

**Störungsorientierte Psychotherapie der...
Traumasynthese durch Traumaexposition
bei PTBS**

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Vortrag, 30. April 2010, im Rahmen der
60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010 (www.Lptw.de)

**309.81 DSM-IV Kriterium A 1
für Posttraumatische Belastungsstörung**

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten

309.81 DSM-IV Kriterium A 2 für PTBS



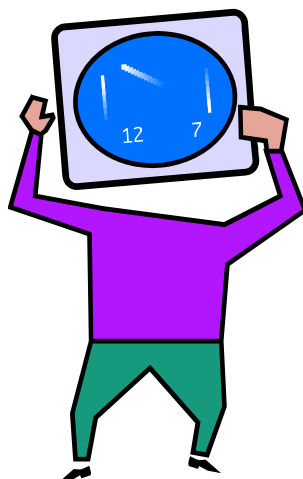
(2) die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

3

Veränderte Gedächtnisbildung



Niemand speichert Informationen wie ein Videogerät oder ein Tonbandgerät

www.Ulrich-Sachsse.de

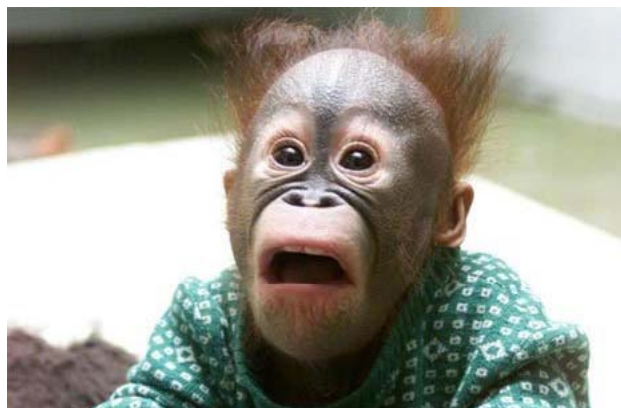
Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

4

Peritraumatische Informationsabspeicherung

- Direkte Informationsabspeicherung in der Amygdala und in anderen Regionen des limbischen Systems:
- Bildfetzen, Standbilder, kurze Videos, Sätze, Stimmen, Geräusche, Gerüche
- Aktivierung des Priming-Gedächtnisses: ist so ähnlich, also: Gefahr!

„Sensibilisierung“



309.81 DSM-IV Kriterium B 1 für PTBS

- Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können:
- "Intrusionen" – "Flashbacks"

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

7

Intrusionen und Flashbacks durch Triggerreize



Die peritraumatisch gespeicherten
Erinnerungsfragmente können
nicht verträumt oder durch
Diskurs integriert werden:

Reenactments, Reinszenierungen,
keine Erinnerungen!
Alpträume
Einschlafstörungen

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

8

309.81 DSM-IV Kriterium B 2 für PTBS

- Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis:
- "Nightmares"
- Alpträume

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

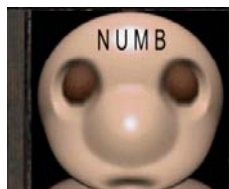
9

309.81 DSM-IV Kriterium C für PTBS

- Vermeidung (avoidance)



- Abstumpfen (numbing)



www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

10

309.81 DSM-IV Kriterium D für PTBS

Übererregung
hyperarousal

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

11

Intrusive Symptomatik

- Intrusive Gedanken
- Intrusive Bilder
- Intrusive Körpersensationen
- Intrusive Stimmen
- Flash-backs

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

12

Konstriktive Symptomatik

Versteinern
 Versanden
 Innerlich absterben
 Depression
 Anhedonie
 Somatisierungs-störung

Dissoziative Symptomatik

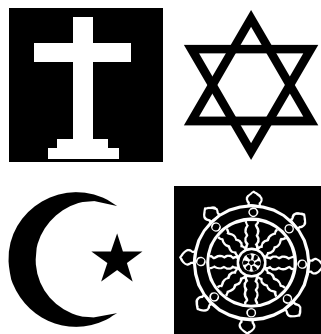


- Dissoziative Amnesie
- Derealisation
- Depersonalisation
- Dissoziative Fugue
- Dissoziative Identitätsstörung DIS
- DESNOS

Komplexe kPTBS

- Fast alle Symptombildungen können posttraumatisch (mit-)bedingt sein, bes.:
- Borderline-Persönlichkeitsstörung BPS
- Suchterkrankungen
- Schwere Depressionen mit Suizidalität
- Somatisierungsstörungen, Schmerzsyndrome

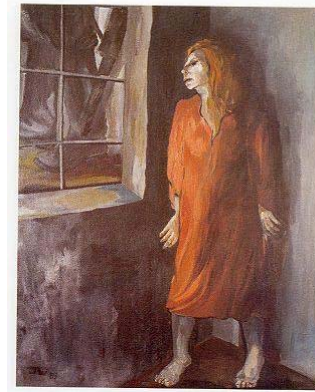
Protektive Faktoren



- Religiöse, philosophische und spirituelle Orientierung:
- Gibt es auf der Welt Schicksalsschläge, Unrecht, Unverdientes?

Hohes Risiko für PTBS:

Vergewaltigung und andere Formen sexualisierter Gewalt –
in jedem Alter mehr als 50%



www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

17

Hohes Risiko für PTBS:

Folter -
mehr als 50%



www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

18

Bindungs-System = Anxiolyticum, Antidepressivum



www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

19

Traumaverarbeitung durch das Soziale Unterstützungssystem

- Intrusionen zulassen
- Immer wieder drüber reden lassen, aber nicht ausfragen oder „ausquetschen“;
auch schweigen lassen
- Akzeptieren mit ungeteilter Loyalität „Du hast recht, das war Unrecht, Dich trifft keine Schuld, das hast Du nicht verdient“ – Kritik kommt später
- Gleichzeitig beruhigen
„Es ist vorbei“ „Jetzt bist Du sicher“ „Alles wird wieder gut“
- Sicherheit geben für sicheren Schlaf
- Verträumen, bei Alpträumen beruhigen

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

20

**Wenn ein Trauma nicht innerhalb
von 4 bis 6 Monaten verarbeitet ist,
war das Soziale Unterstützungssystem
überfordert**

In dieser Zeit werden 85 bis 90 % aller
Monotraumata verarbeitet und integriert

„Desensibilisierung“

Das sensibilisierte Stress-Verarbeitungssystem
muss desensibilisiert werden

Traumatherapie im 19. Jh.

- Schule von Jean Martin Charcot in Paris
- Pierre Janet
- Sigmund Freud
- Wirksamkeitshypothese: Abreaktion
- Hirnfunktionsmodell der Zeit (Gerhard Roth)

Abreaktionsmodell in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts

- Traumatisierte Vietnamveteranen (Flooding)
- Traumatisierte Opfer innerfamiliärer Gewalt (Selbsthilfegruppen, Urschrei-Techniken)
- „So schnell so heftig so erlebnisintensiv so besinnungslos wie möglich: alles raus!“
- Für 30 bis 50 % „Retraumatisierung“

Wirkmodell heute:

- Trauma-Synthese: Wort, Bild, Affekt und Körpersensation können gestalthaft- ganzheitlich erlebt und ertragen werden
- Trauma-Integration: die fragmentarischen Informationen des impliziten Gedächtnisses werden ins verbale, explizite Gedächtnis und Wachbewusstsein integriert
- Eine Traumaexposition war erfolgreich, wenn der Traumatisierte das Ereignis erinnern kann, aber nicht muss, ohne dabei oder davon Symptome zu bekommen (vegetative Übererregung, Dissoziation, Suchtdruck, Schneidedruck, Suizidalität)

Aus unerträglichen und unkontrollierten
 Intrusionen und Flashbacks sollen erträgliche und kontrollierbare
 Erinnerungen werden

Alle Trauma-Expositionsmethoden, die sich durchgesetzt haben,
aktivieren die erlebte Intrusion und das kognitive
Wachbewusstsein gleichzeitig oder im raschen Wechsel

Aktuelle Traumaexpositionsmethoden

- Systematische Desensibilisierung (Wolpe)
- Reizüberflutung, Flooding
- Prolongierte Exposition PE (Foa, Steil)
- EMDR (Shapiro, Arne Hofmann)
- Narrative Expositionstherapie NET (Neuner)
- Imaginative Konfrontationen
(Kluft, Fine, Reddemann, Huber, Smuckers,
KIP: Steiner u. Krippner)
- In sensu – in vivo

Wirkung: „Desensibilisierung“

- Verringerung der „Angst vor der Angst“
- Verringerung des inneren und äußeren Vermeidungsverhaltens
- Habituation (Borderline-Pat habituieren nicht!)
- Selbstkontrolle
- Integration ins verbale deklarative Wachbewusstsein
- Vervollständigung des persönlichen Lebensnarrativs

Wirksamkeit empirisch belegt

- Viele, viele Fragebogen-gestützte Studien
- EMDR: senkt Herzfrequenz und Hautwiderstand (Martin Sack, Hannover u. München, Stefan Jacobs, Göttingen)
- EMDR: EMFACS belegt, dass Numbing sich auflöst und der Affektausdruck in der Therapie zunimmt (Kirsch, Krause et al.)

Sack et al 2008:

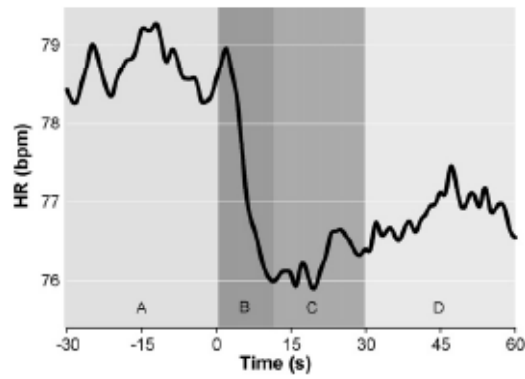
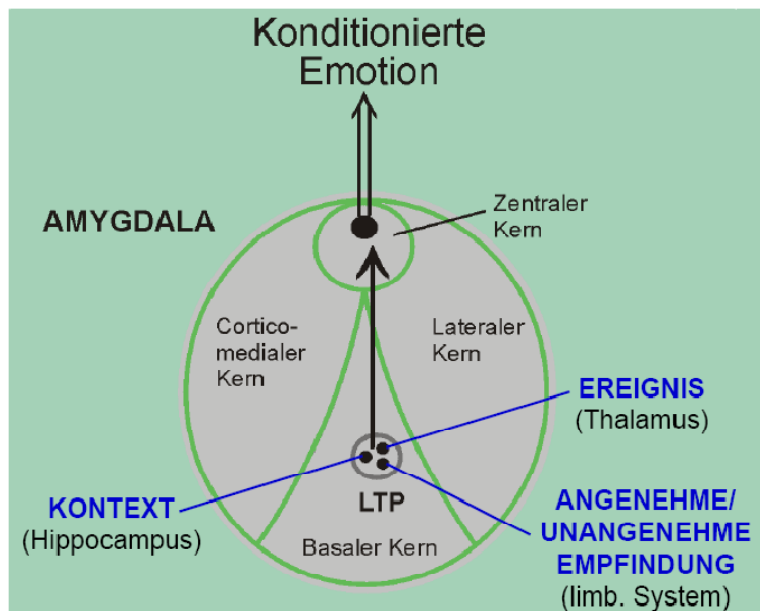


Fig. 1. Mean heart rate pre- and during stimulation. Division into phases A–D for statistical comparison.



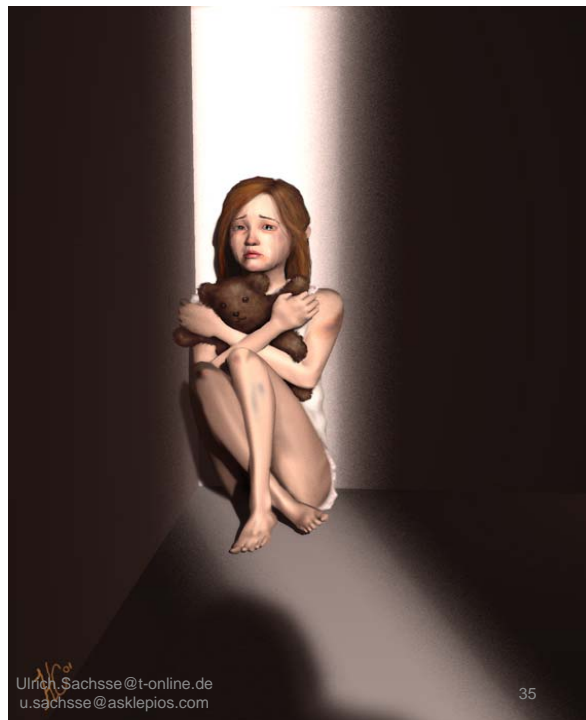
Psychodynamische Probleme

- Verstärkung bereitliegender Familiendynamik
- Verstärkung bereitliegender psychodynamischer, innerer Probleme bzw. negativer Glaubensüberzeugungen
- (z.B. auch kognitive VT der PTBS nach Ehlers und Clark)
- Chronifizierung im dynamischen Kontext wie Essstörung, Migräne, Schmerz u. a.

Trauma =

- Trauma im Sinne des DSM und ICD: Lebensgefährliche Situation, verbunden mit Entsetzen und Hilflosigkeit
- Bindungstrauma / Beziehungstrauma Attachment-Trauma / Relational Trauma (Allan Schore)
- „besonders schlimm“ – „nicht zu bewältigen, nicht zu integrieren“

Traumatisierende Familien



www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich_Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

35

Literatur

- Cloitre, M. (2009) Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrums*, 14 (1), 32-43.
- Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38 (4), 319-45.
- Maercker, A. (2003). Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.
- Sachsse, U. (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. et al (2008) Alterations in autonomic tone during traumaexposure ... *J Anxiety Disorder* 22, 1264-1271
- Shapiro, F. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Grundlagen & Praxis. Paderborn: Jungfermann.

www.Ulrich-Sachsse.de

Ulrich.Sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

36



Kontakt:

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen

ulrich.sachsse@t-online.de
u.sachsse@asklepios.com

www.Ulrich-Sachsse.de