

Therapie von Traumafolgestörungen

- das klassische Therapiemodell im Wandel

Dr. med. Jochen Binder – Oberarzt Spezialstation für
Traumafolgestörungen ipw



Was ist ein „Trauma“?



Begriffsvermischung: Trauma und Traumafolgestörung

Chirurgische Definition: Trauma = Verletzung

Psychiatrische Definition: Trauma= ursächliches
belastendes Ereignis

Traumatherapie ist im Grunde ein falscher
Begriff, da eine «Bearbeitung» von Trauma nicht
möglich ist

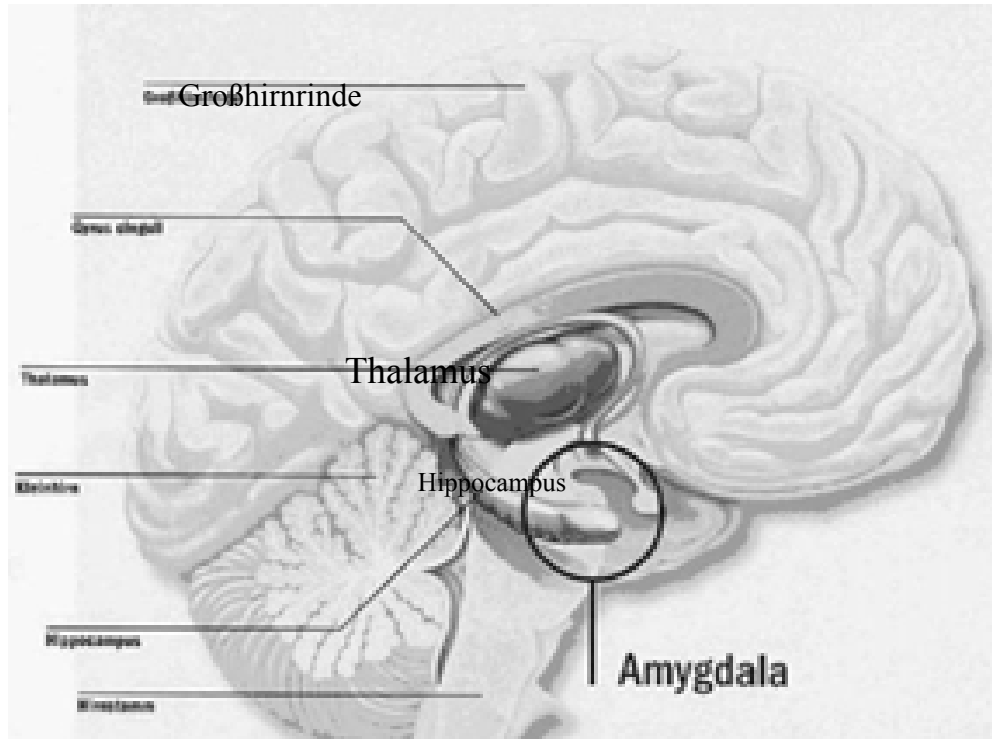
Möglich ist eine Behandlung von
Traumafolgesymptomen in der Gegenwart

Stressorbasiertes Konzept der Ätiologie psychischer Störungen

(nach Thomas Hensel)

- In der psychotraumatologischen Denkweise wird den «Stressoren» eine zentrale, wenn nicht kausale Rolle bei der Entstehung (und Behandlung) psychischer Dysfunktionalität/Symptomatik zugesprochen.
- Dabei gibt es keinen linearen Zusammenhang zwischen der «objektiven» Schwere des Stressors und seiner psychischen Wirkung

Stressmodell



- Informationen treffen im Thalamus ein und werden zur Amygdala und Großhirnrinde weitergeleitet
- Amygdala versieht die Informationen mit emotionaler Bedeutung
- Hippocampus ist das Tor zum Gedächtnis
- bei zu starker Amygdalaaktivierung ist Speicherung im Hippocampus gestört

Störungsmodelle: Traumagedächtnis

Annahmen von Clark & Ehlers über das autobiographische Gedächtnis von Traumata (2000)

- Ungenügende Elaboration und Einbettung in die Struktur des Autobiographischen Gedächtnisses (ungenügende Integration bezüglich Raum, Zeit und vorausgehenden/nachfolgenden Informationen)

Konsequenzen:

- Erinnerungen bruchstückhaft und ungeordnet Probleme, einzelne Details und die genaue Reihenfolge abzurufen
- Intrusionen vornehmlich als sensorische Eindrücke
- Erleben, als würde es gerade geschehen

Störungsmodelle: Lerntheoretische

Prinzipien PTBS als klassisch konditionierte emotionale Reaktion (vgl. Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer, 1947)

Klassische Konditionierung während des Traumas:

- Merkmale der traumatischen Situation werden an emotionale und körperliche Reaktionen gekoppelt.
- Stimuli, die den Bedingungen während der Traumatisierung ähneln, lösen in der Folge ähnliche Reaktionen wie während des Traumas aus.

Operante Konditionierung: Symptome bleiben als Folge von negativer Verstärkung durch Vermeidung traumarelevanter Stimuli aufrechterhalten.

Das heisse und das kalte Gedächtnis

Verbal zugängliches (kaltes) Gedächtnis durch:

- **bewußte** Rekonstruktion und Reflexion möglich, explizite Ausdrucksmöglichkeit
- „**binding**“: verschiedene Elemente einer Situation werden im Hippocampus zu einem **kohärenten Ensemble** gemacht (Eichenbaum, 1997)
- schnelle, flexible Reaktion auf sich verändernde Umstände (McNaughton & O ´Reilly 1995)
- „interleaved learning“ langsamer Vergleich neuer Daten mit früheren relevanten Erfahrungen im neokortikalen System (McClelland et al.)

Duales-Traumagedächtnis: 2. heisses bzw. nondeklarative Erinnerungen Gedächtnis

- Triggerreize führen zu traumaassoziierten Empfindungen (non-verbal)
- **Deaktivierung des Hippocampus: hohe Konzentration von Stresshormonen** lässt zunächst die hippocampale Reaktion **ansteigen, hemmt** diese aber anschließend
- **Schlüsselfunktion der Amygdala:** nicht automatisch das **declarative memory system** angesprochen (Projektion in alle Hirnbereiche, insbesondere **visuelle**)
- besondere Qualität von **Flashbacks:** ohne zeitlichen Kontext; nicht steuerbares Auftreten

Vulnerabilität

- Vorbestehende psychische Störung
- (weibliches Geschlecht)
- Persönlichkeitsfaktoren bei denen externen Faktoren mehr Kontrolle über das Befinden zugestanden wird.
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Geringe Bildung
- Früheres Trauma
- Zugehörigkeit zu einer Minderheit
- Familienanamnese mit psychischen Störungen
- Begünstigende Faktoren während des Traumas
- Schwere des Traumas
- Wahrgenommene Lebensgefahr
- Emotionen zum Zeitpunkt des Traumas
- **Peritraumatische Dissoziation**
- Posttraumatische Faktoren
- Wahrgenommener Mangel an sozialer Unterstützung
- Folgende allgemeine Stressbelastungen im Leben
- Nach: Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000;68:748-66. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss, DS. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull 2003;129:52-73.

Symptome

- Flash- Backs
- Intrusionen
- Dissoziation
- Vermeidung
- Alpträume
- Numbing
- Störung der Impulskontrolle
- Suizidalität
- Störung der Affektkontrolle
- Depression
- Sozialer Rückzug
- Übererregbarkeit
- Schreckhaftigkeit
- Zwänge
- Phobien
- Sexuelle Störungen
- Somatische Symptome
- Essstörungen
- Schuldgefühle
- Usw....

Zielrichtung der Behandlung

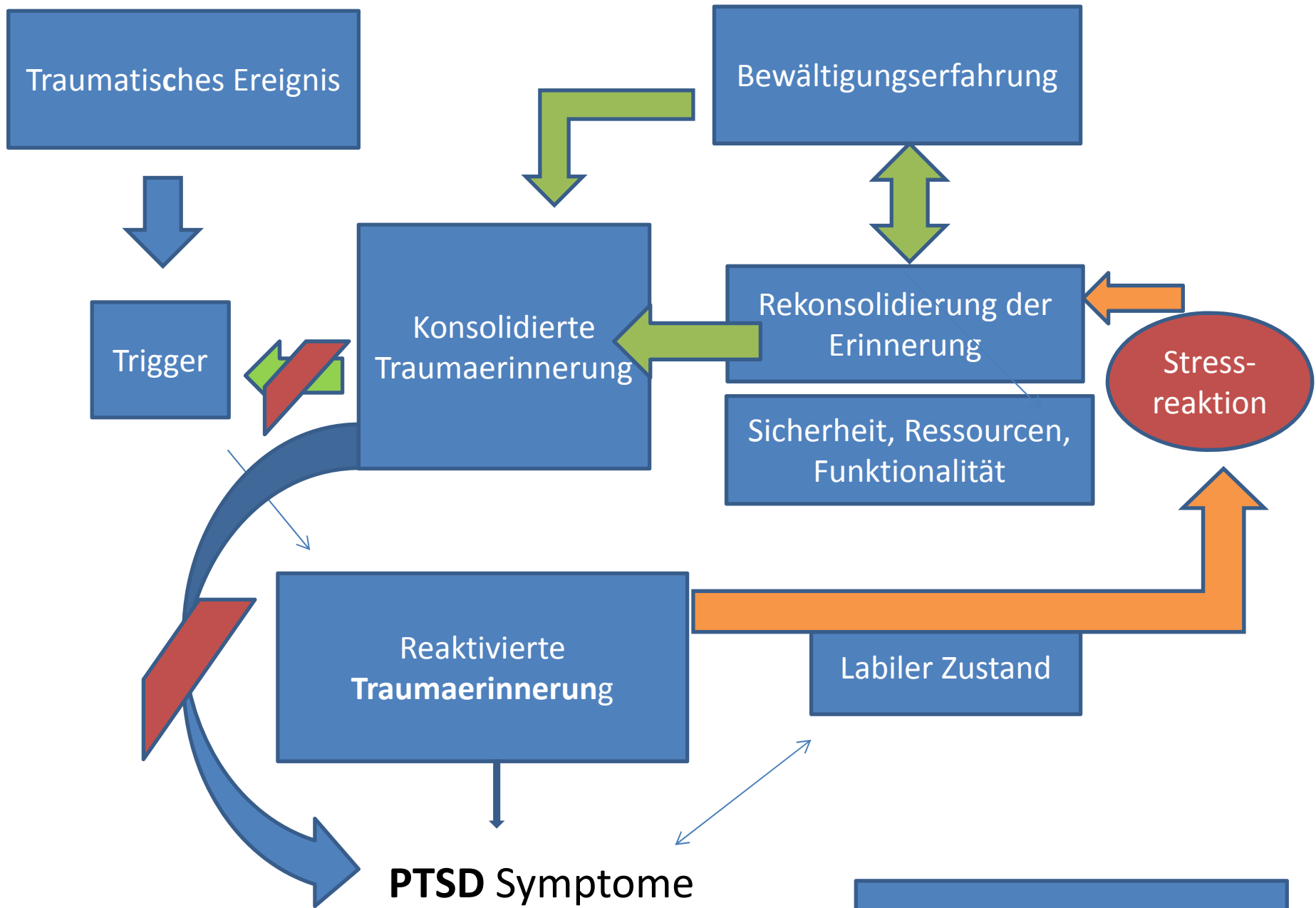
Salutogenesemodell nach A. Antonovsky

- Psychisches Trauma = Kontrollverlust
- Verlust der psychischen/physischen/sexuellen Integrität
- Erleben maximaler Hilflosigkeit/existentieller Bedrohung/Ausgeliefertsein
- Psychische Gesundheit = Stabilität
- Grundgefühl von Überschaubarkeit
- Handhabbarkeit/Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens

Wirkfaktoren der Psychotherapie (Grawe 1994)

- Motivationale Klärung
 - Ressourcenaktivierung
 - Problemaktualisierung
 - Problembewältigung
-
- => keine Problemaktualisierung ohne Ressourcenaktivierung

**VERÄNDERUNG VON ERINNERUNG
DURCH SPEZIFISCHE TRAUMATHERAPIE**



Ressourcenaktivierung warum?


Traumatisierungen stellen Grundüberzeugungen in Frage oder lassen sie erst gar nicht entstehen, daher (Re)aktivierung:

- Dass die Welt gut sein kann, angenehm und unterstützend
- Dass die Welt sinnvoll, kontrollierbar und sicher ist
- Dass das eigen Selbst liebenswert und kompetent ist
- Dass andere Menschen vertrauenswürdig sind

Stabilisieren oder Konfrontieren? Sind keine Alternativen!

Klassisches drei Phasen Modell der
Psychotraumatologie:

- Stabilisierung, Konfrontation, Integration

 Es bleibt dabei zu häufig nur bei der
Stabilisierung und somit bleibt das heisse
Gedächtnis (incl. Symptome) immer aktiv

Neues Modell

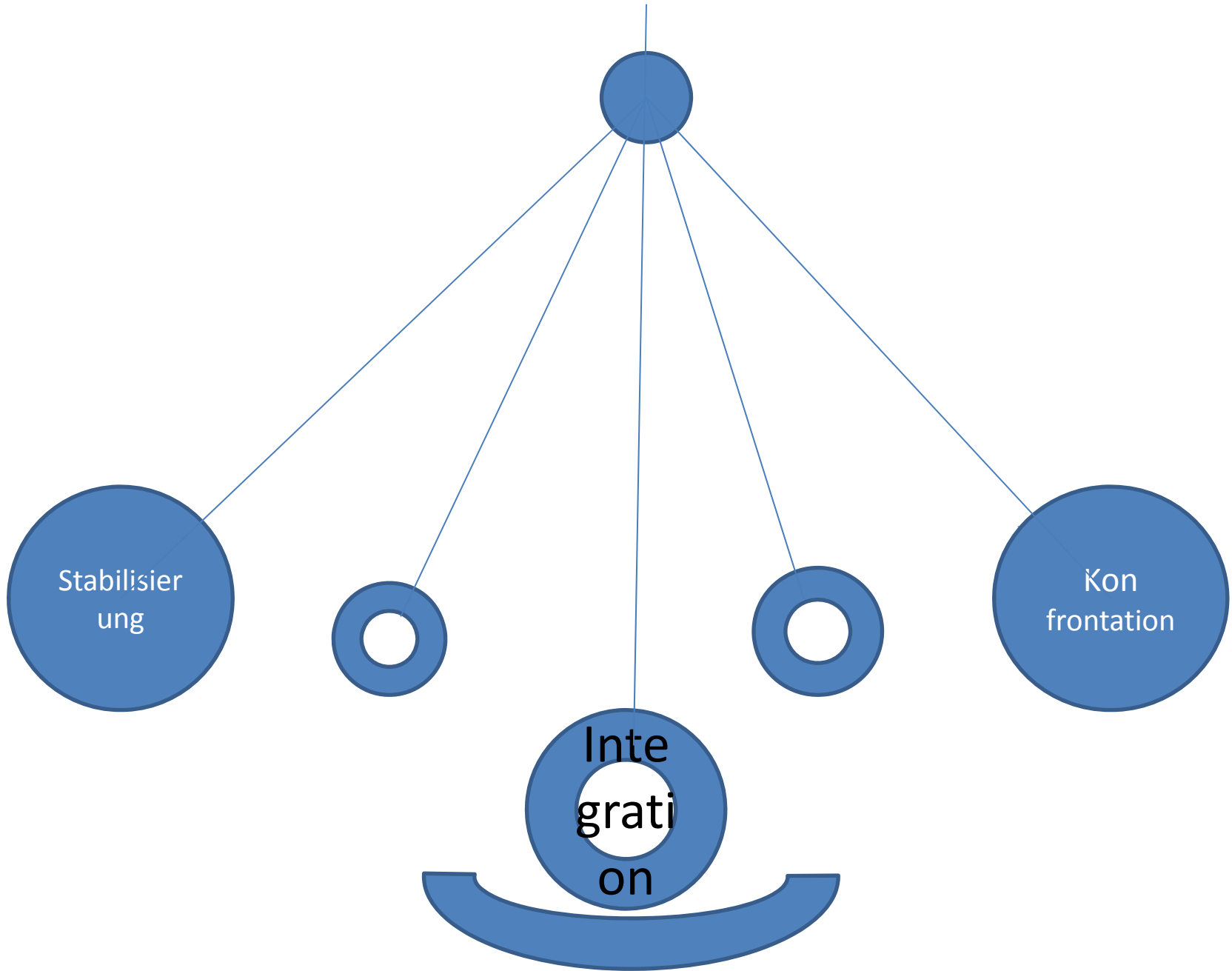
Stabilisierung durch
Konfrontation

Gefahren einer einseitig stabilisierenden Behandlung

- Fördert Vermeidungsverhalten
- Selbstwahrnehmung als Opfer, das besonderen Schutz braucht, wird verstärkt
- Konfrontative Behandlung wird zu einem angstbesetzten Ziel
- Psychisches Leiden wird verlängert, Chronifizierung gefördert
- Ist von PatientInnen oft schon lange Zeit frustriert selbst versucht worden

Konfrontation

- Macht Neuorganisation (neuronale Bahnung) möglich
- Kein Verharren in der Stressreaktion mehr
- Aber: täterinduzierte innere Anteile können eine Konfrontation verhindern, da sie dann im inneren Machtsystem entmachtet würden



Integration

- Begriff häufig schwer vermittelbar
- Trauma wird oft ein Leben lang als «fremd», d.h. identitätsfern empfunden
- Begriff ist vermittelbarer im Sinne einer Fähigkeit die Erlebnisse in die «Langzeitablage» des Gehirns zu legen, dies ist dann erreicht, wenn die Traumata keine Stressreaktion mehr auslösen

Besonderheiten bei komplexen dissoziativen Störungen

- Hohe Gefahr einer Destabilisierung durch Konfrontation, da Erinnerungsbarrieren durchbrochen werden können
- Dissoziation= belastende Emotionen werden abgespalten, d.h. Fähigkeiten mit diesen umzugehen fehlen
- Dissoziation während der Konfrontation behindert/verunmöglicht Lernvorgänge
- Fähigkeit zur Selbstfürsorge ist eingeschränkt
- Erfahrung von Bewältigbarkeit muss besonders im Vordergrund stehen
- Gegenübertragung im therapeutischen Setting nicht verlässlich
- Dissoziative Persönlichkeitsstörungen: welcher Persönlichkeitsanteil ist in die Therapiestunde gekommen?

Therapieverfahren

- Zunehmende Bedeutung der Unterschiede der Verfahren
- Auswahl entscheidender für den Erfolg als früher angenommen
- Auswahl nach Grundsymptomatik, Vermittelbarkeit, Genesungsmodell der PatientInnen
- Ziel weg von Zufall und Verfügbarkeit hin zu spezifischer Auswahl

Therapieverfahren

- EMDR (Shapiro, 1999)
- CBT (Ehlers, 1999)
- CPT (Resick, 1993)
- Prolonged Exposure Therapy (Foa, 1999)
- Narrative Expositionstherapie
- DBT-PTSD (Bohus, 2009)
- Lebensrückblick Therapie (Maercker 2002)
- Brief Electric Psychotherapy (Gehrson)
- PITT; Imaginative Traumatherapie (Reddemann)
- Ego State Therapy (Watkins&Watkins 1997)
- Hypnotherapie
- Brainspotting
- Systemtherapeutische Ansätze
- Körpertherapeutische Verfahren: u.a Somatic Experiencing

**VIELEN DANK FÜR DIE
AUFMERKSAMKEIT**