

Einführung in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Johannes Kruse
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Justus Liebig Universität

PD Dr. Wolfgang Wöller
Rheinklinik Bad Honnef

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

1

Einleitung

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

Vortrags- und Autoreneninformation

Seite 3

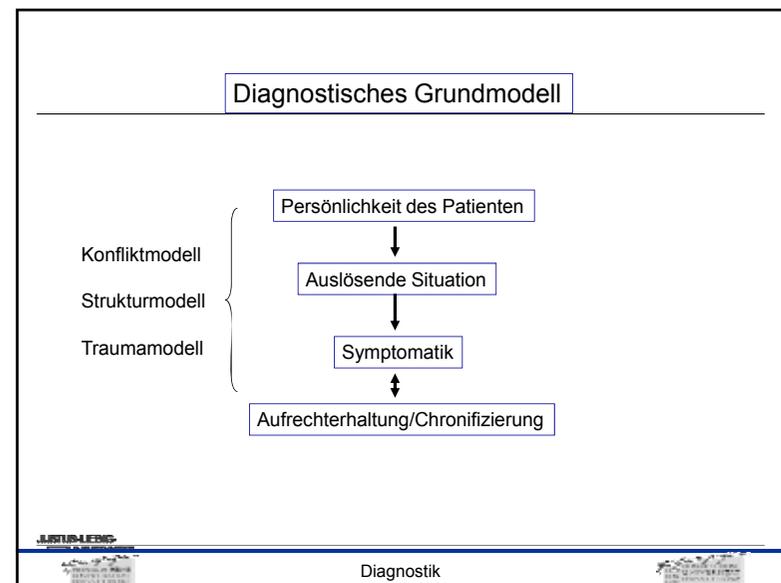
Gesamtübersicht

1	Grundlagen und Begrifflichkeit der tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
2	Diagnostik in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
3	Interventionsmöglichkeiten bei Konfliktpathologien
4	Interventionsmöglichkeiten bei somatoformen Störungen
5	Interventionsmöglichkeiten bei schweren Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgeerkrankungen

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

Vortrags- und Autoreneninformation

Seite 2



Therapie-Modelle

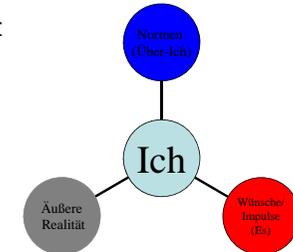
Therapiemodell „Bewusstmachung unbewusster Konflikte“

Therapiemodell „Nachentwicklung von Ich-Funktionen“

Therapiemodell „Traumasynthese durch Traumakonfrontation“

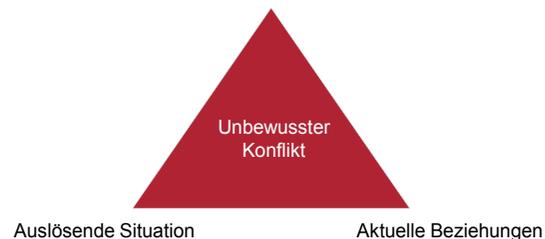
Intersystemische Konfliktkonstellationen

- Wünsche/Impulse stehen im Konflikt mit der äußeren Realität (interpersoneller Konflikt)
- Wünsche/Impulse stehen im Konflikt mit eigenen Normen (Über-Ich-Es-Konflikt)
 - Verbote
 - Ich-Ideal-Forderungen
- Normen stehen im Konflikt mit der äußeren Realität



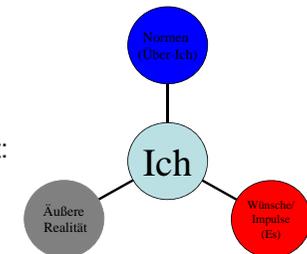
Aufgabe der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Konfliktpathologien

Aktuelle Symptomatik

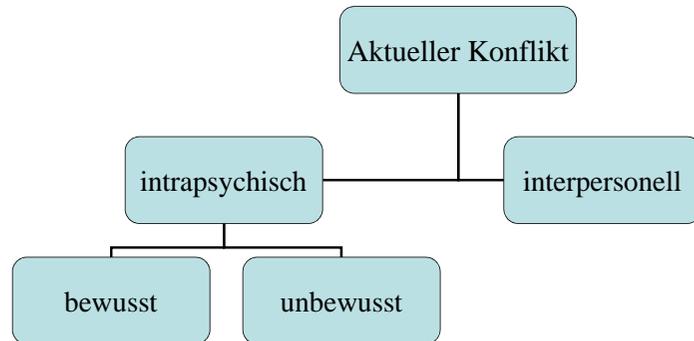


Intrasystemische Konfliktkonstellationen

- Aspekte der eigenen Normenwelt stehen miteinander im Konflikt (intrasystemischer Konflikt),
 - z.B. Über-Ich-Ich-Ideal-Konflikt: „Scham-Schuld-Dilemmata“
- Wünsche/Impulse stehen miteinander im Konflikt (Ambivalenzkonflikt)



Systematik pathogener Konflikte



Aktuelle pathogene Konflikte

- bewusste Konflikte
 - intrapsychisch
 - interpersonell
 - Modell des ich-strukturellen Defizits
- unbewusste intrapsychische Konflikte
 - Modell des unbewussten Konflikts

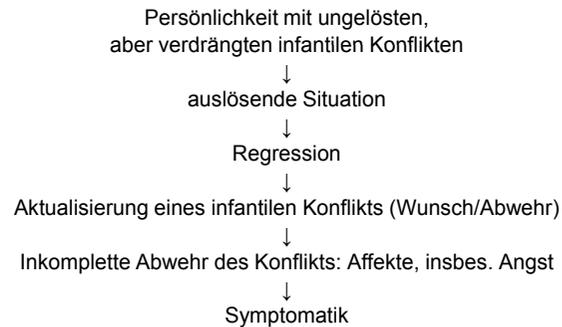
Konflikttypen nach OPD-II (Konfliktbereitschaften als **Lebensthemen**)

- Abhängigkeit vs. Autonomie
- Unterwerfung vs. Kontrolle
- Versorgung vs. Autarkie
- Selbstwertkonflikte
- Schuldkonflikte
- ödipal-sexuelle Konflikte
- Identitätskonflikte

Konfliktmodell

- Psychodynamische, dysfunktionale Konflikte lassen sich kennzeichnen als
 - unbewusste,
 - lebensgeschichtlich in den frühen Interaktionen erworbene,
 - festgelegte Erlebens- und Verhaltensmuster in Beziehungen,
 - die nicht durch Willensanstrengungen überwunden werden können.
 - Sie sind charakterisiert durch dysfunktionale Entweder-oder-Lösungen
 - sowie häufig durch einen Leitaffekt.

Modell des unbewussten Konflikts



Der therapeutische Umgang mit Konflikten

- Bewusste Konflikte
 - durch Klärung darstellen
 - Entwicklung der defizitären Ich-Funktionen
- Unbewusste Konflikte
 - durch Abwehranalyse (Klärung, Konfrontation, Deutung) bewusst machen
 - ggf. Unterstützung bei der emotionalen Verarbeitung

- reifere („neurotische“) AM (vorw. bei Konfliktpathologien)
 - Verdrängung
 - reifere Formen der Verleugnung
 - Isolierung
 - Reaktionsbildung
 - Intellektualisierung
 - Ungeschehenmachen
- unreife AM (ich-strukt. Störungen oder in regressiven Zuständen)
 - Spaltung
 - primitive Idealisierung
 - Entwertung
 - projektive Identifizierung
 - primitive Verleugnung

2

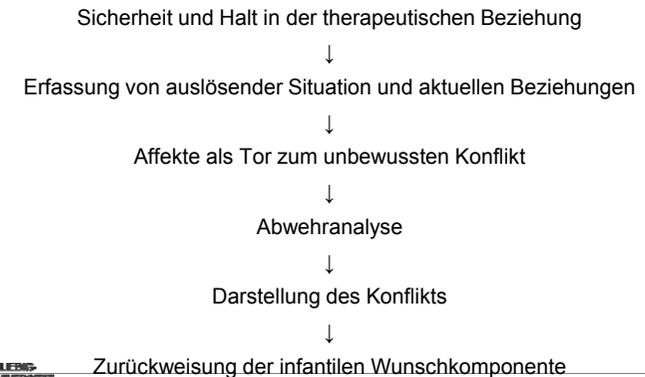
Arbeit mit dem Therapiemodell „Bewusstmachung unbewusster Konflikte“

Diagnostische Klärung

- Strukturdiagnostik:
 - Relevante Ich-Funktionsdefizite?
 - Unreife Abwehrmechanismen mit verzerrter Realitätswahrnehmung?
 - (Selbst-)schädigende Beziehungsmuster?

- Psychodynamische Hypothese
 - Konfliktbereitschaft als Lebensthema?

Therapiemodell „Bewusstmachung unbewusster Konflikte“



Konflikttypen nach OPD-II (Konfliktbereitschaften als Lebensthemen)

- Abhängigkeit vs. Autonomie
- Unterwerfung vs. Kontrolle
- Versorgung vs. Autarkie
- Selbstwertkonflikte
- Schuldkonflikte
- ödipal-sexuelle Konflikte
- Identitätskonflikte

1. Schritt: Therapeutische Arbeitsbeziehung

- Atmosphäre von Sicherheit und Wohlbefinden geben.
- Orientierung und Kontrollbedürfnis beachten
- Bindungsbedürfnis des Patienten beachten
 - Aufmerksamkeit, nonverbales Verhalten, Blickkontakt etc.
- aktuelle emotionale Befindlichkeit des Patienten erfassen und verbalisieren

1. Schritt: Therapeutische Arbeitsbeziehung

- Erläuterungen und Erklärungen geben
- Skepsis und Ängste des Patienten aufgreifen
- keine Konfrontation mit problematischen und unbewussten Aspekten des Erlebens und Verhaltens
- Wertschätzen und Ressourcenperspektive Einnehmen

Therapeutischen Arbeitsbeziehung

- Kontrolle der Gegenübertragung
 - Distanz zum Gegenübertragungsaffect
 - Verständnis der aktuellen Regulationsbedürfnisse: Sicherheit/Kontrolle – Selbstwertschutz
- Verständnis des aktuellen Konflikts
 - in der therapeutischen Beziehung
 - in den interpersonellen Beziehungen
 - vor dem Hintergrund ich-struktureller Regulationsprobleme

Therapeutische Arbeitsbeziehung

- nonverbale Signale des Patienten aufnehmen
- Sprechaktivität und Redeweise auf den Patienten abstimmen
- sich dem Patienten gegenüber natürlich verhalten
- auf direkte Fragen des Patienten eingehen, Beantwortung reflektieren

2. Schritt: Erfassung von auslösender Situation und aktuellen Beziehungen Hier-und-Jetzt

- zur konkreten Schilderung von Beziehungsepisoden anregen
- symptomauslösende Bedingungen fragen
- zu Vermutungen und Phantasien anregen
- Angaben des Patienten vorsichtig hinterfragen

3. Schritt: Affekte als Tor zu unbewussten Konflikt

- Auf affektiv bedeutsame Aspekte achten
- Affekte spiegeln und klarifizieren
- Affekterleben ggf. intensivieren
- Kontext der Affektentstehung explorieren
- Affekte mit konflikthaften Objektbeziehungen verknüpfen

Vorgehen bei der Abwehranalyse

- Schutzfunktion der Abwehr akzeptieren, Nachteile müssen überwiegen.
- Hypothese über die Art der abzuwehrenden Affekte und Wünsche bzw. Impulse formulieren
- Abwehrformen und Abgewehrtes (Wünsche, Impulse usw.) identifizieren und miteinander verknüpfen
- Nach Möglichkeit die Patienten bei ihrer Arbeit begleiten

4. Schritt: Abwehranalyse

- reifere („neurotische“) AM (vorw. bei Konfliktpathologien)
 - Verdrängung
 - reifere Formen der Verleugnung
 - Isolierung
 - Reaktionsbildung
 - Intellektualisierung
 - Ungeschehenmachen
- unreife AM (ich-strukt. Störungen oder in regressiven Zuständen)
 - Spaltung
 - primitive Idealisierung
 - Entwertung
 - projektive Identifizierung
 - primitive Verleugnung

Klären (Klarifizieren)

- das Material so ordnen, dass eine nachvollziehbare Abfolge des Erlebens und Verhaltens entsteht
- das subjektive Verständnis und die eigene Deutung der Zusammenhänge erfassen

Konfrontieren

- den Patienten mit widersprüchlichen und konflikthaften Aspekten des von ihm eingebrachten Materials vertraut machen
- ihn auf Aspekte seines Erlebens, Denkens und Verhaltens hinzuweisen
 - die ihm nicht bewusst, aber bewusstseinsfähig (vorbewusst) sind
 - die sich aber aus seinen Verhaltensweisen oder aus anderen Einfällen erschließen lassen
 - die im Widerspruch zu seinen verbalen Ausführungen stehen

Verleugnung hier: der libidinösen Wünsche/Impulse

- Klärung
 - Schildern Sie mir bitte genau, wie die Begegnung mit Herrn K. ablaufen.
 - Wie erleben Sie ihn?
 - Was empfinden Sie selbst?
 - Wie reagieren Sie auf ihn?
 - Wenn er ... sagt, was bedeutet das für Sie?
 - Wie verstehen Sie das?

Deuten

- das manifeste Erleben und Verhalten des Patienten mit unbewussten Motiven, Wünschen und Gefühlen in Zusammenhang bringen

Verleugnung hier: der libidinösen Wünsche/Impulse

- Konfrontation
 - Sie sagen immer wieder, dass Herr K. Ihnen „völlig egal“ ist. Auf der anderen Seite haben Sie berichtet, wie Sie sich durch ihn verletzt gefühlt haben. Und dann gab es Momente, in denen Sie ihn auch sympathisch fanden. Ich würde das gerne besser verstehen.
 - Ich habe den Eindruck, dass Sie mit ziemlich widersprüchlichen Gefühlen auf Herrn K. reagieren, mal mit heftigen negativen Gefühlen, aber manchmal sind die Gefühle auch nicht so negativ. Was meinen Sie?

Verleugnung hier: der libidinösen Wünsche/Impulse

- Deutung
 - Könnte es sein, dass Herr K. Ihnen deshalb so „egal“ ist,
 - weil es Ihnen unangenehm ist, dass Sie doch heftigere Gefühle – und auch nicht nur negative Gefühle – ihm gegenüber haben?
 - weil Sie gleichzeitig denken: Das darf doch gar nicht sein, dass ich einem Vorgesetzten gegenüber solche Gefühle habe, noch dazu, wenn er sich so verletzend und ekelhaft verhält?

Verdrängung hier: der Erinnerung an eine positive Erfahrung

- Konfrontation
 - Ich weiß nicht, ob Ihnen aufgefallen ist, dass Sie jetzt nur noch die negativen Begegnungen beschreiben, während Sie doch noch vor zwei Stunden auch andere Dinge berichtet hatten. Was meinen Sie?

Verdrängung hier: der Erinnerung an eine positive Erfahrung

- Klärung
 - Schildern Sie mir bitte genau, wie so ein Arbeitstag mit Herrn ... abgelaufen ist.
 - Wie erleben Sie ihn?
 - Was empfinden Sie selbst?
 - Wie reagieren Sie auf ihn?
 - Wenn er ... sagt, was bedeutet das für Sie?
 - Wie verstehen Sie das?

Verdrängung hier: der Erinnerung an eine positive Erfahrung

- Deutung
 - Ist es möglich, dass es für Sie unangenehm (vielleicht sogar peinlich) ist, dass da auch positivere Erfahrungen waren, sodass sie das jetzt vergessen haben zu erwähnen?
 - Halten Sie es möglich, dass Sie doch mehr positive Gefühle gegenüber Herrn ... haben, aber gleichzeitig das Gefühl: Nein, das möchte ich auf keinen Fall. Oder: Das sollte doch nicht sein.

Vorgehen bei der Abwehranalyse

- bei der Abwehrdeutungen stets mit der Oberfläche beginnen („von der Oberfläche in die Tiefe“)
- keine isolierte Benennung unbewusster Wünsche und Impulse ohne gleichzeitige Erwähnung der gegen sie gerichteten Abwehr

5. Schritt: Darstellung des Konflikts und Zurückweisung der infantilen Wunschkomponente

- Infantile Wurzeln des Konflikts können, müssen aber nicht zur Darstellung kommen
- Bewusstes Abtrauern des nicht erfüllbaren (infantilen) Wunsches

Einsichtsfördernde Interventionen

- Klären
- Konfrontieren
- Deuten

Zum Stil der Deutungstechnik

- Deutungen sollen
 - als Vermutung oder in Frageform formuliert werden
 - stets von der Oberfläche zur Tiefe voranschreiten, d.h. bei bewussten und vorbewussten, niemals bei unbewussten Aspekten beginnen
 - einfach, verständlich und natürlich geäußert werden
 - vom Patienten als hilfreich erlebt werden können
 - nicht Anlass zu unnötigen Widerstandsphänomenen geben

Widerstand

- alle Phänomene im Therapieprozess, die sich dem Erreichen der Therapieziele entgegensetzen.
- „Was immer die Fortsetzung der Arbeit stört, ist ein Widerstand“ (Freud 1900)
- dient oftmals der Affektvermeidung
- ist beziehungsregulierend
- ist immer auf das Therapieziel gerichtet

Widerstandsphänomene

- bewusste Widerstandsphänomene
- unbewusste Widerstandsphänomene

Widerstand - Freud

- Verdrängungswiderstand
- Übertragungswiderstand
- Widerstand aus dem sekundären Krankheitsgewinn
- Es-Widerstand – am Gewohnten festhalten
- Über-Ich Widerstand –
 - negative therapeutische Reaktion
 - Masochistische Struktur, Neid, Übertragung, Angst vor Folgen etc.

Bewusste Widerstandsphänomene

- Informationen vorenthalten
- die Unwahrheit sagen
- absprachewidriges und mit den Zielen der Therapie unvereinbares Verhalten (z.B. selbstverletzende Tendenzen, Suchtmittelkonsum)

Unbewusste Widerstandsphänomene

- unangenehme und bedrohliche Themen und Affekte vermeiden
- sich unklar ausdrücken
- abschweifen, unvermittelt das Thema wechseln
- schweigen
- sich nicht erinnern können
- nüchtern-sachlich sprechen, wo ein Affektausdruck zu erwarten wäre
- in Klischees und Fachwörtern reden
- über unbedeutende oder triviale Dinge reden
- endlos sprechen, ohne zum Wesentlichen zu kommen
- widersprüchliche Phänomene nebeneinander stehen lassen
- unlogische Schlüsse ziehen
- Therapiestunden versäumen
- sich verspäten
- sich weigern zu bezahlen
- unterschiedliche Formen des Agierens
- grundsätzlich alle Abwehrmechanismen

Übertragung

- Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen gegenüber aktuellen Bezugspersonen, die allein aus der aktuellen interpersonellen Interaktion nicht erklärbar sind
 - im Lichte vergangener Erfahrungen verzerrte Wahrnehmung aktueller Beziehungen
 - Folge von Projektionen oder Externalisierungen von Selbstanteilen des Patienten

Widerstandsdeutungen

- Widerstandsdeutungen gehen auf die Abwehr des Patienten in der therapeutischen Situation ein, sie beschreiben die Art des Widerstands und weisen auf den Grund für die Abwehr und das Abgewehrte hin.

T: Halten Sie es für möglich, dass Sie deshalb so undeutlich und unverständlich sprechen, weil Ihnen eine weitere Auseinandersetzung mit der Thematik unangenehm oder auch ängstigend ist?

Übertragungsphänomene

- lassen sich in positive, negative und erotisierte (sexualisierte) Übertragungen unterteilen
- werden meist durch Aspekte der Realbeziehung ausgelöst („Übertragungsauslöser“)
- können besonders bei ich-strukturellen Störungen schnell und heftig auftreten

Indikation zur Übertragungsanalyse

- Keine Analyse der Übertragung:
 - bei guter therapeutischer Arbeit
 - bei mild positiver Übertragung
- Übertragungsanalyse:
 - wenn die Übertragung zum Widerstand wird
 - bei negativer Übertragung
 - bei erotisierter/sexualisierter Übertragung
 - bei verzerrender idealisierender Übertragung

Arbeit mit dem Therapiemodell „Nachentwicklung von Ich-Funktionen“

PD Dr. Wolfgang Wöller
Rheinklinik Bad Honnef

Übertragungsanalyse im Hier und Jetzt

- Übertragungsbezogene Überzeugungen und Affekte erkennen und herausarbeiten.
- Übertragungsbezogene Anspielungen aufgreifen
- Übertragung annehmen und erkunden, keine vorschnelle Zurückweisung
- Auslöser in der Beziehung erkunden
- Übertragung vor dem Hintergrund früher Beziehungen deuten
- Parallelen zu aktuellen Beziehungen herstellen

Strukturdiagnostik

1. Ich-Funktionen
 - Relevante Ich-Funktionsdefizite?
2. Abwehr
 - Unreife Abwehrmechanismen mit verzerter Realitätswahrnehmung?
3. (Objekt-)Beziehungen
 - (selbst-)schädigend
 - (selbst-)ausbeuterisch

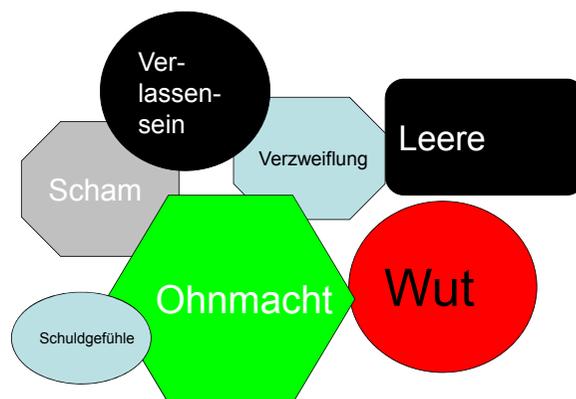
Ich-Funktionen

- Emotionsregulierung
 - Affektsteuerung , Affektdifferenzierung, Impulskontrolle, Objekt Konstanz
- Mentalisierung
 - Selbst- und Fremdwahrnehmung, Reflexion eigener und fremder mentaler Zustände, Selbst-Objekt-Differenzierung
- Ich-Integration
 - Identitätsbildung vs. Wechselnde Aktualisierung widersprüchlicher Persönlichkeitsanteile (Identitätsdiffusion, Ego-State-Disorder)

Eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit

- vor allem unter Stress verminderte Fähigkeit,
 - ... über eigene und fremde mentale Zustände nachzudenken, ohne sofort zu handeln
 - ... sich selbst und wichtige Bezugspersonen als durch Bedürfnisse und Wünsche motiviert wahrzunehmen
 - Hypothesen über mentale Zustände oder Motive anderer Personen zu bilden
- wird in einer förderlichen Bindungsbeziehung erworben
- bei Bindungstraumatisierungen gestört

Störung der Emotionsregulierung: Überflutung durch traumatische Affekte im Alltagsleben



Unzureichende Integration der Persönlichkeit

- Wechselnde Aktualisierung unvereinbarer Persönlichkeitsanteile und widersprüchlicher Teilidentitäten („Ego-States“)
 - durch Verleügnung getrennt gehalten
 - bei dissoziativer Komorbidität: Strukturelle Dissoziationen der Persönlichkeit

Dominanz unreifer Abwehrmechanismen mit verzerrter Realitätswahrnehmung

- Spaltung
- primitive Idealisierung
- Entwertung
- projektive Identifizierung
- primitive Verleugnung

Merkmale struktureller Störungen

1. Defizitäre Ich-Funktionen
 - Emotionsregulierung
 - Mentalisierung
 - Ich-Integration
 2. Unreife realitätsverzerrende Abwehrorganisation
 3. unreife „Teilobjektbeziehungen“ mit Selbst- oder Fremdschädigung
- Nicht vorübergehend konfliktbedingt, sondern andauernd

Unreife (Objekt-)Beziehungsmuster

- Teilobjektbeziehungen (vs. Ganzobjektbeziehungen):
 - Wahrnehmung anderer Personen nur unter dem Aspekt der eigenen Bedürfnisbefriedigung
- Selbst- oder fremdschädigende Verhaltens- und Beziehungsmuster
 - Selbst- oder fremdausbeuterische Verhaltens- und Beziehungsmuster

Diagnostik der strukturellen Defizite nach OPD-2

- 1 Kognitive Fähigkeit
 - 1.1 Selbstwahrnehmung
 - Selbstreflexion
 - Affektdifferenzierung
 - Identität
 - 1.2 Objektwahrnehmung
 - Selbst-Objekt-Differenzierung
 - ganzheitliche Objektwahrnehmung
 - realistische Objektwahrnehmung

Diagnostik der strukturellen Defizite nach OPD-2

2 Steuerungsfähigkeit

2.1 Selbstregulierung

- Impulssteuerung
- Affekttoleranz
- Selbstwertregulierung

2.2 Regulierung des Objektbezugs

- Beziehungen schützen
- Interessenausgleich

Diagnostik der strukturellen Defizite nach OPD-2

4 Fähigkeit zur Bindung

4.1 Innere Objekte

- Internalisierung
- Introjekte
- variable Bindung

4.2 Kommunikation nach außen

- Bindungsfähigkeit
- Hilfe annehmen
- Bindungen lösen

Diagnostik der strukturellen Defizite nach OPD-2

3 Emotionale Fähigkeit

3.1 Kommunikation nach innen

- Affekte erleben
- Fantasien nutzen
- Körperselbst

3.2 Kommunikation nach außen

- Kontaktaufnahme
- Affektmitteilung
- Empathie

Vorkommen schwerer ich-struktureller Defizite

- bei den die meisten Persönlichkeitsstörungen
 - vor allem bei:
 - Emotional instabile PS
 - Histrionische PS
 - Abhängige PS
 - Dissoziale PS
 - Paranoide und schizoide PS
 - weniger bei:
 - Ängstlich-vermeidende PS
 - Anankastische PS
 - teilweise narzisstische PS

Vorkommen schwerer ich-struktureller Defizite

- bei anderen Störungsbildern, u.a. häufig bei
 - somatoforme Störungen
 - dissoziative Störungen
 - Essstörungen
 - Angsterkrankungen

Persönlichkeitsstörungen und Traumatisierung

- Borderline-Persönlichkeitsstörung: In zwei Drittel bis drei Viertel aller Fälle körperliche oder sexuelle Traumatisierungen
(Zanarini et al. 1989, 2002, Herman et al. 1989, Ogata et al. 1990, Westen et al. 1990, Paris u. Zweig-Frank 1992, Modestin et al. 1998, Johnson et al. 1999).
- körperliche Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit als signifikante Prädiktoren der Dissozialen Persönlichkeitsstörung (Straus et al. 1997, Luntz u. Widom 1994, Rauchfleisch 1997).
- Übrige Persönlichkeitsstörungen
 - insgesamt empirisch wenig untersucht
 - kasuistische Berichte von Misshandlungen bei den meisten PS
 - bei vielen PS schwere Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen

Was sind Persönlichkeitsstörungen?

- Diagnostisches Konstrukt zur Beschreibung von anhaltenden Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten
 - Aspekte von Dysfunktionalität in Bezug auf Lebensbewältigung
 - Selbstschädigung
 - Fremdschädigung
 - Interpersoneller Aspekt

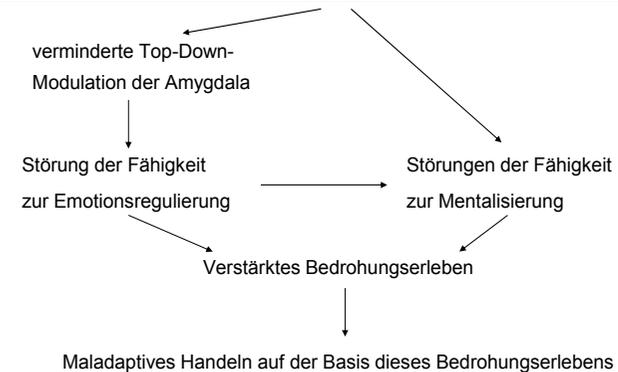
Modell der erfahrungsabhängigen Hirnentwicklung

- Das Wachstum des präfrontalen Cortex (als Zentrum der Emotions-regulierung) ist in hohem Maße abhängig von der Qualität des mütterlichen Attunement und der Bindungserfahrung

Bindungstrauma

- = Scheitern der psychobiologischen Regulation auf der psychologischen und physiologischen Ebene
 - Misshandelnde, vernachlässigende Bezugspersonen zeigen unangemessene und zurückweisende Reaktionen auf kindliche Affektzustände
 - → weniger positive Affektzustände im gemeinsamen Spiel
 - → traumatische Zustände mit anhaltenden negativen Affektzuständen
 - → kein interaktives „Reparieren“ der unvermeidlichen Rupturen der Bindungsbeziehung
 - → negative emotionale Zustände bleiben über längere Zeit anhalten
 - → dauerhaft erhöhte Cortison-Spiegel

Präfrontales Defizit



... führen zu chaotischen biochemischen Veränderungen im kindlichen Gehirn, insbesondere zur exzessiven Freisetzung von Adrenalin und Noradrenalin.

Diese Substanzen führen in hoher Konzentration zum Rückgang von Synapsen und beschleunigen damit den normalen Prozess des programmierten Zelltodes (Zhang et al. 1997, McLaughlin et al. 1998).

- Lebenslange Möglichkeit der Modifikation und Neuorganisationen neuronaler Verbindungen in Abhängigkeit vom Gebrauch (Huether et al. 1999)

- Vielfach wiederholte Aktivierung neuronaler Netzwerke bis zur Etablierung neuer Muster
- Üben und Durcharbeiten neuer Muster

2 - Modell der neuronalen Netzwerke

Immer wieder gleichzeitige Aktivierung derselben Neuronenverbände → Zusammenwirken der neuronalen Erregungsmuster Bahnung synaptischer Übertragungsbereitschaften („Neurons who fire together, wire together“, Hebb 1949)

Wird ein Element eines Netzwerkes getriggert, kann ein ganzes Netzwerk aktiviert werden.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD, PTSB)

- Symptomtrias
 - Intrusionen
 - Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
 - anhaltendes physiologisches Hyperarousal
- Zeitkriterium
 - Dauer > 1 Monat

Arbeit mit dem Therapiemodell „Traumasynthese durch Traumakonfrontation“

PD Dr. Wolfgang Wöller
Rheinklinik Bad Honnef

Modell der Dysregulation der hippocampalen Erinnerungsspeicherung (Trauma-Modell)

Funktionsminderung des Hippokampus

- Störung der normalen Erinnerungsverarbeitung bei posttraumatischer Belastungsstörung (Intrusionen, „Flashbacks“) und dissoziativen Störungen (Amnesien)

Ungefilterte Aktivität der Amygdala

- unangemessene Meldung von Gefahrensignalen
- übergeneralisierte Angstreaktionen

Weitere Traumafolgeerkrankungen

- Die folgenden Krankheitsbilder können (aber müssen nicht) Folge psychischer Traumatisierung sein:
 - depressive Symptome
 - dissoziative Symptom
 - Somatisierungsstörungen
 - Essstörungen
 - Substanzabhängigkeit
 - PTBS
- schwere Persönlichkeitsstörungen (Herman 1992, Brown u. Finkelhor 1986, Felitti et al. 2002).

Traumasppezifische Stabilisierung: Aktivierung und Aufbau von Ressourcennetzwerken“ mit dem Ziel der Deaktivierung von Traumanetzwerken

- Ressourcennetzwerke mit implizit gespeicherten positiven Interaktionserfahrungen
- Traumanetzwerke mit implizit gespeicherten negativen Interaktionserfahrungen

Therapie-Konzept orientiert am Traumamodell

- Traumasppezifische Stabilisierung
 - Aktivierung und Aufbau von Ressourcennetzwerken mit dem Ziel der Deaktivierung von Traumanetzwerken
- Traumabearbeitung mit Hilfe traumabearbeitender Verfahren
 - EMDR
 - VT-Technik der prolongierten Exposition
- Reintegration

Wir benötigen auch das Änderungswissen anderer Psychotherapieschulen

- verhaltenstherapeutische Elemente
- ressourcen- und lösungsorientierte Techniken
- imaginative Techniken
- psychoedukative Techniken
- körpertherapeutische Schulen

Interventionsstrategie bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen ohne Konflikt- und ohne Strukturpathologie

1 - Therapeutische Beziehung

- Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung:
- Sicherheit, Kontrolle, Wohlbefinden, Halt/Grenzen, Selbstwertschutz

2 - Arbeit mit dem Trauma-Modell

- Stabilisierung
- Traumakonfrontation
- Reintegration

4

Arbeit mit dem kombinierten Therapiemodell „Nachentwicklung von Ich-Funktionen“ und „Traumasynthese durch Traumakonfrontation“

Interventionsstrategie bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen mit Konfliktpathologie

1 - Therapeutische Beziehung

- Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung:
- Sicherheit, Kontrolle, Wohlbefinden, Halt/Grenzen, Selbstwertschutz

2 - Arbeit mit dem Trauma-Modell

- Stabilisierung
- Traumakonfrontation
- Reintegration

3. Arbeit mit dem Konflikt-Modell

Hierarchie der Interventionsstrategien bei Traumafolgerkrankungen mit Strukturpathologie

1 - Therapeutische Beziehung

Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung:
Sicherheit, Kontrolle, Wohlbefinden, Halt/Grenzen, Selbstwertschutz

2 - Arbeit mit dem Strukturmodell

Förderung der Emotionsregulierung, Mentalisierung, Ich-Integration

3. - Arbeit mit dem Trauma-Modell

4. - Arbeit mit dem Konfliktmodell

Psychodynamisch-
ressourcenorientiertes
Therapiekonzept zur Behandlung
komplex traumatisierter Patienten mit
schweren Persönlichkeitsstörungen



Phase 1a:
Sicherheit, Halt und die Stärkung der Bewältigungskompetenz:

Externe Emotionsregulierung:

Maximaler Kontrast zur traumatischen Situation

Traumatische Situation	Therapeutische Situation
Bedrohung, Unsicherheit	Sicherheit
Kontrollverlust	Kontrolle
Verwirrung, Intransparenz	Aufklärung, Transparenz
Gefühl des Alleingelassenseins	reale Präsenz

**Therapiekonzepts bei traumabedingten
Persönlichkeitsstörungen**

- 1. Stabilisierung und Strukturaufbau**
 - 1.1 Sicherheit, Halt und die Stärkung der Bewältigungskompetenz
 - 1.2 Emotionsregulierung und Selbstfürsorge
 - 1.3 Mentalisierung und die Entwicklung stabiler Repräsentanzen
- 2. Schonende Traumabearbeitung**
einschl. persönlichkeitspezifischer Alltagsstressoren
- 3. Konfliktbearbeitung und die Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern**

Phase 1a:
**Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der für die jeweilige
Persönlichkeitsstörung typischen Bedrohungserlebens**

- Näheängste
- Narzisstische Verletzlichkeit
- Ängste vor Verlassenwerden/Trennungsängste

Phase 1a: Stärkung der Bewältigungskompetenz

- Exploration aller bisherigen Bewältigungsstrategien
 - Wie sind Sie damit umgegangen?
 - Was hat Ihnen geholfen?
 - Wie haben Sie es geschafft, dass es nicht noch schlimmer wurde?
 - Was hat Ihnen geholfen, den Mut nicht ganz zu verlieren?
- Entwicklung von Ressourcenvorstellungen
 - Was könnte Ihnen helfen?
 - Was würden Sie brauchen, um zu ...

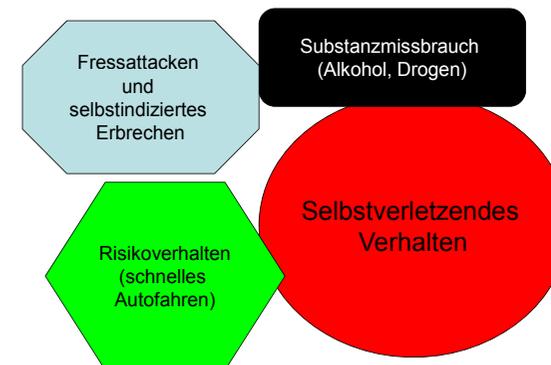
Phase 1b: Emotionsregulierung und Selbstfürsorge

- Vermittlung von Distanzierungstechniken
- Affektdifferenzierung
- Förderung der Selbstfürsorge

Phase 1a: Halt

- Schutz der Therapie, der PatientIn und der TherapeutIn vor destruktiven Impulsen
 - Klare Grenzsetzungen
 - Begrenzung schädigenden oder manipulativen Verhaltens
- Vereinbarungen, Verträge
 - Suizidalität
 - Selbstverletzendem Verhalten

Selbstschädigende Verhaltensweisen zur Kompensation der gestörten Emotionsregulierung



Selbstbezogene schädigende Verhaltensmuster als Ausdruck komplexer traumabedingter Funktionsdefizite

- Gefahren nicht antizipieren (können)
- nicht für sich sorgen können (können)
- sich nicht abgrenzen (können)
- sich nicht schützen (können)
- hilflos sein, nicht handeln (können)

- → erneuter Opferstatus (Reviktimisierungsneigung)

Distanzierungstechniken

- Ablenkungstechniken
- Aufmerksamkeitsumfokussierung
- Imaginative Techniken

Interpersonelle schädigende Verhaltensweisen zur Kompensation der gestörten Emotionsregulierung

- zum Schutz vor Kränkungen, Verletzungen und Ohnmacherleben
 - entwerten
 - Aufmerksamkeit oder Zuwendung erzwingen
 - unter Druck setzen, erpressen
 - sich zurückziehen
 - drohen, beschuldigen, entwerten
 - sich unangemessen verführerisch verhalten

Affektdifferenzierung

- Vergangenheits- und Gegenwartsanteil identifizieren und Vergangenheitsanteil „wegpacken“

- traumatische Affekte von adaptiven Emotionen unterscheiden