



Psychosomatikseminar Trauma





Begriffsbestimmung PTSD

- Eine posttraumatische Störung wird durch ein Ereignis hervorgerufen, das Menschen einzeln oder in einer Gruppe in eine Situation **außergewöhnlicher oder katastrophaler Bedrohung** bringt.
- Die typischen Symptome treten mit einer **Latenz**, die Tage bis meistens/höchstens **sechs Monate** dauern kann, auf.
- In den derzeit gültigen diagnostischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV werden die **Symptome der Nachwirkungen** beschrieben.





klinisches Bild

- Die Störung ist gekennzeichnet durch das **wiederholte Erleben des traumatischen Ereignisses** in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in wiederkehrenden, stark belastenden Träumen, in denen das Ereignis immer wieder durchlebt wird.
- Es kann vorkommen, dass eine Person sich so verhält, als ob sie das Ereignis gerade wieder durchlebt.
- Dem traumatisierenden Ereignis ähnliche Situationen wie Jahrestage können zum Erleben intensiven psychischen Leids führen.
- Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).





Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung

1. Wiedererleben (Intrusion)

- Flashbacks
- Alpträume
- Handeln oder Fühlen, als ob das Trauma wiederkehrt
- Starke psychische Belastung, wenn etwas an das Trauma erinnert („triggert“)

2. Vermeidung

- von Gedanken und Erinnerungen an das Trauma selbst
- von Auslösern („Triggern“), die an das Trauma erinnern: Orte, Situationen, Aktivitäten, Menschen, Gedanken, Gefühle, Gespräche ...
- Gefühlstaubheit

3. Körperliche Übererregung (Hyperarousal) und Erinnerungslücken (Amnesie)

- Schlafstörungen
- Reizbarkeit, Wutausbrüche
- Konzentrationsprobleme
- Erhöhte Schreckhaftigkeit und Wachsamkeit
- Sich an Aspekte des Traumas nicht erinnern können





Symptome der Komplexen PTSD

4 Affekt- und Impulskontrollstörung

- Die Gefühle nicht unter Kontrolle bekommen
- Selbstschädigendes Verhalten
- Suizidalität

5 Dissoziation

- Erinnerungslücken
- Entfremdungsgefühle

6 Probleme mit Selbstbild und Selbstwert

- Erlernte Hilflosigkeit
- Opfer-Identität
- Mangelnde Selbstfürsorge

7 Bindungsstörung

- Anderen Menschen misstrauen
- Sich ihnen ausliefern oder andere zum Opfer machen

8 Vielfältige körperliche Beschwerden

- Schmerzen
- Hypochondrische Ängste
- Manchmal zu viel und manchmal zu wenig spüren

9 Veränderte Lebensauffassungen

- Verlust persönlicher Grundüberzeugungen
- Keine Lebensperspektive





klinisches Bild

- Die Personen berichten schon bald nach dem Geschehen über ein andauernde Gefühle von
 - Betäubt-sein,
 - Gleichgültigkeit,
 - Isolierung,
 - Entfremdung,
 - Interessenverlust und
 - ein deutliches Nachlassen der Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen - vor allem solche, die mit Vertrauen, Zärtlichkeit, Sexualität zusammenhängen.
- Oft kommt es auch zu einer **Aggressionsneigung** in Form von Reizbarkeit mit Angst vor Kontrollverlust, bei schweren Fällen zu dramatischen, unvorhersagbaren Aggressions-, Angst- oder Panikausbrüchen.
- Es besteht ein **ständig erhöhtes Erregungsniveau**, das sich in Hypervigilanz, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit äußert.
- Ferner können Gedächtnisschwäche und Konzentrationsschwierigkeiten auftreten.



klinisches Bild

- Als ein charakteristisches, phasisches Element im Ablauf der posttraumatischen Störung enthalten viele klinische Beschreibungen einen Wechsel zwischen
 - **Verleugnung/ Vermeidung** auf der einen und
 - **Wiederbelebung des traumatischen Ereignisses** auf der anderen Seite



Traumaklassifikation

(nach Ursache des traumatischen Ereignisses)

zufällige Traumata

Naturkatastrophen, Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle etc.

menschlich verursachte Traumata

Kindesmisshandlung, Mißbrauch, Vergewaltigung, Folter,
Kriegserlebnisse, KZ-Haft,





Traumaklassifikation (nach Dauer des traumatischen Ereignisses)

kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I)

häufig durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung charakterisiert
wie z.B. Überfälle, Unfälle, Naturkatastrophen

Längerdauernde, wiederholte traumatische Ereignisse (Typ-II)

durch Serien traumatischer Ereignisse und geringe Vorhersagbarkeit des weiteren
Verlaufs gekennzeichnet wie z.B. Geiselnahme, Folter, Kindesmissbrauch, Kindes-
misshandlung, wiederholte Vergewaltigung





Traumatischer Prozess

Bei einem Teil der Betroffenen werden die traumatischen Informationen in der Zeit nach dem Trauma spontan verarbeitet, es kommt zu einer Integration der Erinnerung und zu einem Abklingen der Symptomatik.

Bei einem anderen Teil der Betroffenen ist dies nicht der Fall.

Das ist stark von der Schwere des Traumas und anderen situativen Faktoren abhängig, u.A. auch von der vorbestehenden psychischen Verfassung und vor allem von der sozialen Unterstützung.





Epidemiologie

Die Häufigkeit von PTBS ist abhängig von der Art des Traumas:

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (**Deutschland 1,5 – 2 %**).

Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine **hohe Chronifizierungsneigung**.





Traumagedächtnis

- Bei Traumapatienten ist der **willentliche Abruf** von vollständigen Erinnerungen an das Trauma **erschwert**. Die Betroffenen werden jedoch gleichzeitig **ungewollt** an das Trauma erinnert.
- Die Wiedererinnerungen sind sehr lebendig und von starken Emotionen und körperlichen Reaktionen begleitet. Viele Patientinnen leiden sehr unter der **Unkontrollierbarkeit** der Intrusionen und Flashbacks.
- Sie haben das Gefühl verrückt zu werden und sich nicht im Griff zu haben.
- Deshalb ist die psychoedukative Informationsvermittlung über das Traumagedächtnis und seine Besonderheiten sehr wichtig und entlastend für die Patientinnen.





Traumagedächtnis

- Intrusive Erinnerungen sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet:
- „Hier und Jetzt“-Qualität:
Es erscheint so, als würde das Trauma nicht wiedererinnert sondern **wiedererlebt**.
Diese emotionalen und sensorischen Erinnerungen sind der Vernunft nicht zugänglich, z.B. erlebt die Patientin Todesangst, obwohl nach heutigem Wissen keine Todesgefahr bestand.
Das Trauma wird sensorisch erinnert und nicht in Form von Gedanken.
Es gibt visuelle Erinnerungen, aber auch Geruchs- Geschmacks- oder Körpererinnerungen (z.B. das Gefühl gewürgt zu werden).





Leitlinienempfehlung

1. Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die PTBS nur eine, wenngleich spezifische Form der Trauma-Folgeerkrankungen ist.
2. Es soll beachtet werden, dass **komorbide Störungen** bei der PTBS eher **die Regel** als die Ausnahme sind.
3. Bei der Indikationsstellung zur Traumabearbeitung sind klinische Komorbidität und Stabilität in einem Gesamtbehandlungsplan mit „partizipativer Entscheidungsfindung“ zu berücksichtigen.





Diagnostik der PTSD

- Die Schwere, Dauer und Nähe der Person bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sind die wichtigsten Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit bestimmen, mit der die Störung sich entwickelt.





Kindesmisshandlung

- körperliche Misshandlung
- Emotionale Misshandlung
- soziale Verwahrlosung
- sexueller Missbrauch

= *dysfunktionales Familienklima*





Dysfunktionales Familienklima

- mangelhafte Wärme und soziale Unterstützung
- körperliche Gewaltanwendung gegenüber den Kindern
- Alkoholmissbrauch oder andere Suchtmittel
- häufig gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern
- ist offenbar eine der wichtigsten Voraussetzungen für sowohl intra- wie auch extrafamiliären Missbrauch





Phasen der Traumatherapie

- ⇒ Stabilisierungsphase
- ⇒ Trauma-Konfrontationsphase
- ⇒ Phase der Trauer und Reintegration





Stabilisierungsphase

- Selbstmanagement und Selbstberuhigung
- Stressreduktion
- kontrollierter Umgang mit dem traumatischen Material
- Wahlmöglichkeiten
- Alltagsstabilität

„Das Wichtigste ist,
sich im **Hier und Jetzt** sicher zu fühlen
und den Kontakt zum Alltag nicht zu verlieren.“





Stabilisierungsphase

- Wissensvermittlung über Trauma
- Verhinderung der Retraumatisierung
- Vertrauensvolle therapeutische Beziehung: „Arbeitsbündnis“
- Erlernen von Affektregulierung und Differenzierung
- eigene Stärken und Ressourcen: was kann ich?
- Schulung der Achtsamkeit: Wahrnehmen des Hier und Jetzt
- Screentechnik und Tresorübung
- Notfallset
- Stabilisierende Imaginationen
- Sicherer Ort, innere HelferInnen, Lichtstromübung
- Innere Kind-Arbeit
- Bearbeitung von Hindernissen
- Differenzierte Körperwahrnehmung und liebevoller Umgang mit dem eigenen Körper
- Aufbau eines Netzwerkes





Häufige traumabezogene Schemata

- Machtlosigkeit und Vulnerabilität
- Bestrafung
- Schlecht, nicht-liebenswert
- Mangelhaft

- Inkompetenz
- Versagen
- Verlust

- „Die Welt ist gefährlich/Ich bin machtlos“
- „Ich muss bestraft werden“
- „Ich bin aus mir heraus schlecht“
- „Andere können sehen, wie fehlerhaft ich bin“
- „Nichts was ich tue, ist gut genug“
- „Ich bin ein Versager“
- „Andere werden mich verlassen“





Ziele der Traumakonfrontation

- Aufheben der Dissoziation und Integration von Verhalten, Gefühlen, Körpererleben und Gedanken in Bezug auf das traumatische Erleben.
- Es entsteht eine vollständige, erzählbare Geschichte.
- Die subjektive Belastung durch das Trauma verschwindet.
- Es wird zu einem Faktum in der Vergangenheit, an das keine belastenden Emotionen und Gedanken mehr geknüpft sind.
- Es ist vorbei!





Traumakonfrontation - Voraussetzungen

„Grünes Licht“ für Traumakonfrontation:

- gutes Arbeitsbündnis
- (halbwegs) sichere Lebensumstände (z. B. kein Täterkontakt)
- Gefühle aushalten können, ohne zu dissoziieren
- sich selbst beruhigen und trösten können
- Bereitschaft, sich auf kurzfristiges Unwohlsein einzulassen, um langfristige Verbesserungen zu erzielen.





Alptraumtherapie

Lucid Dreaming- oder **Imagery Rehearsal Therapy**

(Krakow, 2006; Thünker & Pietrowski, 2011)

- Wiederkehrender Alptraum wird im Detail nacherzählt und dazu ein alternatives Ende entwickelt
- Alternatives Ende wird mehrfach imaginiert – ggf. aufgeschrieben
- Eventuell Vorübung: Imaginationsfähigkeit





Leitlinienempfehlung: Neuorientierung

- **Trauma-Therapie endet nicht mit der Trauma-Bearbeitung.**
- Wenn indiziert, sollte der psychotherapeutische Prozess zur Unterstützung von Trauer, Neubewertung und sozialer Neuorientierung fortgeführt werden.
- Auseinandersetzung mit traumaspezifischen Verlusten und Einbußen (Trauerarbeit)
- Intrapsychische Neuorientierung
- Rückfallprophylaxe (Erarbeitung von Hilfen bei erneuter schwerer Belastung)
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven

