Klinische Vorlesung Lindauer Psychotherapiewochen 2012

Alles Trauma oder Was?

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
Asklepios Fachklinikum Göttingen

PD Dr. med. Martin Sack
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Unsere Themen: Alles Trauma oder Was?

Montag: Was ist ein Trauma, was ist eine Traumafolgestörung?

Dienstag: Stabilisieren oder Konfrontieren?

Mittwoch: Machen Traumatisierungen körperlich krank?

Donnerstag: Sind Persönlichkeitsstörungen Traumafolgestörungen?

Freitag: Wie nutzt die Traumaperspektive der allgemeinen Psychotherapie?

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

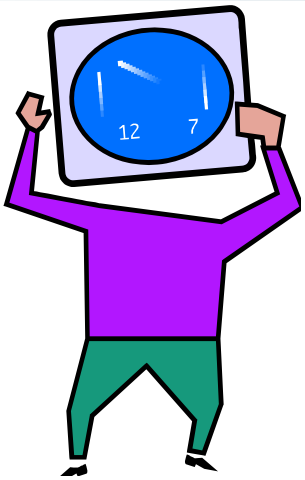
Nicht jede Lebensgefahr ist ein Trauma!

LEBENSGEFAHR IST EINE HERAUSFORDERUNG AN UNSERE STRESS-BEWÄLTIGUNGSSYSTEME

309.81 DSM-IV Kriterium A 2 für PTBS

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

Veränderte Gedächtnisbildung

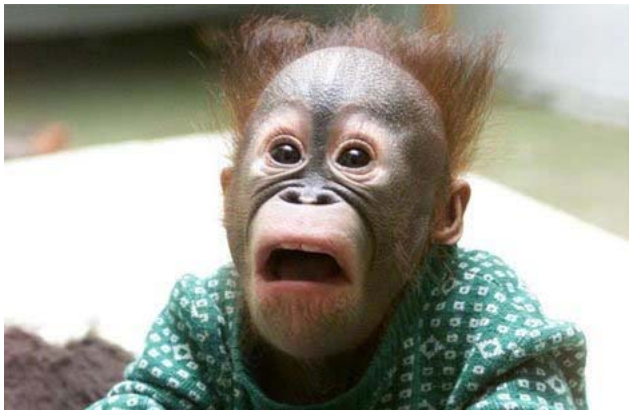


Niemand speichert Informationen wie ein Videogerät oder ein Tonbandgerät

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, ist also gleich = 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”*

Intrusionen und Flashbacks durch Triggerreize

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

Reenactments, Reinszenierungen,

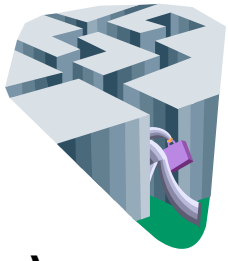
<u>keine Erinnerungen!</u>

309.81 DSM-IV Kriterium B 2 für PTBS

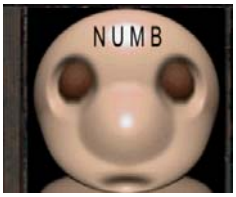
- *Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis:*
  - *“Nightmares”*
  - *Albträume*

309.81 DSM-IV Kriterium C für PTBS

- ***Vermeidung (avoidance)***

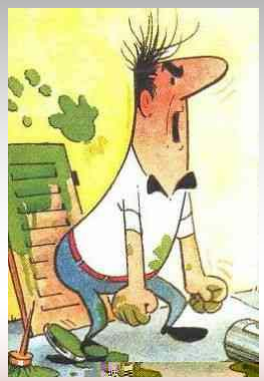


- ***Abstumpfen (numbing)***



309.81 DSM-IV
Kriterium D für PTBS

Übererregung
hyperarousal



Intrusive Symptomatik

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

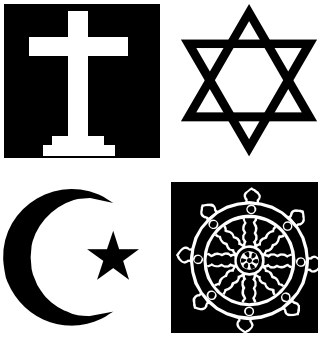
Konstriktive Symptomatik

Versteinern
Versanden
Innerlich absterben
Depression
Anhedonie
Somatisierungsstörung

Dissoziative Symptomatik

Dissoziative Amnesie
Derealisation
Depersonalisation
Dissoziative Fugue
Dissoziative Identitätsstörung DIS
DESNOS

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 %

Hohes Risiko für PTBS:
Folter -
mehr als
50 %

Bindungs-System = Anxiolyticum, Antidepressivum

Traumaverarbeitung durch das Soziale Unterstützungssystem

- Intrusionen zulassen
- Immer wieder drüber reden lassen, aber nicht ausfragen oder „ausquetschen“
- 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 Albträumen beruhigen

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

Begriffsverwirrungen: Trauma und Traumafolgestörungen

- Chirurgische Definition: Trauma = Verletzung
- Psychotherapeutische Definition: Trauma = Ursächliches belastendes Ereignis

- Traumatherapie ist der falsche Begriff
- Eine ‚Bearbeitung‘ von Traumata ist nicht möglich

- Besser wäre: Traumafolgestörungsbehandlung
- Behandlung von Traumafolgesymptomen in der Gegenwart

Großes Missverständnis:
- Traumatherapie hat sehr wenig mit Vergangenheit zu tun
- Traumatische Ereignisse sind eigentlich für die Behandlung uninteressant
- Traumatische Erinnerungen sind gegenwärtige subjektive Rekonstruktionen
- In der Therapie geht es darum, funktionale Rekonstruktionen zu erreichen

Begriffsverwirrung: Definitionen von Trauma

Medizinische Definition von Trauma

- Objektive Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit (oder Zeuge werden davon)
- Subjektives Erleben von extremer Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht

Umgangssprachliche Definition von Trauma

- Diskrepanz zwischen Belastung und Bewältigungsmöglichkeiten
- Einhergehend mit einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Begriffsverwirrung: Was ist objektiv gesehen ein Trauma?

- Sexuelle Gewalt
- Körperliche Gewalt
- Naturkatastrophen
- Lebensbedrohliche Erkrankungen
- Vernachlässigung in der Kindheit
- Psychische Gewalt in der Kindheit (Beschimpfen, Demütigen, Entwerten)
- Psychische Gewalt im Erwachsenenleben (z.B. eifersüchtiger kontrollierender Partner)
- Stalking (Verfolgt werden)
- Mobbing

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Ein alternativer Vorschlag: Stress-Trauma Kontinuum

- Spezifische Traumafolgesymptome (PTBS)
  - als Folge traumatischer Erinnerungsfragmentierung
  - als chronifizierte Vermeidungsangst
- Negative Beziehungserfahrungen
  - Sogenannte Beziehungstraumatisierungen
- Unbefriedigte Entwicklungsbedürfnisse
  - z.B. Zuwendung, Anerkennung, Schutz, Fürsorge
- Konflikthafte Belastungen (z.B. Mobbing)

Trauma

Stress

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Ulrich Sachsse & Martin Sack, Lindau 2012

Ein alternativer Vorschlag: Stress-Trauma Kontinuum

Erfahrung aus der Behandlungspraxis:

Alle Belastungssymptome auf dem Stress-Trauma Kontinuum lassen sich mit konfrontativen Methoden erfolgreich bearbeiten

Für die Behandlung ist es wenig relevant, ob eine Belastung objektiv gesehen ein Trauma ist oder nicht

Natürlich sind sekundäre Faktoren (Krankheitsgewinn, aufrechterhaltende Bedingungen) zu beachten.

Trauma

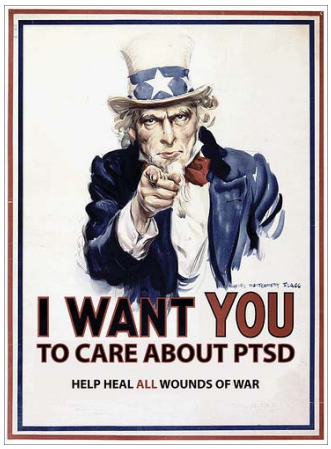
Stress

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Ulrich Sachsse & Martin Sack, Lindau 2012

Vom Wunsch ein Traumapatient zu sein

- Befriedigung des Erklärungsbedürfnisses
- Entlastung von eigener Verantwortung durch die Anerkennung als ‚Traumapatient'
- Opferstatus macht es leichter, Zuwendung einzufordern
- Es gibt klare und effektive Therapiekonzepte zur Behandlung von Traumafolgen



Traumafolgen aus Betroffenensicht
(Abschlussbericht Runder Tisch sexueller Missbrauch)

Folgen des sexuellen Missbrauchs, Anrufe und Briefe (N=1.943)
(Mehrfachnennungen möglich)
Häufig genannte Auswirkungen:

43,1 %	körperliche Folgen (Somatisierungen wie Bauch- oder Rückenschmerzen)
41,6 %	Beziehungs- und/oder Partnerschaftsprobleme
30,0 %	Leistungsbeeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen, Berufsunfähigkeit)
29,2 %	Flashbacks und/oder Alpträume
17,3 %	Probleme mit Körperlichkeit und Sexualität
17,1 %	Selbstwertproblematik
13,2 %	Minderung der Lebensqualität

Die Beschwerden halten sich nicht an die medizinische Klassifikation

Frau P., 30 Jahre, Arztbriefdiagnosen seit 1993

- **Unangebrachtes Sozialverhalten**
- **V.a. hebephrene Schizophrenie**
- **Artifizielle Störung**
- **Münchhausen Syndrom**
- **Latente und akute Suizidalität**
- **Sozialphopie**
- **Selbstverletzendes Verhalten**
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
- **Anpassungsstörung**
- **Schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome**
- **Schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen**
- **Waschzwang**
- **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung**
- **Narzisstische Persönlichkeitsstörung**
- **Essstörung**
- **Dissoziative Amnesie**
- **Dissoziative Störung**
- **Dissoziative Identitätsstörung**

Spezifische und unspezifische (sekundäre) Traumafolgestörungen

- Spezifische Traumafolge- bzw. Belastungsstörungen:
  - Akute posttraumatische Belastungsreaktion
  - Anpassungsstörung
  - Posttraumatische Belastungsstörung
  - Komplexe Traumfolgestörungen einschl. Dissoziative Störungen
  - (chronische Suizidalität außer bei schwerer depressiver Störung)
- Sekundäre Traumafolgestörungen (durch Traumatisierung potentiell ausgelöst)
  - Somatoforme Störungen
  - Depressive Störungen
  - Angststörungen
  - Essstörungen
  - Zwangsstörungen
  - Persönlichkeitsstörungen
  - usw.

Einteilung spezifischer Traumafolgestörungen nach Komplexitätsgraden und Behandlungsbedürfnisse

Bei PTBS ohne Komorbidität (selten)
- Konfrontative Behandlung entsprechend empirischer Evidenz

Bei **PTBS mit komorbider Symptomatik** (z.B. Suchterkrankung, Angststörung)
- Spez. Therapieplanung bei Komorbidität (Spezielle Bedingungen der Indikationsstellung konfrontativer Verfahren, Hierarchisierung von Therapiezielen)
- Störungsspezifische Ansätze bezogen auf die komorbide Problematik

Bei **PTBS mit komorbider persönlichkeitsprägender Symptomatik**
- Förderung der Beziehungsfähigkeit und der Fähigkeit zu interpersonellen Kompetenz
- Aufbau selbstfürsorglicher Verhaltensweisen/ Förderung von Alltagsressourcen
- Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Krisensituationen
- Bearbeitung traumaassoziierter Emotionen und dysfunktionaler Kognitionen

Bei **PTBS mit komorbider Dissoziativer Störung** zusätzlich:
- Förderung der Gegenwartsorientierung (Einsatz antidissoziativer Skills)
- Förderung von Wahrnehmung, Kontrolle und Steuerungsfähigkeit zuvor dissoziierter Bereiche des Erlebens

Fazit: Trauma und Traumafolgestörungen

Was ist neu?
- Es gibt zunehmend Kritik an der Traumadefinition und an dem Konzept PTBS

Was ist aktuell kontrovers?
- Die Notwendigkeit einer diagnostischen Kategorie für komplexe Traumafolgestörungen wird kontrovers diskutiert

Was hat sich bewährt und kann empfohlen werden?
- Eine Einteilung in spezifische und unspezifische (sekundäre) Traumafolgestörungen sowie nach Komplexitätsgraden und Behandlungsbedürfnissen bewährt sich klinisch

Welche weiteren Entwicklungen sind abzusehen?
- Die überarbeiteten Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-V bringen (leicht) verbesserte Definitionen
- Komplexe Traumafolgestörungen werden in der Versorgung zunehmend als Problem (hohe Kosten!) erkannt

Unsere Themen: Alles Trauma oder Was?

Montag: Was ist ein Trauma, was ist eine Traumafolgestörung?

Dienstag: Stabilisieren oder Konfrontieren?

Mittwoch: Machen Traumatisierungen körperlich krank?

Donnerstag: Sind Persönlichkeitsstörungen Traumafolgestörungen?

Freitag: Wie nutzt die Traumaperspektive der allgemeinen Psychotherapie?

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Paris 1885/1886

www.martinsack.de
www.Ulrich-Sachsse.de

Portraitfotografie Charcots mit Widmung an Sigmund Freud

Charcot, der einer der größten Ärzte, ein genial nüchterner Mensch ist, reißt meine Ansichten und Absichten einfach um. Nach manchen Vorlesungen gehe ich fort wie aus Notre-Dame, mit neuen Empfindungen vom Vollkommenen. Aber er greift mich an; wenn ich von ihm weggehe, habe ich gar keine Lust mehr, meine eigenen dummen Sachen zu machen … .
S. Freud, Brief an seine Verlobte Martha Bernays 24.11.1885.

André Brouillet: Charcot mit Blanche Wittman
Mein Gehirn ist gesättigt wie nach einem Theaterabend.
S. Freud, Brief an seine Verlobte Martha Bernays 24.11.1885.

Folgende Religionsstifter, Heilige und Bischöfe werden von Charcot und Richer in ihrem Buch „Die Besessenen in der Kunst“ erwähnt:

- Jesus Christus
- St. Zeno, Bischof von Verona
- St. Franziskus von Assisi
- St. Martin
- St. Geminiamus, Bischof von Modena
- St. Johannes Gualbertus
- St. Benedikt
- St. Martialis
- St. Karl Borromäus
- St. Mathurin
- St. Stephanus
- St. Remy
- St. Valentin
- St. Gaudenzio
- St. Eustasius
- St. Bruno
- St. Dominikus
- St. Ambrosius
- St. Philipp Neri
- St. Adeltrud
- St. Radegunde
- St. Hugo
- St. Willibrod
- St. Katharina von Siena
- St. Ignatius
- St. Virgilius, Bischof von Salisbury
- St. Wolfgang
- St. Desiderius
- St. Klara
- St. Linus
- St. Anselm
- St. Heinrich
- St. Eleutherus
- St. Aper
- St. Konrad
- St. Paulus
- St. Silas

Mindestens drei Personen müssen (die Besessene) … auf dem Belvedere-Bild (von Rubens) mit allergrößter Anstrengung festhalten, ein Mann beugt gar sein Knie vor dem Heiligen (Ignatius) und fleht das Wunder herbei, während er zugleich mit der linken Hand noch die Unglückliche hält. Diese Gestalt zeigt die allerbemerkenswertesten Symptome eines „großen Anfalls“.
Charcot/Richer 1887

Anna O. (Bertha Pappenheim)

Breuer hatte mir … Mitteilungen über einen Fall von Hysterie gemacht, den er in den Jahren 1880 bis 1882 auf eine besondere Art behandelt, wobei er tiefe Einblicke in die Verursachung und Bedeutung der hysterischen Symptome gewinnen konnte. … Die Patientin war ein junges Mädchen von ungewöhnlicher Bildung und Begabung gewesen, die während der Pflege ihres zärtlich geliebten Vaters erkrankt war. Als Breuer sie übernahm, bot sie ein buntes Bild von Lähmungen mit Kontrakturen, Hemmungen und Zuständen von psychischer Verworrenheit.

S. Freud: Selbstdarstellung

www.martinsack.de
www.Ulrich-Sachsse.de

Ich kam abends, wenn ich sie in ihrer Hypnose wußte, und nahm ihr den ganzen Vorrat von Phantasmen ab, den sie seit meinem letzten Besuch angehäuft hatte. Das mußte ganz vollständig geschehen, wenn der gute Erfolg erreicht werden sollte. Dann war sie ganz beruhigt, den nächsten Tag liebenswürdig, fügsam, fleißig, selbst heiter; …in der Hypnose war sie nicht immer leicht zum Aussprechen zu bewegen, für welche Prozedur sie den guten, ernsthaften Namen „talking cure“ (Redekur) und den humoristischen „chimney-sweeping“ (Kaminfegen) erfunden hatte.

J. Breuer: Studien über Hysterie

www.martinsack.de
www.Ulrich-Sachsse.de

Will man … die Symptome einer Hysterie als Zeugen für die Entstehungsgeschichte der Krankheit laut werden lassen, so muß man an die bedeutsame Entdeckung J. Breuers anknüpfen, daß die Symptome der Hysterie … ihre Determinierung von gewissen traumatisch wirksamen Erlebnissen des Kranken herleiten, als deren Erinnerungssymbole sie im psychischen Leben desselben reproduziert werden. …

Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich … ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören. Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung, für die Auffindung eines *caput nili* der Neuropatholgie …

S. Freud: Zur Ätiologie der Hysterie

Wir besitzen, wie bekannt, eine von Charcot gegebene schematische Beschreibung des „großen“ hysterischen Anfalls …

Unser Erklärungsversuch knüpft an die dritte Phase, die (halluzinatorische Phase) … an. Wo dieselbe ausgeprägt ist, liegt in ihr die halluzinatorische Reproduktion einer Erinnerung bloß, welche für den Ausbruch der Hysterie bedeutsam war, die Erinnerung an das eine große Trauma ..

S. Freud: Studien über Hysterie

www.martinsack.de
www.Ulrich-Sachsse.de

… ich … hieß die Kranken sich niederlegen und die Augen willkürlich schließen, um sich zu „konzentrieren“ …

Ich teile dem Kranken mit, daß ich im nächsten Momente einen Druck auf seine Stirne ausüben werde, versichere ihm, daß er während dieses ganzen Druckes eine Erinnerung als Bild vor sich sehen oder als Einfall in Gedanken haben werde, und verpflichte ihn dazu, dieses Bild oder diesen Einfall mir mitzuteilen, was immer das sein möge. …

Wird nun (das) Verhältnis der Kranken zum Arzte gestört, so versagt auch die Bereitschaft der Kranken … Wenn die Kranke von der Furcht ergriffen wird, sie gewöhne sich zu sehr an die Person des Arztes, verliere ihre Selbständigkeit ihm gegenüber, könne gar in sexuelle Abhängigkeit von ihm geraten. … Ganz gewöhnlich klagt die Kranke über Kopfschmerzen, wenn man die Druckprozedur vornimmt. … Der Kopfschmerz bedeutet die Abneigung, sich beeinflussen zu lassen.

S. Freud: Studien über Hysterie (Zur Psychotherapie der Hysterie)

u.sachsse@asklepios.com m.sack@tum.de

Wir fanden … zu unserer größten Überraschung, daß die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekt Worte gab. Affektloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos; der psychische Prozeß, der ursprünglich abgelaufen war, muß so lebhaft als möglich wiederholt, in *statum nascendi* gebracht und dann „ausgesprochen“ werden. …

S. Freund: Studien über Hysterie

u.sachsse@asklepios.com m.sack@tum.de

„Desensibilisierung“

Das sensibilisierte Stress-Verarbeitungssystem muss desensibilisiert werden

Traumatherapie im 19. Jahrh.

- 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, Smucker, KIP: Steiner und Krippner)
- In sensu – in vivo

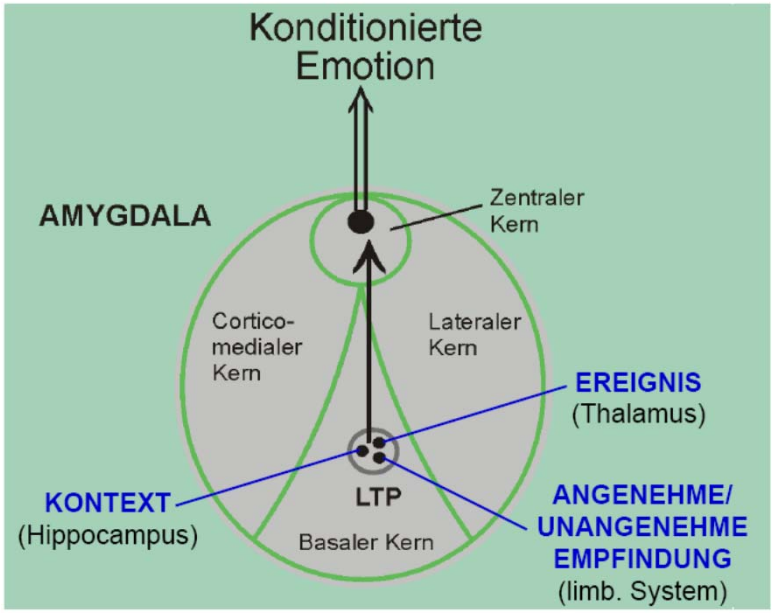
Wirkung: „Desensibilisierung“

- 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

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Psychodynamische Probleme, die durch eine Traumatisierung induziert werden

- Verstärkung bereitliegender familiendynamischer Probleme
- Verstärkung bereitliegender psychodynamischer, innerer Probleme bzw. negativer Glaubensüberzeugungen
- Chronifizierung im dynamischen Kontext wie Essstörung, Migräne, Schmerz u. a.



Ich habe mich ferner daran gewöhnt, die Anwendung der kathartischen Psychotherapie (von Breuer) mit einer Liegekur (nach Silas Weir-Mitchell: rest cure) zu verbinden, die nach Bedürfnis zur vollen Weir-Mitchellschen Mastkur ausgestaltet wird. Ich habe dabei den Vorteil, daß ich so einerseits die während einer Psychotherapie sehr störende Einmengung neuer psychischer Eindrücke vermeide, andererseits die Langeweile der Mastkur, in der die Kranken nicht selten in ein schädliches Träumen verfallen, ausschließe. …
…man erreicht durch solche Kombination der Breuerschen mit der Weir-Mitchellschen Therapie alle körperliche Aufbesserung, die man von letzterer erwartet, und so weitgehende psychische Beeinflussung, wie sie ohne Psychotherapie bei der Ruhekur niemals zustande kommt.
S. Freud: Studien über Hysterie

www.martinsack.de
www.Ulrich-Sachsse.de

Stabilisieren heißt:
Förderung der Alltagsfunktionalität

Ressourcenaktivierung heißt:
Veränderungspotentiale aktivieren

Traumatherapie: eine salutogenetische Perspektive

Psychisches Trauma - Kontrollverlust
Erleben maximaler Hilflosigkeit und existentieller
Bedrohung in einem Zustand des Ausgeliefert-seins,

Psychische Gesundheit - Stabilität
Grundgefühl von Überschaubarkeit
Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit
des eigenen Lebens

(Salutogenesekonzept, A. Antonovsky)

Grundlegende Behandlungsbedürfnisse bei Patienten mit Traumafolgestörungen

- Sich als handlungsfähig erleben
- Selbstfürsorge und Selbstakzeptanz fördern
- Eigene Bedürfnisse erkennen
- Grenzen setzen lernen
- Soziale Unterstützung organisieren lernen
- Bindungs- und Beziehungsfähigkeit fördern
- Umgang mit belastenden Affekten (z.B. Wut, Hass, Trauer, Scham, Schuldgefühlen, Ekel) lernen
- Bearbeitung von traumatischen Erinnerungen

Warum ist die Behandlung so aufwendig und (mitunter) kompliziert?

- **Spezifische Traumafolgesymptome**
  - Intrusive (sich aufdrängende) Symptomatik
  - Dissoziation (‚Negativsymptomatik')
  - Angst vor Menschen, Hoffnungslosigkeit, Körperbeschwerden
- **Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen**
  - Vermeidung, Kontrollverhalten, Misstrauen
  - Fehlende soziale Unterstützung aufgrund Rückzugsverhalten
  - Emotionale Dysregulation, Nähe-Distanz Probleme
- **Unbefriedigte Entwicklungsbedürfnisse (bei chronischer Traumatisierung in der Kindheit)**
  - Fehlende Kompetenzerfahrungen, instabiler Selbstwert
  - Behinderung der Identitätsentwicklung

Grenzen traumatherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten

- **Äußere Belastungsfaktoren** (z.B. anhaltende Traumatisierungen, instabile soziale Verhältnisse) behindern Therapiefortschritte
- Das **Ringen um Anerkennung** einer Schädigung steht einer Besserung der Symptomatik entgegen
- **Wünsche nach Entschädigung und Versorgung** festigen das Gefühl ‚Opfer' zu sein
- **Verbitterung und Hoffnungslosigkeit** sind so groß, dass eine therapeutische Behandlung abgelehnt wird

Was tun, wenn Psychotherapie Traumafolgestörungen nicht hilft?

- Eine **deutliche Besserung der Alltagsfunktionalität** sollte spätestens nach Ausschöpfen der Regelbehandlungszeiten im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie (d.h. nach etwa 1 Jahr) erreicht sein
- Falls dies nicht der Fall ist, sollte eine erweiterte Diagnostik und **Einschätzung symptomstabilisierender Faktoren** erfolgen (z.B. durch Einholen einer Expertenmeinung und Therapieempfehlung)
- Ggfls. **Therapeutenwechsel** erwägen
- **Fallmanagement** ermöglicht bei sehr instabilen Patienten (z.B. Chronische Suizidalität, Selbstverletzen) einen koordinierten Einsatz von Hilfsmöglichkeiten und hilft Kosten sparen

Stabilisieren oder Konfrontieren: keine Alternative!

Das klassische Phasenmodell der Psychotraumatherapie bestehend aus:

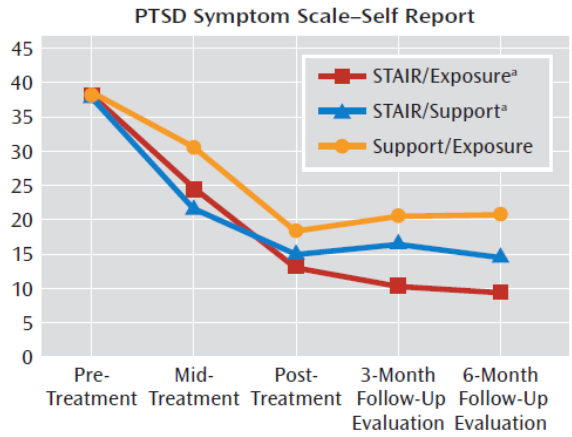
- *Stabilisieren, Stabilisieren, Stabilisieren*
- *Konfrontativer Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik*
- *Wiederanknüpfungsphase*

ist inzwischen überholt

Neues Modell:

- Stabilisierung durch Konfrontation
- Konfrontation durch Stabilisierung

Gute Stabilisierung enthält bereits konfrontative Behandlungselemente (und umgekehrt)



Cloitre et al. AmJPsychiat 2010

Warum werden konfrontative Behandlungen zu selten angewendet?

- Patienten äußern Angst vor Konfrontation, Angst steckt an
- Sorge vor Schädigung und Destabilisierung (Defensive Behandlungsstrategie)
- Therapeuten haben Angst vor der Heftigkeit des seelischen Schmerzes ihrer Patienten

Es braucht Ausbildung, Selbsterfahrung und Supervision mit dem Ziel der ‚Stabilisierung von Therapeuten'

Leiden ist ‚conditio humana', eine menschliche Lebensbedingung, kein Symptom das man um jeden Preis wegbehandeln muss

Gefahren einer einseitig stabilisierenden Behandlung

- Protrahiertes Stabilisieren fördert Vermeidungsverhalten
- Die Selbstwahrnehmung als Opfer, das besonderen Schutz braucht, wird verstärkt
- Konfrontative Behandlung wird zu einem angstbesetzten Ziel, das (wenn überhaupt) erst nach langer Vorbereitung erreichbar wird
- Psychisches Leiden wird verlängert

Besonderheiten der konfrontativen Behandlung bei Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen

- Hier besteht eine Gefahr zur Destabilisierung durch Konfrontation , da Erinnerungsbarrieren durchbrochen werden können
- Vermeidungsverhalten bezüglich innerer Wahrnehmungen führt dazu, das belastende Emotionen nicht wahrgenommen werden
- Die Gegenübertragung bietet keine verlässlichen Informationen für die Steuerung der Therapie
- Dissoziation während der Konfrontation behindert nachweislich Lernvorgänge und muss beachtet werden
- Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge ist entscheidend für die Möglichkeit zur konfrontativen Arbeit
- Es sollte in besonderem Maße darauf geachtet werden, dass in jeder Therapiesitzung Erfahrungen von Bewältigung erreicht werden können (soweit möglich)

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Gezielte Förderung von Bewältigungserfahrungen in der Traumatherapie

Stressreduktion und Ressourcenaktivierung

Therapeutische Beziehung
(Aktivierung des Bindungssystems)

Therapeutisches Setting
(Aktivierung eines Sicherheitsgefühls)

Dosieren der Belastung während der Bearbeitung der Traumafolge-symptomatik
(Distanzierungstechniken, Ressourcenaktivierung)

Schutz und Nachversorgung für traumatisierte Ich-Anteile
(sog. Innere-Kind Arbeit)

Modifizieren der traumatischen Erinnerung

Zuwendung zur inneren Not
(Wahrnehmen und Anerkennen von Schmerz, Trauer, Wut etc.)

Exploration des Traumagedächtnisses
(fragmentierte Erinnerungsanteile ergänzen)

Assoziieren positiver Informationen
(z.B. Perspektive von heute: 'ich habe überlebt')

Dysfunktionale Kognitionen modifizieren
(Arbeit an Scham, Schuldgefühlen etc.)

Verändern des Narrativs
(Imaginatives Umschreiben in eine Geschichte mit positivem Ausgang)

www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Fazit: Stabilisieren oder Konfrontieren

Was ist neu?

- Das klassische Phasenmodell der Traumatherapie wird durch eine Verknüpfung stabilisierender (ressourcenaktivierender) und konfrontativer Behandlungselemente ersetzt

Was ist aktuell kontrovers?

- Es fehlen empirische Befunde zur Frage, wie frühzeitig mit einer konfrontativen Behandlung bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen begonnen werden kann

Was hat sich bewährt und kann empfohlen werden?

- Die (schonende) konfrontative Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik ausgehend von Alltagsbelastungen (‚umgedrehtes Standardprotokoll')

Welche weiteren Entwicklungen sind abzusehen?

- Forschungsergebnisse werden mehr Information zu Wirkfaktoren von konfrontativen Behandlungen bringen (z.B. Narrative Techniken, EMDR etc.)
- Bewältigungserfahrungen und emotionale Lernerfahrungen werden durch Anpassung der Therapien gezielter ermöglicht

Unsere Themen: Alles Trauma oder Was?

Montag: Was ist ein Trauma, was ist eine Traumafolgestörung?

Dienstag: Stabilisieren oder Konfrontieren?

Mittwoch: Machen Traumatisierungen körperlich krank?

Donnerstag: Sind Persönlichkeitsstörungen Traumafolgestörungen?

Freitag: Wie nutzt die Traumaperspektive der allgemeinen Psychotherapie?

Machen Traumatisierungen körperlich krank?

- Eine 32 jährige Patientin mit Diabetes mellitus, berichtet in der Visite, dass sie glaube, ihre Zuckerkrankheit sei durch Gewalterfahrungen in der Kindheit verursacht
- Ein 50 jähriger Patient mit progressiv verlaufender Multipler Sklerose ist davon überzeugt, dass seine Autoimmunerkrankung durch schwerste Vernachlässigung in der Kindheit ausgelöst ist

Haben die Patienten möglicherweise recht?

Patienten mit traumatischen Erfahrungen haben erhöhte Prävalenzraten von (nahezu) allen körperlichen Erkrankungen

- Onkologische Erkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
- Koronare Herzerkrankungen
- Infektionserkrankungen (z.B. HIV)
- Diabetes mellitus
- Lebererkrankungen (Hepatitis)
- Bandscheibenvorfälle
- Leistenbruch
- Zahnentwicklungsstörungen

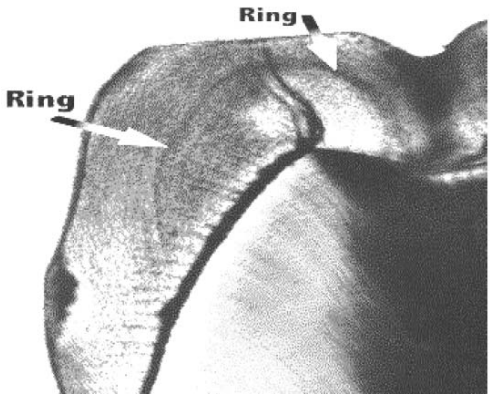
Kindheitstraumatisierungen und körperliche Gesundheit

- **Prospektive Studie, Kinder geb. 1934-44 in Helsinki**
- **320 Kinder wurden im WW II von ihren Eltern durch Evakuation getrennt**
  - Mittleres Alter bei Trennung 4.8 Jahre
  - Mittlere Dauer der Trennung 1.7 Jahre
- **60 Jahre später fand sich ein erhöhtes Risiko im Vergleich mit Kindern, die nicht evakuiert worden waren für:**
  - Herzerkrankungen und Bluthochdruck 200%
  - Type 2 Diabetes 140%
  - Depressive Symptome 170%

Ann Med. 2009;41(1):66-72, *Am J Epidemiol*. 2007;166(10):1126-33, *Am J Hum Biol* 2008;20(3):345-51

CLINICAL RESEARCH HISTOMARKERS FOR OBJECTIVELY ESTIMATING PREMORBID VAGAL TONE CHRONOLOGY IN GULF WAR VETERANS' ILLNESSES AND IN ACUTE STRESS REACTION

H.S. Bracha, J.M. Yamashita, T. Ralston, J. Lloyd-Jones, G.A. Nelson, D.M. Bernstein, N. Flaxman, & F. Gusman
National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs
Spark M. Matsunaga VA Medical and Regional Office Center, Honolulu, Hawaii



Belastende Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Experiences) in einer Bevölkerungsstichprobe

N = 17.337

	Prävalenz (%)
Missbrauch	
Psychisch (durch Eltern)	11%
Körperlich (durch Eltern)	11%
Sexuell	22%
Dysfunktionales Familienumfeld	
Substanzmißbrauch	26%
Psychiatrische Erkrankungen	19%
Gewalt gegen die Mutter	13%
Haushaltsmitglied im Gefägnis	3%

Felitti & Anda et al, J Am Prevent Med 2005

www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Bevölkerungsprävalenz von Kindheitsbelastungen

Anzahl der Kindheitsbelastungen

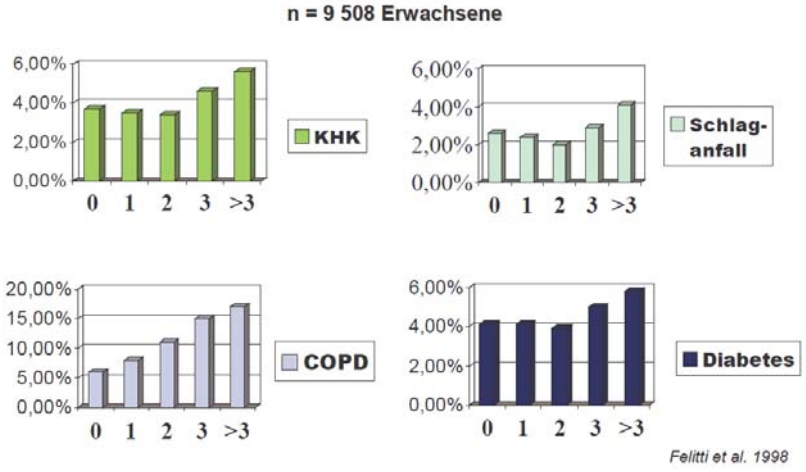
Anzahl	*Prävalenz*
0	**48%**
1	**25%**
2	**13%**
3	**7%**
4 oder mehr	**7%**

- **Mehr als die Hälfte aller Befragten gaben mindestens eine Kindheitsbelastung *an***
- **Beim Vorliegen einer Kindheitsbelastung ergab sich eine 86% Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen weiterer Kindheitsbelastungen**

Felliti & Anda, 1998

www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Körperliche Erkrankungen in Abhängigkeit von der Anzahl traumatischer Kindheitsbelastungen



Kummulative Effekte von Kindheitsbeilastungen (4 oder mehr Kindheitsbelastungen)

Im Vergleich mit Erwachsenen, die einen ACE score von 0 haben, finden sich erhöhte Wahrscheinlichkeiten für

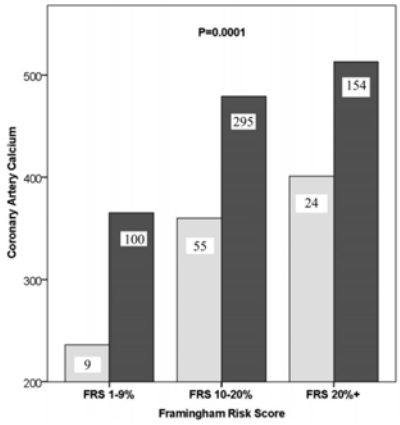
- Koronare Herzerkrankung 220%
- Diabestes mellitus 160%
- Chronische Bronchitis oder Emphysem 390%
- Depressive Störung (im letzten Jahr) 460%
- Suizidversuch (anamnestisch) 1220%
- Niktotinabusis 220%
- Gebrauch illegaler Drogen (anamestisch) 470%
- Übermäßiger Alkoholkonsum 740%
- i.v.. Gebrach illegaler Drogen 1030%

Ein ACE score von 6 oder mehr reduziert die Lebenserwartung um ca. 20 Jahre

Anda & Felliti 2011

Erhöhte Prävalenz koronarer Herzerkrankungen und erhöhte Mortalität bei Kriegsveteranen mit PTBS

Variable	No PTSD (n = 549)	PTSD (n = 88)	p Value
Age (years)	58 ± 10	59 ± 9	0.3
Men	84%	98%	0.001
Hypertension*	54%	63%	0.1
Hypercholesterolemia†	47%	63%	0.006
Diabetes mellitus‡	25%	29%	0.4
Current smoker	30%	42%	0.03
Body mass index (kg/m²)	29.3 ± 6.2	31.0 ± 5.9	0.02
Creatinine (mg/dl)	1.03 ± 0.22	1.05 ± 0.24	0.3
Systolic blood pressure (mm Hg)	128 ± 14	127 ± 14	0.7
Diastolic blood pressure (mm Hg)	77 ± 8	77 ± 9	0.9
Total cholesterol (mg/dl)	174 ± 46	163 ± 45	0.04
Low-density lipoprotein (mg/dl)	104 ± 34	100 ± 37	0.3
High-density lipoprotein (mg/dl)	44 ± 17	38 ± 13	0.005
Triglyceride (mg/dl)	133 ± 69	141 ± 76	0.3
Framingham Risk Score	12.1 ± 8.1	14.1 ± 6.7	0.02
Coronary artery calcium score	332 ± 336	448 ± 472	0.0001
Follow-up (months)	43 ± 12	39 ± 15	0.04
Mortality	10.4%	17.1%	0.003



Ahmadi et al. , AmJCardiol 108 (2011) 29-33

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

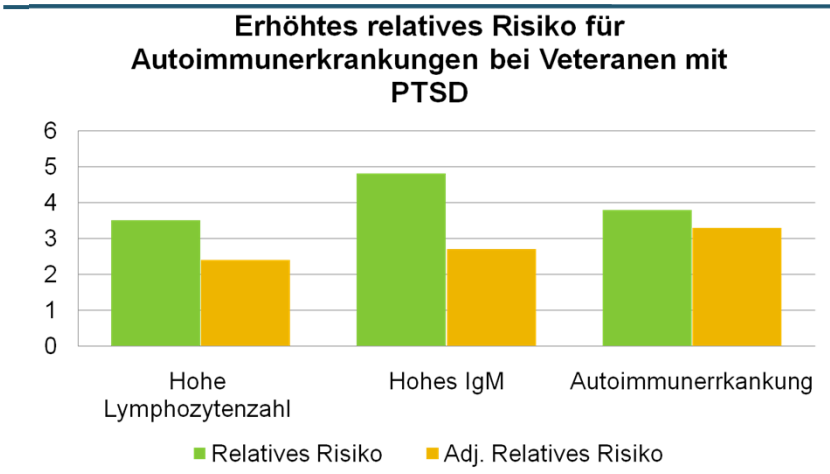
Making a Link Between Childhood Physical Abuse and Cancer

Results From a Regional Representative Survey

Esme Fuller-Thomson, PhD[1,2] and Sarah Brennenstuhl, MSW[2]

BACKGROUND: Abuse in childhood is associated with many negative adult health outcomes. Only 1 study to date has found an association between childhood abuse and cancer. By using a regionally representative community sample, this preliminary study sought to investigate the association between childhood physical abuse and cancer while controlling for 3 clusters of risk factors: childhood stressors, adult health behaviors, and adult socioeconomic status. **METHODS:** Regional data from the Canadian provinces of Manitoba and Saskatchewan were selected from the 2005 Canadian Community Health Survey. Of the 13,092 respondents, 7.4% (n = 1025) reported that they had been physically abused as a child by someone close to them, and 5.7% (95% confidence interval [CI], 4.9-6.6) reported that they had been diagnosed with cancer by a health professional. The regional level response rate was 84%. **RESULTS:** Childhood physical abuse was associated with 49% higher odds (95% CI, 1.10-2.01) of cancer when adjusting for age, sex, and race only. The odds ratio decreased only slightly to 47% higher odds (95% CI, 1.05-1.99) when the model was adjusted for all 3 clusters of risk factors. **CONCLUSIONS:** A significant and highly stable association between childhood physical abuse and cancer was found even when adjusting for 3 clusters of risk factors. Further research focusing on the potential mechanisms linking childhood abuse and cancer is needed.
Cancer 2009;115:3341–50. **© 2009 American Cancer Society.**

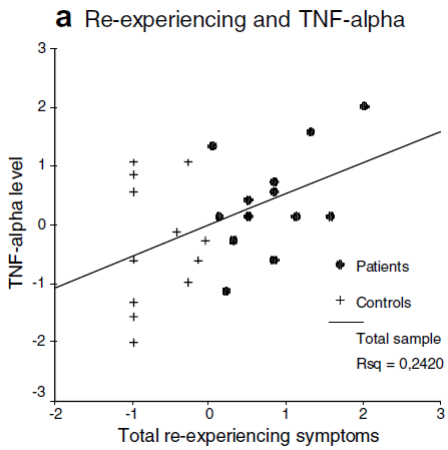
Immunsystem und PTSD



Boscarino, ANYAS 1032 (2004)

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

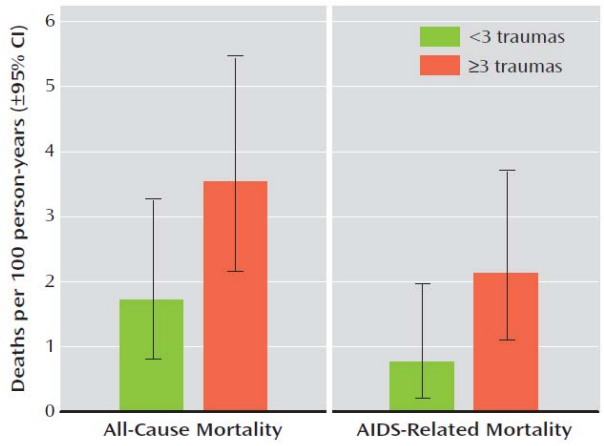
PTSD Symptomatik und Aktivierung des Immunsystems bei Unfallopfern



von Känel, JPsychiatRes 41 (2007)

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Erhöhte Sterblichkeit bei HIV-Infektion abhängig von psychischen Traumatisierungen



Leserman, AmJPsychiatry 164 (2007)

Trauma und körperliche Erkrankung: Pathomechanismen

Stressreaktion	Klinischer Effekt
Noradrenalin Ausschüttung	Erhöhte Aggregation der Blutplättchen, Thrombosegefahr
Erhöhter Sympathikotonus Noradrenalin Ausschüttung Cortisolanstieg	Periphere Vasokonstriktion Hypertonus
Noradrenalin Ausschüttung Erhöhter Sympathikonus	Erhöhte Herzfrequenz, Erhöhtes Risiko kardialer Arrhythmien
Erhöhter Sympathikotonug Noradrenalin Ausschüttung Cortisolanstieg	Erhöhte Insulin-Resistenz, verstärkte Gluconeogenese, Diabetes mellitus
Cortisolanstieg Endokrine Dysregulation (LH/Testosteron, TSH, T3)	Gewichtszunahme, Hyperlipidämie, Erhöhte Insulinresistenz, Arteriosklerose

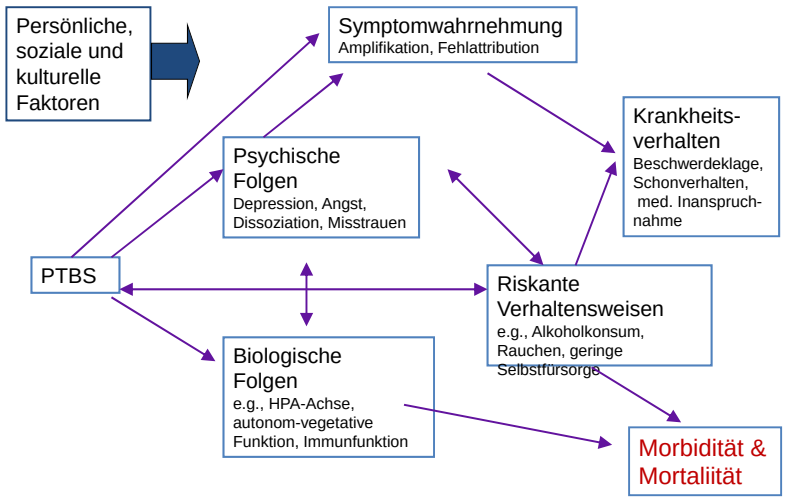
Van Italie, Metabolism 2002

Erfahrungswert: veränderte Stressphysiologie bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen

- Stressassoziierte Fieberzustände
- Akut auftretende heftige Infekte (z.B. Herpes zoster)
- Wechselnde starke Schmerzzustände
- Paradoxe Medikamentenwirkungen
- Verstärkte Nebenwirkungen von Medikamenten (z.B. Zytostatika)

Trauma, PTBS & Gesundheit

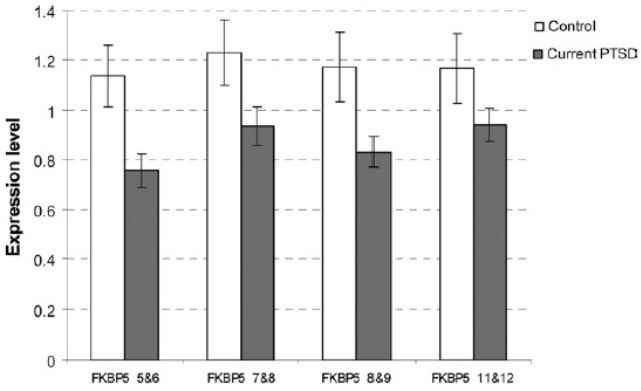
Schema: Schnurr & Jankowsky 1999



Epigenetik: Unterschiede in der Expression stressregulierender Gene bei PTBS Patienten nach 9/11

Gene Expression Patterns Associated with Posttraumatic Stress Disorder Following Exposure to the World Trade Center Attacks

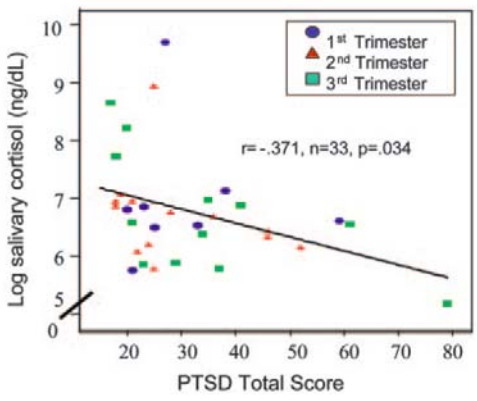
Rachel Yehuda, Guiqing Cai, Julia A. Golier, Casey Sarapas, Sandro Galea, Marcus Ising, Theo Rein,



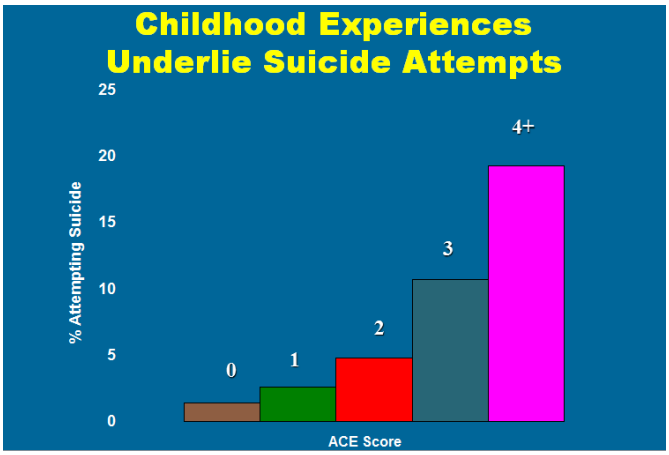
Epigenetik: Transgenerationale Weitergabe von Stressvulnerabilität

Transgenerational Effects of Posttraumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks during Pregnancy

Rachel Yehuda, Stephanie Mulherin Engel, Sarah R. Brand, Jonathan Seckl, Sue M. Marcus, and Gertrud S. Berkowitz



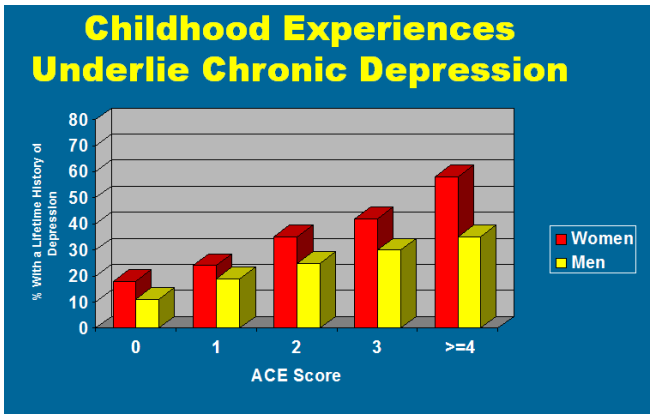
Kindheitsbelastungen und Suizidversuche in der Anamnese



Anda & Felitti 2011

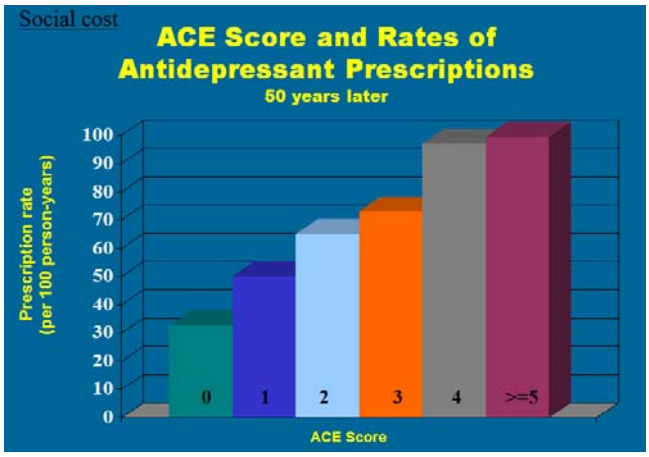
Depressive Störungen und Kindheitsbelastungen

Ist Depression eine normale Antwort auf abnormale Erfahrungen in der Kindheit?



Anda & Felitti 2011

Kindheitsbelastungen und Verordnung von Antidepressiva



Anda & Felitti 2011

Geschätzte direkte Jährliche Kosten von kindlichem Missbrauch und Vernachlässigung in den USA

	Geschätzte Kosten (2007)
Stationäre Behandlungen	**6.626.000 .000 $**
Ambulante Medizinische Versorgung	**1.081.000.000 $**
Jugendfürsorge /Heimunterbringung	**25.361.000.000 $**
Justiz	**33.000.000 $**
Gesamte direkte Kosten	**33.101.000.000 $**

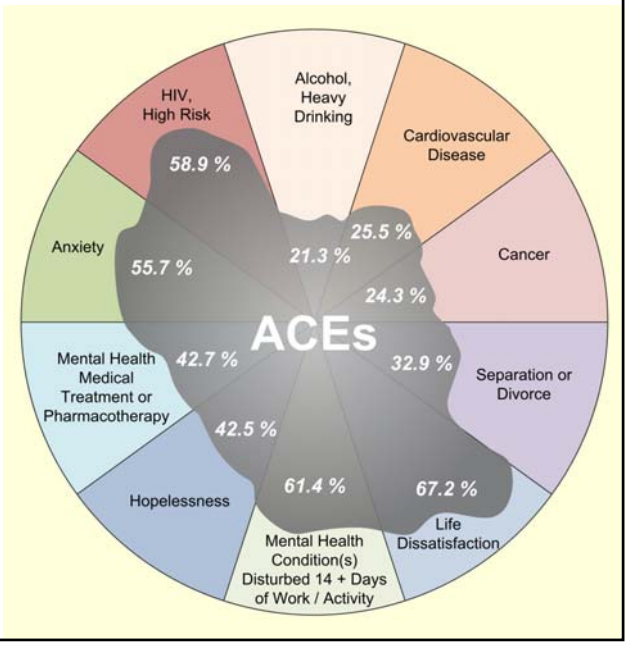
Geschätzte indirekte Kosten für die Gesellschaft: 101.000.000.000 $

Wang & Holton: Economic Impact Study 2007

ACEs und Gesundheitskosten

Ein großer Teil von Gesundheitspro-blemen ist durch traumatische Kindheitsbelastungen (ACEs) bestimmt.

Eine Reduktion der Adverse Childhood Experiences (ACEs) würde zu einer dramatischen Kostenreduktion im Gesundheitswesen führen.



Design

- 30, inzwischen 40 Weibliche BPS Patientinnen mit CSA / CPA
- 25 Kontrollen
- SCID-I, SCID-II, SCID-D, DIB
- DES/FDS, IES-R, TAQ, BDI, SCL-90-R, BPI
- Neuropsychologische Tests
- 3D-MRI

www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

BIOL PSYCHIATRY 2005;57:173–182

Reduced Size and Abnormal Asymmetry of Parietal Cortex in Women with Borderline Personality Disorder

Eva Irle, Claudia Lange, and Ulrich Sachsse

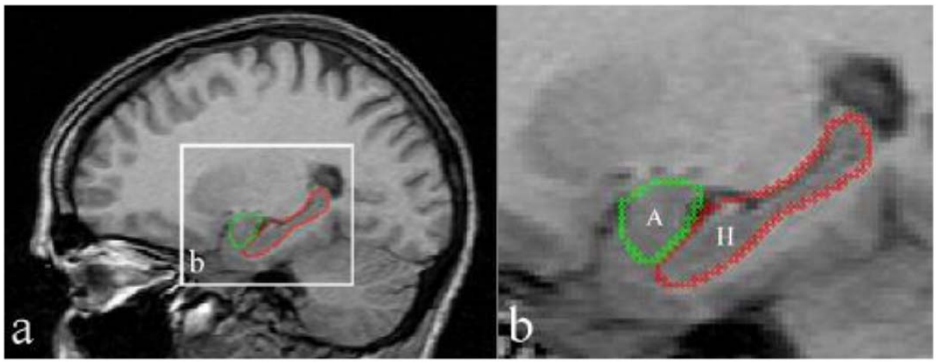
Background: *Evidence is accumulating that suggests borderline personality disorder (BPD) and posttraumatic stress disorder (PTSD) are related to small hippocampal size. Psychotic symptoms are frequent in both disorders. Psychotic spectrum disorders are known to be related to abnormalities of temporoparietal cortices.*

Methods: *Using structural magnetic resonance imaging (3D-MRI), parietal cortex and hippocampal volumes were assessed in 30 young women with BPD who had been exposed to severe childhood sexual and physical abuse and in 25 healthy control subjects.*

Results: *Compared with control subjects, BPD subjects had significantly smaller right parietal cortex (−11%) and hippocampal (−17%) volumes. The parietal cortex of borderline subjects showed a significantly stronger leftward asymmetry when compared with control subjects. Stronger psychotic symptoms and schizoid personality traits in borderline subjects were significantly related to reduced leftward asymmetry. Stronger trauma-related clinical symptoms and neuropsychologic deficits were significantly related to smaller hippocampal size.*

Conclusions: *Our results are consistent with previous findings of small hippocampal size in BPD and PTSD. Reduced right parietal cortex size in individuals with BPD may reflect a neurodevelopmental deficit of the right hemisphere.*

Acta Psychiatrica Scandinavica



BIOL PSYCHIATRY 2005;57:173–182 E. Irle et al

Kleinere Hippocampus Volumina Links und Rechts bei BPS (?/PTBS)

Karl A, Schaefer M, Malta LS, Därfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. Neurosci Biobehav Rev 2006;30:1004–1031.

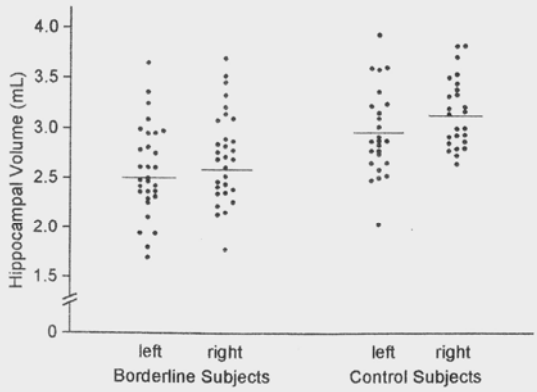


Figure 4. Scatter plot of left and right hippocampal volumes (mL) for subjects with borderline personality disorder and healthy control subjects. Group means are indicated by horizontal lines.

Trauma-bezogene Symptome und Hippocampus Volumen

- Mehr Intrusionen (IES-R) – geringeres Hippocampus Volumen rechts (r=-.56; p=.003)
- Mehr hyperarousal (IES-R) – geringeres Hippocampus Volumen: links (r=-.39; p=.047) und rechts (r=-.44; p=.026)
- Längere Dauer der PTBS-Symptome – geringeres linkes Hippocampus Volumen (r=-.54; p=.002)
- Anke Karl, Andreas Maercker et al.2006: Meta-Analyse

Neglect (Vernachlässigung) und Hippocampus Volumen

- Erheblichere Vernachlässigung (TAQ) während Kindheit und Adolescenz – geringeres Hippocampus Volumen links (rs=-.57; p=.002) und rechts (rs=-.43; p=.024)

Acta Psychiatrica Scandinavica

Acta Psychiatr Scand 2008: 118: 281–290
All rights reserved
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01246.x

Copyright © 2008 The Authors
Journal Compilation © 2008 Blackwell Munksgaard

ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders

Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders.

Objective: Trauma-exposed individuals with post-traumatic stress disorder (PTSD) display reduced amygdala and hippocampal size and impaired cognition. However, studies on trauma-exposed individuals with dissociative amnesia (DA) or dissociative identity disorder (DID) are lacking.
Method: Twenty-three young women who had experienced severe childhood sexual/physical abuse, diagnosed with DA/DID or PTSD, and 25 healthy control subjects were subjected to 3D structural magnetic resonance imaging of amygdala and hippocampus and a clinical and neuropsychological investigation.
Results: Compared with controls, trauma-exposed subjects with PTSD (n = 10) displayed significantly reduced amygdala and hippocampal size and significantly impaired cognition. By contrast, trauma-exposed subjects with DA or DID (n = 13) displayed normal amygdala and hippocampal size and normal cognition.
Conclusion: We report for the first time volumetric results in subjects with DA/DID without PTSD as comorbid diagnosis. Our results indicate preserved amygdala and hippocampal size and preserved cognition in subjects with these disorders.

G. Weniger[1], C. Lange[2], U. Sachsse[3], E. Irle[2]

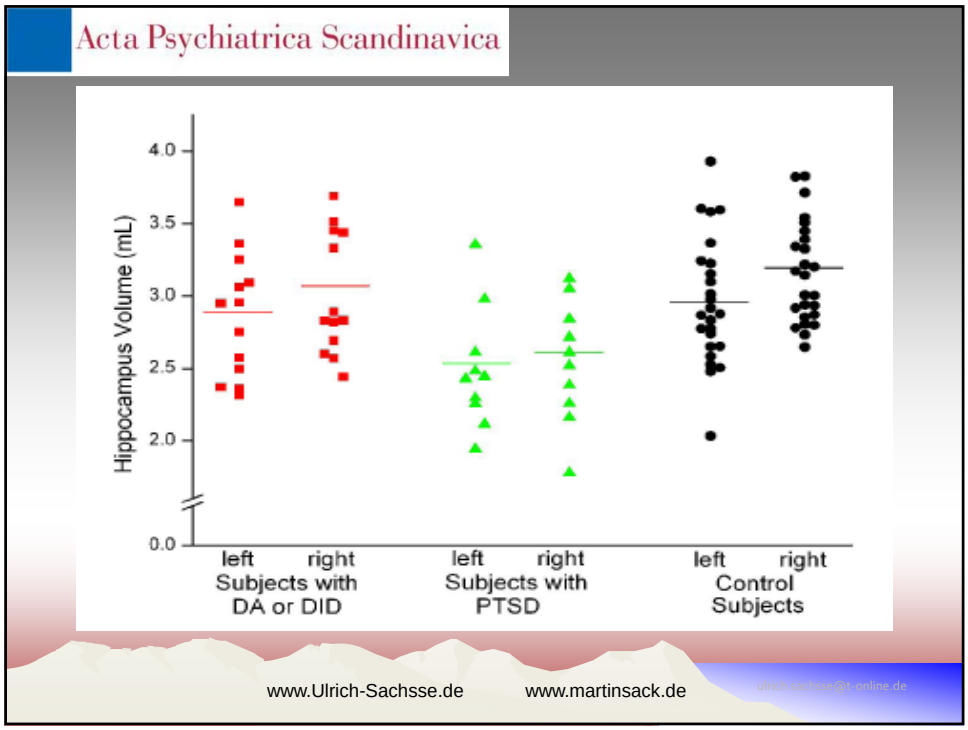
[1]Department of Social and General Psychiatry, University of Zürich, Zürich, Switzerland, [2]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Göttingen, Göttingen and [3]Asklepios Psychiatric Hospital, Göttingen, Germany

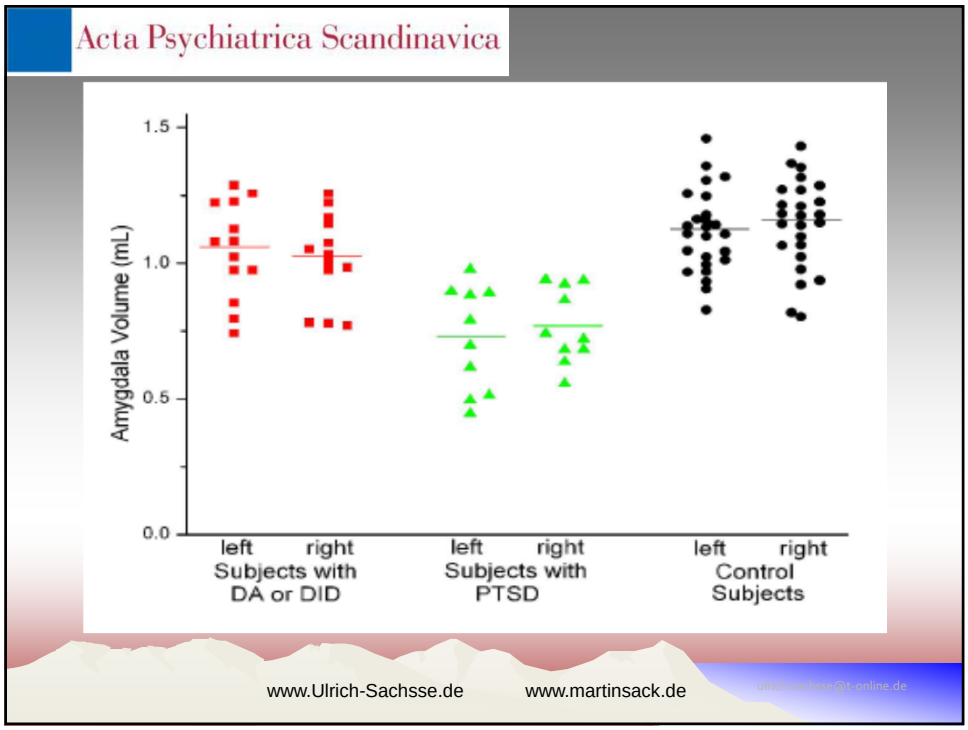
Key words: post-traumatic stress disorder; trauma; dissociative amnesia; dissociative identity disorder; 3D magnetic resonance imaging

Prof. Dr Eva Irle, Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Göttingen, Von-Siebold-Str. 5, D-37075 Göttingen, Germany.
E-mail: eirle@gwdg.de

Accepted for publication June 26, 2008

www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de


Acta Psychiatrica Scandinavica
Hippocampus Volume (mL)
4.0
3.5
3.0
2.5
2.0
0.0
left
right
Subjects with DA or DID
left
right
Subjects with PTSD
left
right
Control Subjects
www.Ulrich-Sachsse.de
www.martinsack.de


Acta Psychiatrica Scandinavica
Amygdala Volume (mL)
1.5
1.0
0.5
0.0
left
right
Subjects with DA or DID
left
right
Subjects with PTSD
left
right
Control Subjects
www.Ulrich-Sachsse.de
www.martinsack.de

Acta Psychiatrica Scandinavica

Significant outcomes

- Small size of amygdala and hippocampus and impaired cognition seems to be primarily related to PTSD but not to high-order dissociative disorders.
- Accordingly, amygdala and hippocampal size seems to be primarily related to PTSD symptoms and cognitive deficits.
- Possibly, normal amygdala and hippocampal size protects trauma-exposed individuals from developing PTSD and stress-related cognitive deficits.

Limitations

- Sample sizes were relatively small. Larger samples would probably reveal subtle but statistically significant brain changes and cognitive changes in dissociative amnesia (DA) and dissociative identity disorder (DID).
- Subjects with DA and DID were combined in one group. Future studies should elucidate whether DA and DID differ with respect to brain changes and cognitive changes.
- Investigating trauma-exposed subjects without comorbid depression could clarify whether high-order dissociative disorders are related to any structural brain changes or cognitive deficits.

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

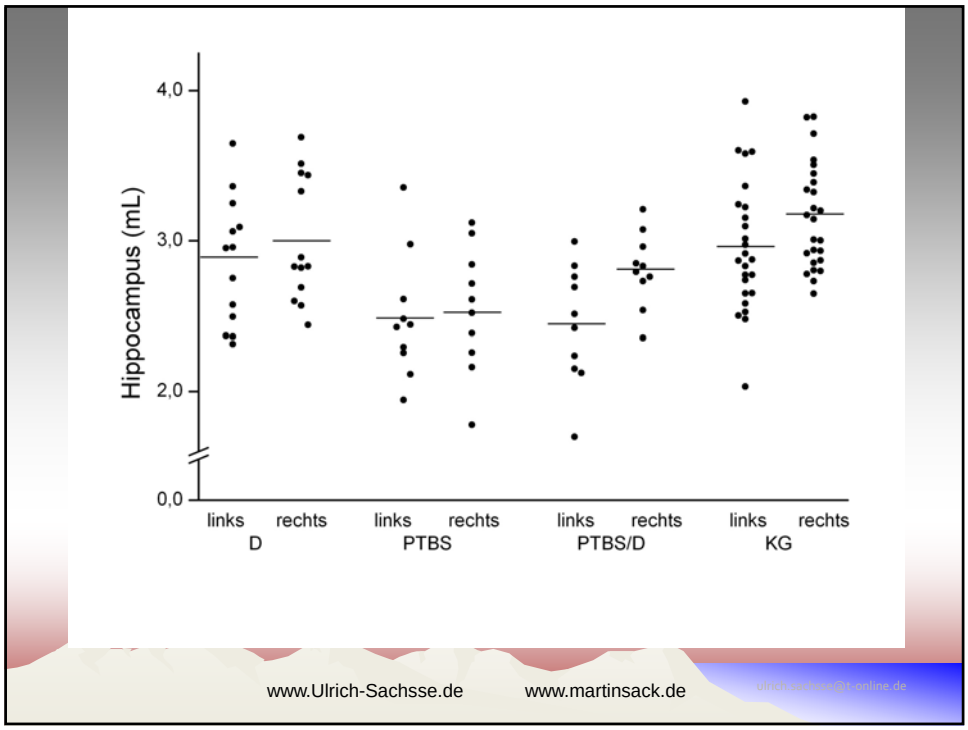
Acta Psychiatr Scand 2009: 119: 330–331
All rights reserved

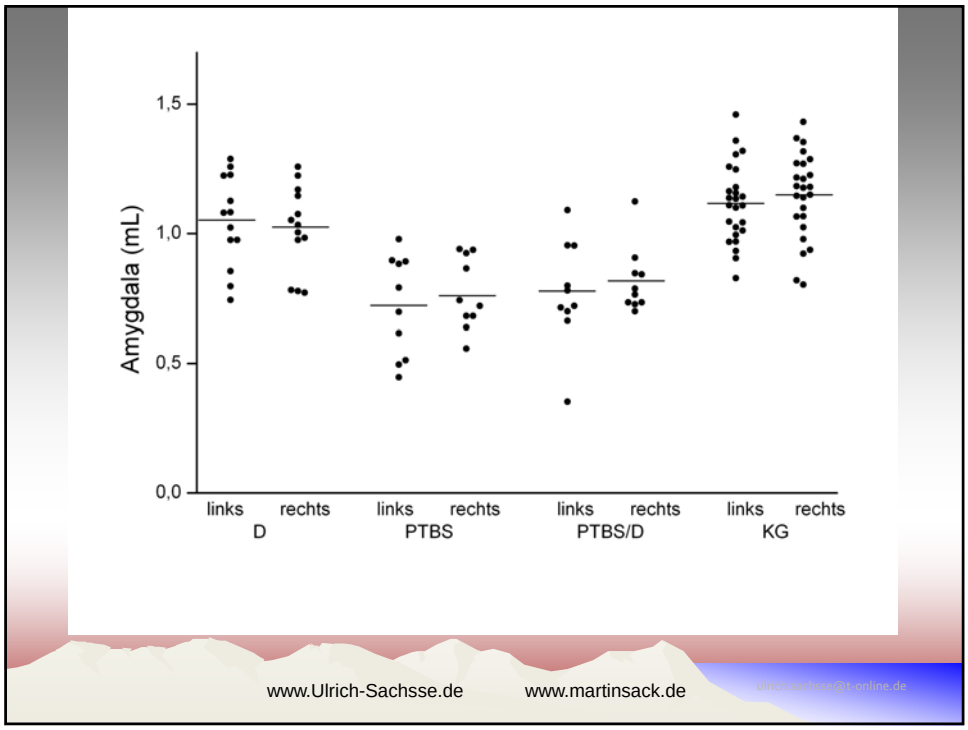
© 2009 John Wiley & Sons A/S
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

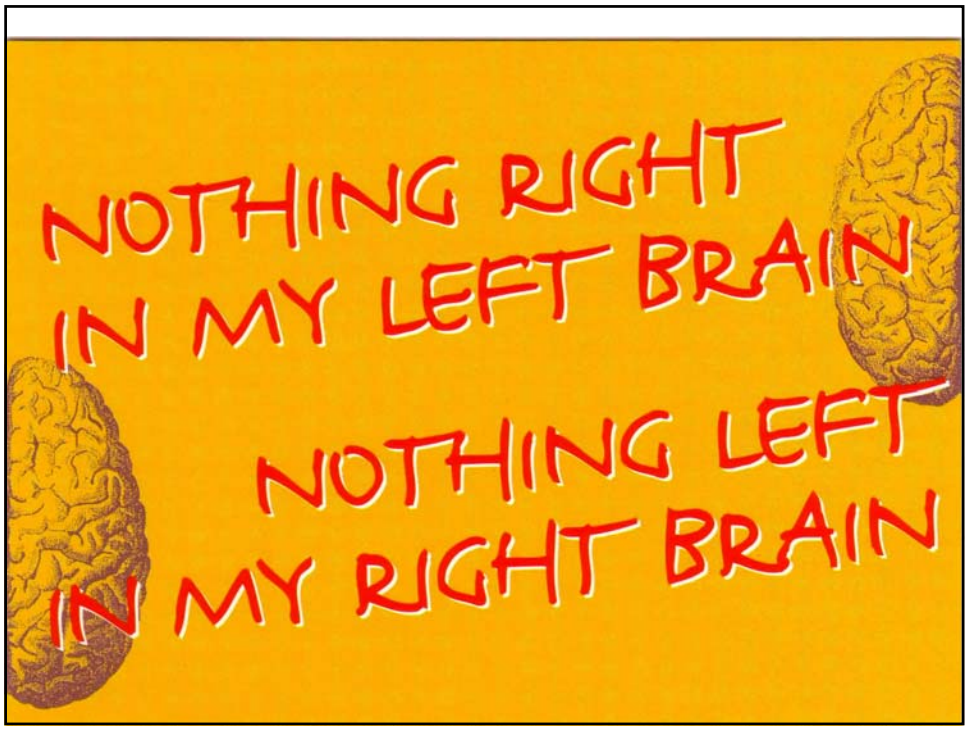
Letter to the Editor

Further evidence that post-traumatic stress disorder but not dissociative disorders are related to amygdala and hippocampal size reduction in trauma-exposed individuals

www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de


Hippocampus (mL)
4,0
3,0
2,0
0,0
links
rechts
D
PTBS
PTBS/D
KG
www.Ulrich-Sachsse.de
www.martinsack.de

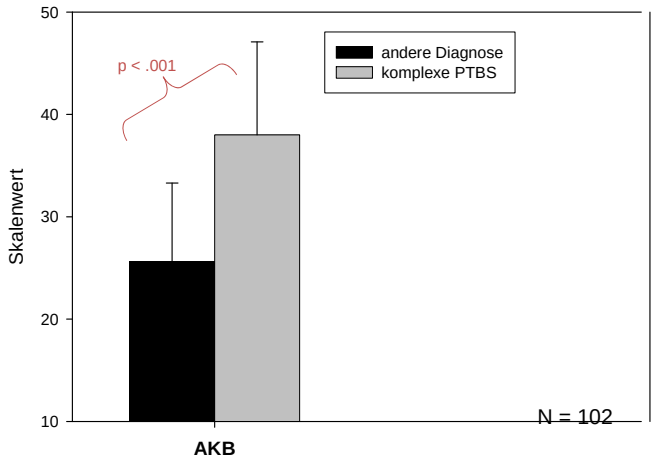

Amygdala (mL)
1,5
1,0
0,5
0,0
links
rechts
D
PTBS
PTBS/D
KG
www.Ulrich-Sachsse.de
www.martinsack.de



Störungen des Körperbildes als Traumafolge

Fernando Botero, 2005

Signifikant erhöhte Ablehnende Körperbewertung (AKB) bei Patienten mit komplexer PTBS



Korrelationen: Körperbildstörungen und Alter während Ersttraumatisierung

		Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung
Ablehnende Körperbewertung	Korrelation nach Pearson	-.344
	Signifikanz (2-seitig)	.001
	N	91

Somatoforme Intrusionen

- Es existiert keinerlei publizierte Forschung zu dieser speziellen Fragestellung
- Intrusive Körpererinnerungen können leicht als Symptome einer körperlichen Erkrankung fehlinterpretiert werden
- In der Regel lassen sich Auslösereize eruieren und deren Wirkung entschärfen
- Besonderheit: Intrusionen von Ekel und Beschmutzung als körpernahe oft sehr quälende Traumasymptomatik
- Körpertherapeutische Interventionen können sehr hilfreich sein, z.B. durch Aktivierung von Körperressourcen als 'Gegenmittel' und Möglichkeit zu Selbsthilfe

Differentialdiagnose intrusiver Körperbeschwerden

Somatisierung	Somatoforme Intrusionen
▪ **Beschwerdemuster:** wechselnd, verschiede Organbereiche betroffen	▪ **Beschwerdemuster:** immer in nahezu gleicher Weise und Lokalisation
▪ **Charakteristik:** chronisch, quälend, wenig Veränderung	▪ **Charakteristik:** akut, sehr hoher Leidensdruck, starke Schwankungen möglich
▪ **Auslöser:** chronische Belastung durch Konflikte und Streß	▪ **Auslöser:** spezifische Auslöser

Konsequenzen für den traumatherapeutischen Umgang mit Körpererinnerungen

Bezogen auf die phobische Komponente der Störung :

- Es geht darum, dass Patienten Vermeidungsverhalten bezogen auf den eigenen Körper aufgeben und einen funktionalen Umgang mit ihrem Körper entwickeln

Bezogen auf die Bearbeitung maladaptiver impliziter Körpererinnerungen:

- Gleiche Behandlungslogik wie Bearbeitung anderer impliziter traumatischer Erinnerungen
- Es geht um die Verarbeitung und Integration maladaptiver somatosensorischer Information
- Aktualisierung, Neubewertung und Neuverknüpfung mit funktionalen Informationen

Spektrum der Behandlungsziele in der Körpertherapie traumatisierter Patienten

- **Ressourcenaktivierung und Stabilisierung**
  - Halt und Sicherheit erleben
  - Grenzen wahrnehmen und behaupten
  - Körperwahrnehmung verbessern
  - Positiven Bezug zum eigenen Körper fördern
- **Bearbeitung von Traumafolgesymptomen in der Körpertherapie**
  - Körpergedächtnis elaborieren
  - Körperressourcen mobilisieren
  - Integrieren von (z.B. motorischen) Erinnerungsfragmenten
- **Weitere körpertherapeutische Behandlungsziele**
  - Arbeit an Körperhaltung und Bewegungsmustern
  - Körperliche Erregung kontrollieren lernen
  - Kontakt- und Beziehungsfähigkeit fördern

Fazit: Machen Traumatisierungen körperlich krank?

Was ist neu?

- Studien zur Epigenetik zeigen, dass durch Traumatisierungen erworbene Schädigungen in die nächsten Generationen vererbt werden können

Was ist aktuell kontrovers?

- Es müssen dringend gesellschaftliche Konsequenzen (Prävention, frühe Hilfen) aus den Befunden zu kindlichen Traumatisierungen gezogen werden

Was hat sich bewährt und kann empfohlen werden?

- Erhöhte Stressvulnerabilität bei traumatisierten Patienten auch bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen berücksichtigen

Welche weiteren Entwicklungen sind abzusehen?

- Biologische Marker für Stressvulnerabilität werden zunehmend erforscht

Unsere Themen: Alles Trauma oder Was?

Montag: Was ist ein Trauma, was ist eine Traumafolgestörung?

Dienstag: Stabilisieren oder Konfrontieren?

Mittwoch: Machen Traumatisierungen körperlich krank?

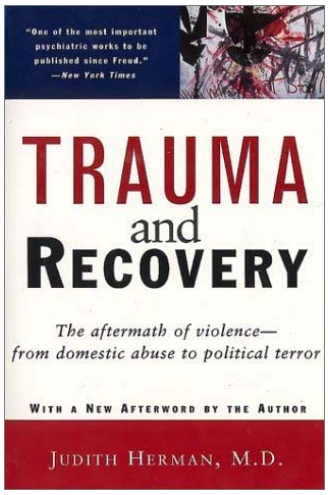
Donnerstag: Sind Persönlichkeitsstörungen Traumafolgestörungen?

Freitag: Wie nutzt die Traumaperspektive der allgemeinen Psychotherapie?

Von der PTBS zur kPTBS

- 1989 und 1991 erschienen zwei Arbeiten von Judith Lewis Herman, Bessel von der Kolk und JC Perry
- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989): Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 146, 490-495.
- van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL (1991). "Childhood origins of self-destructive behaviour." Am J Psychiat 148: 1665-1671.
- Aussagen:
- Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist auf Traumatisierungen, insbesondere sexualisierte Gewalt in der Kindheit ursächlich zurückzuführen
- Selbstverletzendes Verhalten, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Kindheitstraumata korrelieren ganz erheblich
- Die Kategorie „Borderline-Persönlichkeitsstörung BPS“ sollte im DSM ersetzt werden durch die Kategorie „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung kPTBS“

Komplexe PTBS: Judith Herman 1992



Spezifische Komorbidität bei BPD

Selbstverletzendes Verhalten 30 – 75%
Suizidversuche 70 – 90%

Prävalenz PTBS: 50 – 80%
Prävalenz Traumatisierungen: 60 – 90%

Folie: Martin Bohus

Aktueller Diskussionsstand

- Antonia S. New, Joseph Triebwasser, and Dennis S. Charney: **The Case for Shifting Borderline Personality Disorder to Axis I.** BIOL PSYCHIATRY 2008;64:653–659:
- Erwachsene mit BPS berichten viel häufiger von Gewalterfahrungen in der Kindheit als andere Menschen, auch Menschen mit anderen PS (60-80 %)
- 20-40 % der Personen mit BPS berichten nicht von Kindheitstraumata wie CSA/CPA
- 80 % der Menschen mit CSA haben keine PS, auch keine BPS
- Follow-up Studien nach erwiesenem CSA ergeben hohe Verarbeitungs- und Resilienz-Raten
- CSA, CPA und emotional abuse/verbale violence/neglect sind alle für sich genommen Prädiktoren von BPS

Übersichten

Nervenarzt 2004 · 75:451–459
DOI 10.1007/s00115-003-1612-4
Online publiziert: 5. November 2003
© Springer-Verlag 2003

M. Sack · Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist ein durch traumatische Erlebnisse ausgelöster Beschwerdekomplex mit den Symptombereichen Wiedererleben, Vermeidungsverhalten sowie vegetative Übererregbarkeit. Dieses charakteristische Muster von Symptomen tritt nach Traumatisierungen verschiedenster syndromen, führen können [2, 31]. Die lange Zeit dominierende Lehrmeinung, dass psychische Traumafolgen eine letztlich auf persönliche Schwäche zurückzuführende Ausnahmeerscheinung seien, wurde durch diese Befunde endgültig widerlegt.

Im Zuge der seit Ende der 1970er Jahheitstraumatisierungen wurden körperliche Beschwerden unklarer Ätiologie [59], dissoziative Symptome [58], chronisches selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten [43, 64] und eine verzerrte kognitive und affektive Selbstwahrnehmung [41] beschrieben. Diese Befunde gaben Anlass zur Diskussion, inwieweit

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Mitarbeiter der Multizenterstudie komplexe PTBS & BPD

Projektleiter:
PD Dr. med. Martin Sack (München)
Dr. med. Birger Dulz (Hamburg)
Prof. Dr. med. Ullrich Sachsse (Göttingen)
Dr. phil. Bettina Overkamp (Berlin)

Projektmitarbeiter, Doktorandinnen und Doktoranden:
Elke Baumann
Melanie Cillien
Henriette Dluzak-Boysen
Sandra Helmke-Jäger
Sabine Leopoldt
Kathrin Ratgeber
Melanie Sauer
Agnes Schütz
Stephan Waldow

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Borderline Persönlichkeitsstörung	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
Impulsivität in mindestens 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen	Störung der Affektregulation mit impulsiven und risikoreichen Verhaltensweisen
Wiederholte suizidale Handlungen, Suiziddrohungen	Selbstverletzendes und suizidales Verhalten
Affektive Instabilität und Stimmungsschwankungen	Störung der Affektregulation, Impulsivität und autodestruktives oder risikoreiches Verhalten
Chronisches Gefühl von Leere	-
Unangemessene heftige Wut	Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren
Ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	**Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Scham, Gefühl, isoliert von anderen Menschen zu sein**
Vorübergehende paranoide oder dissoziative Symptome	Dissoziative Symptomatik
Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen (Idealisierung und Entwertung)	**Extremes Misstrauen, Tendenz erneut zum Opfer zu werden**
	Somatoforme Köperbeschwerden
Verzweifeltes Bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden	-
-	**Fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen**

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Multizenterstudie komplexe PTBS & Borderline Persönlichkeitsstörung

Fragestellung:
- Ist die komplexe PTBS eine abgrenzbare Diagnose?
- Wie hoch ist die Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline PS in spezialisierten Behandlungseinrichtungen?

Methode:
- Interviewdiagnostik, Fragebögen

Multizentrische Datenerhebung in 6 Behandlungseinrichtungen
- Traumastation Asklepios Klinikum für Psychiatrie Göttingen
- Borderline Station Aslkepios Klinikum Hamburg Ochsenzoll
- Tagesklinik Psychiatrie Aslkepios Klinikum Hamburg Ochsenzoll
- Forensische Psychiatrie (Hamburg, Bremen, Neustadt)
- Psychiatrische Klinik Lübben
- Traumaambulanz Medizinische Hochschule Hannover

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Einschlußkriterien

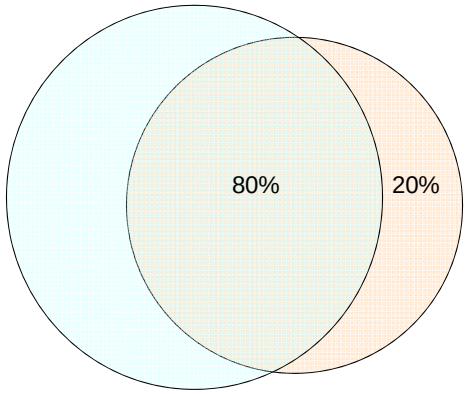
Mindestens eine der folgenden Diagnosen:

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Gesamtstichprobe:

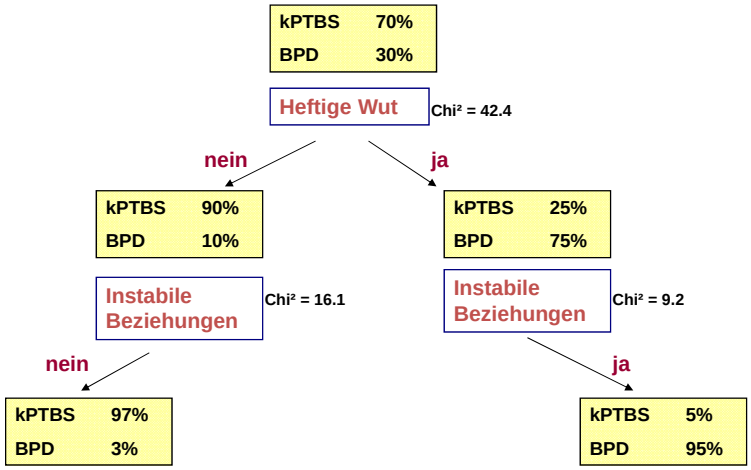
	N	%
PTSD aktuell	239	87.2
PTSD Lebenszeit	244	89.1
Borderline Persönlichkeitsstörung aktuell	148	54.0
Borderline Persönlichkeitsstörung Lebenszeit	197	71.9
Komplexe PTBS aktuell	189	69.0
Komplexe PTBS Lebenszeit	218	79.6
Gesamt	274	100

Prävalenz komplexe PTBS bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen



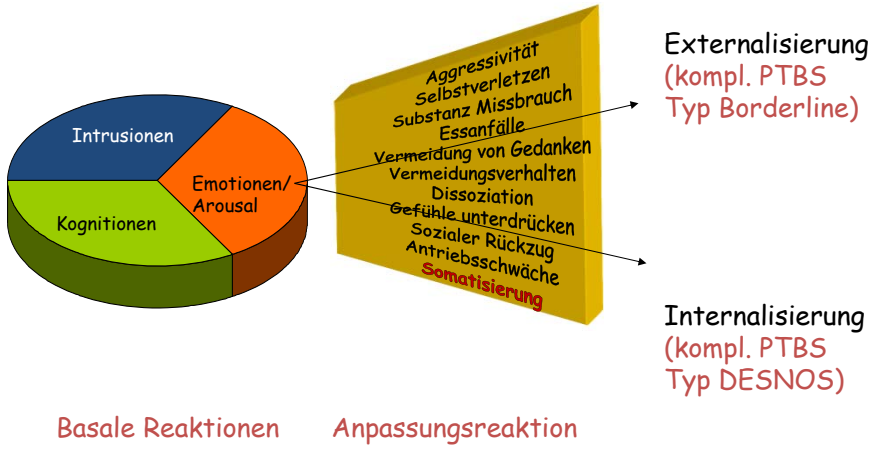
www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Klassifikationsdiagramm: Differenzierung BPD von kPTBS



www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Zwei Typen der komplexen PTBS
Resick (2007)



www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

PTBS, komplexe PTBS und komplexe Dissoziative Störungen bei 136 Patienten mit Borderline-Störung

Studienort	N	PTBS	Komplexe PTBS	Komplexe dissoziative Störung
Göttingen Traumastation	22	22 (100%)	14 (64%)	12 (55%)
Hannover Traumaambulanz	20	16 (80%)	11 (55%)	6 (30%)
Hamburg Tagesklinik	32	27 (84%)	16 (50%)	15 (47%)
Hamburg Borderline-Station	42	26 (60%)	22 (52%)	18 (43%)
Lübben Traumaambulanz	20	18 (90%)	12 (60%)	5 (25%)
Gesamt	**136**	**108 (79%)**	**75 (55%)**	**56 (41%)**

Sack, Sachsse, Overkamp, Dulz: Nervenarzt (2012) im Erscheinen

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Behandlungsergebnisse bei BPS I (Zanarini und Hörz)

- 1960-1970: Nach kürzeren Behandlungen ambulant und stationär kaum gebessert, Funktionsniveau wie bei Schizophrenie (Grinker et al 1968; Werble 1970; Gunderson et al 1975, 1977)
- 1980-1990 (DSM III): Zwei Drittel der behandelten BPS-Patienten erfüllen 3-7 Jahre nach Behandlung die BPS-Kriterien (Pope et al 1983; Barasch et al 1985)

Behandlungsergebnisse bei BPS II (Zanarini und Hörz)

- 1990-2000: 50 % der BPS-Pat erfüllen nach 5 Jahren nicht mehr die BPS-Kriterien (Links et al 1995, 1998)
- Langzeitstudien von McGlashan, Paris und Stone: Nach 10 Jahren gutes Funktionsniveau (vergleichbar depressiven Pat), keine Schizophrenie, zu zwei Drittel oder mehr keine BPS-Diagnose nach DSM

Behandlungsergebnisse bei BPS III (Zanarini und Hörz)

- McLean Study of Adult Development (MSAD): Zanarini et al
- Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): McClashan et al
- Ein Drittel nach 2 J, zwei Drittel nach 6 J, 85 % nach 10 J keine BPS-Kriterien mehr
- Alle Patienten in psychotherapeutischer Behandlung

Behandlungsergebnisse bei BPS IV (Zanarini und Hörz)

- Ein schlechterer Verlauf bei CSA und Sucht-Entwicklung
- Schlechtere Behandlungsergebnisse bei BPS+PTBS und BPS+Sucht
- Besonders spät oder gar nicht änderten sich die Kriterien 1 und 2: Angst vor dem Verlassenwerden versus Intensive, aber ambivalente Beziehungen

Aktuelle BPS-Therapie-Methoden

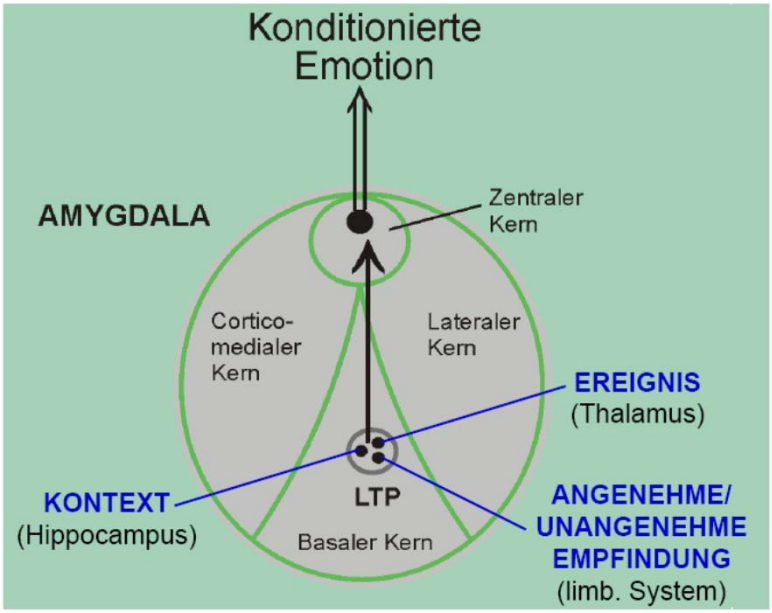
- Dialektisch Behaviorale Therapie DBT
- Mentalisierungsbasierte Psychotherapie MBT
- Übertragungs-fokussierte Therapie TFP
- Strukturbezogene Psychotherapie
- Schematherapie SFT
- Traumazentrierte Psychotherapie-Methoden

Das Problem zu etwas „Drittem“ machen

Grande und Schauenburg 2007

Wie viele Sozialarbeiter braucht es, um eine Glühbirne einzuschrauben?

www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de



Aktuelle Literatur

Matthias Hermer und Bernd Röhrle (Hrsg)
Handbuch der therapeutischen Beziehung.
Band 1 und 2. Tübingen, dgvt Verlag 2008

Jerome Frank postuliert in seinem Buch „Die Heiler“ 1961, für magisch-schamanistische Heilrituale, religiöse Bekehrungen, Gehirnwäsche, medikamentöse Plazebo-effekte und Psychotherapie seien folgende Faktoren wesentlich:

- Eine intensive, emotional aufgeladene Beziehung
- Die Bekämpfung der Demoralisierung durch Eingeben von Hoffnung
- Ein Mythos als ursächliche Erklärung für die Not des Betroffenen
- Orientierung über Wege, mit dem Problem umzugehen
- Die Vermittlung von Erfolgserlebnissen

Hermes und Röhrle in HR 2008 Bd 1 S. 22f

Therapeutische Beziehung und Therapieeffekt (Lambert & Barley)

- Psychotherapie generell ist effektiv. Dem durchschnittlich behandelten Patienten geht es besser als 80 % der unbehandelten Menschen
- 15 % Erwartungseffekte (Placebo)
- 15 % Methode
- 30 % Therapeutische Beziehung
- 40 % Extratherapeutische Veränderungen

Lambert & Barley in HR 2008 Bd 1 S 109-139

Aktuelle Heilungsmythen

- **Nachreifung** in der und durch die therapeutische Beziehung
- Nuture
- Umwelteinfluss
- Therapieforschung
- Zweitkindheit

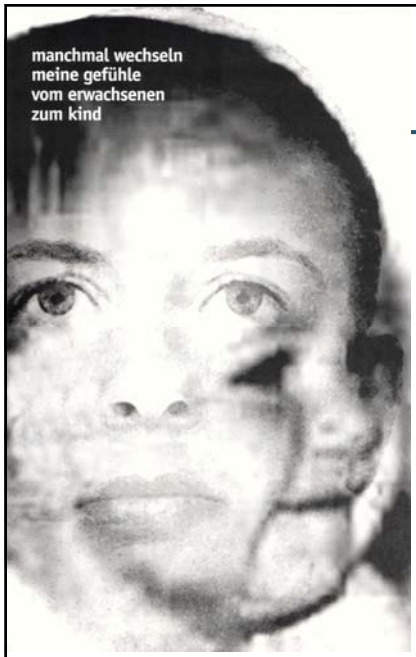
- **Selbstheilung** durch eigene Ressourcen und die Selbstheilungskräfte
- Nature
- Genetische Anlage
- Resilienzforschung
- Coaching

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Dilemma einer therapeutischen Beziehung bei komplex Traumatisierten

- Mobilisierung der pathogenen Kindheitsmuster (Bindungsmuster Typ D) in regressiven States
- Langfristige Abhängigkeitsverhältnisse mit konfusen, widersprüchlichen Beziehungsmustern
- Mentalisierungsproblematik
- Beziehung kann traumatische Erfahrungen antriggern

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de



Unkontrollier-bare

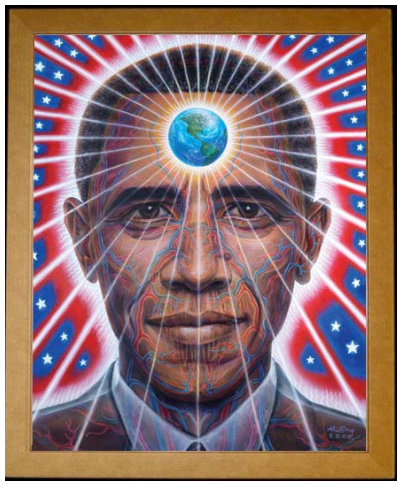
Spontan-Regressionen

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Thomas Insel:
Is Attachement An Addictive Disorder?

- Hüther: Medikament Mit-Affe
- Droge Arzt / Therapeut
- Therapie als stabilisierende Erhaltungsdosis, nicht als Veränderungs- und Entwicklungsmedium
- Problemkonzept „Nachreifung“

Haben zwischenmenschliche Beziehungen ein Abhängigkeitspotential?



Mentalisierung

- Entwicklung einer Theory of Mind
- Entwicklung der Selbstwirksamkeit
- Entwicklung von Reversibilität
- Entwicklung eines Übergangsraumes, eines Spielraumes, des Als-ob
- Pretend-Modus versus Äquivalenz-Modus
- Metaebene
- Subjekt als Objekt der Selbstbeobachtung

Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei komplex Traumatisierten:

Zwei Erwachsene kümmern sich um traumatisierte innere Kind-States

Möglichkeiten zur Aktivierung einer reflexiven Metaebene

- **Vereinbaren eines reflexiven Arbeitsmodus:**
- 'Ich brauche Sie als aktiven Partner für die Bearbeitung der traumatischen Belastungen. Ich werde Sie im Verlauf immer wieder fragen, was Sie aus der heutigen Sicht über die Wahrnehmungen denken, die zusammen mit der alten Belastung auftauchen.'
-
- **Bei Bedarf in die Beobachterrolle wechseln:**
- Wie beurteilen Sie aus heutiger Sicht die damalige Situation?'
-
- **Reflexive Evaluation von emotionalen Reaktionen anregen:**
- 'Was denken Sie heute als Erwachsene über diese Situation? Hätte das Kind wirklich eine Chance gehabt, sich zu wehren?'

Für viele komplex traumatisierte PatientInnen ist eine alltäglich professionelle, durchschnittlich gute therapeutische Beziehung die mit Abstand beste zwischenmenschliche Beziehung, die sie je hatten

Fazit: Sind Persönlichkeitsstörungen Traumafolgestörungen?

Was ist neu?

- Wenn schwere Bindungsstörungen als Traumafolgestörungen verstanden werden, sind Persönlichkeitsstörungen auch Traumafolge

Was ist aktuell kontrovers?

- Welche therapeutische Beziehungsgestaltung hilfreich oder schädlich für die Behandlung von Borderline-Störungen ist

Was hat sich bewährt und kann empfohlen werden?

- Arbeit mit der ‚Elternseite', mit dem Dritten auf der Metaebene, mit dem Mentalisierungsraum

Welche weiteren Entwicklungen sind abzusehen?

- Arbeit an der Bindungsproblematik bei Typ D Bindungsstörungen wird an Bedeutung gewinnen

Unsere Themen: Alles Trauma oder Was?

Montag: Was ist ein Trauma, was ist eine Traumafolgestörung?

Dienstag: Stabilisieren oder Konfrontieren?

Mittwoch: Machen Traumatisierungen körperlich krank?

Donnerstag: Sind Persönlichkeitsstörungen Traumafolgestörungen?

Freitag: Wie nutzt die Traumaperspektive der allgemeinen Psychotherapie und der Gesellschaft?

Alles Traumatherapie oder was?

Traumatherapie = Spezialbehandlung

- Traumaspezifische Stabilisierung und Ressourcenaktivierung
- Konfrontative Behandlung von Traumafolgesymptomen
- Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen und Emotionen (Scham, Schuld, Ekel etc.)
- Trauerarbeit nach Verlusten, bei bleibenden Schädigungen, nicht mehr nachholbaren Entwicklungsbehinderungen

Traumatherapie = Teil der allgemeinen Psychotherapie

- Psychotherapie hat immer mit Folgen von Stressbelastungen oder Traumatisierungen zu tun
- Alle Psychotherapeuten benötigen daher Kenntnisse in der Behandlung von Traumafolgen
- Es macht keinen Sinn, spezielle traumatherapeutische Behandlungsmethoden abzugrenzen, da es sowieso ein integratives therapeutisches Vorgehen braucht

Grundstrategien von Traumatherapie im engeren Sinne

‚Traumabearbeitung'

- Konfrontative Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik
- (Re-) Konstruktion eines Narrativs über das Trauma
- Bearbeitung traumaassoziierter emotionaler Reaktionen und Kognitionen

Behandlung dissoziativer Symptome

- Förderung der Inneren Kommunikation
- Reduktion dissoziativer Bewältigungsmuster im Alltag

Traumaspezifische Stabilisierung

- Förderung der Gegenwartsorientierung und der Mentalisierung
- Förderung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit

Alles Traumatherapie oder was?

Traumatherapie = Spezialbehandlung

- Traumaspezifische Stabilisierung und Ressourcenaktivierung
- Konfrontative Behandlung von Traumafolgesymptomen
- Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen und Emotionen (Scham, Schuld, Ekel etc.)
- Trauerarbeit nach Verlusten, bei bleibenden Schädigungen, nicht mehr nachholbaren Entwicklungsbehinderungen

Traumatherapie = Teil der allgemeinen Psychotherapie

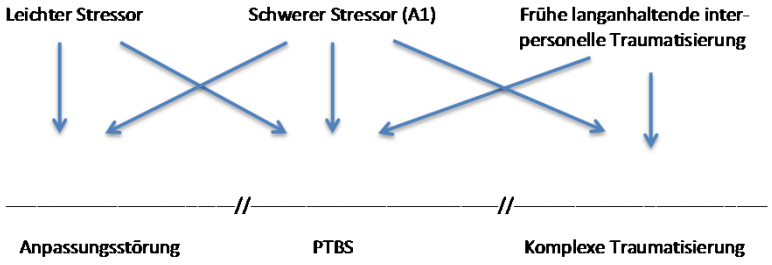
- Psychotherapie hat immer mit Folgen von Stressbelastungen oder Traumatisierungen zu tun
- Alle Psychotherapeuten benötigen daher Kenntnisse in der Behandlung von Traumafolgen
- Es macht keinen Sinn, spezielle traumatherapeutische Behandlungsmethoden abzugrenzen, da es sowieso ein integratives therapeutisches Vorgehen braucht

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Stressorenbasiertes Konzept der Ätiologie psychischer Störungen (Thomas Hensel)

In der psychotraumatologischen Denkweise wird den „Stressoren" eine zentrale, wenn nicht kausale Rolle bei der Entstehung (und Behandlung) psychischer Dysfunktionalität/Symptomatik zugesprochen.

Dabei gibt es keinen *linearen* Zusammenhang zwischen der „objektiven" Schwere des Stressors und seiner psychischen Wirkung.



www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

‚Innere Not' / Entwicklungsbedürfnisse bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen

- Sicherheit und Kontrolle gewinnen
- Zuwendung und Beachtung erfahren
- Unterstützung erleben
- Selbstfürsorge ausüben
- Eigene Bedürfnisse formulieren
- Grenzen setzen lernen
- Sich als Handlungsfähig erleben
- Selbstakzeptanz fördern
- Umgang mit Wut und Ärger lernen
- Trauer und Schmerz verarbeiten

Wieso braucht es hierfür spezielle traumatherapeutische Methoden?

Notwendige Vielfalt der Behandlungstechniken – Traumatherapie braucht

Stabilisierende Behandlungstechniken (z.B. Imaginationsübungen, Psychoedukaiton, Therapie, stabilisierende Gespräche)

Spezielle Traumabearbeitungstechniken (z.B. Prolongierte Exposition, kognitiv-behaviorale Konfrontationsbehandlung, hypnotherapeutische Techniken (Bildschirmtechnik), EMDR

Verhaltenstherapeutische Techniken (z.B. Psychoedukation, Symptomtagebücher, Übungen zum Symptommanagement, Training sozialer Fertigkeiten), Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen

Psychodynamische Therapietechniken (z.B. Bearbeitung einer konflikthaften oder abgewehrten emotionalen Reaktion), Arbeit an Bindungs- und Beziehungsstörungen

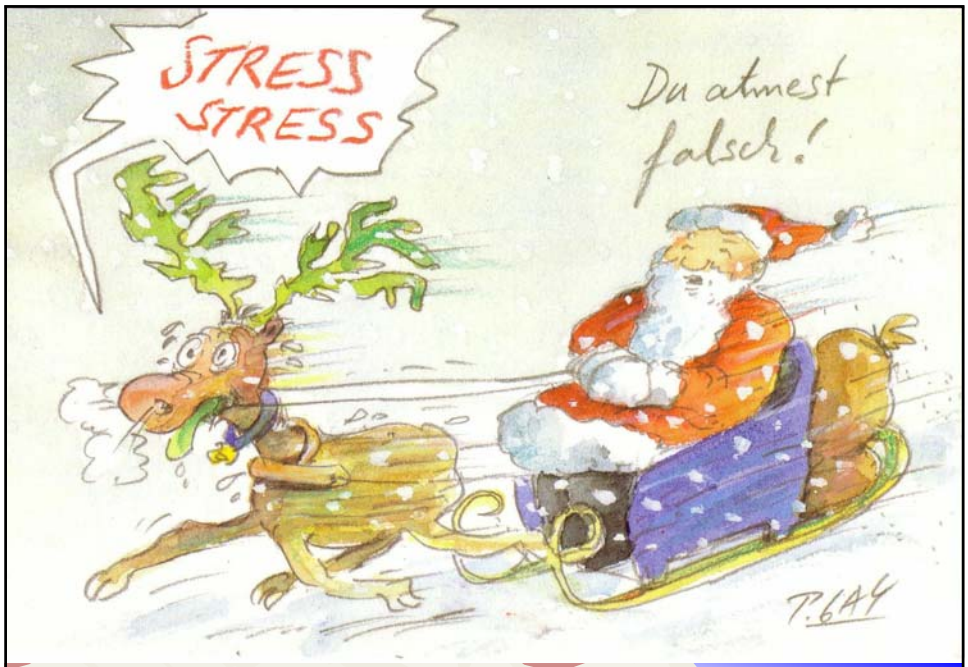
Integration der Traumatherapie in die allg. Psychotherapie: Ebenen psychotherapeutischer Einflussnahme

- Fähigkeiten und Fertigkeiten (kognitiv)
  - Psychoedukation
  - Verhaltensmodifikation
  - Förderung von Ich-Funktionen (z.B. Mentalisierung)
- Korrigierende Erfahrungen (emotional) ‚Anstoß Traumatherapie'
  - Modifikation impliziter (fragmentierter) Erinnerungen
  - Befriedigen individueller Entwicklungsbedürfnisse
  - Ermöglichen von Bewältigungserfahrungen
- Wachstum und Reifung (personal)
  - Individuation und Persönlichkeitsentwicklung
  - Förderung persönlicher (kreativer) Ressourcen
  - Wertorientierung und Sinnfindung

Ressourcenaktivierung

„Anti-Beziehungsstörung-Psychotherapie" plus „Anti-PTBS-Psychotherapie"

- **DBT**
- ***Anti-Beziehungsstörung-Therapie***
- *Innere-Kind-Arbeit*
- *Stabilisierung durch* **Imaginationen**:
- Sicherheit (Sicherer Innerer Ort)
- Optimale Soziale Unterstützung (Innere Helfer)
- Eins-Sein mit der Natur (Baum Übung)
- ***Anti-PTBS-Therapie***
- ***Traumasynthese*** Trauma-Exposition
- Eye Movement Desensitisation and Reprocessing ***EMDR***
- **Beobachter-Technik**
- **Bildschirm-Technik**



Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen: Was ist in der Therapie erreichbar?

"Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD)."
(2006)
Bulletin of the Menninger Clinic 70(2): 125-144.
Falk Leichsenring – Christina Vogel –
Ulrich Sachsse, Göttingen

„Hamburger Preis Persönlichkeitsstörungen 2006“

Direkte Effekte der Therapie

Phase 2 (t2a-t2d: N=75)

- ***Nur Verbesserungen***
- BPI: Primitive Abwehr (t:3.86**, d=0.63)
- DES/FDS: DES/FDS-Score (t: 3.19**, d=0.52), Absorption (t:3.83**, d=0.63), Depersonalisation (t:2.41*)
- IES: Intrusion (t: 2.25*, d=0.42), Vermeidung (t: 4.07**, d=0.77)
- SCL-90-R: GSI (t:2.53*, d=0.42)
- BDI: Total Score (t: 2.54*, d=0.53)

Ein-Jahres-Katamnese

(t2d-t3: N=30)

- Keine Verschlechterung in irgendeiner Skala
- Weitere signifikante Verbesserungen (FDS/DES: Depersonalisation, d=0.59)
- Alle Globalen Scores sind verbessert
- 50 % der Subscalen sind verbessert
- Die Resultate sind stabil

Weitere Resultate

- das **soziale Funktions-Niveau** bessert sich signifikant mit grossen Effektstärken (GAF d=1.38 – 2.18 – CGI d=1.62 – 2.73) .
- 67/87 Tage stationäre Behandlung in den zwei Jahren vorher – Die meisten kommen **anschließend ohne stationäre Therapie** aus (d=1.24)
- Sie können sich anschließend mit **weniger SVV** managen (d=0.92)

5-Jahres-Verlaufs-Retrospektive

- Studie von Stephanie Müller, geb. Benseler
- Ca 40 Patientinnen der Station
- In den ausgefüllten Standart-Fragebögen keine Verschlechterungen
- Desensibilisierte Ereignisse waren nicht mehr triggerbar
- Selten stationäre Aufenthalte
- Wenig weitere Arbeit mit dem Inneren Kind, bessere Selbstfürsorge
- Selten befriedigende, nahe Beziehungen

Trauma und Justiz

Grobe Verletzung zentraler Grundannahmen und Wertvorstellungen durch das Trauma

- Gerechtigkeit der Welt und des Lebens („Das ist ungerecht!“), Verlässlichkeit von Werten
- Verlust der Selbstwirksamkeit („Ich konnte nichts, aber auch gar nichts machen!“), Selbst-Verlust, Verlust jeder Subjekthaftigkeit
- Verlust der Gewissheit und Berechenbarkeit des Lebens
- Verlust der Sinnhaftigkeit des Lebens („Das macht doch alles gar keinen Sinn!“)

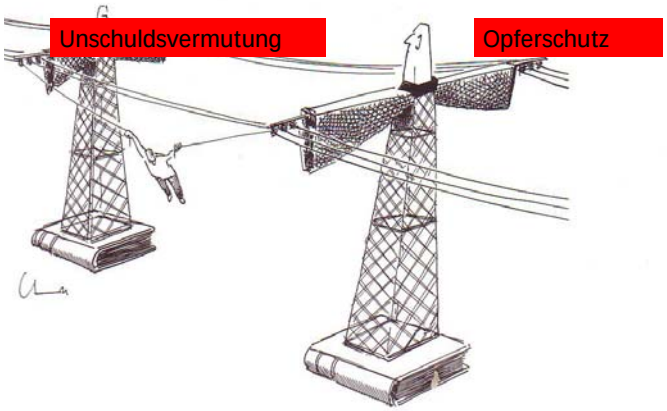
Trauma-Verarbeitung als psychosoziales Ereignis

- Verarbeitung in sozialer Sicherheit und Solidarität
- Durch Traum, sozialen Austausch und Diskurs
- Durchsetzung der (sicheren) Gegenwart, Relativierung, selten Löschen der traumatischen Erfahrung
- Persisitierende erhöhte Vulnerabilität

Rache versus Recht

u.sachsse@asklepios.com

www.ulrich-sachsse.de ulrich.sachsse@t-online.de



Rechtsstaatlichkeit

- Subsumtion
- Täterstrafrecht, nicht Tatstrafrecht
- Schuld und Schuldfähigkeit
- Zeugentauglichkeit
- Glaubwürdigkeitsgutachten
- TherapeutIn als ZeugIn

Erinnerung - Gedächtnis

- Wir glauben unseren Patienten nichts
- *Wir glauben unseren Patienten alles*
- Alle Erinnerungen in einer Therapie sind erlebnisbasiert
- *Alle Wiedererinnerungen in einer Therapie sind Einbildung – false memory*
- Loftus: Kaufhaus

Resümee Trauma und Justiz

1. **Kein Opfer kann verlangen, dass die Grenzen des Rechtsstaates für ihn/sie persönlich verschoben werden**
2. **Es hat aber Anspruch darauf, dass die Gesellschaft und die Justiz so achtsam wie möglich mit ihm umgehen**

Trauma und Gesellschaft: der runde Tisch sexueller Kindesmissbrauch

Runder Tisch: Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich

- Initiative der Bundesregierung aufgrund zahlreicher bekanntgewordener Fälle in Institutionen.. Erstes Treffen 23.4.2010

> „Die Politik muss das Thema in die Öffentlichkeit tragen bzw. dort halten."

- Gemeinsamer Vorsitz:
  - Bundesministerin für Bildung und Forschung, Prof. Dr. Annette Schavan
  - Bundesministerin für Justiz, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger
  - Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Arbeitsweise des Runden Tisches

- Bildung von 3 Arbeitsgruppen und weiteren Unterarbeitsgruppen
  - Arbeitsgruppe „**Prävention – Intervention – Information**" unter dem Vorsitz von Familienministerin Dr. Schröder
  - Arbeitsgruppe „**Durchsetzung Strafanspruch – Rechtspolitische Folgerungen – Anerkennung des Leidens der Opfer sexuellen Missbrauchs in jeglicher Hinsicht**" unter dem Vorsitz von Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger.
  - Arbeitsgruppe „**Forschung und Lehre**" unter dem Vorsitz von Bildungsministerin Prof. Dr. Schavan.
- Formulierung eines **Abschlussberichtes** des Runden Tisches am 30.11.2011
- Erstellung eines **Aktionsplans** der Bundesregierung

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

Dr. Christine Bergman
2010 bis 10/2011

Johannes-Wilhelm Rörig
12/2011 bis 12/2013

Aufgaben der Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs:

- Anlaufstelle für Betroffene
- Aufarbeitung der Thematik
- Empfehlungen für materielle und immaterielle Hilfen

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Zentrale gemeinsame Anliegen von Psychotherapeuten und Betroffenen

- → Verkürzung der Wartezeiten für einen geeigneten Therapieplatz
- → Erhöhung der Stundenkontingente, insbesondere für komplex traumatisierte Betroffene mit schweren Missbrauchserfahrungen und ausgeprägten dissoziativen Störungen
- → Mehr Angebote für männliche Betroffene und in ländlichen Gebieten
- → Öffnung der Kassenleistungen für diverse, schulenübergreifende Traumatherapieverfahren
- → Mehr bedarfsorientierte soziale Betreuung neben der Therapie
- → Mehr psychosoziale Vernetzung und Kooperation mit Kliniken und Beratungsstellen
- → Mehr Aus- und Weiterbildungsangebote

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen www.Ulrich-Sachsse.de www.martinsack.de

Ebenen von Hilfe für Betroffene sexueller Gewalt

- Soziale Rehabilitation und Anerkennung der Schädigung
- Finanzielle Kompensation der Schädigungsfolgen
- Rechtsberatung und Unterstützung, rechtliche Ansprüche geltend zu machen (z.B. OEG-Antragstellung, Prozessbegleitung)
- Sozialberatung
- Unterstützung bei der Lebensführung (z.B. betreutes Wohnen)
- Maßnahmen zur Förderung der Alltagsfunktionalität (Stabilisierung)
- Erziehungsberatung, Familientherapie
- Medizinische Versorgung (z.B. Psychopharmakotherapie)
- Psychotherapeutische Behandlung von Schädigungsfolgen einschließlich adjuvanter psychotherapeutischer Verfahren (z.B. Kunsttherapie, Körperpsychotherapie)

Forderungen Abschlussbericht RT sexueller Missbrauch

- Orientierungshilfe bei Erstberatung (Lotsenfunktion, Opferberater)
- Zeitnaher Zugang zu qualifizierter psychotherapeutischer Versorgung
- Flächendeckende regional vernetzte therapeutische Ambulanzen (‚in jeder Kreisstadt') als Anlaufstelle für Betroffene, die nach einer Eingangsdiagnostik zeitnahe Hilfeangebote weitervermittelt.
- Antragsstellung für individuelle Hilfen wird von ‚Clearingstelle' entschieden
- Finanzierung durch schädigende Institutionen, Bundesländer und Bund
- Schadensersatzforderungen sind an die Träger der Institutionen zu richten

Forderungen RT sexueller Missbrauch

Zur Behebung bestehender Versorgungsdefizite ist die Sicherstellung eines zeitnahen Zugangs Betroffener zu Therapeutinnen und Therapeuten mit besonderer Kompetenz und Erfahrung in der Therapie traumatisierter Patientinnen und Patienten anzustreben.

Der Runde Tisch spricht sich für eine Erweiterung der Therapieangebote um v**erfahrensübergreifende traumatherapeutische und nonverbale Methoden** aus. Angebote im stationären und rehabilitativen Bereich, wo derartige Methoden im Rahmen eines auf die stationäre Versorgung ausgerichteten therapeutischen Gesamtkonzeptes finanziert werden, sind verstärkt auszunutzen und ggf. auszubauen. Im Übrigen befürwortet der Runde Tisch eine fortlaufende wissenschaftliche Evaluation bislang für die Anwendung im ambulanten Bereich nicht anerkannter Methoden.

Eine Umsetzung der Forderungen des Runden Tisches sexueller Kindesmissbrauch könnten erfolgen durch:

- Nutzung und Stärkung der vorhandenen Struktur von Beratungsstellen
- Ermöglichung individueller Hilfen auf Antragsstellung
- Einbindung psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen in die Versorgung
- Schaffung von Anreizen für Psychotherapeuten, Patienten mit den Folgen sexueller Kindesmisshandlung zu behandeln durch
  - Unterstützung von Weiterbildung
  - Unterstützung von Supervision
  - Erleichterung bei der Antragsstellung von Psychotherapie
- Förderung von Modellprojekten zur integrierten (vernetzten) Versorgung
- Finanzierung komplementärer Therapien (Körpertherapie, Kunsttherapie etc.)

Ergebnisse des Runden Tisches Heimerziehung

Bereits beschlossene Schritte zur konkreten Umsetzung:

- Bundesweite Einrichtung von Anlaufstellen
- Unterstützung bei der Recherche von Heimunterlagen und bei Behördengängen
- Rechtsberatung
- Unterstützung bei der Vermittlung von Psychotherapie
- Beantragung individueller Hilfen bis zu einem Budget von 10.000 pro Person
  - Hilfen zur beruflichen Rehabilitation
  - Hilfen zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben
  - Hilfen für gesundheitliche Versorgung
  - Hilfen bei der Finanzierung von nicht durch Krankenkassen finanzierte Therapien

Unterstützungsbedarf auf der strukturellen Ebene

- Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung
- Förderung präventiver Maßnahmen
- Förderung bzw. Einrichtung von Beratungsstellen (auch geschlechtsspezifisch)
- Förderung von Betroffeneninitiativen (mit fachlicher Anleitung)
- Angehörigenberatung und Familienberatung
- Förderung von vernetzten Beratungs- und Behandlerstrukturen
- Traumatherapeutische Qualifizierung von Psychotherapeuten und Beratern
- Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu qualifizierter Psychotherapie (Anreize für Therapeuten schaffen)
- Förderung von Versorgungsforschung

Merkmale einer qualifizierten Traumatherapie

- Grundständige psychotherapeutische Berufsausbildung
- Spezielle traumatherapeutische Zusatzqualifikation z.B. ‚Spezielle Psychotraumatherapie DeGPT‘
- Sorgfältige Diagnostik vor Behandlungsbeginn
- Transparente Behandlungsplanung im Sinne eines ‚informed consent‘
- Zielorientierte Vorgehensweise (Vereinbarung von Therapiezielen)
- Sofern indiziert: Einsatz traumafokussierender Behandlungstechniken
- Einsatz von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Behandlung (z.B. Verlaufsdiagnostik mit Fragebogen, Evaluation der Zielerreichung)

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Lindauer Psychotherapiewochen 2027

- Titel der Vorlesung: Brauchen wir irgendwelche Konzepte, Metaphern oder Therapie-Strategien außer dem Trauma-Konzept?
- Fest etabliert ist die temporäre Psychopharmaka-Gabe zur Unterstützung der Psychotherapie:
- 1 Stunde vor jeder Therapiesitzung 1 Hub Oxytocin, während jeder Traumaexposition Propranolol zur Reduktion der vegetativen Übererregung, nach jeder Traumaexposition ein THC-Präparat zur Unterstützung des Vergessens. Abends eine Fortentwicklung des Melatonin
- Wie sind die ersten Versuche einer Trauma-Behandlung IM SCHLAF während der verbildlichten Traum-Phasen zu bewerten?
- Ist Psychotherapie in Vollnarkose geboten oder unethisch?
- Brauchen wir noch PsychotherapeutInnen, oder reichen gute Manuale?
- Ermöglichen neue bildgebende Verfahren (Stichwort: Heim-fNMR auf dem iPad) die frühzeitige Erkennung von Risiko-Situationen, sodass Gefahren-Situationen minimiert werden können (Vision: Minority Report)?
- Wie ist der neuen Unsitte zu begegnen, dass über mehrere Handys zeitgleich mehrere Therapien bei ein und demselben Patienten laufen? (Problembereich: Überversorgung)
- Es ist inzwischen natürlich gut möglich, dass gesamte Gedächtnis zu löschen. Wie schaffen wir es aber, partielle Gedächtnisinhalte zu löschen?
- Brauchen wir künftig noch ein menschliches Gehirn (Verweis: Vorlesung Prof G Roth)?

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Hinweis auf Neuerscheinung Herbst 2012:

Sack, Sachsse, Schellong:

Komplexe Traumafolgestörungen – Diagnostik und Behandlung der Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung

Schattauer-Verlag

Unsere ‚Klassiker':

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen

Weitere gemeinsame Weiterbildungen von Ulrich Sachsse und Martin Sack

Trauma, die therapeutische Beziehung und das sogenannte ‚Böse'

- **Am 9. und 10. November 2012 in München**
- **Anfang 2013 in Hamburg (Temin wird noch festgelegt)**

Infos unter

www.martinsack.de

oder

www.Ulrich-Sachsse.de

ASKLEPIOS Fachklinikum Göttingen