



Psychotraumatologie und Traumafolgestörungen

Grundlagen, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten





Allgemeine Psychotraumatologie

Erforschung der Akut.- und
Langzeitfolgen von seelischen
Verletzungen



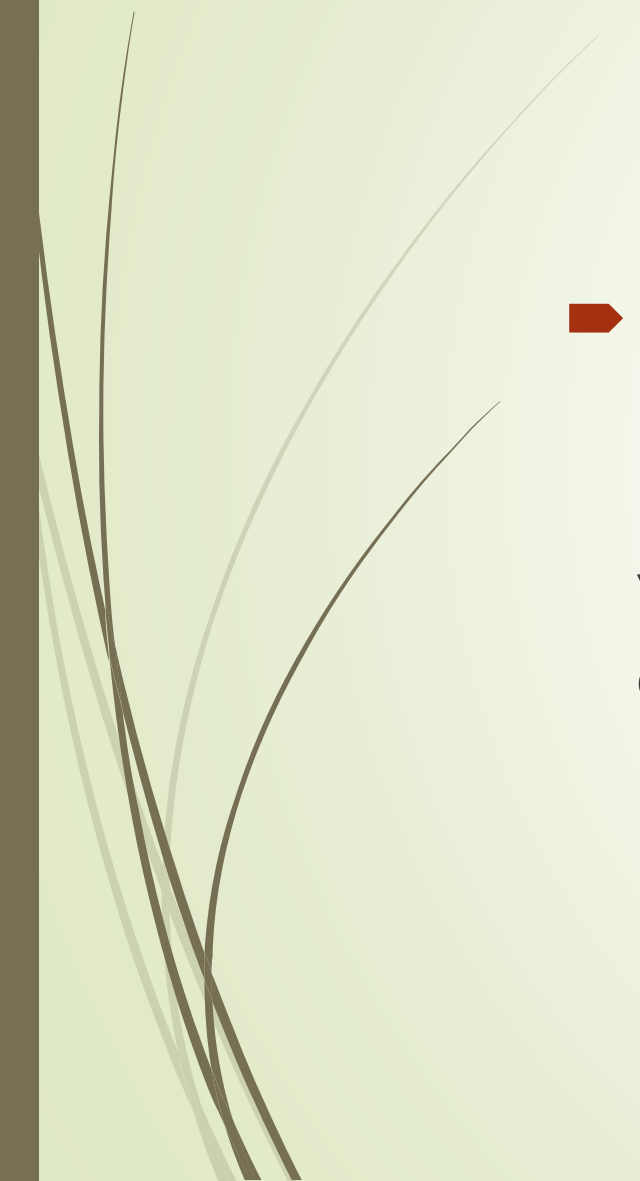


Was ist ein Trauma

- 
- 
- Ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung, mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem Menschen tiefgreifende, existentielle Verzweiflung auslösen würde



Psychotrauma (nach Fischer und Riedesser)

- Ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen Bedrohung und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Ohnmacht und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt.
- 

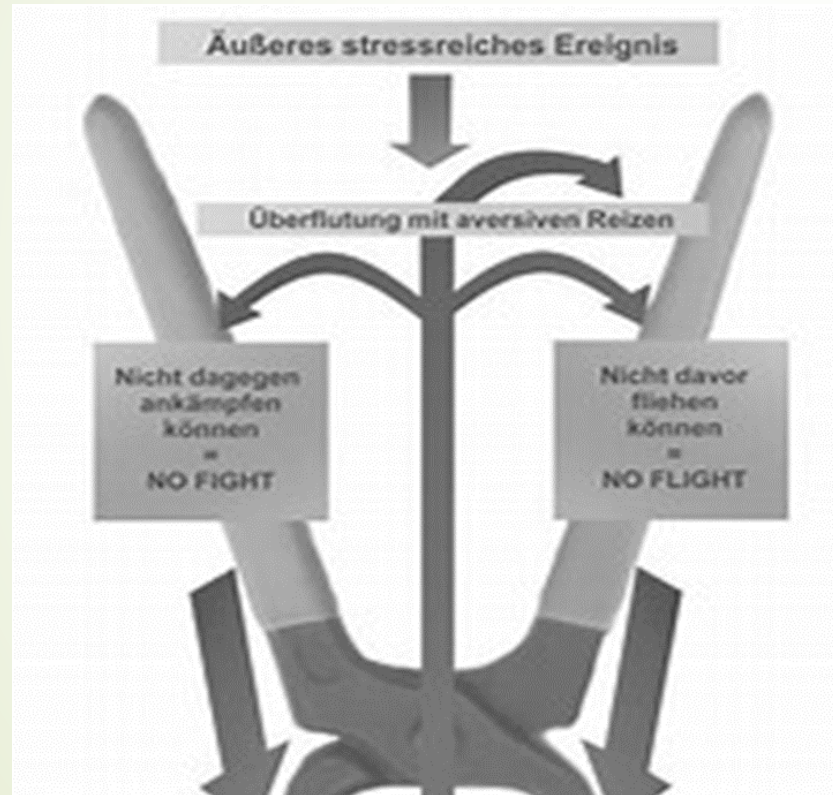


Psychotrauma (nach Fischer und Riedesser)

Ein unterbrochener Handlungsansatz mit Kampf- und/oder

Fluchttendenz in einer vital bedeutsamen (=existentiellen) Problemsituation

Traumatische Zange (Michaela Huber)



- NO FIGHT
- NO FLIGHT



- FREEZE AND FRAGMENT (DISSOZIATION)



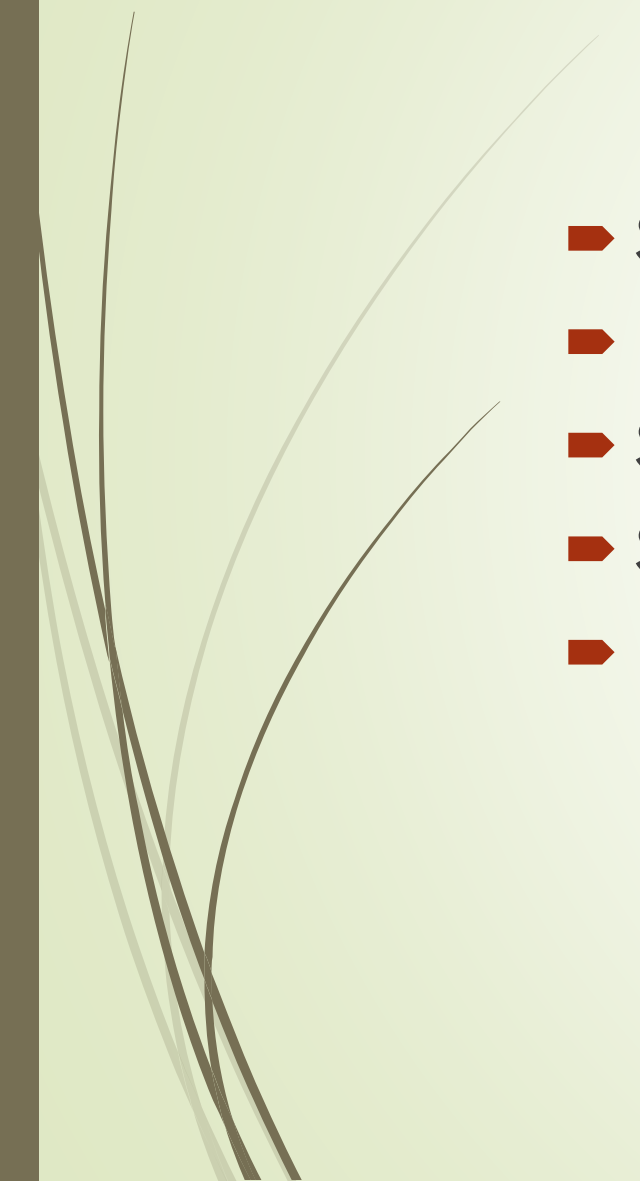
Bedingung für psychische Traumatisierung

= schwere Verletzung eines oder mehrerer psychischer
Grundbedürfnisse (modifiziert nach Grawe)

- Sicherheit und Überleben(Selbsterhaltungstrieb) sowie physische und psychische Integrität
- Bindung = langandauerndes affektives Band zu nicht auswechselbaren Personen (Bowlby, 1975)
- Kontrolle-Selbstwirksamkeit
- Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz
- Lustgewinn/Unlustvermeidung



Psychologische Grundbedürfnisse

- Sicherheit und Überleben (Selbsterhaltung)
 - Bindung
 - Selbstwirksamkeit und Kontrolle
 - Selbstwert
 - Lustgewinn und Unlustvermeidung
- 



Häufigkeit - PTBS

- Punktprävalenz in der Bevölkerung 7-12 %
- Lebensprävalenz bis zu 70%

- Ca 50 % nach Vergewaltigung
- Ca 25 % nach Gewaltverbrechen
- Ca 50 % bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca 10 % nach Verkehrsunfällen
- Ca 10 % nach schweren Erkrankungen (Herzinfarkt, Krebs)



Traumatypen (nach Lenore Terr)

- **Monotrauma - Schocktrauma(Typ I Trauma)**
- **Komplextrauma – Entwicklungstrauma(Typ II Trauma)**

- Kumulatives Trauma
- Man made-disaster
- Natural made-disaster

Traumtypen

Typ I Trauma =
Schocktrauma

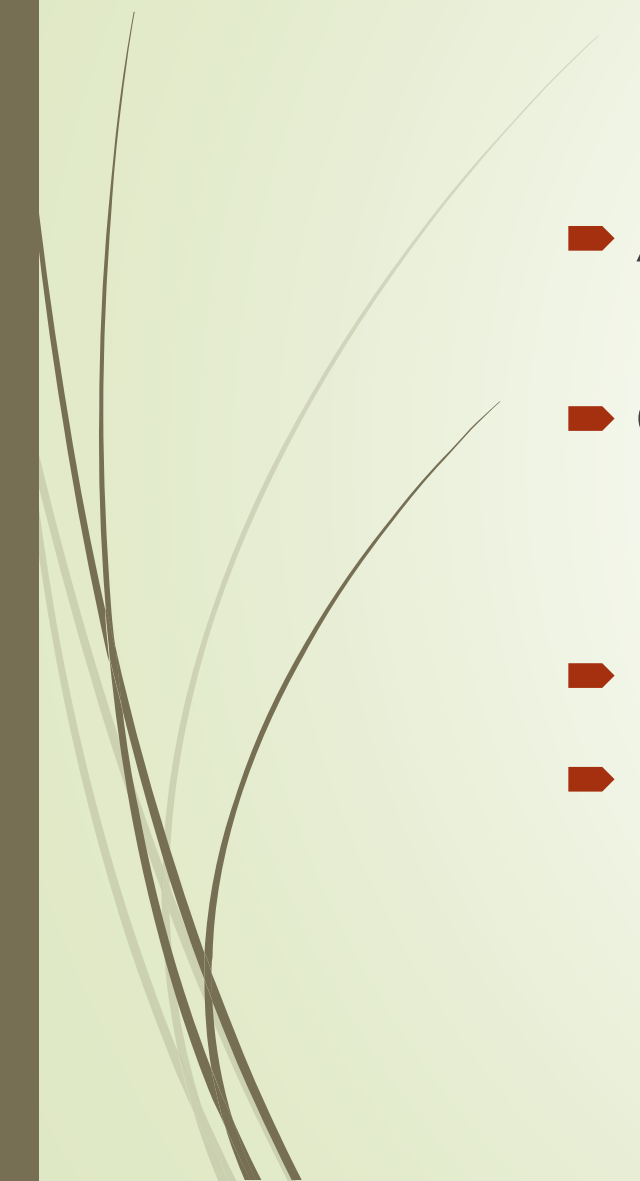
- Verkehrsunfälle
- Naturkatastrophen
(Sturm,
Erdbeben, Tsunami)
- Gewaltdelikte (Überfall,
Vergewaltigung)

Typ II Trauma =
Entwicklungsstrauma

- Kriegserlebnisse
- KZ-Haft
- körperliche, seelische
oder sexuelle
Misshandlung



Medizinisch bedingte Traumata

- Akute lebensbedrohliche Erkrankungen (Herzinfarkt, Bösartige Tumoren)
 - Chronisch belastende und lebenseinschränkende Erkrankungen und Therapien (Krebserkrankungen, HIV, Dialyse etc.)
 - Komplizierte Behandlungsverläufe
 - Behandlungsfehler
- 




Traumatypologie nach Sachse und Sack

- Typ I : „Einfache“ posttraumatische Belastungsstörung
- Typ II: PTBS + traumakompensatorischer Symptomatik (Angst, Depression, Suchtentwicklung, Zwangsstörung)
- Typ III: PTBS + persönlichkeitsprägender Symptomatik (z.B. Borderline Persönlichkeitsstörung)
- Typ IV PTBS + komplexer dissoziativer Symptomatik (DIS)



Risikofaktoren für Entstehung einer PTBS

- Weibliches Geschlecht
- Früher Beginn
- Ethnische Minderheit
- Fehlende soziale Unterstützung
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Art und Schwere des Traumas (sequenzielle und kumulative Traumatisierung)
- Belastende Kindheit
- Psychische Vorerkrankungen
- Individuelle Copingfaktoren
- Negative Schemata bzgl. Selbstbild und Selbstwirksamkeit



Resilienzfaktoren für PTBS (= Fähigkeit nach der Belastung wieder die Ausgangsposition zu erreichen)

- **Verstehbarkeit, Handhabbarkeit)**
- **Positive Basis-Grundannahmen**
- Die Welt ist im Grunde gut
- Das Leben ist grundsätzlich sinnvoll
- Ich bin wertvoll
- **Gutes soziales Netz**
- **Kohärenz nach Antonovski
(Sinnhaftigkeit)**

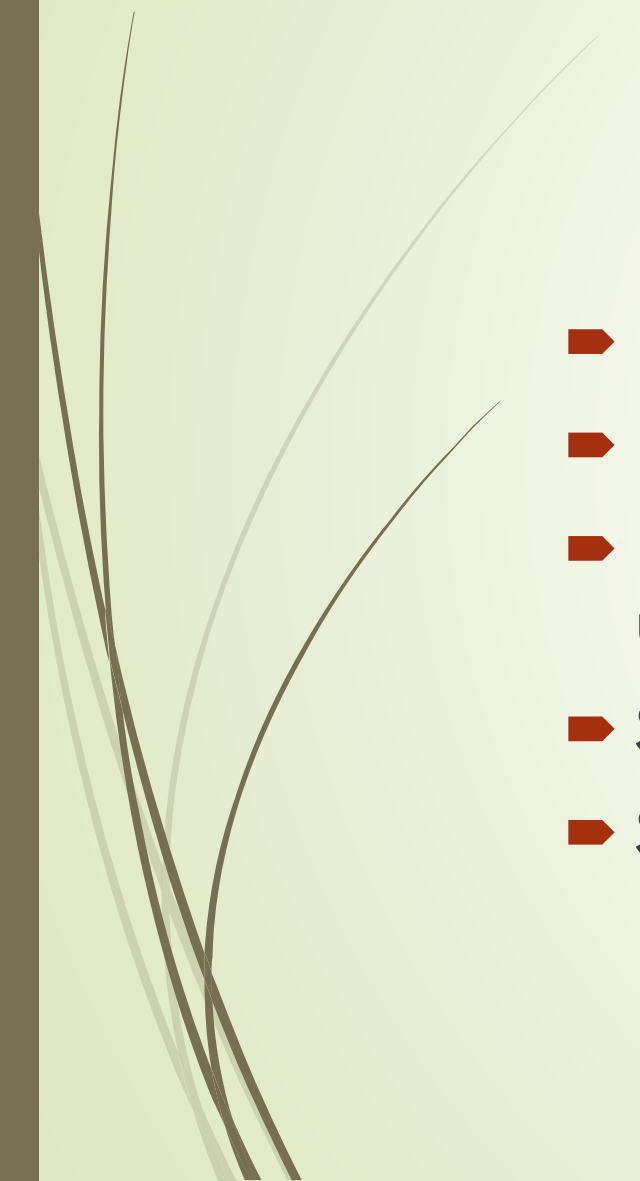


Schutzfaktoren (Resilienz)

- Sichere Bindung(Bowlby)
- Gute und dauerhafte Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson
- Gutes Ersatzmilieu bei frühem Verlust wichtiger Bindungspersonen
- Gutes soziales Netzwerk
- Verlässliche Bezugspersonen im Erwachsenenalter
- Copingstrategien für individuelle Stressoren



Copingstrategien

- Kognitives Coping-Kohärenzsinn
 - Entwicklung konkreter Lösungsstrategien
 - Emotionales Coping (Rückzug und Vermeidung-ungünstig)
 - Soziales Coping
 - Spirituell, religiöses Coping
- 



Kernsymptomatik

- **Intrusionen/Flashbacks** = unwillkürliche, hochbelastende Erinnerungen an das Trauma- oft getriggert, Gefühl der Überflutung, des Kontrollverlustes und der Retraumatisierung
- **Vermeidung** (innerlich und äußerlich)
- **Übererregung (Hyperarousal)**: Schlafstörungen, Unruhe, Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz
- **Numbing** (emotionale Taubheit): Enge emotionale Bindungen mit Familie, Freunden und Kollegen werden vermieden. Die Gefühle sind allgemein vermindert, eingeschränkt, allenfalls werden routinemäßige und 'mechanische' Aktivitäten zu Ende geführt.

Symptome der PTBS

INTRUSION	VERMEIDUNG	ÜBERERREGUNG(HYPER-AROUSAL)
Belastende und wiederkehrende Erinnerungen im Wachzustand, oft getriggert	Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Orten und Menschen des Traumas, Keine Gespräche	Ein- und Durchschlafstörungen Reizbarkeit, Wutausbrüche (ohne adäquate Auslöser)
Flashbacks: filmartige Wiederholungen des Traumas von extremer Gegenwartsnähe	Amnesie	Hypervigilanz (extreme Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit)
Alpträume	Gefühl eingeschränkter Möglichkeiten	Konzentrationsstörungen
	Numbing = Emotionale Taubheit	Sympathikotonie (Puls,Blutdruck erhöht)



Was ist Dissoziation

- Versuch ein unerträgliches Erleben dadurch erträglicher zu machen, indem man das Ereignis sowie die innere Reaktion abspaltet und zerteilt (fragmentiert)
- Dissoziation ist somit ein Lösungsversuch ein unkontrollierbares Ereignis leichter zu ertragen(im Extremfall den eigenen Tod)
- Dissoziation ist somit peritraumatisch sehr sinnvoll führt jedoch langfristig zur Traumasymptomatik

Formen der Dissoziation

- **Primäre Dissoziation:** Abspaltung von Wahrnehmungsinhalten (Narrative Kohärenz geht verloren)-Trauma wird unerzählbar
- **Sekundäre Dissoziation:** Depersonalisation und Derealisation
- **Tertiäre Dissoziation:** Entstehung von unterscheidbaren Ich Zuständen(mehrere ANPs) mit eigenen Gefühls- und Verhaltensmustern.



- Entstehung einer Dissoziativen Identitätsstörung(DIS)



Dissoziative Symptome

- **Amnesie:** (partiell oder total für das Trauma)
- **Depersonalisation:** (Gefühl gar nicht selbst betroffen zu sein)
- **Derealisation:** (Gefühl das Ereignis ist irgendwie unwirklich, kann gar nicht sein)
- **Fugue:** plötzliches unerwartetes und zielloses Weglaufen einer Person ohne objektiv feststellbaren Grund.(Plötzlich war ich ...)
- **Stupor:** kompletter Aktivitätsverlust trotz erhaltenem Bewusstsein
- **Anfälle(Pseudoepilepsie)**
- **Peritraumatische Dissoziation wichtigster Prädiktor für Entstehung einer PTBS**

Dissoziative Symptome

Amnesie	Depersonalisation	Derealisation	Fugue	Stupor, Anfälle
Können Sie sich an ihre Kindheit erinnern ? An ihre Schulzeit ?	Wie war das nach dem Überfall ? Hatten sie den Eindruck irgendwie neben sich zu stehen, oder alles wie von außen zu betrachten ?	Wie war das als die Männer um sie herumstanden und sie gierig ansahen ? Ich dachte das ist nur ein böser Traum, das passiert gar nicht mir...	Und dann bin ich in Kiel aus dem Zug ausgestiegen und dachte: Wo bin ich hier, wo bin ich eingestiegen und warum ?	Zustand physischer Erstarrung bzw. Anfälle, die epileptischen Anfällen ähneln können



Akute Belastungsreaktion (ICD)

- Zeitlicher Zusammenhang zwischen Belastung und Symptombeginn
- Gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild:
„Betäubung“, dann Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung,
Überaktivität und Rückzug
- Kein Symptom längere Zeit vorherrschend
- Rascher Beginn
- Symptome rasch rückläufig: klingen innerhalb von wenigen
Stunden ab, wenn Entfernung aus belastender Umgebung möglich

Akute Belastungsstörung (DSM)

- **A:**Traumatisches Ereignis
- **B:**Dissoziative Symptome
(emotionale Taubheit, Depersonalisation, Derealisation,)
- **C:**Wiedererlebendes traumatischen Erlebnisses
- **D:**Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern
- **E:**Symptome von Angst oder erhöhtes Arousal
- **F:**Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen
- **G:**Mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen, innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis

Anpassungsstörung (ICD)

- A: Identifizierbare psychosoziale Belastung von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalem Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats
- B: Symptome und Verhaltensstörungen wie sie bei F3, F4 und F91 (Sozialverhalten) vorkommen; keine spezifische Störung
- C: Symptome sind nicht Ausdruck einer Einfachen Trauer
- D: Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Belastungsende oder deren Folgen

Komplexe PTBS – 3 Problembereiche





Komplexe PTBS

- Veränderung der **Affekt- und Impulskontrolle**
- Veränderungen des **Bewußtseins** (Amnesie oder Hypermnesie)
- Veränderungen des **Selbstbilds** (Gefühle von Hilflosigkeit, Scham, Schuld und Selbstanklage)
- Veränderungen in der **Wahrnehmung des Täters (Täteridentifikation-Stockholm Syndrom)**
- Veränderungen der **sozialen Beziehungen** (Rückzug und Isolation, Suche nach einem Retter)
- Veränderungen von **Stimmungslagen und Einstellungen**



Victimisierungssyndrom

- ▶ **Nach wiederholter physischer, psychischer sowie sexueller Gewalt** entweder als Opfer oder als Zeuge
- ▶ Gefühl, den täglichen Aufgaben und Verpflichtungen nicht mehr gewachsen zu sein
- ▶ Überzeugung dauerhaft beschädigt zu sein
- ▶ Unfähigkeit zu vertrauen und Herstellung von Intimität
- ▶ Überzeugung, eher selbst die Schuld zu tragen als der Täter
- ▶ Neigung, sich potentiell traumatischen Erfahrungen erneut auszusetzen



Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

- Feindlich, misstrauische Grundhaltung (Man kann niemandem trauen)
- Sozialer Rückzug
- Chronisches Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Bedrohung
- Mindestdauer: 2 Jahre



KZ-SYNDROM

- Schwere Angstzustände
- Tiefe Überlebensschuld
- Ein Gefühl des Andersseins ,als die, die nicht ähnliches erlebt haben (innere Vereinsamung)
- Bild des „lebenden Leichnams“, ein ständig von Tod geprägtes, bedrücktes Verhalten
- Quälende Flashbacks
- Exkommunikation des Schreckens (Pakt des Schweigens zwischen Ex-KZ Häftlingen und deren sozialem Umfeld)

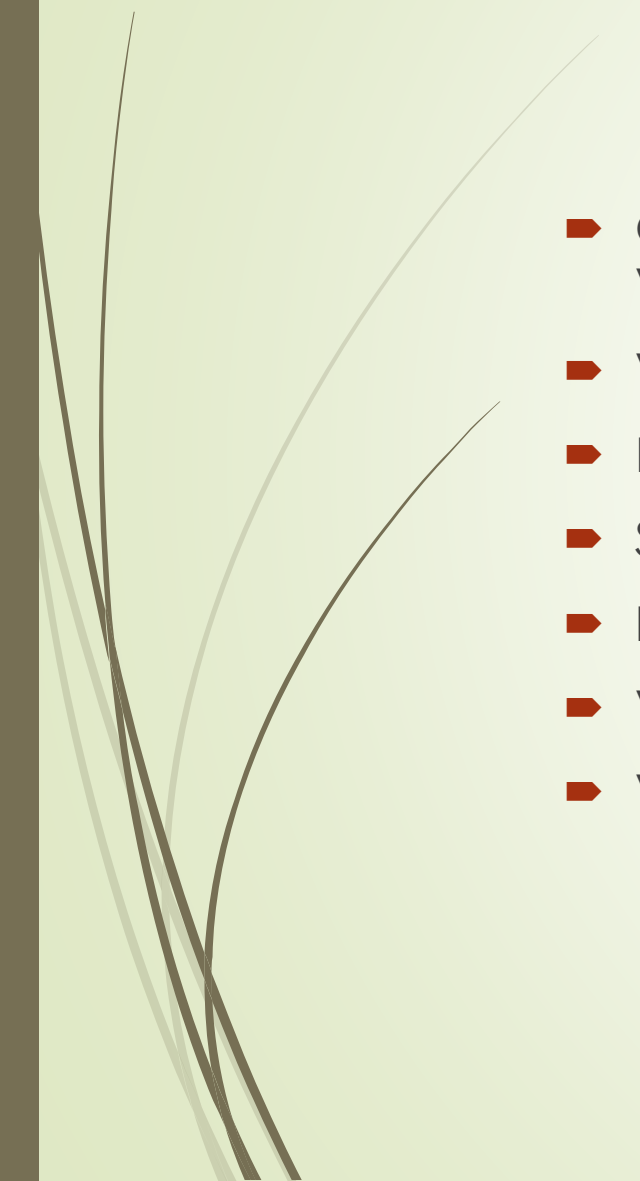


Beziehungsstörung

- **Störung der Beziehung zu anderen**
- Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen aufzubauen
- Reviktimisierungstendenz (=Tendenz sich wiederholt zum Opfer zu machen)
- Stockholm Syndrom
- **Beziehung zu sich selbst (= gestörte Selbstempathie)**
- Unzureichende Selbstfürsorge
- Gefühl dauerhaft beschädigt bzw. zerstört zu sein
- Gefühl von sich und seinen Wünschen abgeschnitten zu sein

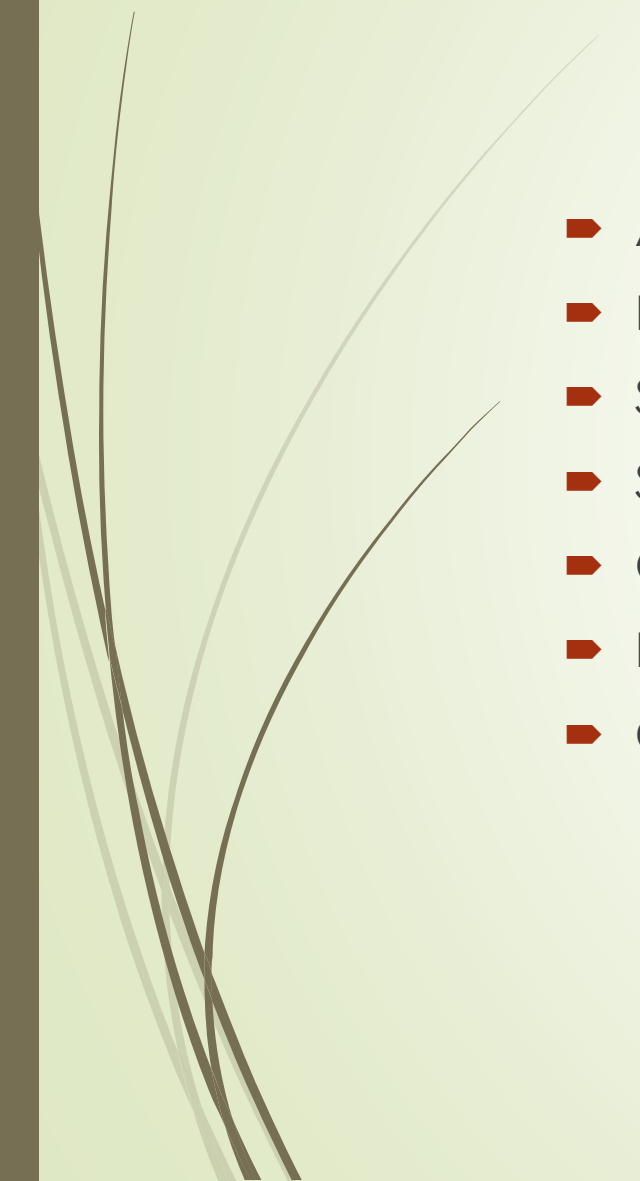


Störungen der Affekte und Affektregulation

- Gestörte Affekt- und Impulsregulation (Wutausbrüche, Selbstverletzendes Verhalten)
 - Verminderte Fähigkeit zur Selbstberuhigung
 - Risikoverhalten (=mangelnde Selbstfürsorge)
 - Suizidalität
 - **Depressive Grundhaltung**
 - Verlust von positiven Grundüberzeugungen
 - Verlust der Zukunftsperspektive
- 



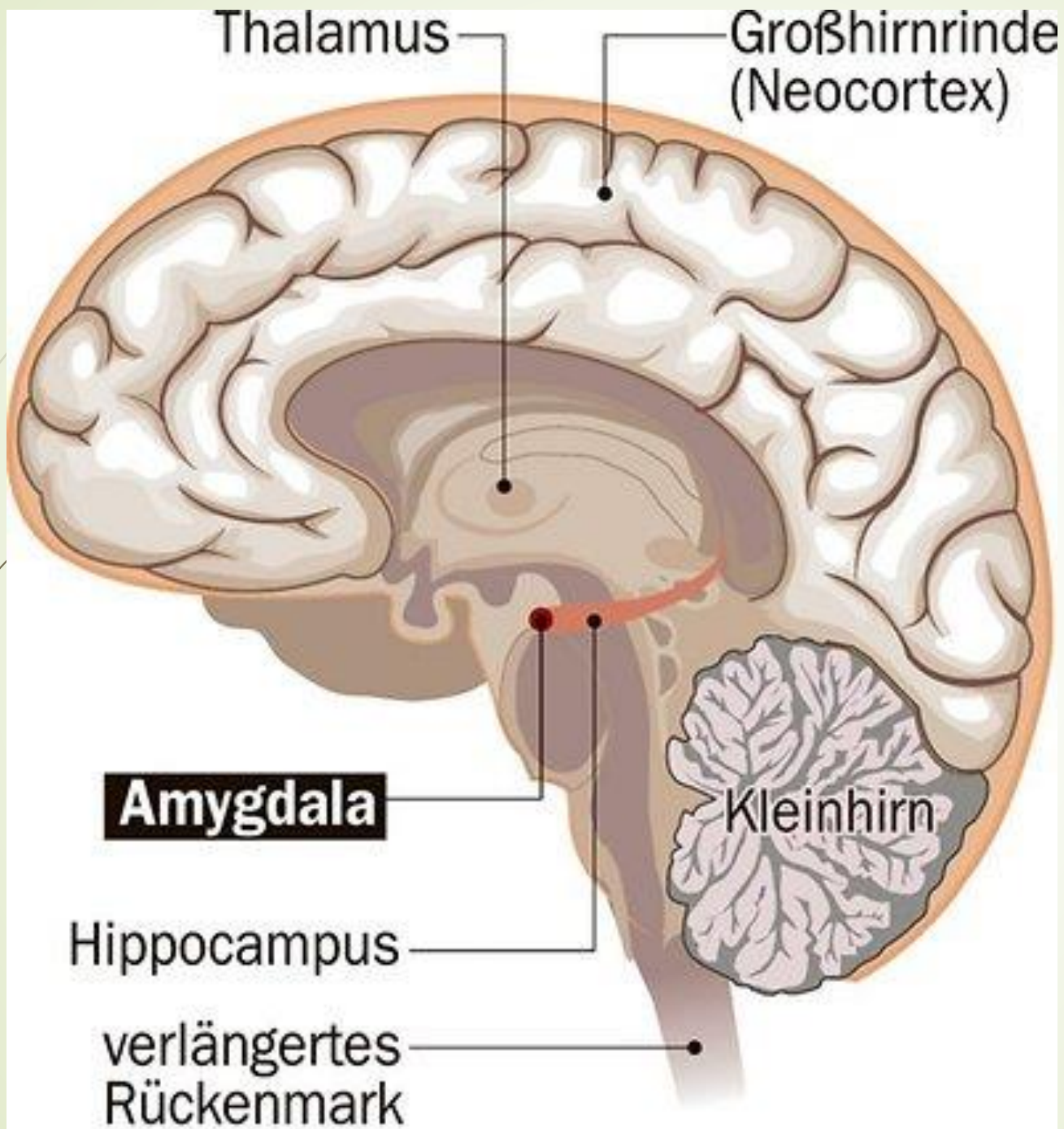
Sekundäre Traumafolgen

- Angststörungen
 - Depressive Episoden-recidivierend
 - Suchtentwicklungen (Alkohol, Medikamente, Drogen)
 - Somatisierungsstörungen
 - Chronische Schmerzen (Somatoforme Schmerzstörung)
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Chronische Suizidalität
- 



Traumatischer Wiederholungszwang

- ▶ Die unbewusste Tendenz die traumatische Situation auch in der Gegenwart zu re-inszenieren.
- ▶ Vor allem bei komplexen man-made Traumatisierungen (insbesondere beim sexuellen Missbrauch)
- ▶ Versuch die im Trauma implizite Bindungsproblematik zu lösen (=korrigierende Tendenz)
- ▶ In der Regel erfolgt ein Scheitern dieser Bemühungen (=torpedierende Tendenz)
- ▶ Teufelskreis schließt sich und vertieft Ohnmacht und Hilflosigkeit



Neurobiologische Aspekte

- Aktivierung der akuten Stressachse (Locus coeruleus-Noradrenalin-NNM-Achse)
- Aktivierung der chronischen Stressachse (HH-NNR-Achse)
- Cortisol bindet an Rezeptoren der Amygdala, Hippocampus und Adenohypophyse ➡ KINDLING – Überempfindlichkeit für Stress
- Hypothalamus Schilddrüsen Achse
- Endogene Opioide (Endorphine) hochreguliert fördern Dissoziation
- Chronischer Stress wirkt immunsuppressiv (Disposition für viele Erkrankungen erhöht)



Gedächtnis bei traumatischen Erfahrungen

- **Explizites Gedächtnis(Wissensgedächtnis):**
 - Inhalte gut erinnerbar und verbalisierbar
 - Willentlicher Zugriff
 - Erinnerung in narratives Muster einbaut
- **Implizites Gedächtnis (Erfahrungsgedächtnis)**
 - Schlechter willkürlicher Zugriff
 - Schlechte Verbalisierbarkeit (Broca Zentrum blockiert)
 - Keine geordnete narrative Struktur

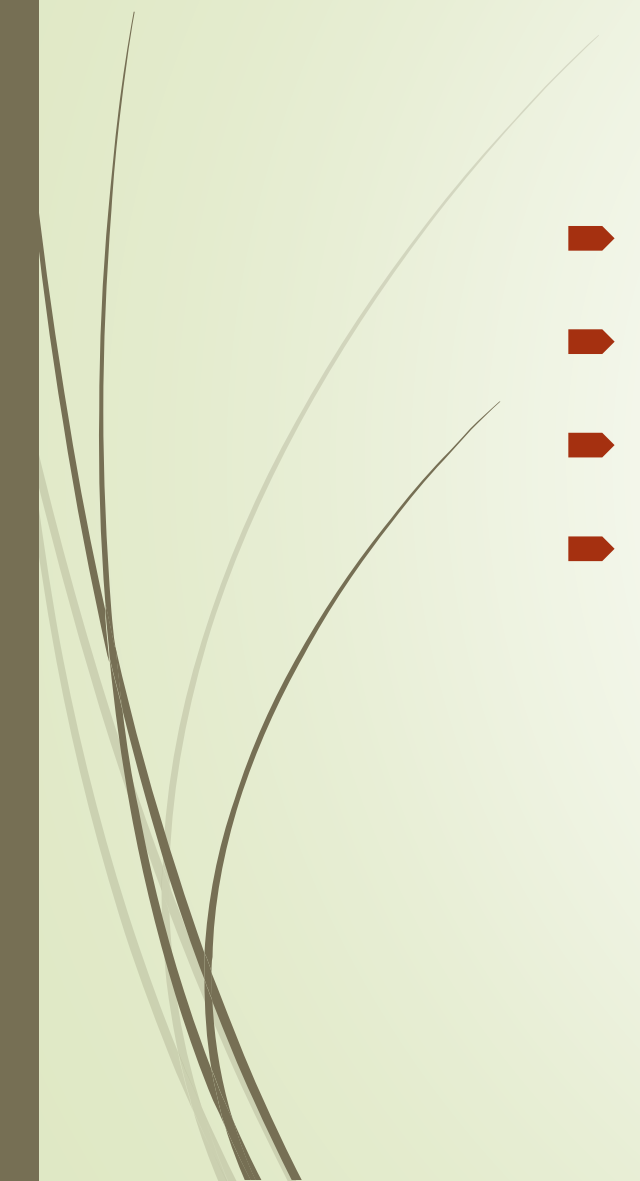


Traumadiagnostik

- Explorieren traumatypischer Symptome bzw. Syndrome und eventuelle Folgestörungen
- Im Erstgespräch keine detaillierte Traumaanamnese (Gefahr der Triggerung) sondern Bericht im „Telegrammstil“
- Erstellen einer Traumalandkarte und Ressourcenlandkarte
- Nutzung von Tests

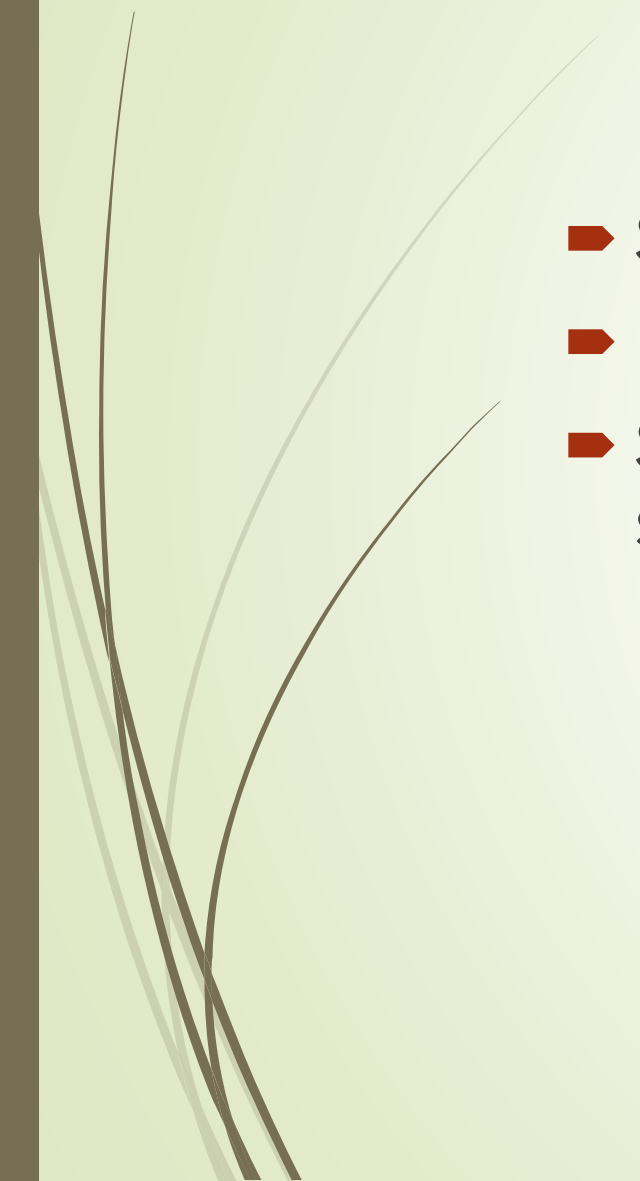


Selbsteinschätzungsfragebögen

- Impact of Event Scale - revised
 - Essener Trauma Inventar
 - Kölner Trauma Inventar
 - PTSD Symptom Scale
- 



Strukturierte Interviews

- SKID-DSM V
 - DIPS (nach Margraf und Schneider)
 - Strukturiertes Interview für DESNOS (Disorder of extrem stress not otherwise specified)
- 




Sekundäre und stellvertretende Traumatisierung

- Helfer sind meist Menschen mit hoher Empathie
- Sind oft bereit sich besonders zu engagieren
- Helfen wird höher bewertet als Geld oder Anerkennung
- Dieses „gute Herz“ ist ein hoher Wert aber leider zugleich auch Risikofaktor für das Ausbrennen in helfenden Berufen

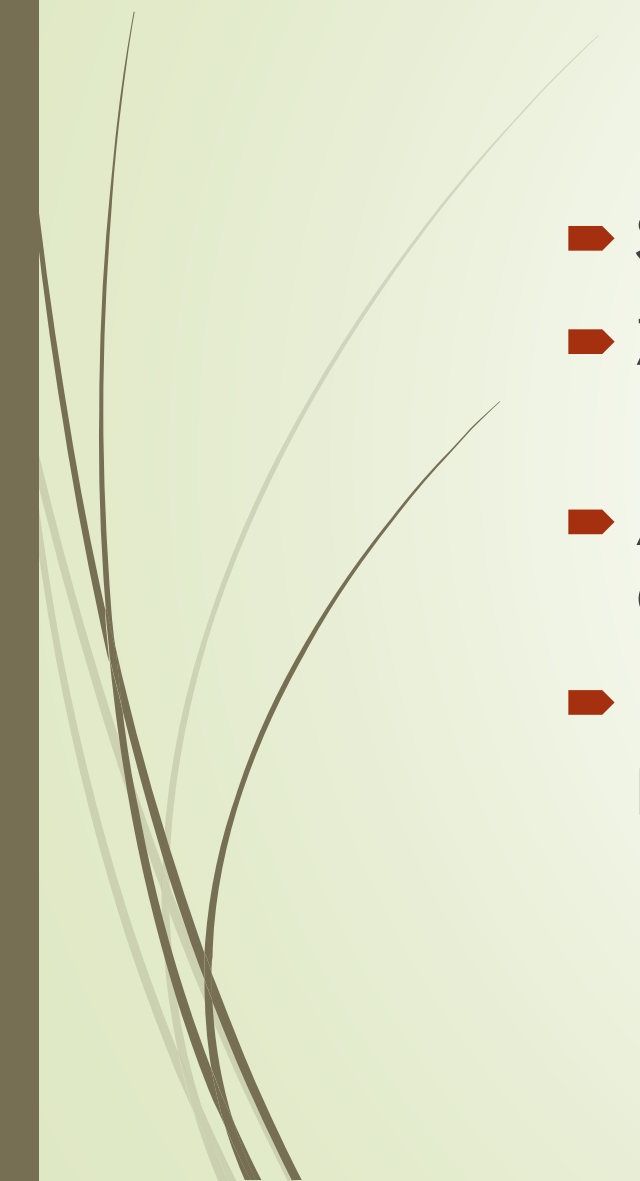


Sekundäre und stellvertretende Traumatisierung

- **Stellvertretende Traumatisierung** = durch Menge und Intensität an Kontakt mit traumatisierten Menschen entwickeln Therapeuten Probleme
 - **Sekundäre Traumatisierung** = frühere eigene Belastungen werden durch den Kontakt mit Klienten reaktiviert
 - **Mitgeföhls-Erschöpfung** = auf Distanz gehen und nicht mehr aushalten können von Leid und Schrecken
- 



Probleme auf Patientenseite

- Sind oft sehr anklammernd (Bindungsschrei)
 - Zeigen sich oft extrem hilflos, was komplementäres Handeln auf Seiten der Therapeuten indirekt einfordert
 - Aggressive Opferhaltung: Das sind sie und die Gesellschaft mir schuldig
 - Hospitalismus (extreme Regression und Wunsch nach passivem Versorgt-werden)
- 

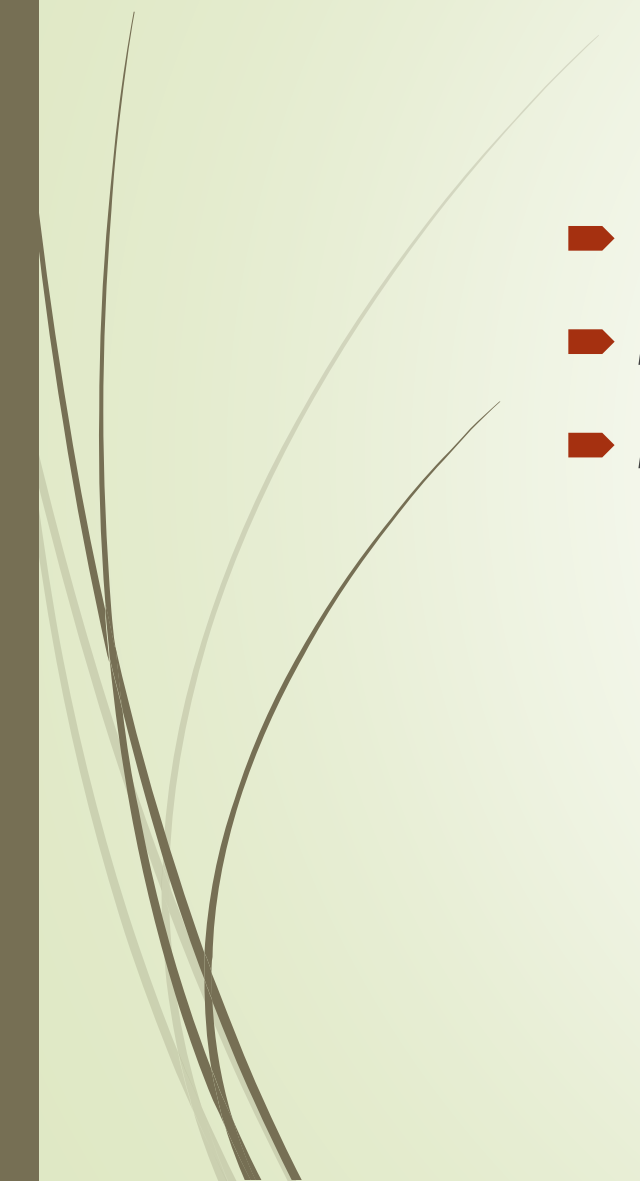


Probleme auf Helferseite

- Überhöhte, perfektionistische Erwartungen an sich
- Immer bereit sein
- Sich selbst zurückstellen (mangelnde Selbstfürsorge)
- Selbst schon ähnliches erlebt und dadurch verstrickt
- Zuviel Scham sich Hilfe und Supervision zu holen (Das wirst du doch wohl selbst hinkriegen!)
- In oder nach der Ausbildung ins „kalte Wasser geworfen“

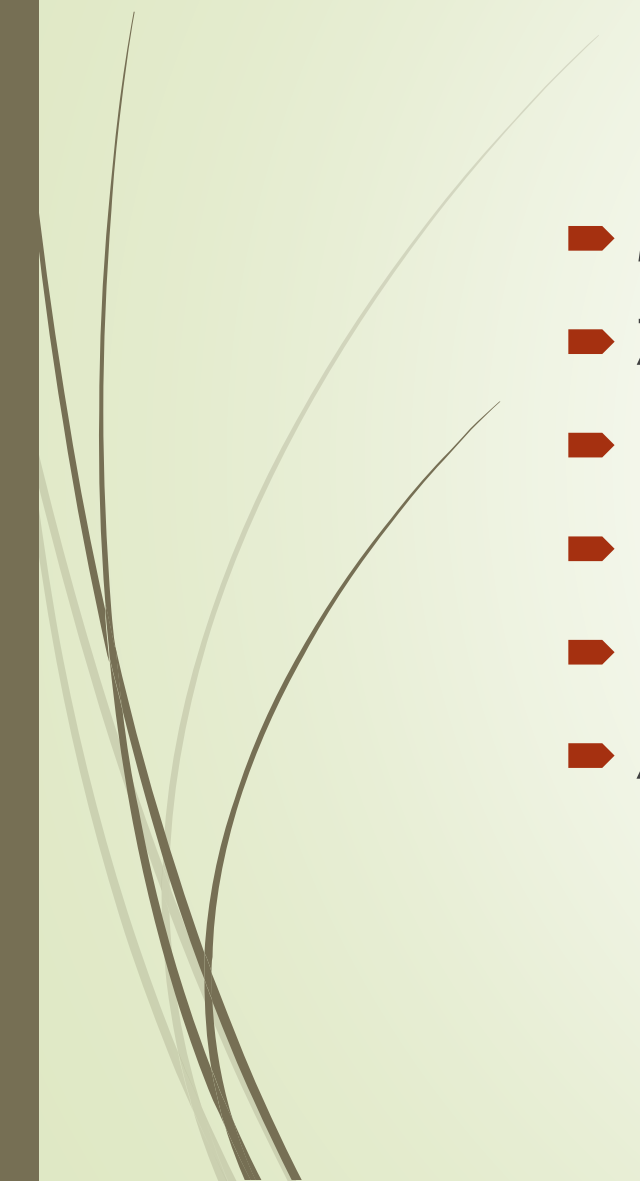


Arbeitgeber und Gesellschaft

- Bezahlung schlecht
 - Manchmal zu wenig institutionelle Rückendeckung
 - Mangelnde Würdigung der Mitarbeiter
- 



Sekundäre Traumafolgen bei Helfern

- Mitgeföhls-Eerschöpfung
 - Zynismus
 - Burn out Symptome
 - Depressive Entwicklung
 - Impulse den Beruf zu wechseln
 - Alles hinschmeißen...
- 



Wie geht es mir ?

- Fühle ich mich meinen Aufgaben gewachsen ?
- Möchte ich mit diesem Klientel arbeiten?
- Bin ich adäquat ausgebildet ?
- Habe ich persönliche Probleme, die mich so belasten, dass sie meine Arbeit beeinträchtigen ?
- Kann ich noch gut schlafen ?
- Benutze ich Alkohol als „Therapeutikum“ ?
- Gibt es genug Ausgleich an positivem ?



Prinzipien des Umgangs mit beruflicher Überforderung

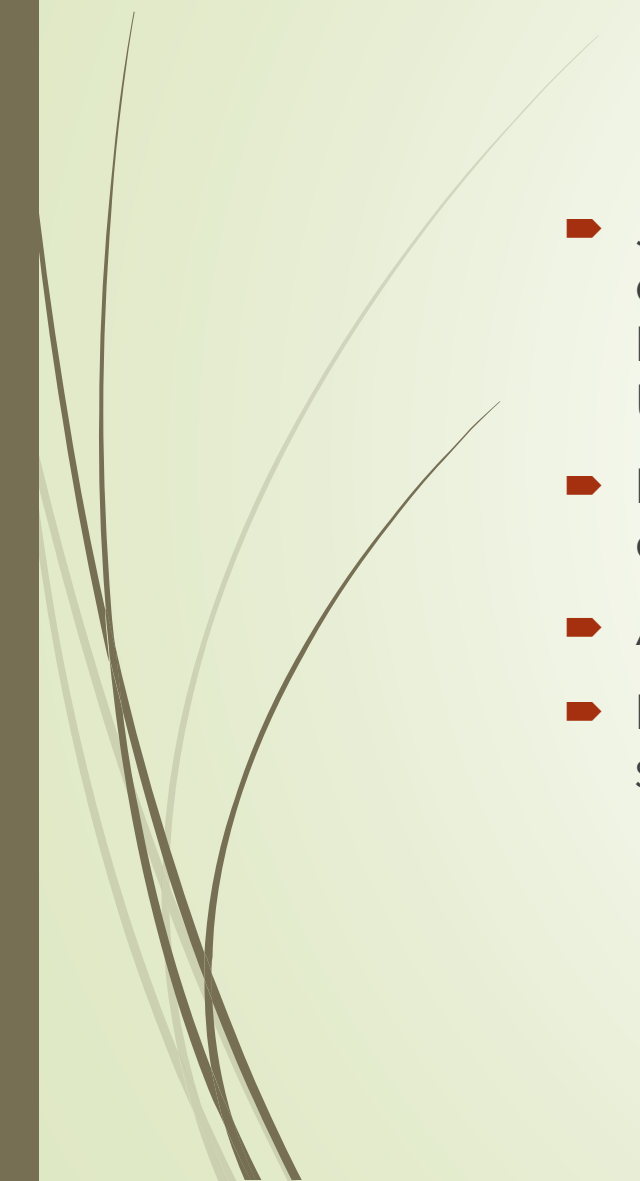
- Erkennen
 - Anerkennen
 - Verändern
- 

Bindungsstörungen

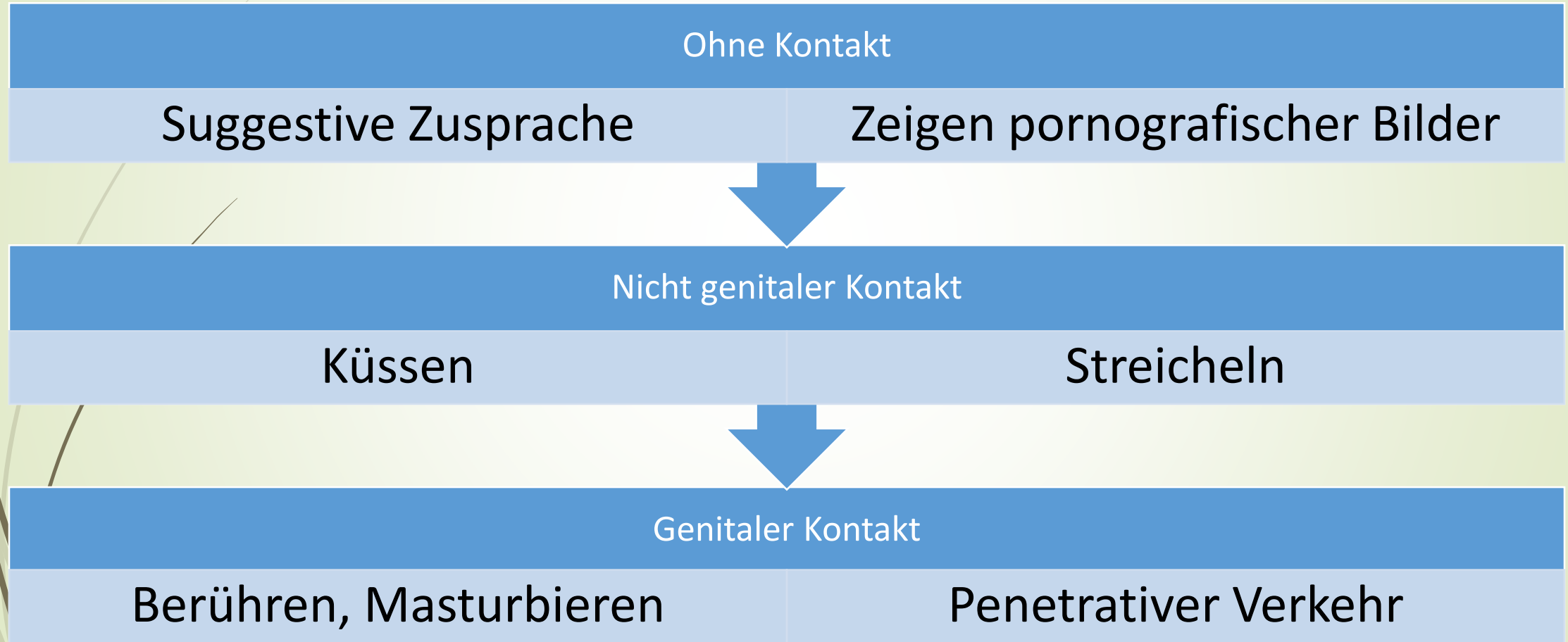
Bindungstyp	Sicher	Unsicher-vermeidend	Unsicher-ambivalent	Unsicher-desorganisiert
Verhalten des Kindes bei der Trennung von der Mutter	Trennungsprotest, weinen, suchen, nachlaufen, Unterbrechung des Spiels	Geringer Trennungsprotest, Einschränkung im explorativen Spiel	Extremer Trennungsprotest, Panikartiges Weinen,	Verhalten für Sekunden wiederholt unterbrochen, stereotype Bewegungen, freezing
Verhalten des Kindes bei der Rückkehr von der Mutter	Freudige Begrüßung, Suchen nach Körperkontakt, Fortsetzen des Spiels	Ignorieren der Mutter, Kein Blickkontakt, kaum Körperkontakt, geht auf Distanz zur Mutter	Kaum Beruhigung, Extremes Klammern, Weinen und aggressives Verhalten gleichzeitig, keine Rückkehr zum Spiel	Stereotype Bewegungsmuster, freezing, Dissoziative Zustände



Was ist sexueller Missbrauch

- Jede sexuelle Handlung an Kindern (<14a), die an oder vor einem Kind entweder gegen de Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann.
 - Der Täter nutzt seine Macht und Autoritätsposition aus, um seine Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.
 - Altersunterschied zwischen Täter und Opfer > 5 Jahre
 - Häufigkeit (?): ca 7-8 % der Mädchen und 1-2% der Burschen waren Opfer sexueller Übergriffe
- 

Eskalationsstufen sexueller Misshandlung



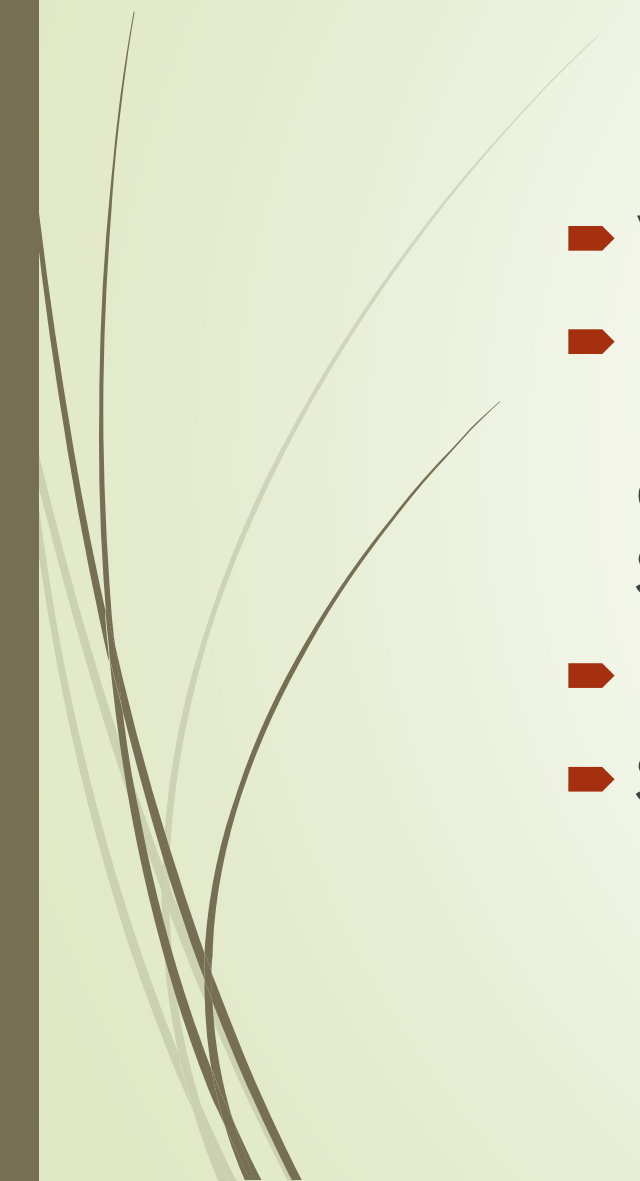



Symptome des Missbrauchs bei Erwachsenen

- Ängste
- Depressionen
- Somatisierungsstörungen
- Selbstverletzendes Verhalten
- Suchtentwicklung
- Dissoziative Symptome („spacing out“, globale Amnesien für bestimmte Zeitabschnitte; Depersonalisation)





Symptome des Missbrauchs bei Erwachsenen

- Vertrauensverlust
 - Reviktimisierungstendenz (Flucht aus dem Herkunftssystem, Wahrnehmungsdefizit für Grenzverletzungen und Gefahrensignalen-erlernte Schemata)
 - Inadäquate Selbstbeschuldigung und Selbstabwertung
 - Sexuelle Störungen
- 



Diagnostik-Anamnese

- Hatten Sie vor dem 16.LJ sexuelle Kontakte mit einer mindestens 5 a älteren Person ?
- Hatten Sie jemals sexuelle Kontakte zu denen Sie sich gedrängt oder gezwungen gefühlt haben ?
- Hatten Sie vor dem 16.LJ oralen oder analen sexuellen Kontakt ?
- Waren Sie vor dem 16.LJ mit sexuellen Handlungen konfrontiert ohne dass es zu direkten Körperkontakt kam ?
- Nutzung von traumadiagnostischen Tests

- 
- 
- Therapeuten sollten das Vorliegen eines sexuellen Missbrauchs **NICHT** vorschnell vorschlagen, wenn die Betroffenen keine diesbezüglichen Erinnerungen haben



3 Ebenen der traumatischen Erfahrung

1. Traumatische Erfahrung selbst
2. Bezweifeln des Wahrheitsgehalts (Stimmt das überhaupt, was du da erzählst ?)
3. Inadäquate Zuweisung von Schuld (Du wirst es schon auch gewollt haben, Hättest du dich doch gewehrt)



23 jährige Frau: wiederholte sexuelle Gewalt in der Kindheit

- Lange habe ich nicht drüber reden können-Bis heute bin ich mehr auf meine Mutter sauer als auf M.(der Stiefvater).Sie hätte mich da rausholen müssen.
- Beim Sex kann ich bis heute nichts empfinden (=Dissoziation)
- Ich weiß andere sagen, ich bin wie eine Nutte,weil ich ständig in was reinstolpere.(=Traumatische Reinszenierung)
- Danach bin ich total neben der Spur, man hat mich irgendwo in der Stadt angefundnen und nach Hause gebracht (=Fugue)




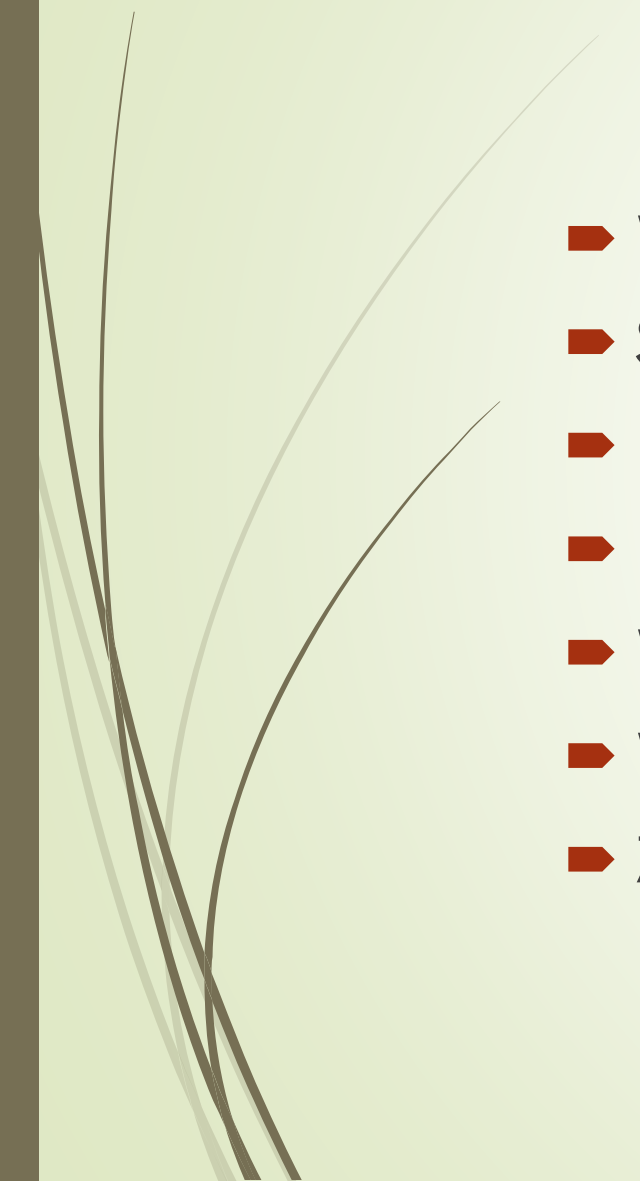
Soll man sich wehren ?


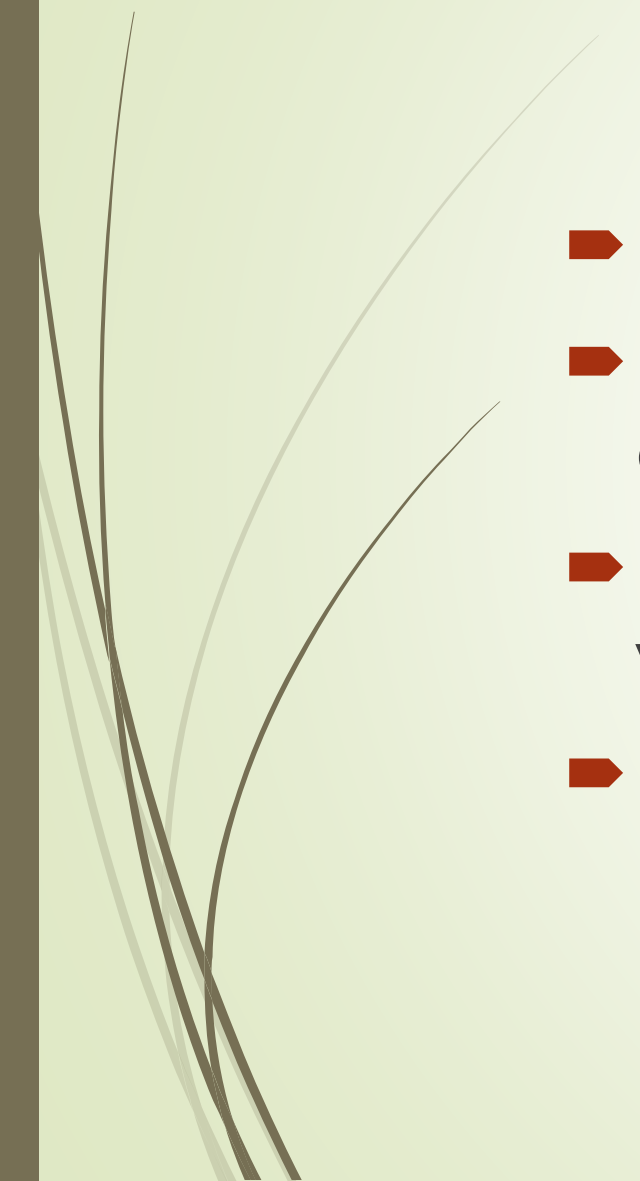
- Manchmal können energische verbale bzw. körperliche Abwehr Übergriffe verhindern
- Ca. 30 % der Opfer leisten keinen Widerstand (**ev. Dissoziativer Totstellreflex, der KEINESFALLS ZUSTIMMUNG BEDEUTET !!!**)
- Gewalt-Eskalationen treten besonders dann auf, wenn zwischen Täter und Opfer vorher eine Beziehung bestand
- In der Notwehrsituation besteht häufig ein Alles oder Nichts Prinzip
- Widerstandsunfähige Opfer (k.o.Tropfen) sind NICHT weniger traumatisiert



Lösung aus Gewaltverhältnissen

- Welche Täter gibt es?
- Welche innere Bedeutung hat der Täter für das Opfer ?
(Loyalitätsdilemma ?)
- Wer ist die wichtigste Kontaktperson ?
- Kontaktperson ist manchmal „Co-Täter“
- Beziehungen zwischen den beiden?

- 
- 
- Wie kann Distanz zum Täter hergestellt werden?
 - Seltener hingehen
 - Nicht mehr anrufen, kein Kontakt über soziale Medien
 - Nicht mit dem Täter allein sein
 - Welche kleinen Schritte sind machbar
 - Wiedereinführung von Kontrolle
 - Zugangswege blockieren

- 
- 
- Helfernetz aufbauen und bei Bedarf aktivieren
 - Fotos, Videos, Briefe, die Straftatbestände dokumentieren sofort sichern!!
 - Kontakt zu Polizei, Frauenhäusern, ev Freunde, wo man kurzfristig untertauchen kann.
 - Dann erst innere Traumabearbeitung möglich

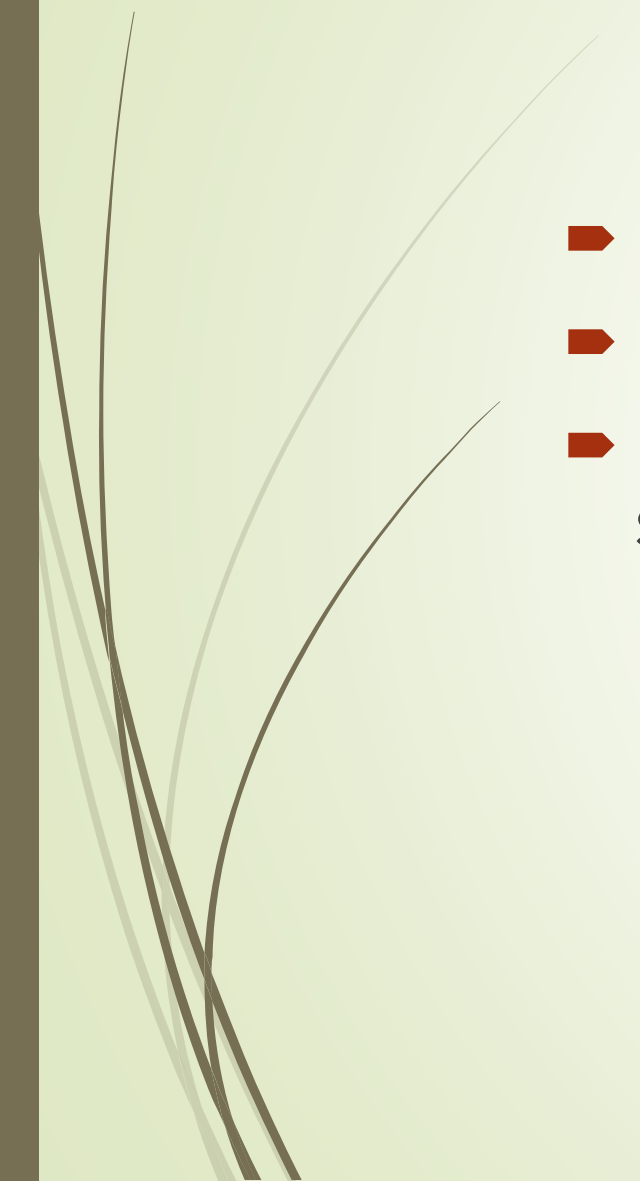


Grundhaltung in der Traumatherapie

- Akzeptanz (NICHT WERTEN)
- Empathische Validierung
- Psychoedukation (abnorme Reaktion auf abnormes Ereignis)
- Parteiliche Abstinenz und Neutralität
- Bereitschaft, sich testen zu lassen (Vertrauen, Stabilität des Therapeuten)
- Bearbeiten von Übertragung und Gegenübertragung, sobald therapeutische Beziehung beeinträchtigt ist



Grundhaltung in der Traumatherapie(2)

- Korrigierende Beziehungsarbeit (re-bounding)
 - Erfragen von „Selbsttherapie“ durch Alkohol und Drogen
 - Narrative Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung sowie Ablegung von Zeugenschaft
- 



Grundprinzipien der Traumatherapie

- **KEIN TÄTERKONTAKT**

- Der Alltag muss ein Stück weit „langweilig“ sein



- Stabilisieren (Äußerlich, sozial, somatisch, psychisch)

- Konfrontieren

- Integrieren(Trauerarbeit,
Vergeben(?),Wiederanknüpfen)

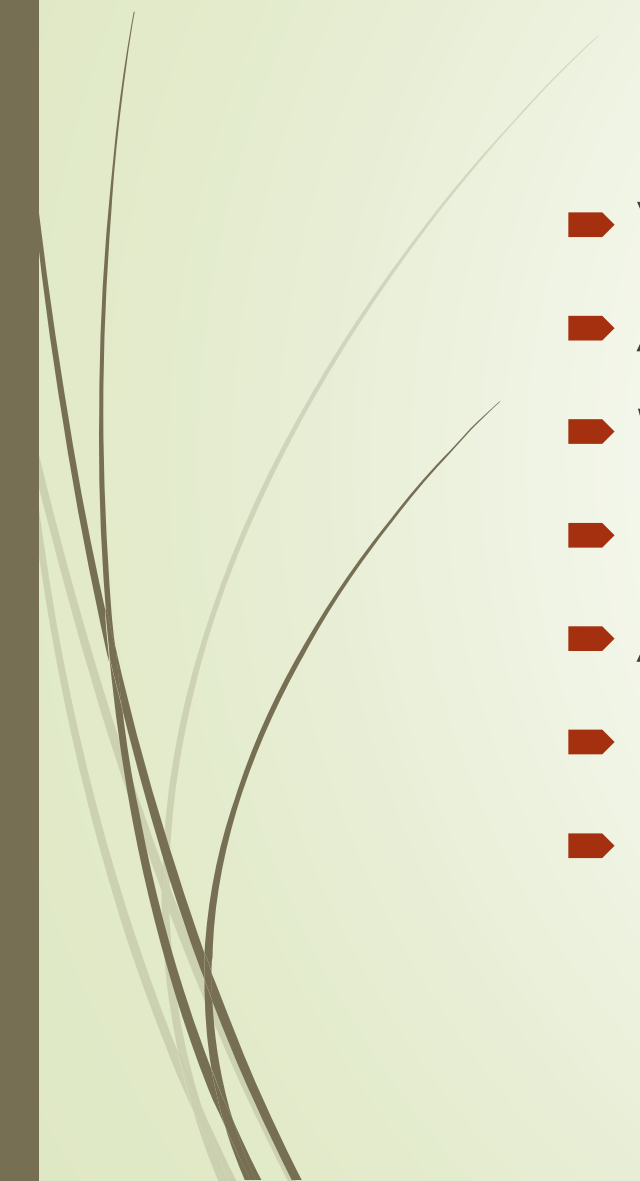


Stabilisierung bedeutet

- Wiederherstellung eines zumindest alltagsbewältigenden seelischen Gleichgewichts
- Verbesserung der Affektregulation und Impulskontrolle
- Keine akute Suizidalität
- Kein Suchtmittelgebrauch
- ev. Aufbau soziales Netzwerks und Helfersystems



Stabilisierung

- VERMEIDUNG VON TÄTERKONTAKT
 - Äußere Sicherheit
 - Würdigung der Belastung
 - Imaginationsübungen (Sicherer Innerer Ort, Tresorübung)
 - Antidissoziative Skills
 - EMDR (Absorptionstechnik)
 - Ressourcenorientierte Gesprächsführung
- 

Imaginationsübungen

Stabilisierung	Sicherer Ort/Wohlfühlort Innere Helfer Innere Garten
Distanzierung	Tresor Übung Beobachtertechnik(Therapeutische Dissoziation)
Affektregulation	Lichtübung Regler-Übung
Re-Orientierung	5-4-3-2-1 Übung
Grounding – sich erden	Baumübung

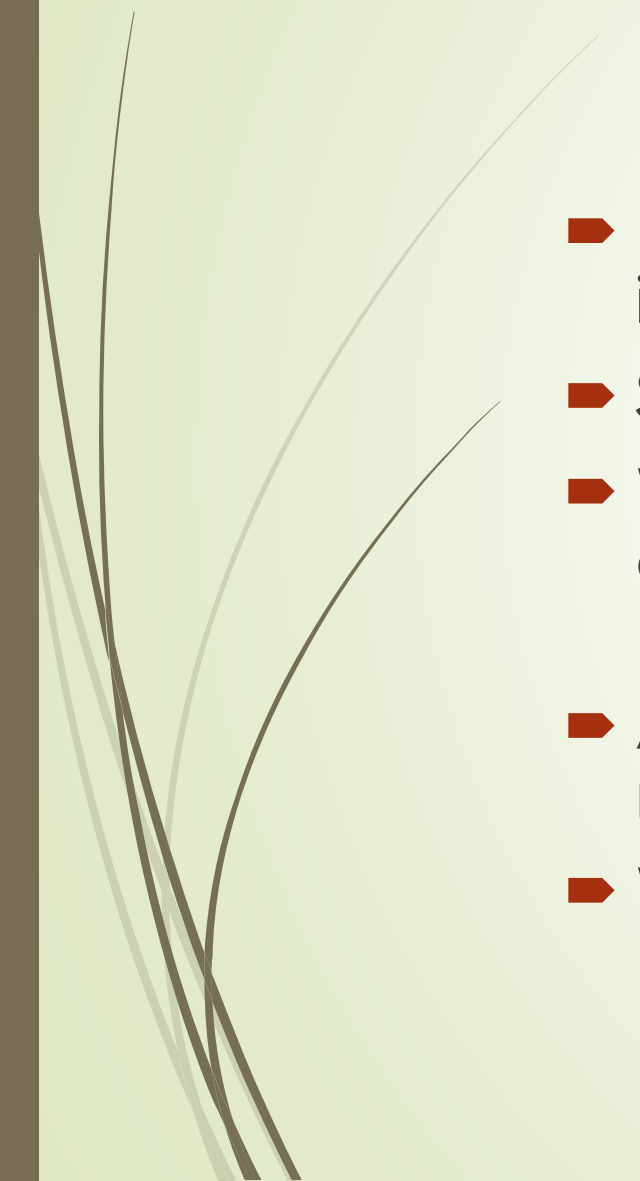


Traumabearbeitung - Exposition

- Screentechnik (ev. doppelte Dissoziation)
- EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing)
- IRRT (Imagery Rescripting and reprocessing therapy)
- Prolongierte Exposition (nach Foa)
- Das Innere Kind Retten (Gabriele Kahn)

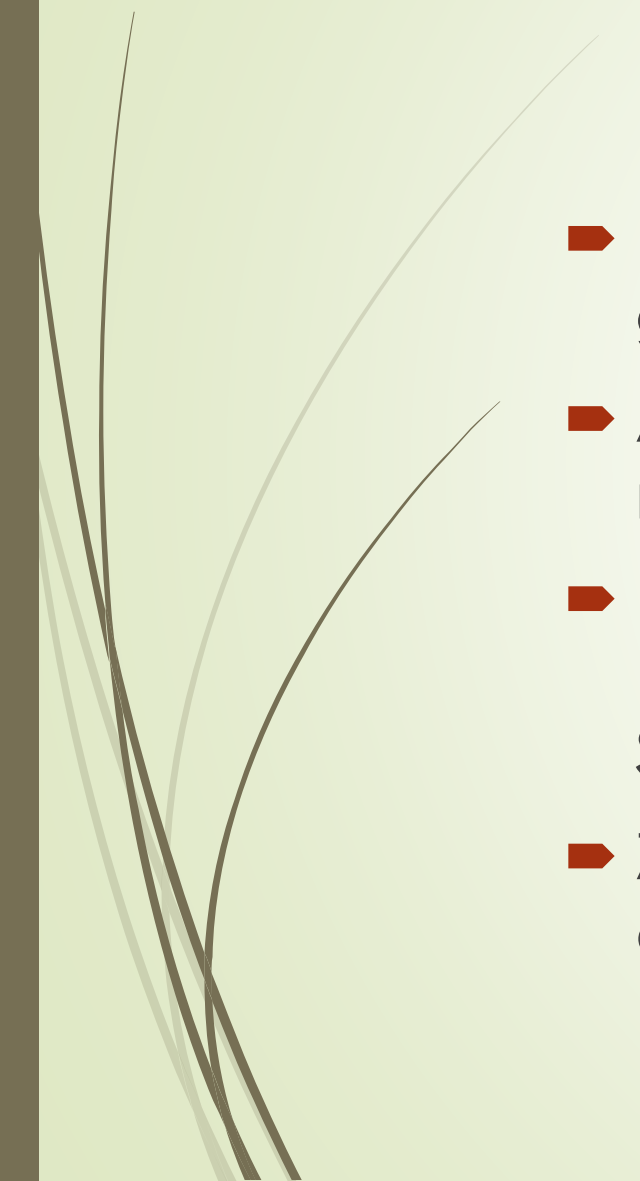


Screeentechnik

- Klient imaginiert den Ablauf des Traumas auf einem imaginärem Bildschirm oder im Kino
 - Start und Ende der Imagination im sicheren Bereich
 - Wechsel zwischen Beobachtung und Erleben, während der Imagination (Assoziation vs Dissoziation ev doppelte Dissoziation)
 - Anfangs nur die Fernsinne (sehen+hören) abfragen um mehr Distanz zu ermöglichen.
 - Wiederholung bis SUD nahe 0
- 



EMDR

- Das zu bearbeitende Ereignis wird in 8 Schritten nach genauem Protokoll durchgearbeitet
 - Ausgangspunkt ist schlimmstes Bild, negative Kognition, negatives Gefühl und Körperwahrnehmung
 - Bearbeitung durch bipolare Stimulation beider Hirnhälften (Augenbewegungen, akustische oder taktile Stimulation)
 - Zusätzlich werden Ressourcen (gewünschtes Ergebnis) durch Stimulation „miteingewoben“
- 



Bilaterale Stimulation

- Sitzposition, wie beim aneinander vorbeifahren
- Stoppsignal etablieren (Einführung von Kontrolle)
- Entfernung der stimulierenden Hand zu den Augen abstimmen
- Geschwindigkeit der Stimulation beachten (Bearbeitung-schnell, Verankerung langsam)
- Am Ende des Set (Blenden Sie aus-Was ist jetzt da ?)
- Erfahrung kann auf 4 Ebenen repräsentiert werden (Bild, Gedanke, Gefühl, Körper)



Veränderungen beim Prozessieren

- Bildhafte Repräsentation: blasser, unschärfer, weiter weg
- Kognition: Auflösung unrealistischer, falscher oder übergeneralisierter Kognitionen
- Emotionen: Entschärfung der Extrembelastung in Richtung : es ist vorbei
- Körper: Auflösung von traumaassoziierten Körpersymptomen(=Körpererinnerungen)

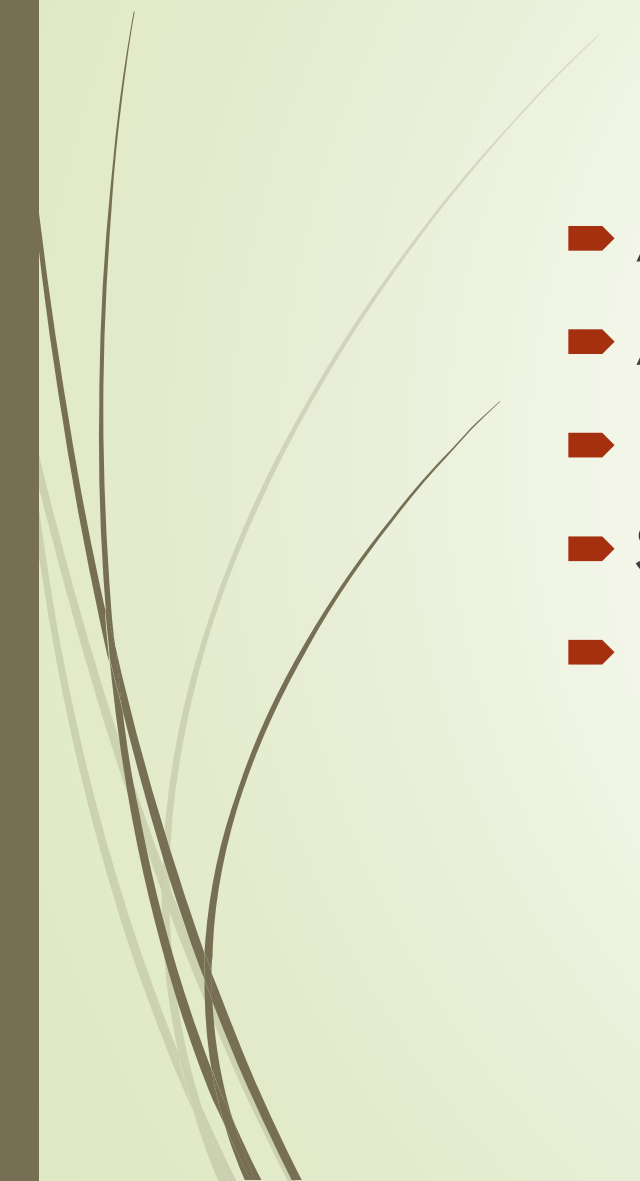


Phase 1 - Anamnese

- Welche Erinnerungen haben die Störung in Gang gesetzt ? (Vergangenheit)
- Welche aktuellen Auslöser triggern die Symptomatik ?(Gegenwart)
- Welche Fähigkeiten sind nötig, um zukünftig angemessen reagieren zu können ?
- Erstellung einer Traumalandkarte um Cluster zu erkennen (Gruppe ähnlicher Erfahrungen)



Phase 2 - Vorbereitung

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
 - Aufklärung über Traumafolgestörungen
 - Erklärung von EMDR
 - Stabilisierung
 - Notbremse (Sichere Ort, Tresor-Übung, Lichtstromtechnik)
- 



Phase 3 – Bewertung-visuell

- Zugang zu Knoten (optisch, kognitiv, affektiv und körperlich)
- Welches Bild stellt den schlimmsten Teil des Ereignisses dar ?
- Wenn kein Bild auftaucht
- Wenn Sie an den Vorfall denken, was taucht dann auf ?



KNOTEN
(Traumanetzwerk)



Phase 3 – Bewertung – kognitiv

Negative Kognition

- Wenn Sie an das Ereignis denken, welche Worte tauchen auf
- Was sagt das über Sie als Person heute aus ?
- Wenn Sie an das Ereignis denken, welche Einstellung haben Sie dann zu sich selbst ?
- Die negative Kognition ist : irrational, gegenwärtig, affektsynton, meist übergeneralisiert
- Die negative Kognition ist NICHT: eine Beschreibung des Ereignisses oder eine Aussage über ein Gefühl



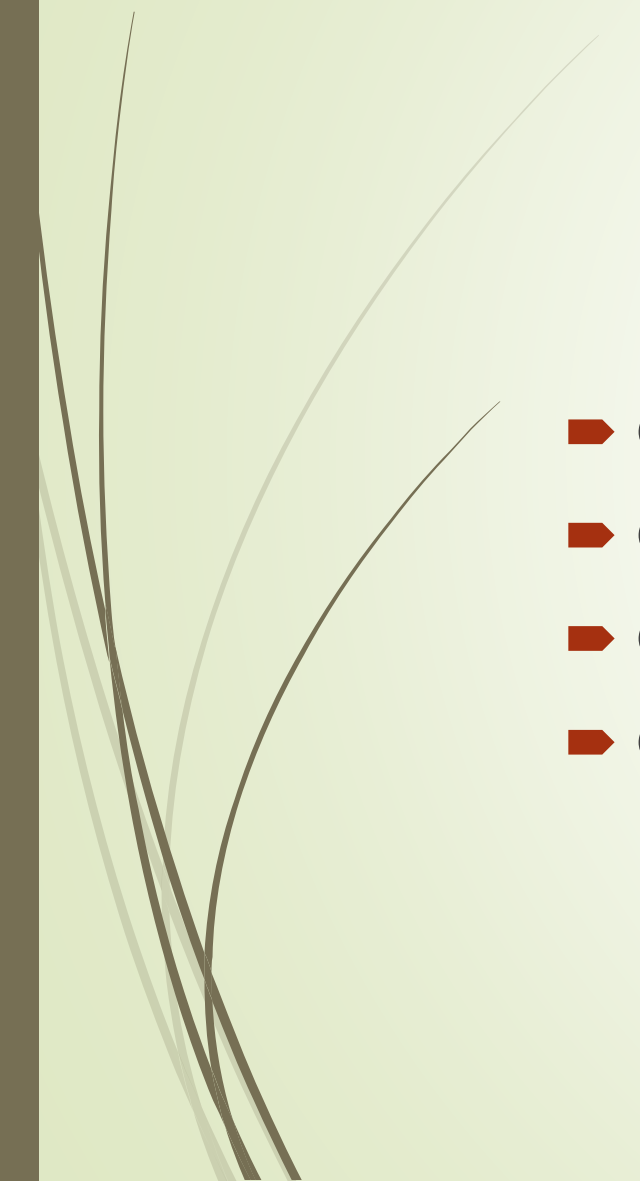
Phase 3 – Bewertung – kognitiv

Positive Kognition

- Wenn Sie an das Ereignis denken, wie würden Sie heute lieber über sich denken anstelle von ...
- Die positive Kognition :
- Bahnt eine Entwicklungsrichtung
- Muss wenigstens ansatzweise stimmig sein (VOC)
- Muss sich auf gleiche Thematik beziehen
- Ist NICHT einfache Verneinung der negativen Kognition und kein magischer Gedanke
- Wie zutreffend fühlt sich die positive Kognition beim Gedanken an das Ereignis an ?



Phase 3 – Bewertung – kognitiv Kognitive Themen

- Grundthema: Sicherheit /Überleben
 - Grundthema: Verantwortung/Schuld
 - Grundthema: Selbstwert
 - Grundthema: Wahlmöglichkeiten/Selbstwirksamkeit
- 




Thema: Sicherheit/Überleben

- Negative Kognition
- Ich sterbe jetzt
- Es ist aus
- Ich bin verloren

- Positive Kognition
- Es ist vorbei
- Ich hab überlebt
- Ich bin wieder sicher



Thema: Verantwortung/Schuld

- 
- Negative Kognition
 - Ich bin schuld
 - Ich verdiene den Tod
 - Ich hätte mehr tun müssen

- Positive Kognition
- Ich habe daraus gelernt
- Ich kann lernen, damit zu leben
- Ich habe getan, was ich konnte



Thema: Selbstwert

- Negative Kognition
- Ich bin nicht gut genug
- Ich bin ein Versager
- Ich bin wertlos
- Ich bin schrecklich
- Ich bin nicht liebenswert
- Ich bin ein schlechter Mensch

- Positive Kognition
- Ich bin gut genug
- Ich bin wertvoll
- Ich bin ein wichtiger Mensch
- Ich bin okay wie ich bin
- Ich bin in Ordnung




Thema: Wahlmöglichkeiten

- Negative Kognition
- Ich bin hilflos
- Ich bin gefangen
- Ich bin ohnmächtig
- Ich kann nichts tun

- Positive Kognition
- Ich kann etwas tun
- Ich kann es schaffen
- Ich bin frei
- Ich kann lernen, damit umzugehen

Phase 4 - Reprozessieren

- Konzentrieren Sie sich auf das negative Bild mit dem Gedanken.... Und achten sie darauf, wo sie die Belastung im Körper spüren
 - Sind Sie damit im Kontakt... dann folgen Sie den Fingern
- 
- Bilaterale Stimulation für ca 30 s
 - Was ist jetzt da ?- bis zum Kanalende

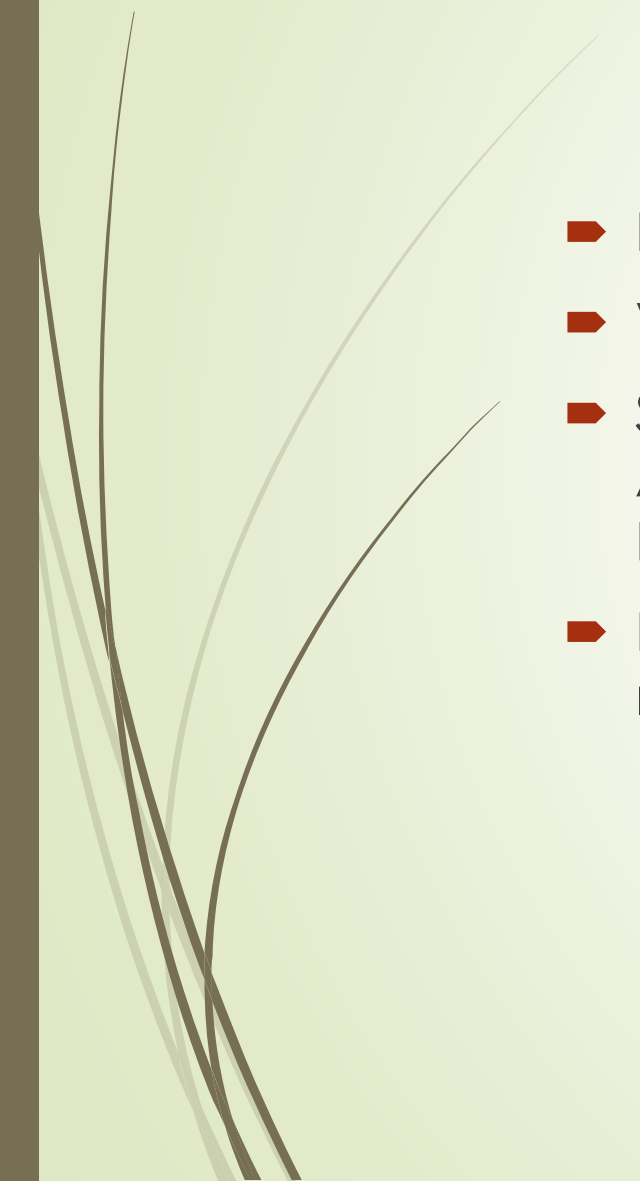


Phase 5 - Verankerung

- Stimmt der positive Gedanke..... noch oder gibt es einen besseren?
- Blenden Sie die Reste der Erinnerung und den positiven Gedanken übereinander – wie stimmig fühlt er sich jetzt an ?
- Wo spüren sie das im Körper?
- Stellen sie sich das Ereignis und den Gedanken und das Körpergefühl zusammen vor....
- Verankerung mit Sets langsamer Augenbewegungen
- Bei Blockaden.: Was hindert dass es 7 wird ?- ev. prozessieren

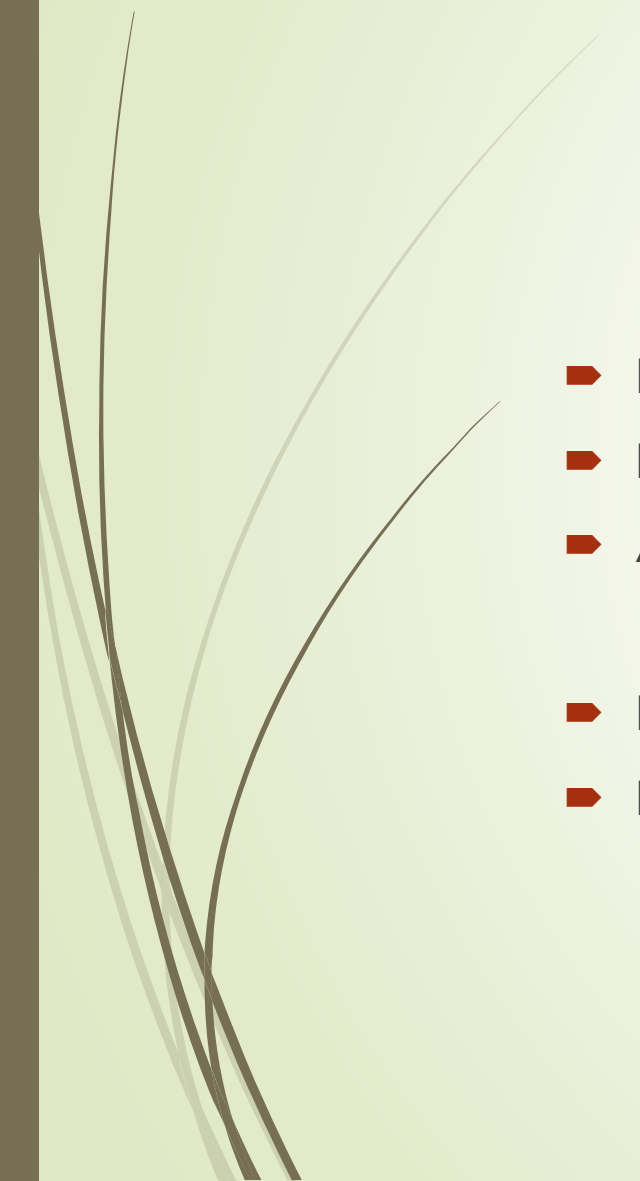


Phase 6 - Körpertest

- Keine komplexe PTBS
 - Verankerung abgeschlossen
 - Schließen Sie die Augen, konzentrieren Sie sich auf das Ausgangsereignis und die PK und gehen Sie innerlich durch den Körper...
 - Bei negativer Körperempfindung: Prozessieren-schnell bis das negative Körpergefühl verschwindet
- 



Phase 7 - Abschluss

- 
- ▶ Bei inkompletter Sitzung
 - ▶ Fokus auf das heute Erreichte- Was haben sie heute gelernt?
 - ▶ Abschluss mit Imagination (Lichtstromübung, Tresor, grounding)

 - ▶ Bei kompletter Sitzung
 - ▶ Nachbesprechung



Phase 8 - Überprüfung (Folgestunde)

- Resultate überprüfen
- Erneuter Zugang zum Knoten
- Falls Belastung auftaucht erneutes Bearbeiten

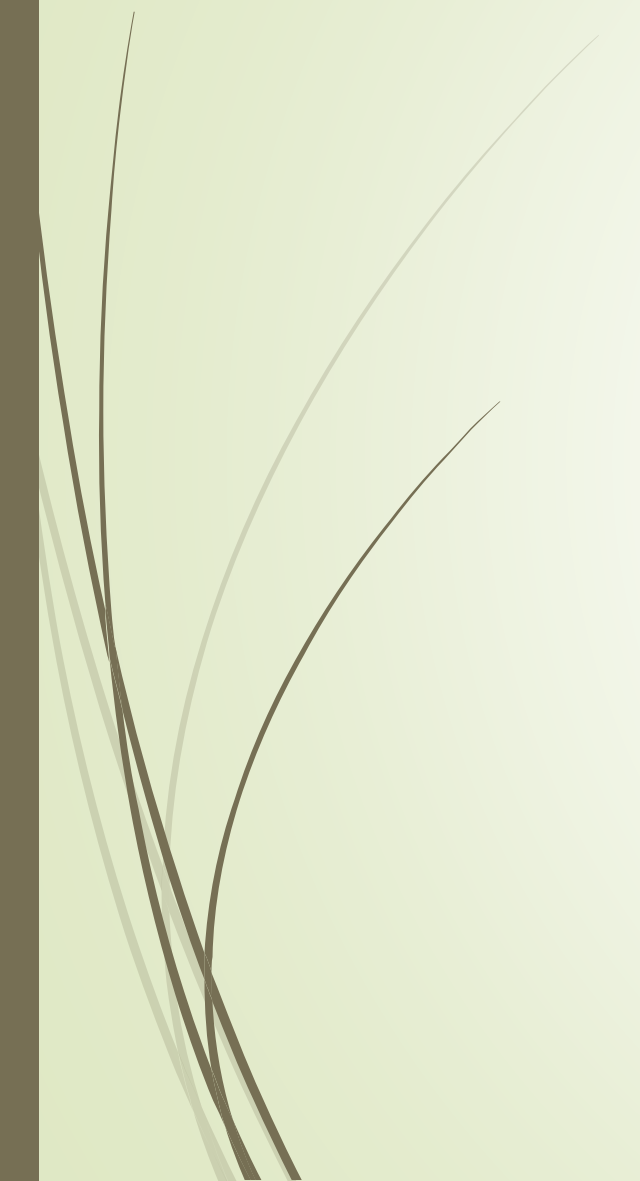
- Standardprotokoll in allen Dimensionen durcharbeiten
- Vergangenheit(Trauma)
- Gegenwart(Trigger)
- Zukunft (Zukunftsprojektionen)

Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy

Imaginative Exposition	Imaginative Bewältigung (+Täterentmachtung)	Selbstberuhigung +Selbstfürsorge
Traumatisches Ereignis wird gegenwartsnah beschrieben	Schlimmster Moment wird umgeschrieben(Rescripting) und bewältigt Opfer aus Situation befreit	Interaktion zwischen dem Trauma-Selbst und dem Heutigen Selbst
Ziel: Habituation und narrative Rekonstruktion	Ziel: Bewältigung	Ziel: Integration, Vergebung

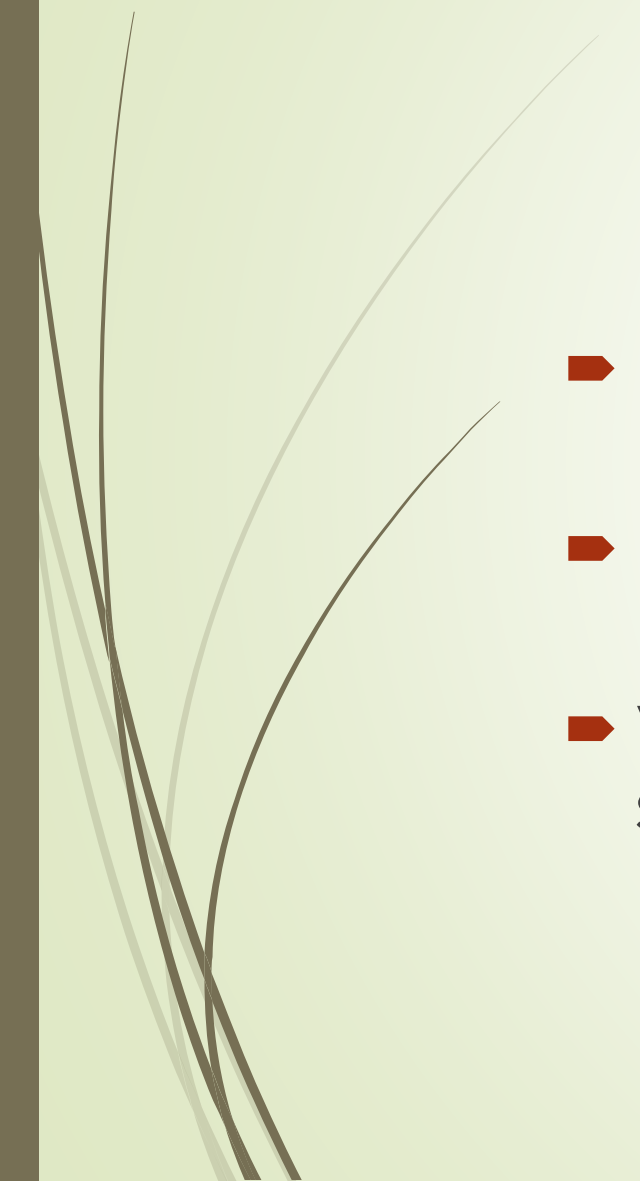



Das Innere Kind Retten (Gabriele Kahn)

- Sanfte Traumaverarbeitung
 - Vor allem für Komplextrauma
 - Methode der imaginativen Traumatherapie
- 



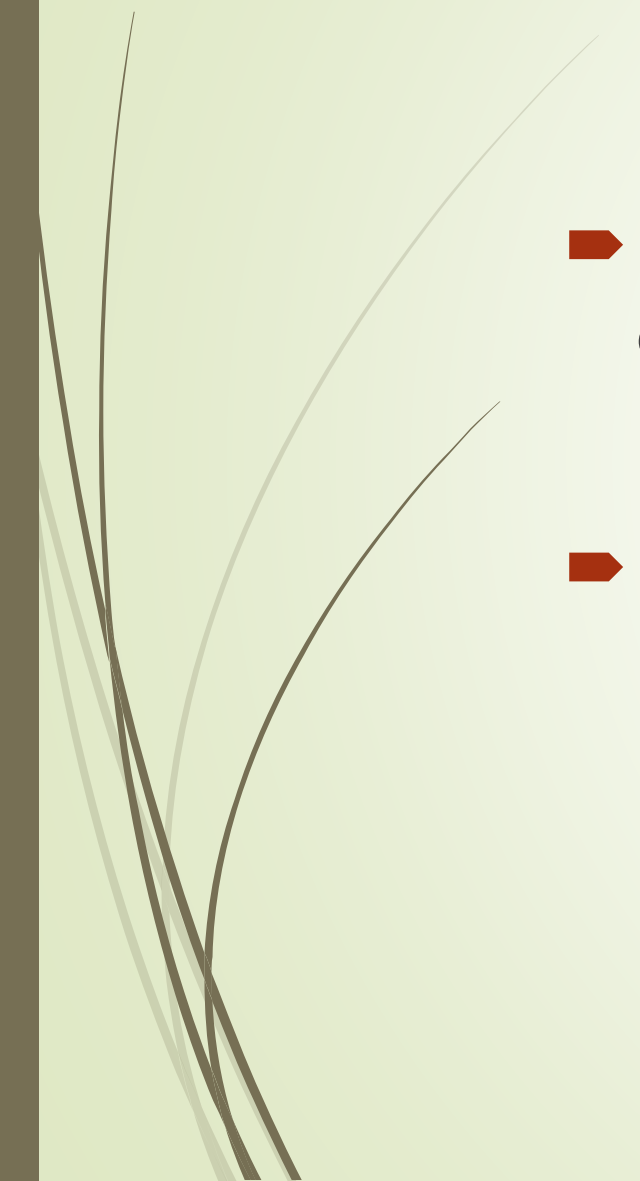
Das Innere Kind Retten

- Keine direkte Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen („sanft“)
 - Daher keine Gefahr der expositionsbedingten Retraumatisierung
 - Vor allem für Opfer langjähriger Gewalt und/oder sexuellem Missbrauchs
- 

- 
1. Der innere Teil (Ego state), der die traumatische Erinnerung trägt, wird identifiziert
 2. Anschließend wird dieser Teil an einen eigenen inneren sicheren Ort „gerettet“
 3. Dort wird dieser Teil noch durch innere Helfer versorgt

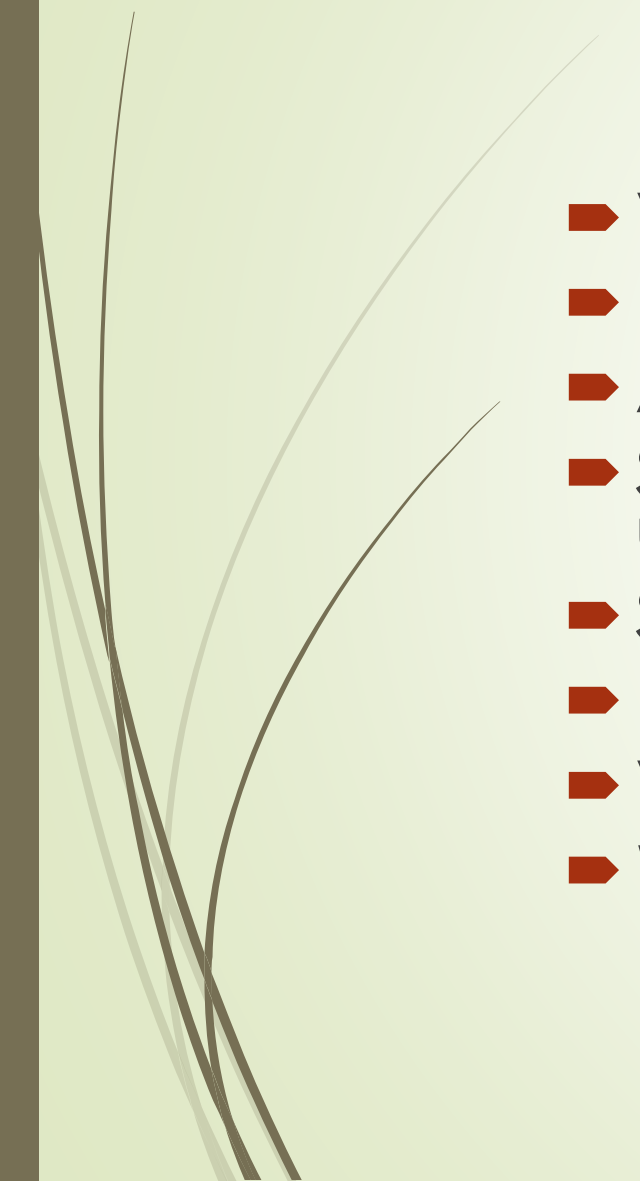




Akut- und Frühintervention

- Die ersten psychologischen Maßnahmen nach einem potentiell traumatischen Ereignis
 - Frühintervention = psychologische Maßnahmen binnen 3 Monate nach dem Ereignis
- 



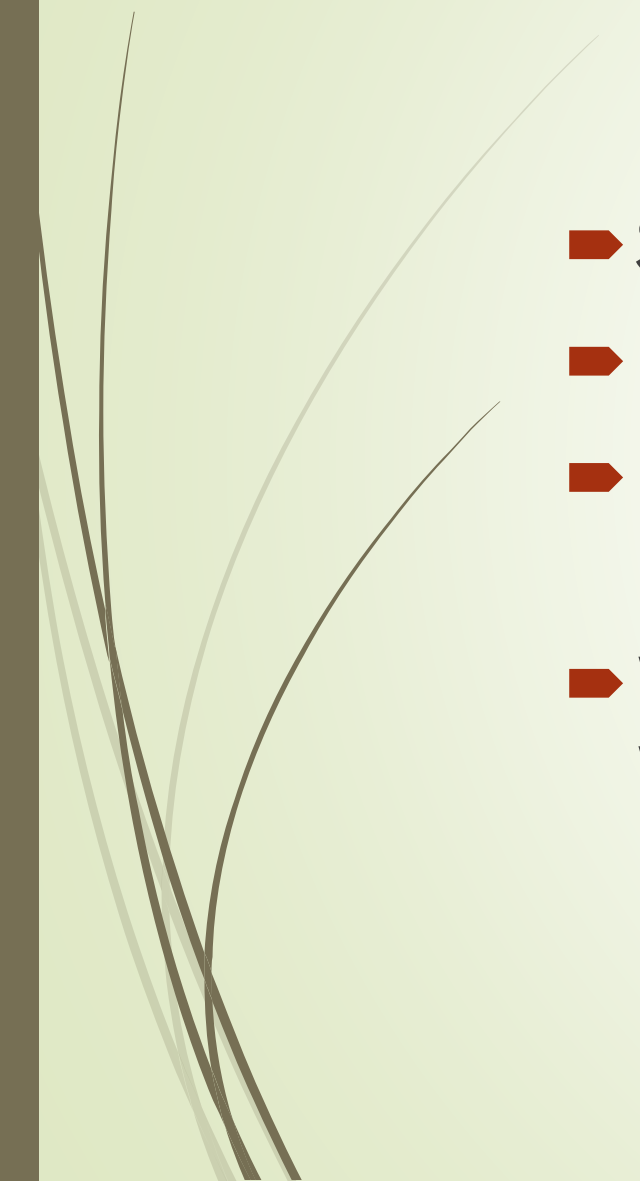
Psychische Erste Hilfe

- Vom Ort des Traumas wegbringen - wenn möglich
 - Für Schutz und Sicherheit sorgen
 - Abschirmen von Schaulustigen
 - Sagen, dass man da ist, dass das Ereignis vorbei ist, und dass man bereit ist für Unterstützung
 - Soziales Netz des Opfers aktivieren
 - Ruhig und einfühlsam zuhören
 - Validieren !!!
 - Was auftaucht annehmen und besprechen aber Konfrontation **nicht** fordern
- 

- 
- 
- Reaktionen normalisieren
 - Psychoeducation
 - Später ev. Risikofaktoren erfragen
 - Hinweise für peritraumatische Dissoziation ?
 - Weitere Helferkontakte bei Bedarf empfehlen



Debriefing ?

- Strukturierte Kurzintervention nach Trauma
 - Ursprünglich für Einsatzkräfte
 - Rekonstruktion des Ereignisses in definierten Phasen
 - Widersprüchliche Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit
- 



Debriefing

1. Einführung und Aufklärung über den Ablauf
2. Bericht über harten Fakten
3. Bericht über Gedanken und Eindrücke
4. Bericht über Gefühle, Symptome und den schlimmsten Moment
5. Vermittlung von Information zur Bewältigung
6. Abschluss und Möglichkeiten der Weiterversorgung erklären



Frühintervention

- Hypnotherapeutische Techniken zur Distanzierung und Beruhigung
- EMDR Akut-Protokoll(nicht in der Schockphase)
- Ausnahme: Dauer-Intrusion
- Trauma noch nicht konsolidiert, daher
- Beginn mit dem belastendsten Aspekt-Durcharbeiten bis Phase 5
- Falls weitere hot spots auftauchen, alle chronologisch durcharbeiten

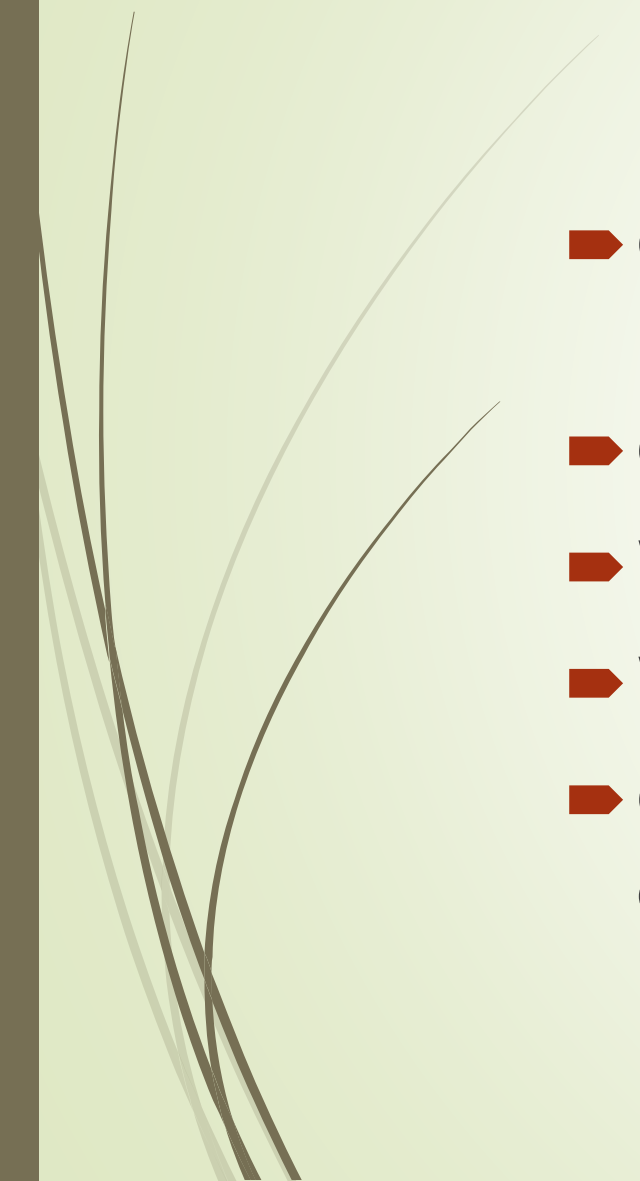


Kognitionsfokussierte Therapie der PTBS

- Subjektiv stark belastend erlebte Intrusionen sind Risikofaktor für Entstehung einer PTBS.
- Vermeidung als Faktor der Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung
- Der innere Umgang mit Intrusionen ist mitentscheidend, ob sich aus ABR eine PTBS entwickelt.
- Objektive Schwere des Traumas ist nur bedingter Prädiktor für die Entwicklung einer PTBS
- Subjektive Bedeutung des Traumas spielt sehr große Rolle (Mein Leben ist ruiniert...)

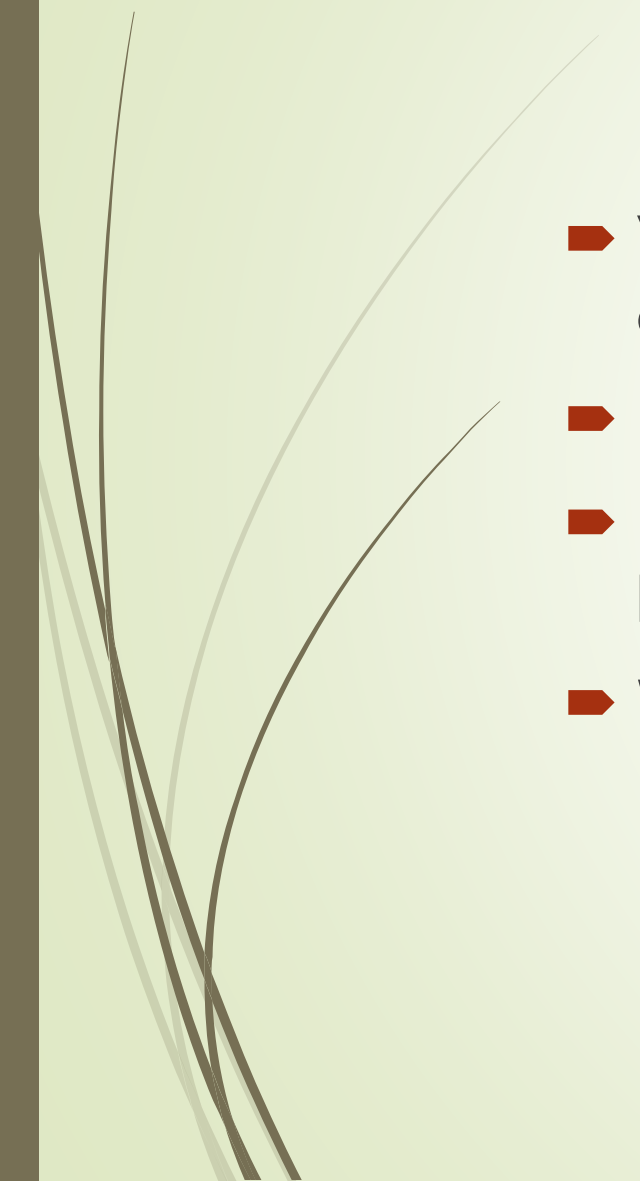


Exzessives Grübeln

- Grübeln ist um das Trauma herum(peritraumatisch) organisiert
 - Oft unentscheidbare Fragen
 - Warum ist das mir passiert
 - Wie hätte ich das verhindern können
 - Grübeln hält problemerhaltende Kognitionen aufrecht und vertieft sie
- 

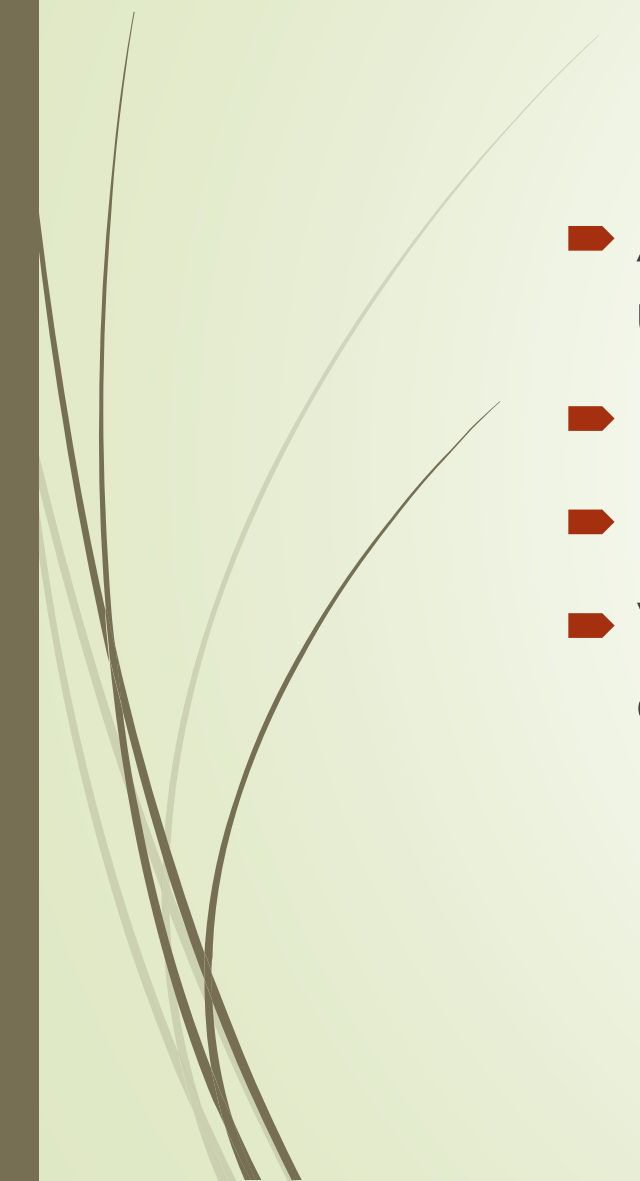


Gedankenunterdrückung

- Versuch aller Bilder, Gedanken und Erinnerungen an das Trauma zu unterdrücken
 - Bewirkt genau das Gegenteil des Gewünschten
 - Ich tue alles um die Erinnerungen loszuwerden, trotzdem kommen sie immer wieder.....
 - Wenn die Lösung zum Problem wird
- 



Selektive Aufmerksamkeit

- Aufmerksamkeit wird ständig auf potentielle Gefahren und Bedrohungen gerichtet
 - Führt zu chronischer innerer Anspannung
 - Häufig auch zu Wahrnehmungstäuschungen
 - Viele Menschen, denen ich abends begegne sehen dem Täter ähnlich...
- 

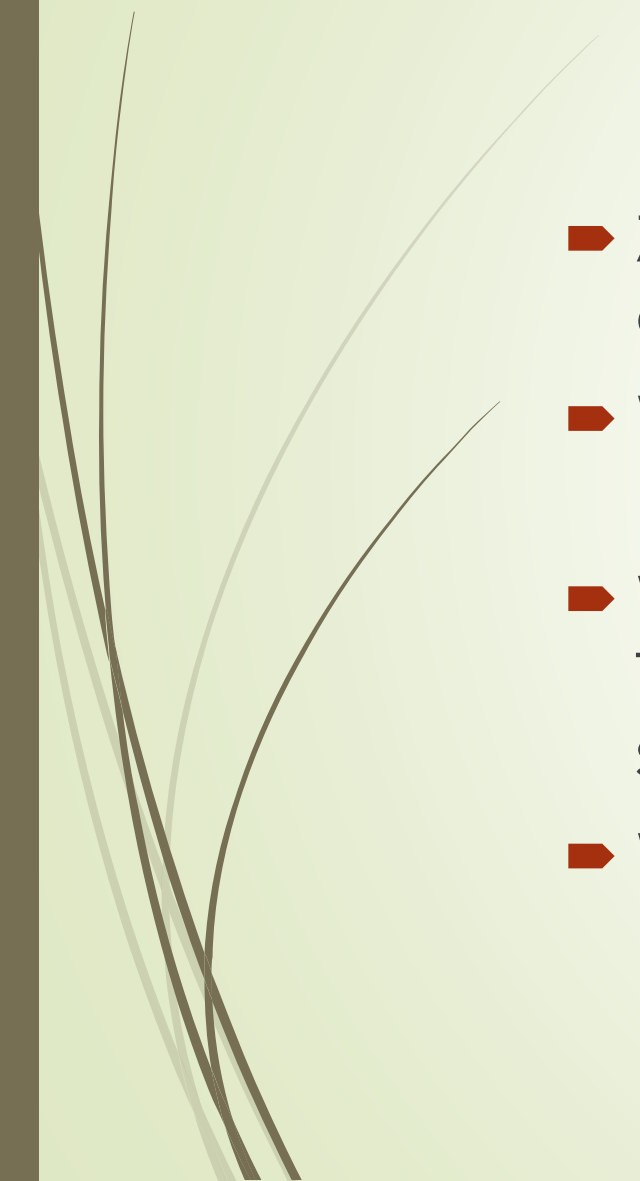


Sicherungsverhalten als Lösungsversuch

- Offene bis zum Teil subtile Vermeidungsstrategien, mit dem Ziel alle potentielle Gefahren a priori auszuschalten.
- Z.B. nach einer Gewalttat kaum noch außer Haus zu gehen, andere Menschen nicht mehr anzusehen, um nur ja nicht die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen



Kognitive Therapieziele

- Zugang zu zentralen dysfunktionalen Kognitionen über die imaginative Nacherinnerung
 - Wachrufen der am stärksten belastenden Erinnerung (hot spot)
 - Wie waren die Gedanken und Gefühle kurz nach dem Trauma (Was haben sie unmittelbar danach zu sich selbst gesagt)
 - Welche Trigger lösen Intrusionen aus ?
- 

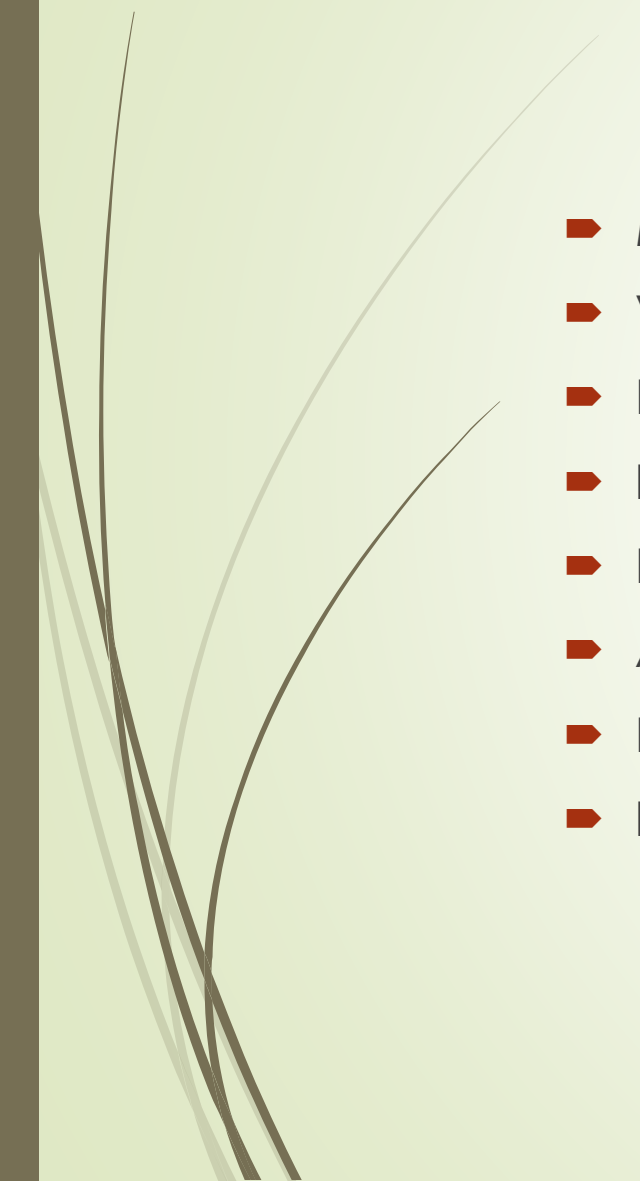


Kognitive Interventionen

- Zusammenhang zwischen inneren Vorgängen und der Reaktion darauf beobachten
- Mittels sokratischen Dialog die Hypothese: Grübeln, Unterdrücken der Intrusionen verschlimmert die Situation, untersuchen.
- Beide Seiten der Lösungsversuche untersuchen (Was spricht für das Grübeln, bzw Gedankenunterdrückung)
- Gemeinsam alternative Bedeutungen erkunden
- Neue Kognitionen mit dem schlimmsten Moment verknüpfen (Ich hab überlebt, Ich habe meine Kinder wiedergesehen...)



Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)

- Modell zur Behandlung komplexer Traumafolgestörungen
 - Verwendung mehrerer therapeutischer Prinzipien
 - Beziehungsarbeit
 - Imaginationsarbeit
 - Kognitive Techniken
 - Arbeit mit Täter-Introjekten
 - Konfrontation
 - Integration
- 



Behandlungsbeginn

- Therapeutische Beziehung muss einen relevanten Unterschied zu bisherigen traumatisierenden Beziehungen machen
- Beziehungsgestaltung unter Beachtung des Übertragungskonzepts
- Deutung nachrangig
- Beziehungstests würdigen
- Reflektieren der Auswirkungen einer konkordanten bzw. komplementären Gegenübertragung
- Umgang mit Täterimpulsen bzw. idealer Helfer zu sein
- Beziehungsgestaltung wichtiger als Technik



Ich Stärkung durch

- Ressourcenlandkarte
- Fragen nach Ausnahmen
- Leid würdigen
- Prinzip des informed consent = Information+Kooperation
- Nutzung des Ego state Modells
- Traumatisierte Anteile sichern
- Täter-Introjekte validieren und entschärfen
- Erwachsenen state aktivieren
- Arbeit mit Imaginationen



Dissoziationsstopp

- Patienten laut ansprechen und in Gegenwart orientieren
- Betonen das sich der Patient im „falschen Film“ befindet
- Außenorientierung betonen (z.B. 5-4-3-2-1)
- Kurze Handlungssequenz initiieren (z.B. etwas fallen lassen)
- Eventuell betonen dass der Traumafilm zu einem rasche Ende kommen soll und dann aussteigen
- Undramatischer Umgang mit Dissoziation ist wichtig (Th. darf sich nicht vor Dissoziation fürchten)

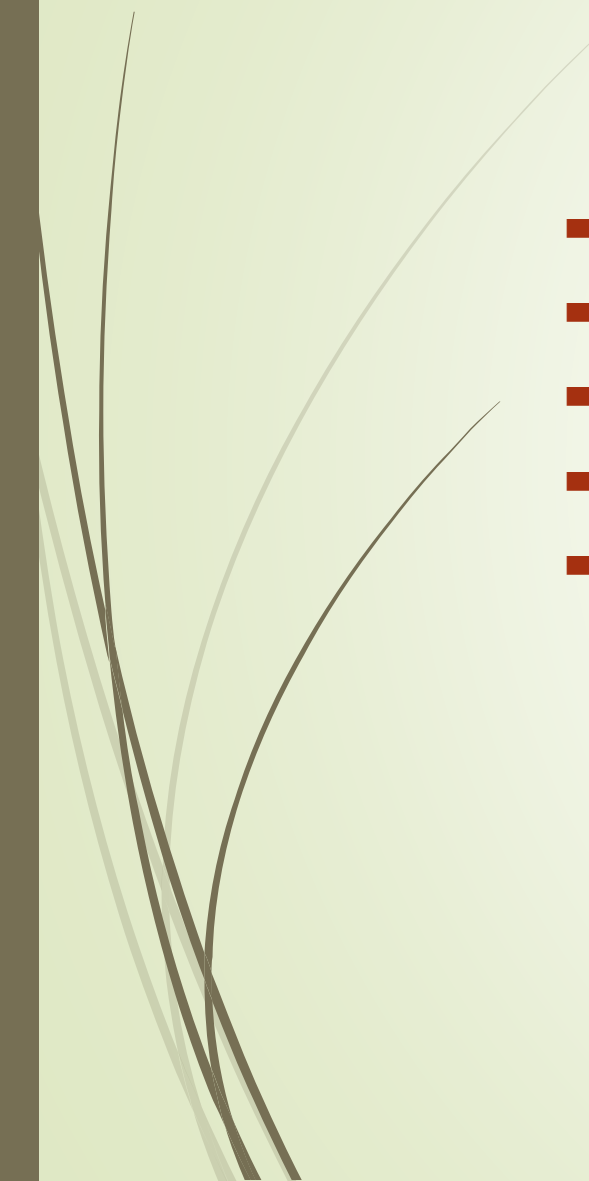


Arbeit mit Täter-Introjekten(Drachentötermodell)

- Benennen des Introjekts
- Introjekt Gestalt geben
- Nicht mit Eltern gleichsetzen!
- Innere Helfer einführen
- Den „Drachen“ unschädlich machen
- Auf positive Auswirkungen danach fokussieren

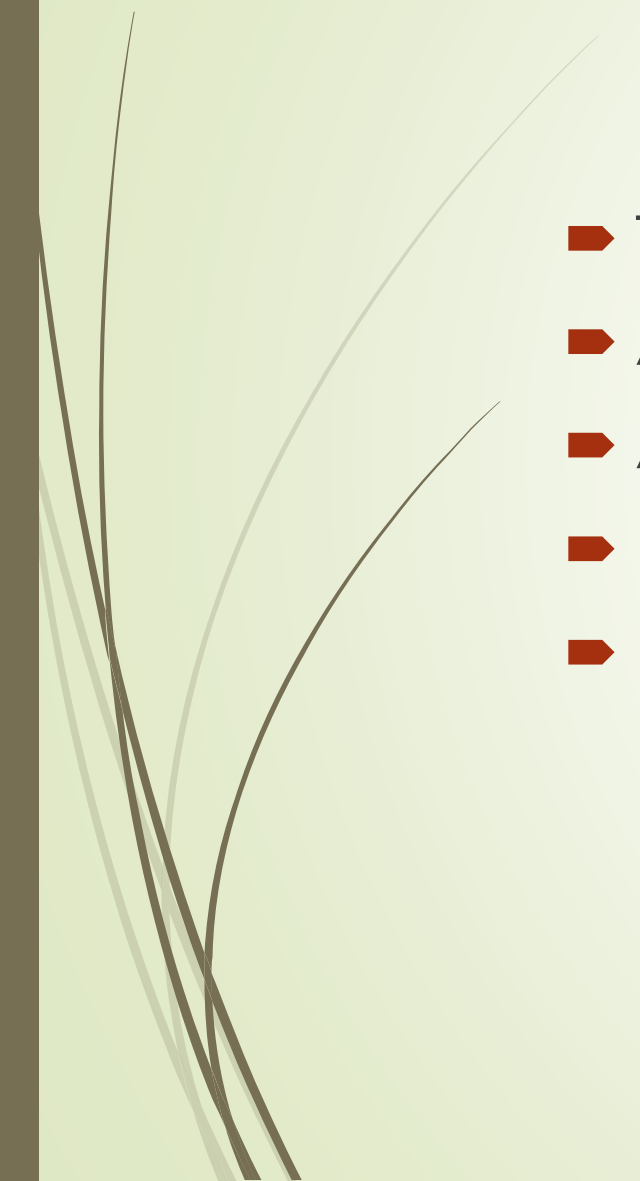


Arbeit mit Täter-Introjekten (Ego State Modell)

- Introjekt benennen
 - Kontakt herstellen
 - Fragen wofür das böse Verhalten nützt
 - Absicht und Folgen trennen (Reframing)
 - Andere Lösungen mit diesem State als „Helfer“ entwickeln
- 



Kontraindikationen für Traumakonfrontation

- Täterkontakt
 - Akute Psychose
 - Akute Suizidalität
 - Dekompensierte körperliche Erkrankung
 - Unkontrolliertes autoaggressives Verhalten
- 



Pharmakotherapie

- SSRI (Paroxetin, Sertralin)-first line
- Benzodiazepine eher meiden (KURZFRISTIG)
- Mood stabilizer
(Carbamazepin, Lamotrigin, Lithium, Valproat)
- Cannabidiol ????
- Antipsychotika bei extremer Unruhe oder psychotischem Erleben (z.B. Quetialan, Risperidon)