

Was ist ein Trauma?

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Dr. med. Raymond Veith
ltd. Oberarzt der Abt. Sucht und
Allgemeinpsychiatrie II



Übersicht des Vortrags

Was ist ein Trauma

Was sind Traumafolgestörungen

Wie entsteht ein Trauma

Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung

Wen behandelt die Abteilung für Sucht und Allgemein-
psychiatrie II in der Stabilisierungsgruppe

Was ist ein Trauma ?

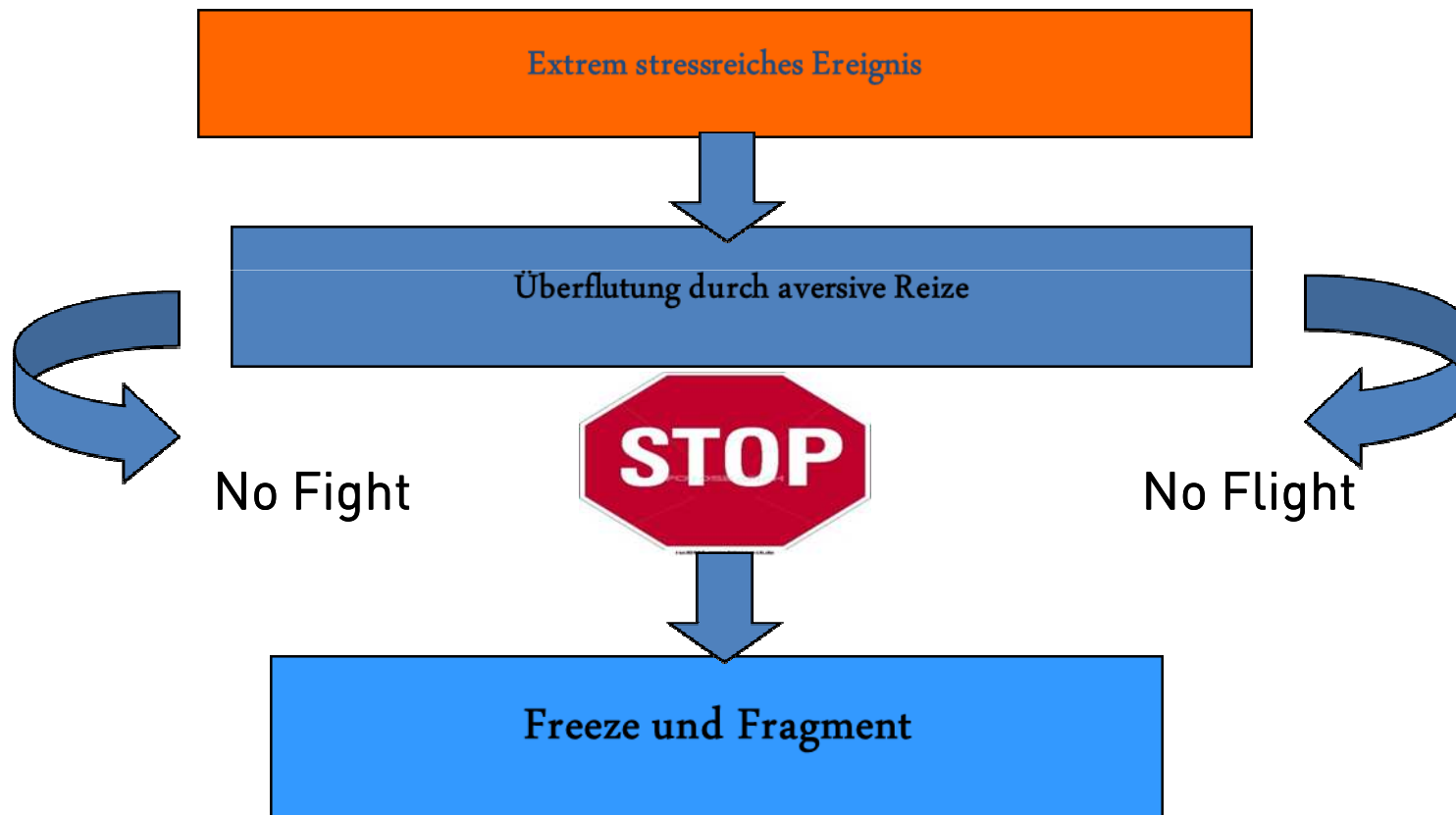
- > Sigmund Freud bezeichnet ein Trauma als eine Lücke in der Schutzbarriere gegen einen Reiz. Dies führt zu überwältigenden Gefühlen der Hilflosigkeit.
- > „ Zu einer schweren psychischen Traumatisierung kann es immer dann kommen, wenn Menschen lebensbedrohliche Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle auslösende und damit unkontrollierbare Situationen erleben (Hüther, Korittko, Wolfrum, Besser).“

Was sind Traumafolgestörungen

Es gibt verschiedene Traumafolgestörungen, die eine Reaktion auf das Trauma sind:

1. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) F43.1
2. Akute Belastungsreaktion F 43.0
3. Anpassungsstörung F 43.2
4. Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung F 62.0
5. Komplizierte Trauer (Prigerson und Jakobs 2001)

Wie entsteht ein Trauma ?



Fragment

- „Der Vergleich eines Spiegels, der im Augenblick des traumatischen Stressgipfels zerspringt, macht deutlich, dass die zurückbleibenden Spiegelsplitter nicht mehr erkennen lassen, was passiert ist, sondern nur noch, *dass* etwas passiert ist.“ (Lutz Besser 2002)

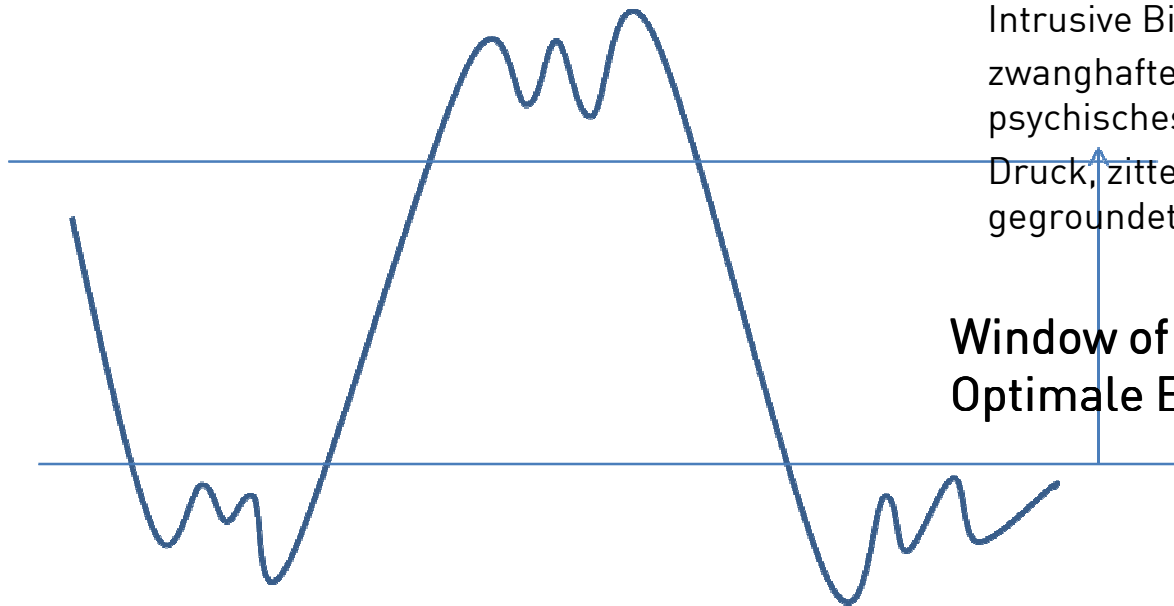
Kriterien der traumatischen Situation

- Nicht nur alleine die Situation definiert den Stressor, sondern auch die subjektive Reaktion auf diese Situation ist ein weiteres Kriterium für die Belastung.
- Es gehören dazu:
 1. intensive Furcht
 2. Hilflosigkeit
 3. Entsetzen
 4. Taubheit
 5. Scham
- Wie handlungsfähig bin ich?

Bi-Phasische Traumareaktion

Hyperarousal: zu viel Erregung,
um es zu integrieren

Emotionale Reaktivität
Hypervigilanz
Intrusive Bilder
zwanghaftes/kreisendes
psychisches Verarbeiten
Druck, zittern, nicht „
gegroundet“



Window of Tolerance
Optimale Erregungszone

Hypoarousal: zu wenig
Erregung, um es zu
integrieren

Flacher Affekt
Unfähigkeit, klar zu denken
Numbing (Betäubung)
Zusammenbruch
Ogden und Minton 2000

Was ist Dissoziation?

- > Das Opfer eines traumatisierenden Erlebnisses kann belastende Erinnerungen abspalten und dadurch die belastende Wirkung des Vorfalls verringern
- > Häufig Amnesien unterschiedlicher Stärke
- > Einige Menschen fühlen sich im Rahmen von Dissoziationen betäubt und spüren keinerlei Schmerz, andere schalten jedes emotionale Empfinden aus
- > Die extremste Form ist die dissoziative Identitätsstörung, die auch nach der akuten traumatischen Situation bestehen bleibt

Was gibt es für Traumata ?

- Man made oder personale Traumata
 - Apersonale Traumata, z.B. Naturkatastrophen
 - Kollektive Traumata, z.B. Kriege
 - Unterteilung in Typ I und Typ II Traumata
 - Typ I: einmalige Traumata
 - Typ II: sich wiederholende oder langanhaltende Traumata
 - Seit neuerem erweitert um medizinisch bedingte Traumata
- Kumulative Traumata (Khan 1963) durch Addition von Ereignissen von denen jedes einzelne keine Traumatisierung ausgelöst hätte, z.B. Beschämungen, Bagatellunfälle, Bedrohungserlebnisse, Mobbing etc.

Was gibt es für Traumata ?

- Unterteilung nach Shapiro (Begründerin des EMDR) nach der Schwere des Traumas 1998, 2003
- - Big T Traumata sind Ereignisse von existentieller äußerer und innerer Bedrohung durch Angriff auf den Körper, das Leben und die emotionale und soziale Existenz
- - Small t Traumata sind scheinbar weniger katastrophale Ereignisse in Verbindung mit Schreck, Angst, Peinlichkeit, Beschämung
- Sequentielle Traumatisierung (Keilson 1979) mehrfache Traumatisierungen über einen Zeitraum hinweg, die sich ähnlich sind (Kriegserlebnisse, Folter, Missbrauch)

Epidemiologie

- > Das Risiko traumatischer Gewalterfahrungen ist höher bei Männern, Farbigen, Jugendlichen, sozial Schwachen. Alle anderen Expositionsrisiken sind gleich verteilt.
- > Annähernd 100 % der Bevölkerung werden im Laufe ihres Lebens mit einer potentiell traumatische Situation konfrontiert (Breslau, Kessler, Chicoat et. al. 1998), jedoch entwickeln nur 10-15 % eine PTBS.
- > Bereits erlittene Traumata erhöhen das Risiko, auch frühere psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes – und Jugendalter.
- > Suizidalität 6fach höher

Epidemiologie nach Flatten, Hofmann2001

Die Art des Traumas bestimmt die Häufigkeit der PTBS

- | | |
|--------------------------------------|------------------|
| - Nach Konzentrationslager | > 90 % Prävalenz |
| - Psychischer oder physischer Folter | ca. 80 % |
| - Politische Verfolgung | ca. 50-70 % |
| - Vergewaltigung, Missbrauch | ca. 55 % |
| - Kriegserlebnisse | ca. 20-39 % |
| - Gewaltverbrechen | ca. 25 % |
| - Verkehrsunfallopfer | ca. 15 % |
| - Schwere Organerkrankungen | ca. 15 % |
| - Naturkatastrophen | ca. 4 % |

Symptome der PTBS

- >Wiedererleben in Form von Flash-backs (Nachhallerlebnissen)
- >angstbesetzte Erinnerungszustände (Intrusionen), die auch in Form von Alpträumen auftreten können, lösen heftige körperliche Reaktionen aus.
- >Vermeidung von Situationen, Orten und Menschen, die Erinnerungen an das Ereignis auslösen könnten.
- >Chronisch anhaltende Übererregung (Hyperarousal)
- >Symptome bestehen länger als einen Monat

Verlauf und Prognose der PTBS

- In den meisten Fällen treten Symptome sofort auf
- 50 % der Fälle remittieren im ersten Jahr
- Bei 1/3 der Fälle chronischer Verlauf (Kessler 1995)
- Risiko für chronischen Verlauf um so höher, je schwerer die anfänglichen Symptome (Ehlers 1998)

Komorbide Störungen bei primär- und sekundär posttraumatischer Symptomatik

- > Angststörungen
- > Depressive Störungen
- > Sucht
- > Somatisierungsstörung
- > Essstörung
- > Zwangsstörung
- > Borderline-Persönlichkeitsstörung

Behandlung von Traumafolgestörungen in der Akutphase mit Debriefing

- Critical Incidence Stress Debriefing
- Wird oft präventiv eingesetzt, um die Entwicklung einer PTBS zu verhindern
- Setting: Gruppensitzungen von 1-3 Std. ca. 24-72 Std. nach dem Ereignis
- Es gelten die Prinzipien der Krisenintervention, d.h.
 - rascher flexibler Einsatz
 - Konzentration auf die aktuelle Problemlage
 - zeitliche Begrenzung
 - aktive und direkte therapeutische Haltung

Behandlung der PTBS oder anderer Traumafolgestörungen nach dem 4 Phasenmodell (Hanne Hummel)

1. Anamnese, Diagnostik, Beziehungsaufbau und Instruktion
2. Stabilisierung und Vorbereitung (Suche, Aufbau und Verstärkung von Ressourcen)
3. Exposition und Synthese
4. Integration, Trauer und Neuorientierung

Erste Phase der Behandlung

- > Erhebung der Traumaanamnese durch Erstellung einer Traumalandkarte (Arbeiten mit Überschriften, Art der Traumatisierung, Alter bei Beginn und Ende, Verbindung der Traumata zur aktuellen Symptomatik sowie gegenwärtige Auslöser und Vermeidungsmuster)
- > In der gleichen Sitzung Erstellung einer Ressourcenlandkarte (Was läuft gut, wo liegen die Stärken, wer kann helfen?)

Zweite Phase der Behandlung

Stabilisierung und Ressourcenaktivierung

Voraussetzungen:

- der Alltag muss stabil und sicher sein
- kein Täterkontakt/keine aktuelle Bedrohung
- Therapie als Gefäß und Aufbewahrungsort für einzelne Traumabruchstücke

Arbeitsbündnis herstellen und Sicherheit in der therapeutischen Beziehung vermitteln

Selbstmanagement (Innere Sicherheit) aufbauen durch Erlernen von Flashback-Kontrolle, Dissoziationskontrolle, Affekt- und Impulskontrolle, Aufbau guter Innerer Objekte, Aufbau von Innerem Trost, Wohltuende Tätigkeiten

Zweite Phase - Stabilisierungsphase

- > Stabilisierungsübungen (zielgerichtete, klar strukturierte Übungen, müssen auch zu Hause geübt werden können, sollen Verankert werden in Form von Bildern, Niederschriften, Gesten)
- > Ressourcenübungen (Ressourcen finden, verstehen und verstärken, z.B. Erste Hilfe Koffer, Erste Hilfe Liste, Schatzkiste)
- > Imaginationsübungen (Unabhängig vom Therapeuten einsetzbar mit Aktivierung von neuronalen Netzwerken (Decety u Grezes 2008))

Sicherer Innerer Ort

- Imaginativer innerer Ort zur Regeneration und zum Wohlfühlen soll gefunden werden
 - Bild
 - Gefühle und Empfindungen
 - Verstärkung und Einbezug aller Sinnesqualitäten
 - Selbstständiges Einüben
 - Abruf unter Belastung
 - evtl. Wohlfühltätigkeit
(Was macht Pat. gerne?)

Tresor-Übung

- > Diese Übung kann helfen, belastendes Material bewusst zu dissoziieren, d.h. zur Seite zu stellen
- > Kurze Entspannungsinduktion
 - > Stellen sie sich einen Inneren Safe oder Tresor vor
 - > Packen sie das, was sie belastet dort hinein
 - > Verschließen sie die Tür und schauen sie nach einem guten Platz für den Schlüssel

Dritte Phase – Exposition und Synthese

- Das fragmentierte Gedächtnispuzzle soll wieder zusammengesetzt werden; abgespeicherte Gedanken aufgreifen, bearbeiten und in neuen Kontext einordnen
- Konfrontative Therapieansätze bei PTBS
 - assoziatives Durcharbeiten
 - EMDR
 - Screentechnik
 - konfrontatives Durcharbeiten
 - Exposition in sensu und in vivo
 - imaginatives Durcharbeiten, modifizierte psychodynamische Techniken (PITT= psychodynamische imaginative Traumatherapie nach Reddemann)

EMDR= Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederaufarbeitung
- Von Dr. Francine Shapiro in Palo Alto, Kalifornien 1987 entdeckt
- Wirksamkeit von Augenbewegungen auf belastende Gedanken
- Indikation: alle Folgekrankheiten eines Traumas
- Kontraindikation: Psychosen, hirnorganische Erkrankungen, Augenerkrankungen mit Netzhautablösung

Bildschirmtechnik = Screentechnik

- > 1989 von Frank Putman entwickelt
- > Voraussetzung: ausreichendes Maß an persönlicher Stabilität
- > Patient projiziert Traumathematik auf einen inneren Bildschirm, kann distanziert und portionsweise das Geschehen betrachten. Trauma kann Schritt für Schritt durchgearbeitet werden und Gefühle wie Wut, Empörung und Trauer ersetzen dabei Ohnmacht, Todesangst, Panik, Ekel und Scham
- > Sanfte Form der Konfrontation im Vergleich zum EMDR

Kontraindikationen für Traumakonfrontation

- > Akute Psychosen
- > Akute Suizidalität
- > Weiterhin bestehender Täterkontakt
- > Instabile psychosoziale Situation
- > unkontrollierte Autoaggression
- > schwere dissoziative Störungen

Vierte Phase – Integration und Trauer

- > Die Integration der erarbeiteten Veränderung ist Teil des gesamten Therapieprozesses
- > Am Ende der Therapie Bilanz ziehen. Ziele erreicht ?
- > Trauer: Akzeptanz des Erlebten, Verlust von Bezugspersonen
- > Auseinandersetzungen mit inneren Anpassungsstrategien, Verstrickung, traumatische Bindung (Bindung an gewalttätige Täter u. ä.)
- > Gesellschaftliche Anerkennung, Öffentlichkeit, Gerechtigkeit
- > Finden von sinnstiftenden Erklärungen

Vierte Phase - Neubeginn

- > Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen (Freunde, Familie, Bekannte)
- > Pflege wohltuender Kontakte
- > Entwicklung einer Perspektive
- > Auseinandersetzung mit eigenen Zielen, Wünschen und Bedürfnissen
- > Persönliche Wachstums- und Reifungserfahrungen (posttraumatic growth- Zoellner und Maercker 2006)
- > Salutogenese (Antonovsky 1987)

Stabilisierungsgruppe auf Station 50/6

Patienten, die belastet sind durch ihre Traumafolgestörung und ihr Trauma immer wieder erleben, können auf Station 50/6 in der Stabilisierungsgruppe behandelt werden.

Ziel ist im wesentlichen Distanzierung von ihren Erlebnissen und Stabilisierung

Vormaliger Alkohol- und Drogenkonsum sind keine Hindernisse für eine Therapie in der Stabilisierungsgruppe auf Station 50/6

Anmeldung erfolgt unter : 02821 / 81 3113 direkt auf Station 50/6

Rahmenbedingungen

Die Therapiedauer für Patienten der Stabilisierungsgruppe beträgt 4 – 6 Wochen.

Kostenträger sind die Krankenkassen.

Die Einweisung erfolgt über den Hausarzt oder Nervenarzt.

Psychiatrische Nachbetreuung über die Ambulanz der Abteilung Sucht und Allgemeinpsychiatrie II der LVR-Klinik Bedburg-Hau.

Psychotherapeutische Nachbetreuung durch niedergelassene Psychotherapeuten oder psychosomatische Rehakliniken

Rahmenbedingungen II

Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team bestehend aus Fachpflegern für Psychiatrie, Psychologin, Sozialpädagogin, Kunst- und Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Ärzten.

Neben der Stabilisierungsgruppe gibt es das Angebot einer Suchtgruppe, Kunst-, Musik-, Ergotherapie, Sporttherapie, Walking, Morgenrunde, Progressive Muskelrelaxation, DBT Gruppe nach M. Linehan, Reittherapie, Krankengymnastik und Akupunktur (NADA)

Patienten der geschlossenen Station 50/5 können in Ausnahmefällen an der Stabilisierungsgruppe teilnehmen.

Danke fürs Zuhören!

Noch Fragen?