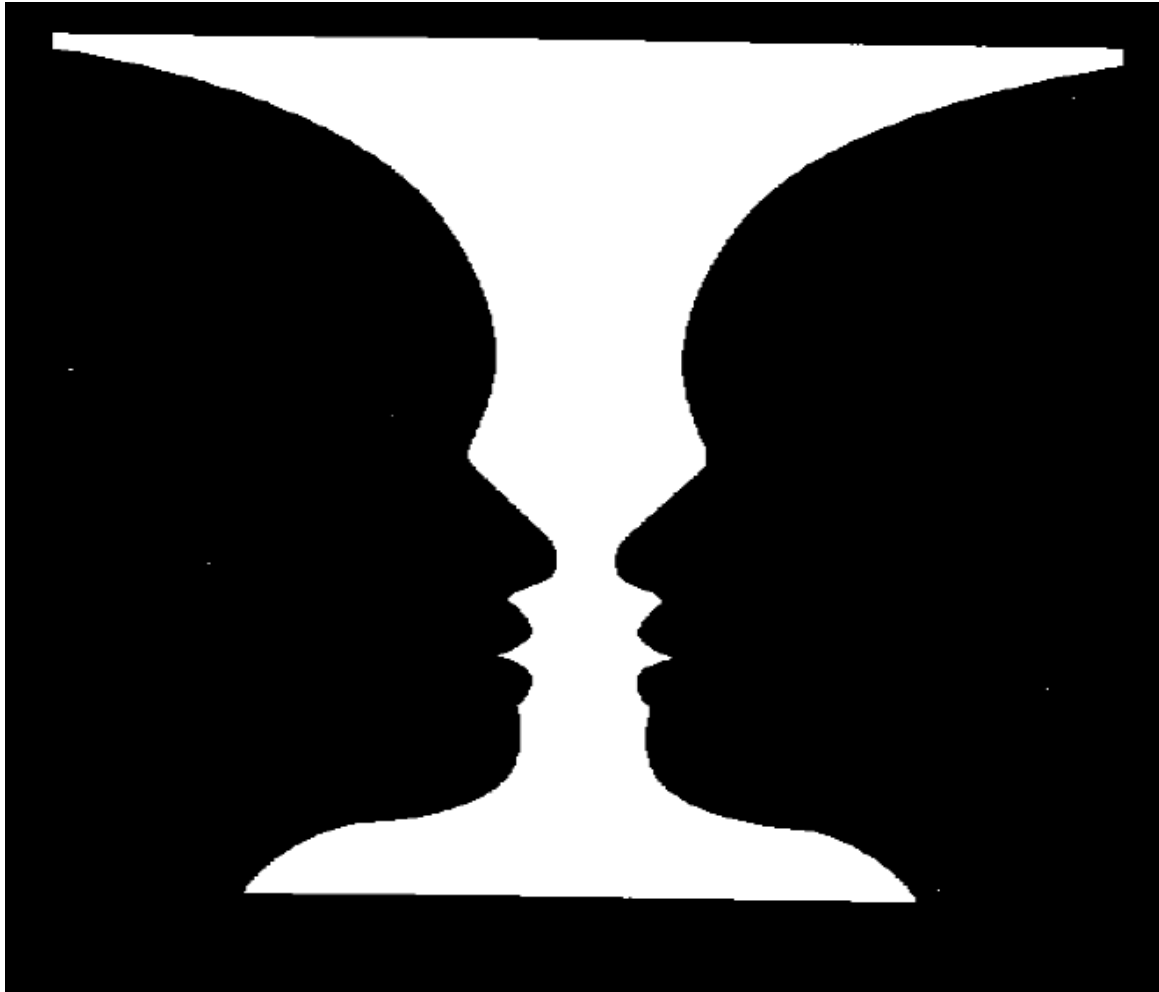
Frage an Pat.: Welche Sicht auf mein Leben nehme ich ein?



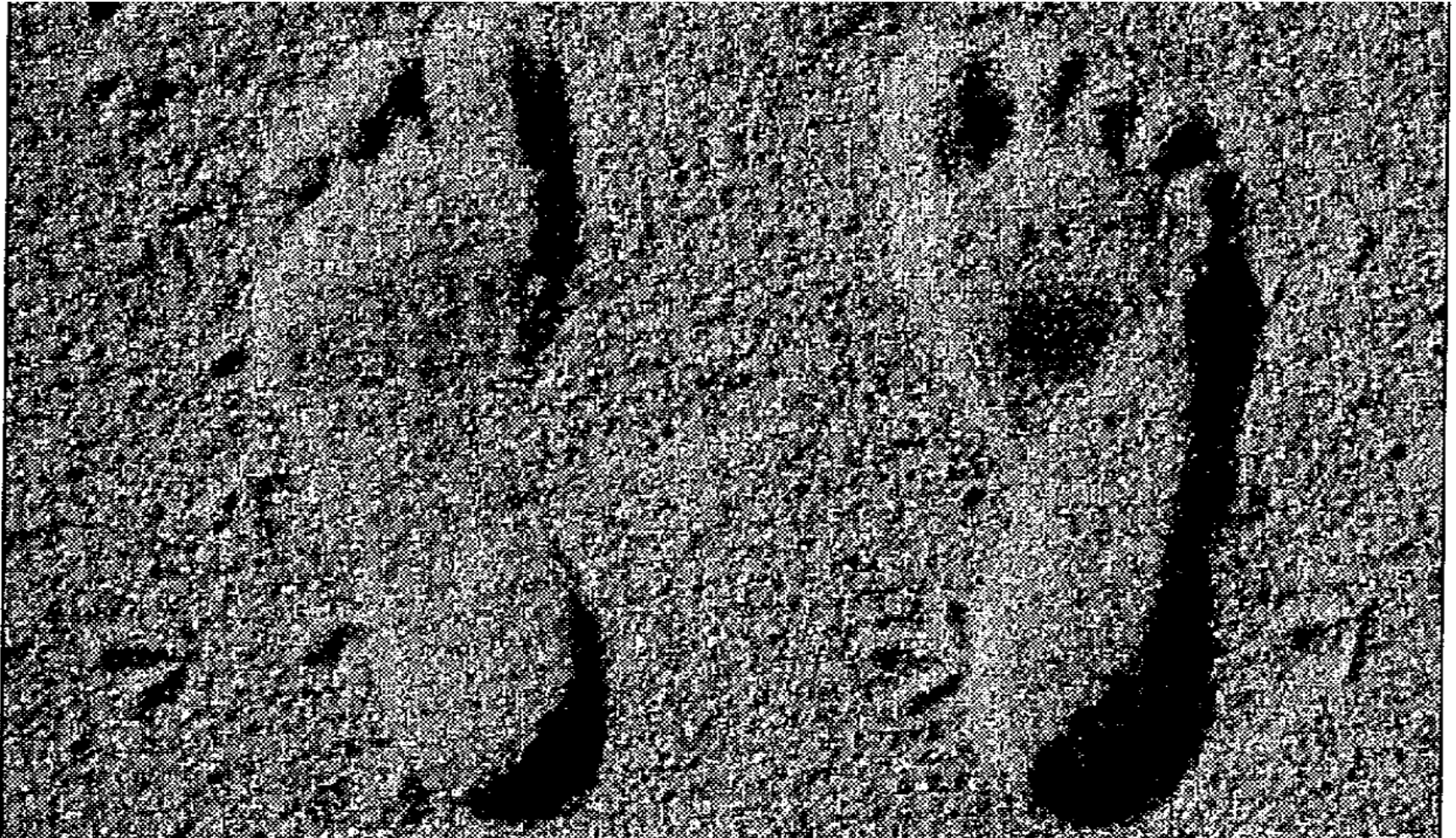
Frage an Th.: Welche Sicht auf das Leben d. Pat. nehme ich ein?



Frage an Th.: Welche Sicht auf meine Rolle als Th. nehme ich ein?



Lass dich nicht vom Bösen überwinden, sondern
überwinde das Böse mit dem Guten! Römer 12,21



Kompetenz. Und Gottvertrauen.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ansprechpartner:

Dr. med. Rolf Senst
Chefarzt, de'ignis-Fachklinik gGmbH
(+49 7453 9391-0, info@deignis.de)

Weitere Informationen finden Sie auch unter www.deignis.de