

Kognitive VT bei Psychotraumafolgestörungen

Definition: Traumaerleben

**Einem extrem bedrohlichen Ereignis ausgesetzt zu sein
das intensive Furcht, Entsetzen und Hilflosigkeit auslöst.**

(Vgl. der neuen ICD- 11 - Definition)

Beispiele: Schlimmer Autounfall, Vergewaltigung, Opfer von
Gewalttaten, Opfer einer Naturkatastrophe,
Kriegs- und Fluchttraumata

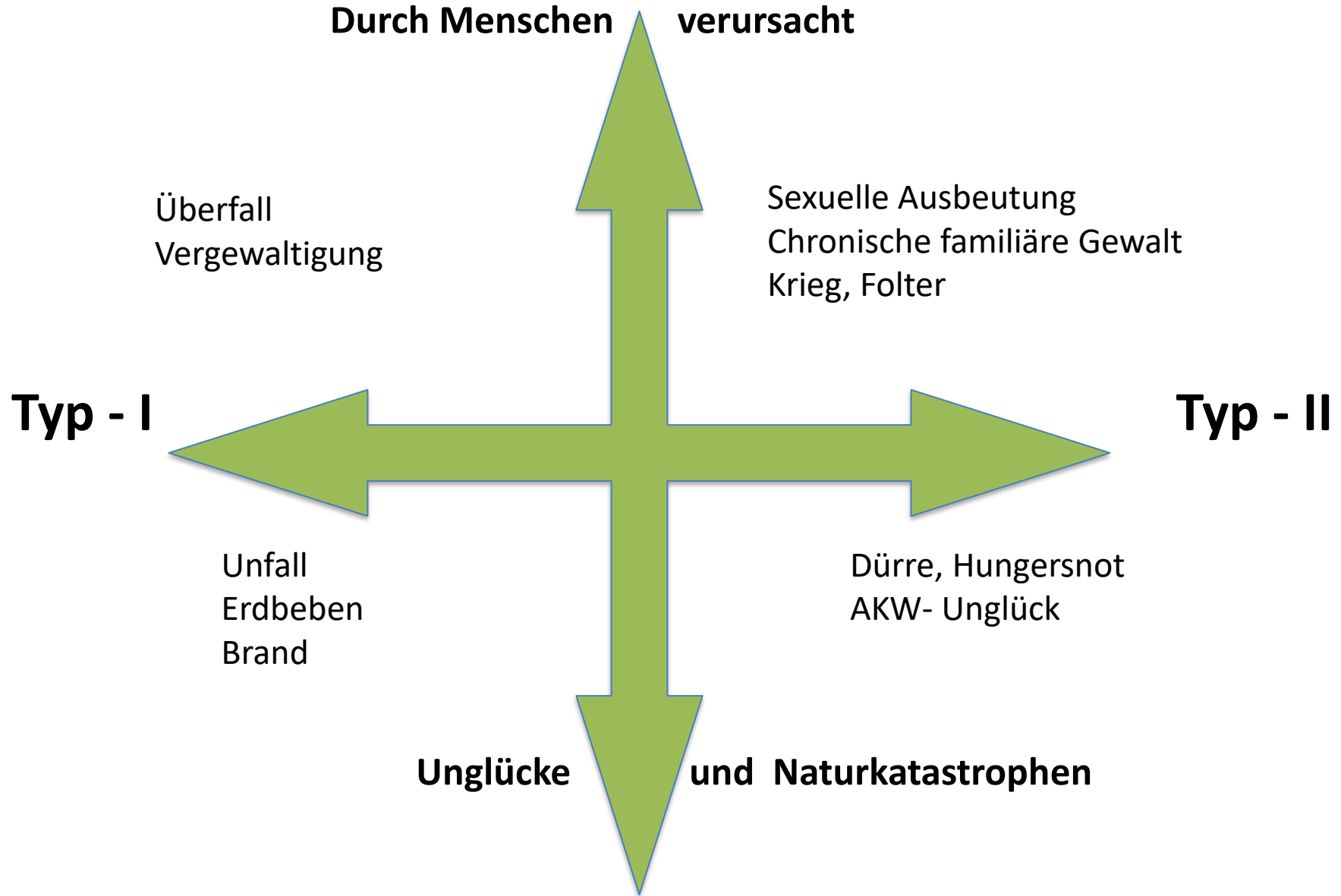
Möglich: Selbst /als Zeuge erlebt

PTBS - Neufassung nach ICD 11: 6B40

- **Weitere Fassung des Traumabegriffs** (Symptommuster reicht aus)
 - ➔ Nachdem man 1 bedrohlichen/schrecklichen Ereignis ausgesetzt war (statt: „das bei jedem....“)
- **Weiterhin 3 Kernsymptome:**
 - Intrusion, Vermeidung, Bedrohung** (Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit)
 - ➔ Betonung: Aktives Vermeiden (**nicht mehr: Amnesien**)
 - ➔ **Nicht mehr : Traurige, unwillkürliche Erinnerungen (zu unspezifisch)**
- **Verzicht auf unspezifische Symptome** (Konzentrations-, Schlafstörungen)
- Sympt. tritt einige Wochen über einige Wochen , bis zu 3 Mon. n.d. Ereignis auf
Auch: Verzögerter Beginn nach Jahren
- Psychos. Funktion kann nur unter + Anstrengung aufrechterhalten werden

Typ I und Typ II - Traumata

(vgl. Landolt '04 in Schneider '09)



Traumafolgestörungen

Akute Belastungsreaktion (bis 48 h nach dem Trauma)

Typische Symptome u.a.:

- Psychischer Schock: Gefühl des Unwirklichen (Dissoziationen), „Sprachloses Entsetzen“
- + Vegetative Reaktionen, Unruhe
- Emotionale Schwankungen (Angst > Wut, Aggression), „Emot. Taubheit“



Anpassungsstörung (bis 4 Wochen)

Wesentliche Symptome:

- Intrusionen + Versuche, Traumaerinnerungen zu vermeiden
- Anhaltend Bedrohungsgefühl (Hyperarousal, Schreckhaftigkeit)
- Oft: weitere Symptome: z.B. Schlafstörungen, Dissoziationen (Amnesie)



Posttraumatische Belastungsstörung (> 4 Wochen, auch: verzögert)

- „Selbstheilungskräfte“ reichen nicht aus
- Anhaltend insbes.: Intrusionen, Vermeidung und aktuelles Bedrohungserleben

Neu im ICD 11: Komplexe PTBS

6B41 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

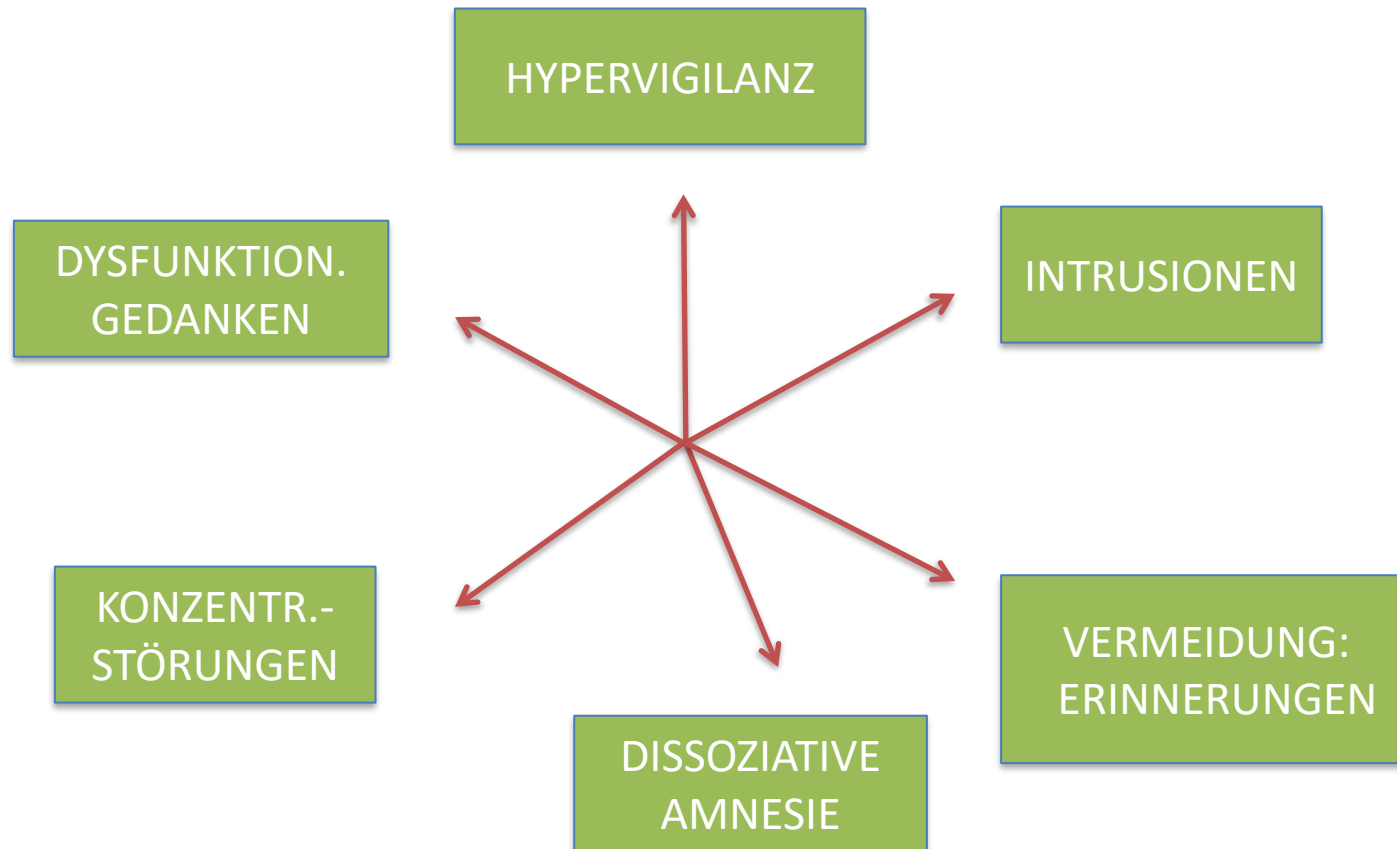
- Folge eines/einer Reihe von extrem bedrohlichen, schrecklichen Ereignissen
- **Kernsymptome der PTBS** (Intrusion, Vermeidung, Bedrohung)
- + **Schwierigkeiten in der Affektregulation** (v.a. bzgl. Wut, Aggression):
(Leichte Erregbarkeit, plötzlich- impulsives Reagieren, selbstverl. V, Dissoz.)
- **Negatives Selbstkonzept** : - Identitätsgefühl, + Versagensgef. + Schuld + Scham
- **Interpers. Probleme** (Eingehen, Aufrechterhaltung, Zufriedenheit mit Partnerschaften)

Neu im ICD 11: Verlängerte Trauerstörung

6B43 Verlängerte Trauerstörung

- Tiefgreifende Trauerreaktion nach Tod eines nahen Angehörigen
- + Verlangen nach der verstorbenen Person
- Intensiver emotionaler Schmerz (z.B. Traurigkeit, Wut, Schuld)
- Gefühl, einen Teil von sich verloren zu haben
- Unfähigkeit zu positiven Emotionen
- Emotionale Taubheit (Numbing)
- + Schwierigkeiten, sich in soziale/andere Aktivitäten zu begeben
- Trauerzeit atypisch lang (> 6 Monate), übertrifft die erwarteten sozialen, religiösen und kulturellen Normen

Kognitive PTBS-Symptome



Kognitive PTBS-Symptome

Ich habe verdient, was mir passiert ist

Ich bin selber schuld, dass es soweit gekommen ist

Ich habe zuwenig aufgepasst

Die Welt steckt voller Ungerechtigkeiten

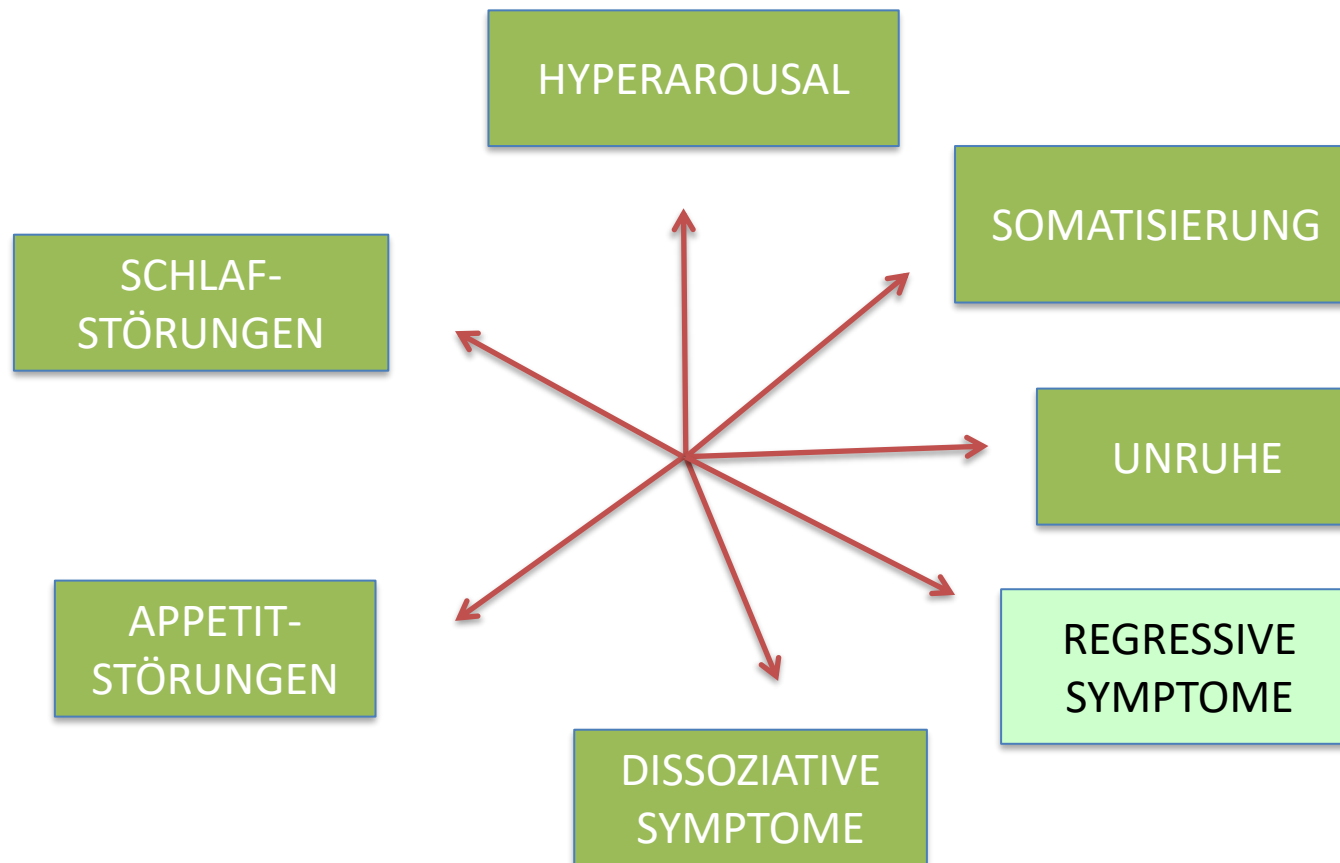
Ich kann niemanden mehr trauen

Es ist nichts mehr sicher

Ich muss immer auf der Hut sein

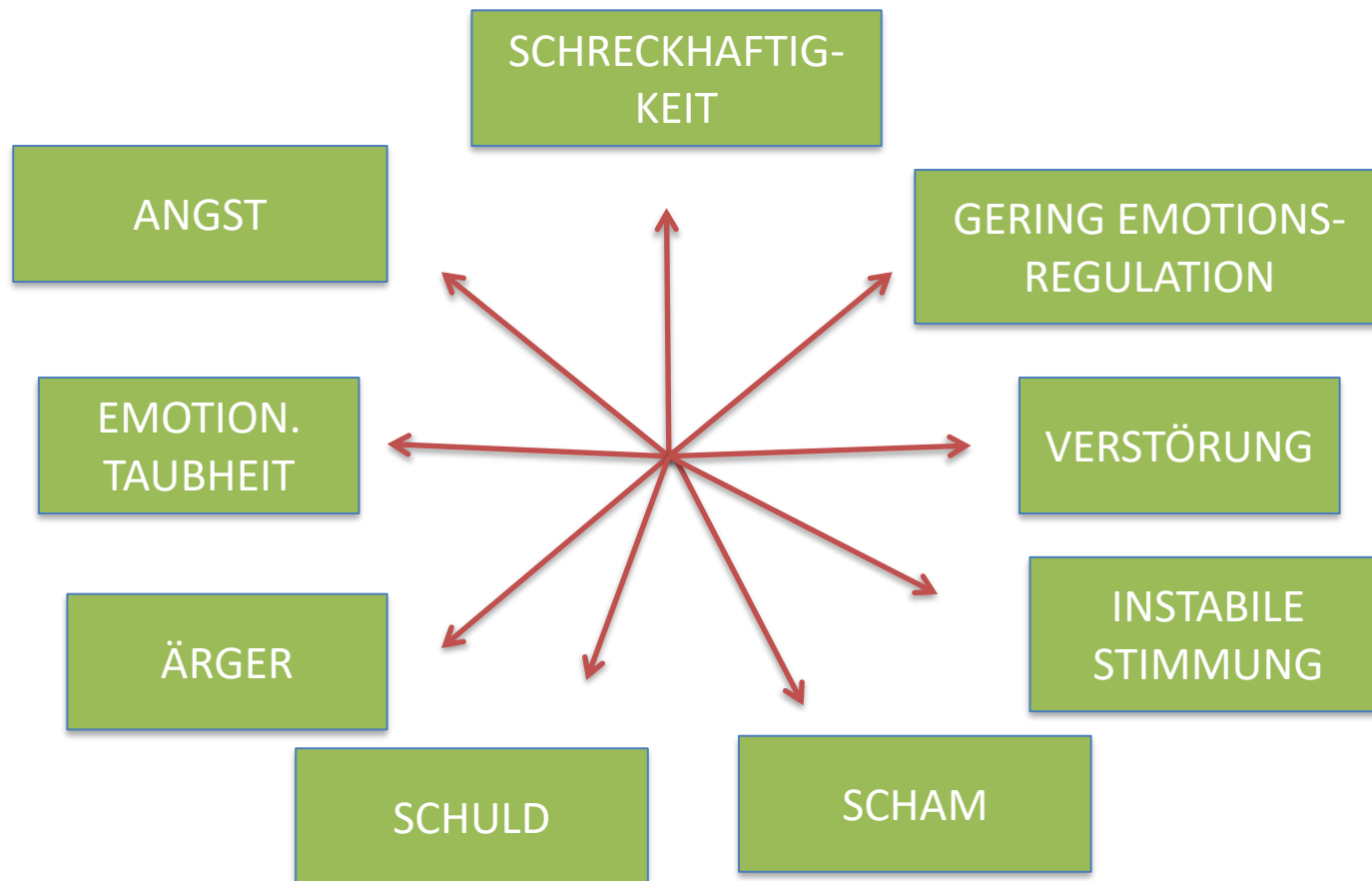
Die Zukunft ist hoffnungslos

Körperliche PTBS-Symptome

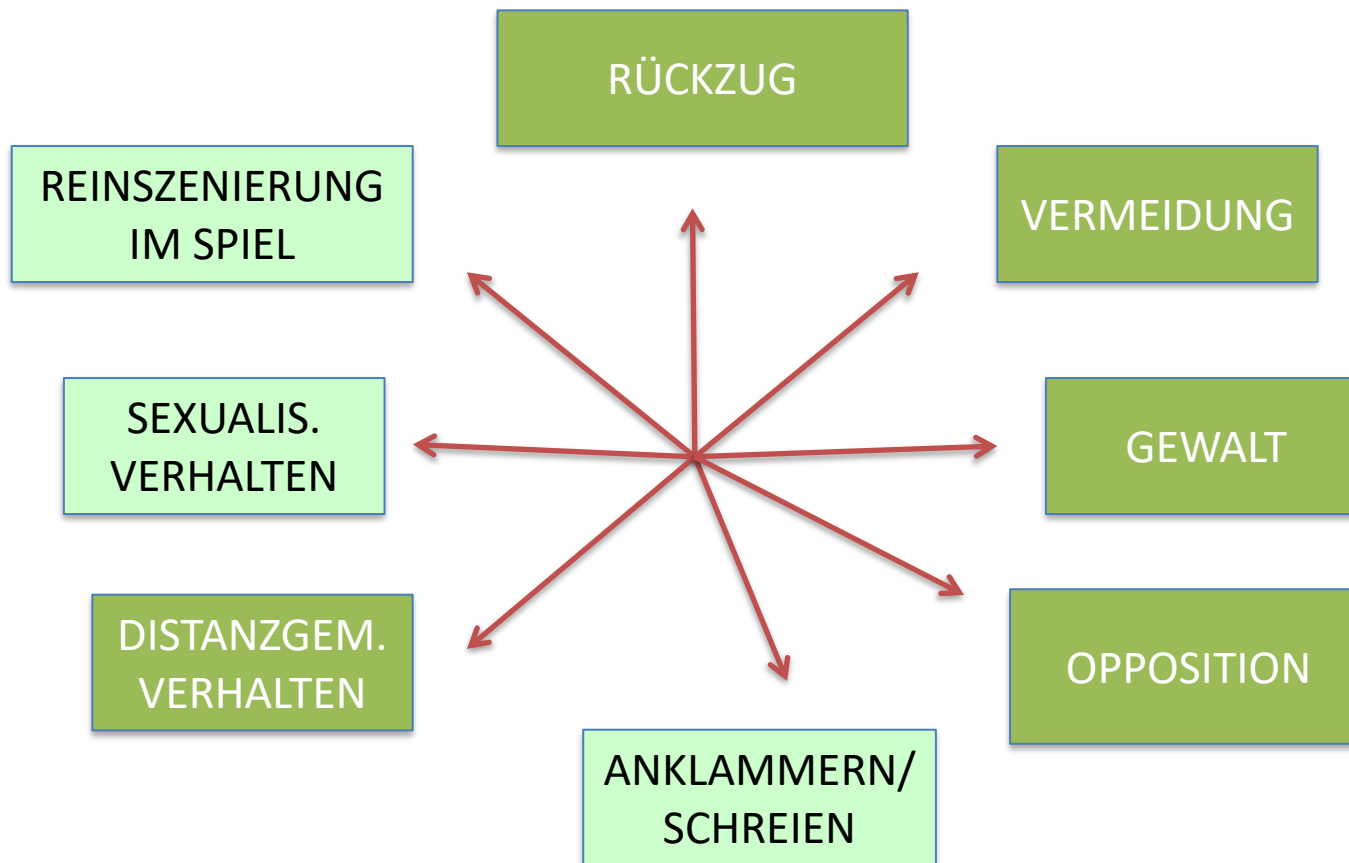


= v.a. im Kleinkind-/Vorschulalter

Affektive PTBS-Symptome



Verhaltensmäßige PTBS-Symptome



= v.a. im Kleinkind-/Vorschulalter

PTBS- Prävalenzen in Deutschland

(in: Schneider '09)

- Jungs (Männer) erleben + traumatische Ereignisse
- Mädchen (Frauen): doppelt so hohes Risiko einer PTBS (z.B. Ehlers '99)
- Erleben eines Traumas: 22,5 % , Lebenszeitprävalenz PTBS : 1,6 % (z.B. Essau '99)
- Bei Migranten: 10 fach erhöhte PTBS-Rate (Fazel u.a. '05) insbes.: (unbegleitete) Mädchen/Frauen (Fazel '05).
Schätzung (AG psychos. Zentr.): 30-50 % Traumatisierung

Kriegs- und Fluchttraumatisierungen: Kinder = besonders betroffen

Dauerhafte Erfahrung Krieg/Flucht → kumulatives Risiko für PTBS (Typ 2)
+ Psychische und körperliche Belastung → Beeinträchtigung wesentl. Entwicklungsphasen

PTBS- Komorbiditäten

+ Komorbide Störungen:

➔ Bei 87,0 % PTBS-Patienten mindestens 1

➔ Bei 77,5 % PTBS-Patienten mindestens 2 (vgl. Rosner '13)

+ Häufige Komorbide St:

AS, DEP, NSSV, Suizidalität, DISS, Substanzmissbrauch

+ Fehldiagnosen: Bei Kindern/Jugendlichen u.a. ADHS, SSV

Wie oft folgt auf Traumaerfahrungen eine PTBS ?

(vgl. Landolt '04 in Schneider '09)

Art des Traumas	PTBS-Prävalenzrate (%)
GEWALT	
Geiselnahme, Schießerei, Überfall	38-100
Kindesmisshandlung (körperlich/sexuell)	18-58
Krieg	27-74
Terrorismus	28-50
NATURKATASTROPHEN	
Wirbelstürme	5-56
Erdbeben	24-91
Flutkatastrophen	30-40
UNFÄLLE	
Verkehrsunfälle	14-42
Brandunfälle	15-19

Risikofaktoren für eine PTBS nach Traumaerfahrung (II)

(Kultalahti, Rosner in Steil '09)

I. Prätraumatische

Psychische Vorerkrankung

Vortraumatisierung

Minoritätenstatus

Problematische Familienstruktur

Mädchen

Junges Alter

Risikofaktoren für eine PTBS nach Traumaerfahrung (I)

(Kultalahti, Rosner in Steil '09)

II. Peritraumatisch

Schwere der Belastung

Wahrnehmung: Lebensgefahr

Tod/Verletzung: Verwandte,
Bekannte

Ressourcenverlust

+ Emotionale Reaktion

Risikofaktoren für eine PTBS nach Traumaerfahrung (III)

(Kultalahti, Rosner in Steil '09)

III. Posttraumatisch

Akute Belastungsreaktion

Ängste, Depression

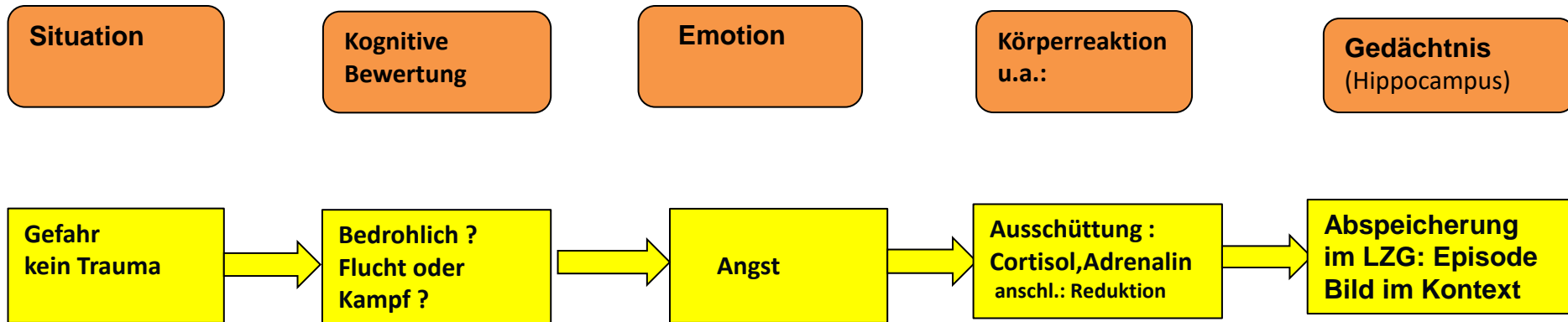
Dysfunktionales Coping

Keine soziale Unterstützung/
keine Hilfsangebote

PTBS der Bezugsperson(en)

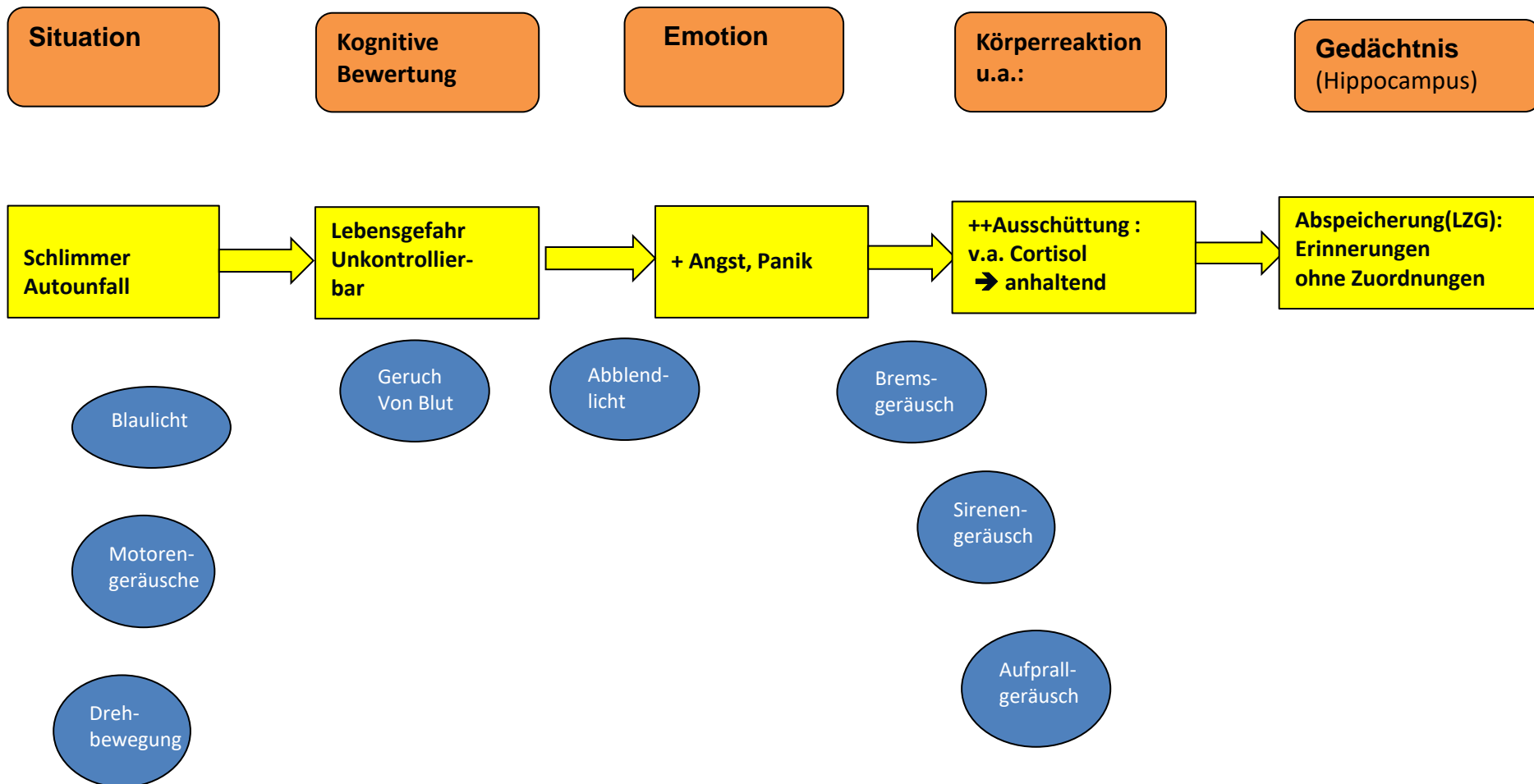
+ Belastende Lebensereignisse

Auswirkungen von Gefahr auf die Gedächtnisverarbeitung



2013, Sommer in Kiel, morgens, auf dem Weg zur Arbeit, mit dem neuen Rad nicht aufgepasst, über einem Stein gefahren, gestürzt, Angst, Knie aufgerissen, brennender Schmerz, aufgejault. Passant half mir auf. In der Apotheke desinfiziert, Pflaster drauf, Rad zur Arbeit geschoben....

Auswirkungen eines Trauma auf die Gedächtnisverarbeitung



Auswirkungen eines Trauma auf die Gedächtnisverarbeitung

Schüsse
Aus dem
Gewehr

Lachende
Soldaten

Schuss-
Löcher
In den
Körpern

Blut-
lachen

Geruch
Nach
Urin

Schreie
der
getöteten

Geruch
Nach
Urin

Heulende
Kinder

Motoren-
Geräusch
Der Jeeps

3 Kernelemente der Traumabehandlung

1. SICHERHEIT, STABILISIERUNG

2. KONFRONTATION

3. INTEGRATION

Konzepte der VT - PTBS - Behandlung

7-stufiges bei Behandlungskonzept (SBK) nach Pieper ('21)

1. Stabilisierung & Diagnostik, Exploration
2. Vermittlung des Therapierationalals
3. Kontrollierte Trauma-Exposition (KTE)
4. Exposition in sensu
5. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)
6. Exposition in vivo
7. Nachbesprechung und Follow up



I. Stabilisierungsphase

So kurz wie möglich, so lang wie nötig
(Pieper)

Diagnostik + Psychoedukation

Abbau von neuem Vermeidungs- +
übertriebenem Schonverhalten

Aktivierung von Ressourcen

Techniken zur Entlastung

Stabilisierungstechnik: Der sichere Ort

.....Mach es dir bequem , nehme 3 tiefe, wohltuende Atemzüge und achte darauf, besonders langsam auszuatmen. Versuche von den Dingen deiner Umgebung Abstand zu nehmen und konzentriere dich mehr und mehr nach innen. Konzentriere dich auf deinen Atem und achte darauf, dass du mit jedem Ausatmen ruhiger und entspannter wirst. Schließe deine Augen und achte darauf, wie sich mehr und mehr Ruhe in deinem Körper ausbreitet. Begib dich nun auf die Suche nach deinem „sicheren Ort“.

Das ist ein Ort, an dem du dich sehr wohl fühlst, sicher und geborgen bist und besonders gut entspannen kannst.

Gehe mit deiner Phantasie verschiedene Orte durch und versuche den für dich idealen Ort herauszufinden.

Dieser Ort kann dir zum Beispiel von einer Wanderung bekannt sein, wie eine Stelle an einem Fluß, an einem Wald oder zu Hause sein. Es kann aber auch ein Phantasieort zum Beispiel auf einem anderen Planeten sein. Das ist völlig egal. Entscheidend ist, dass du dich an diesem Ort vollkommen sicher.....

(Auszug aus der Version n. Pieper)

Stabilisierungstechnik: Die Tresorübung

.....Stell dir vor, hier im Raum steht ein TV und ein DVD-Recorder, auf dem deine alten Filme abgespielt werden. TV und DVD-Recorder sind gerade ausgeschaltet. Schau dir beide genau an: Wo steht der DVD-Player ? Worauf steht er ? Welche Farbe hat er ? Wenn du dir das gut vorstellen kannst: Bitte hebe den rechten Zeigefinger deiner rechten Hand nach oben.....

Wo wäre ein guter Ort, wo du deine Traumafilme gut verschließen könntest ?

Wie sieht der Tresor aus ? Wie groß ist er ? (sollte groß genug für alle Filme sein).

Welche Farbe hat der Tresor ? Aus welchem Material ist er ? Wie fühlt er sich an ?

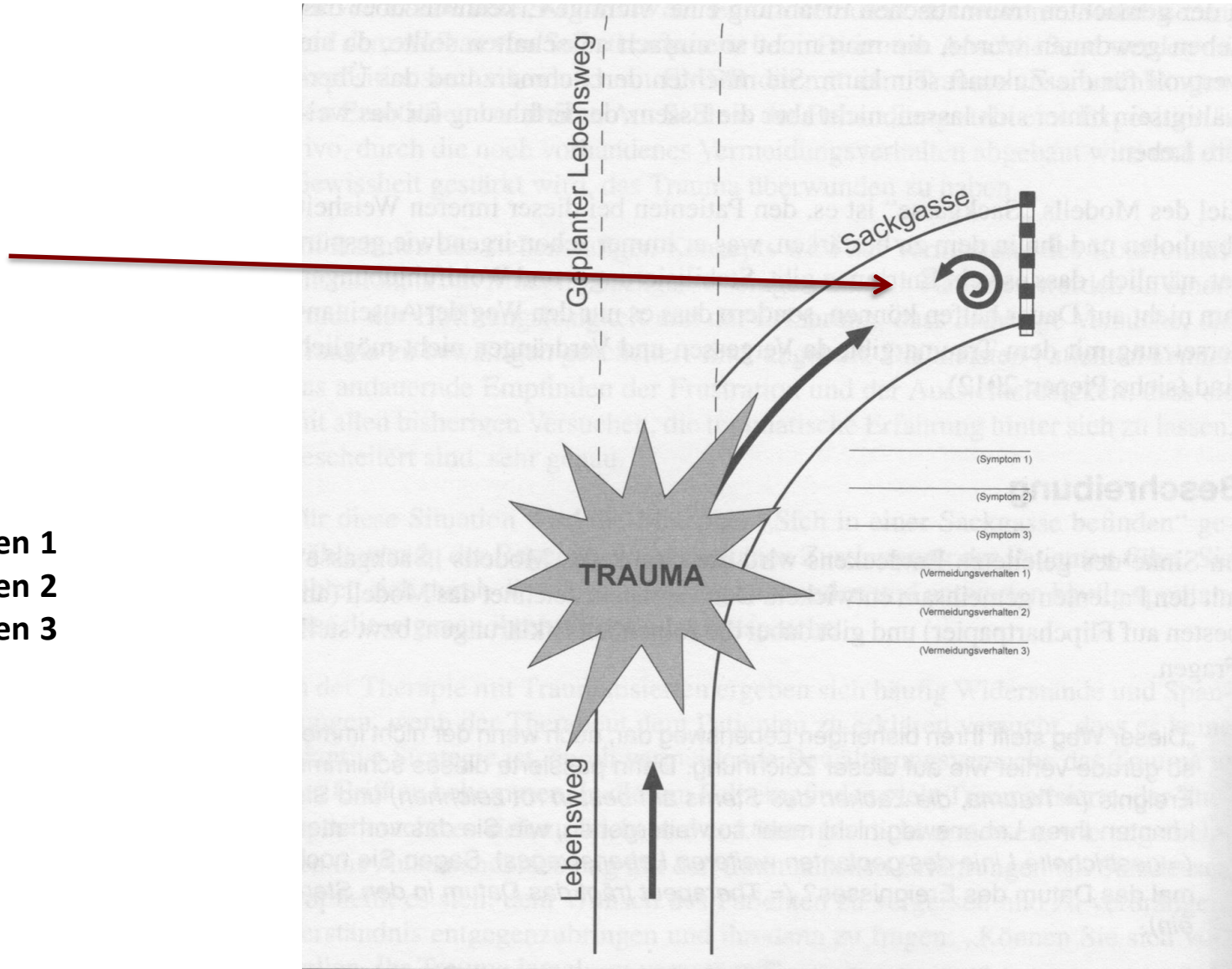
Welchen Verschlussmechanismus hat er ? Such dir zum Beispiel einen guten Code, ein Passwort oder eine Zahlenkombination aus oder stell dir vor du hast einen Schlüssel, den du an einem sicheren Ort aufbewahrst.....

(Auszug aus der Version n. Pieper)

Typ - I - Traumatisierung: Ausgangslage

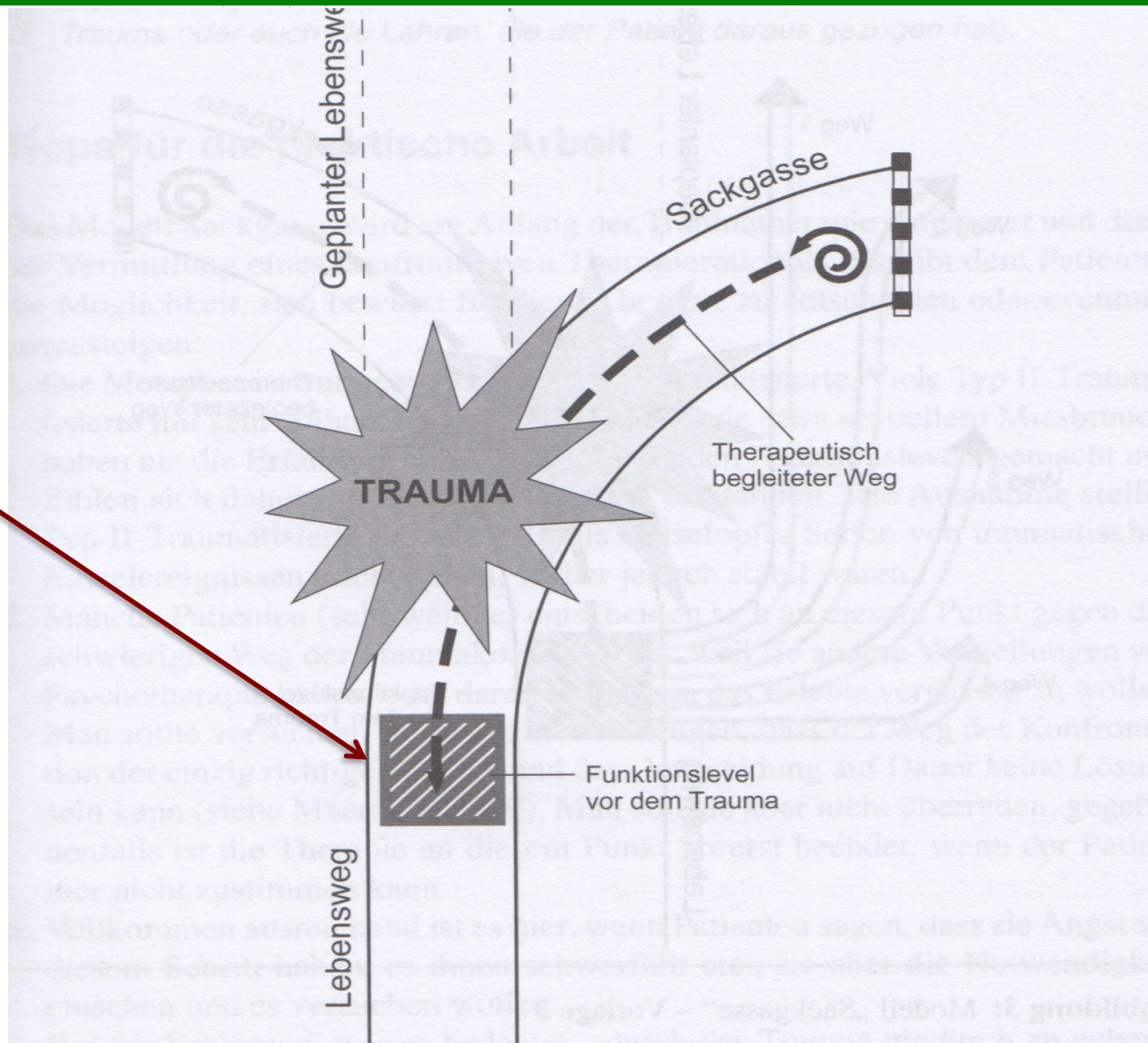
**Sackgasse:
Pat. dreht sich
im Kreis !**

- Symptom 1
- Symptom 2
- Symptom 3
- Vermeidungsverhalten 1
- Vermeidungsverhalten 2
- Vermeidungsverhalten 3



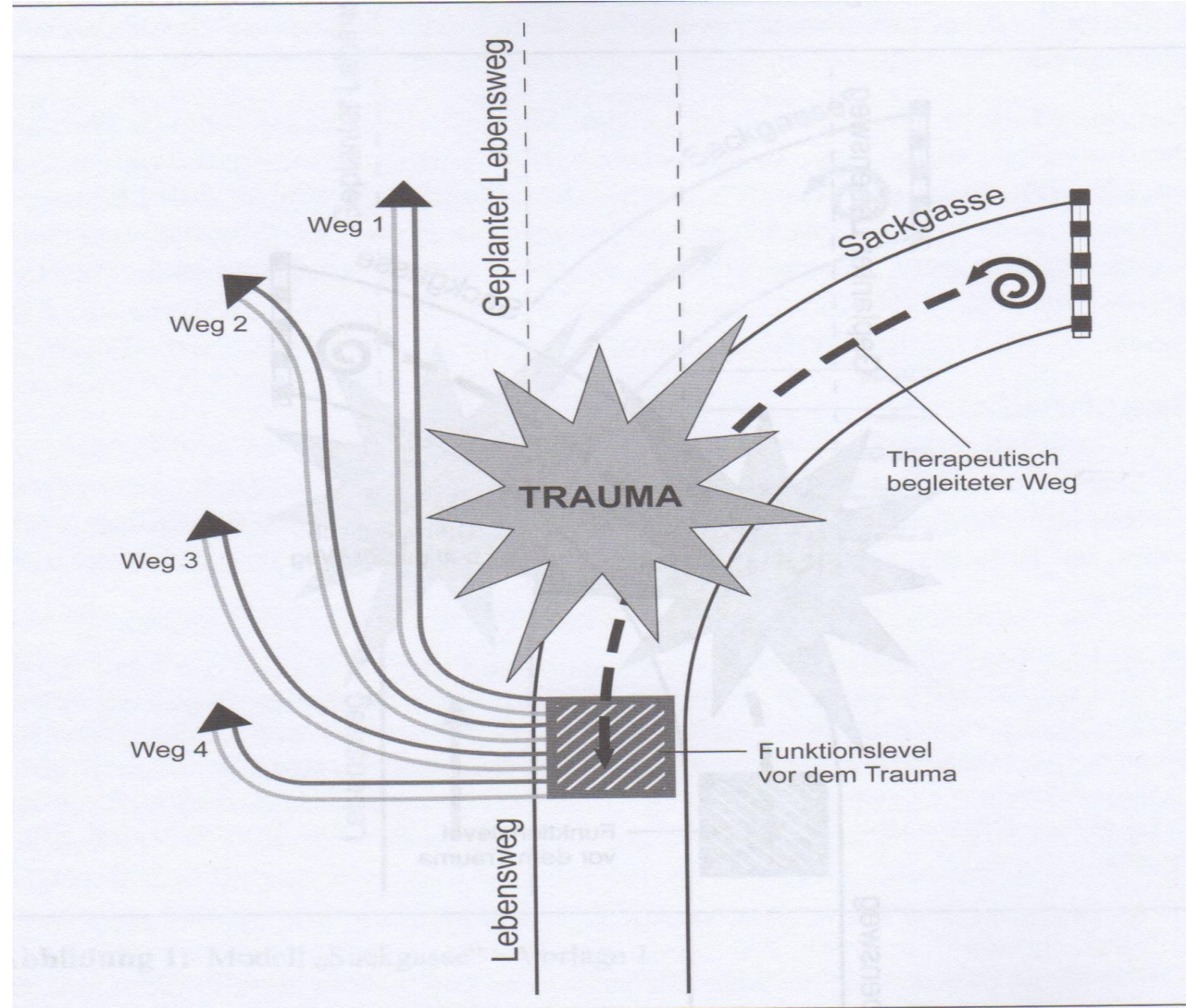
Typ - I - Traumatisierung: Ziel

**Das Funktionslevel
vor dem Trauma
wieder erreichen !
Aber Wie ?**



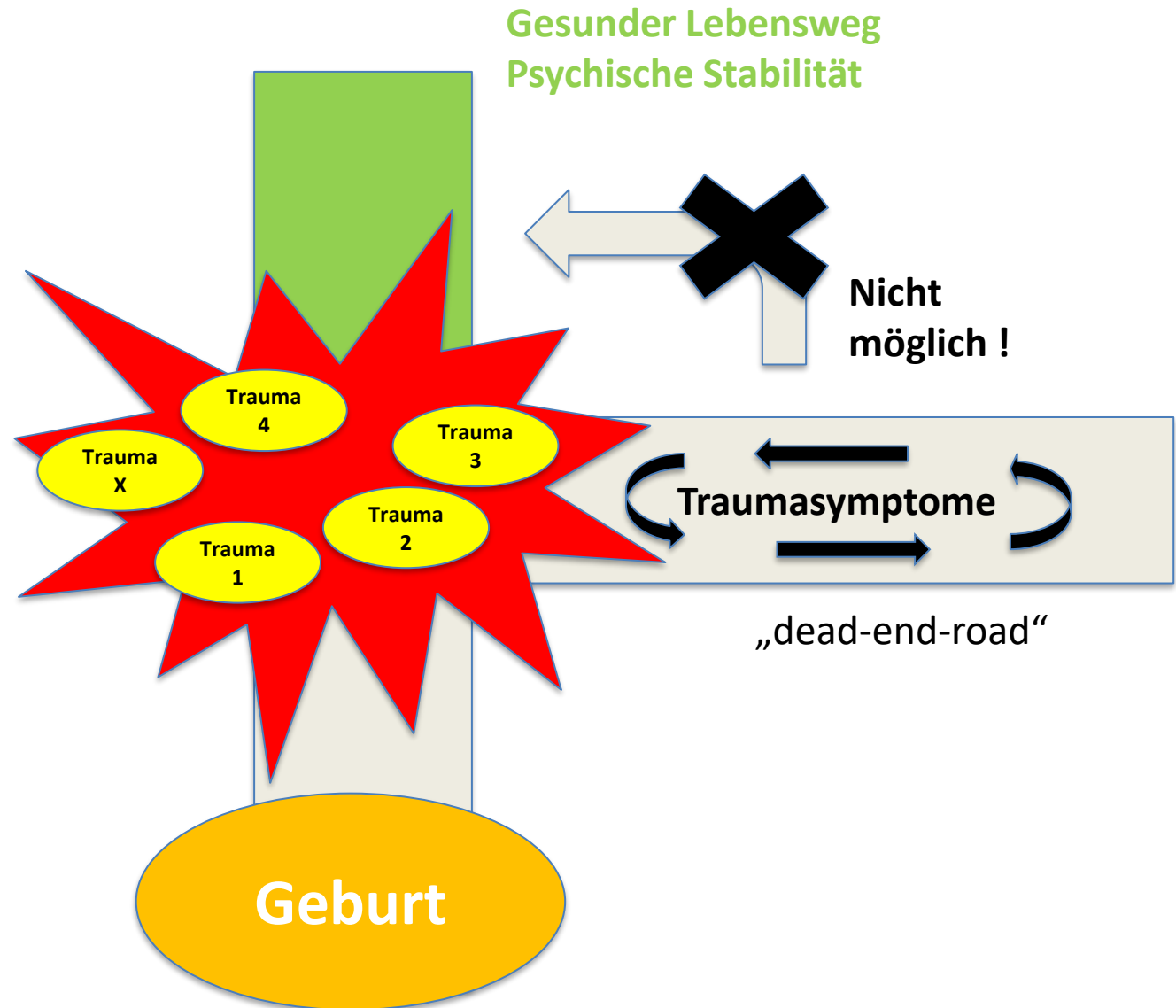
Typ - I - Traumatisierung: Vorgehen (Bewältigung)

**Wir müssen genau schauen was passiert ist....
Anschließend: Sie können frei entscheiden, welchen weiteren Weg Sie gehen..**



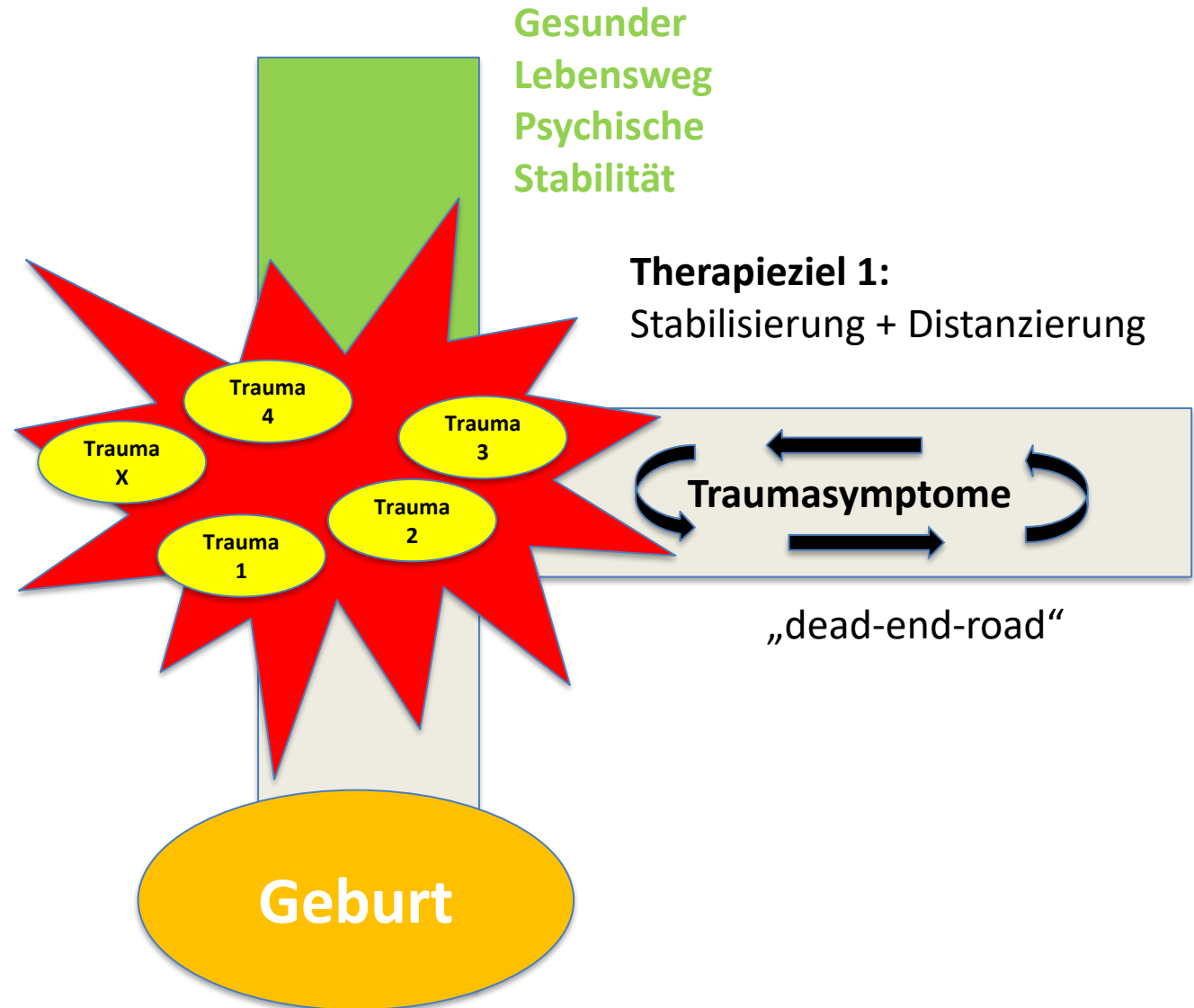
Typ - II - Traumatisierung: Ausgangslage

- + (traumat.) Belast.
- **kein** gesundes Funktionsn.
- eingeschränktes Leben („dead-end-road“)
- Erfolgl. Versuche des Vergessens

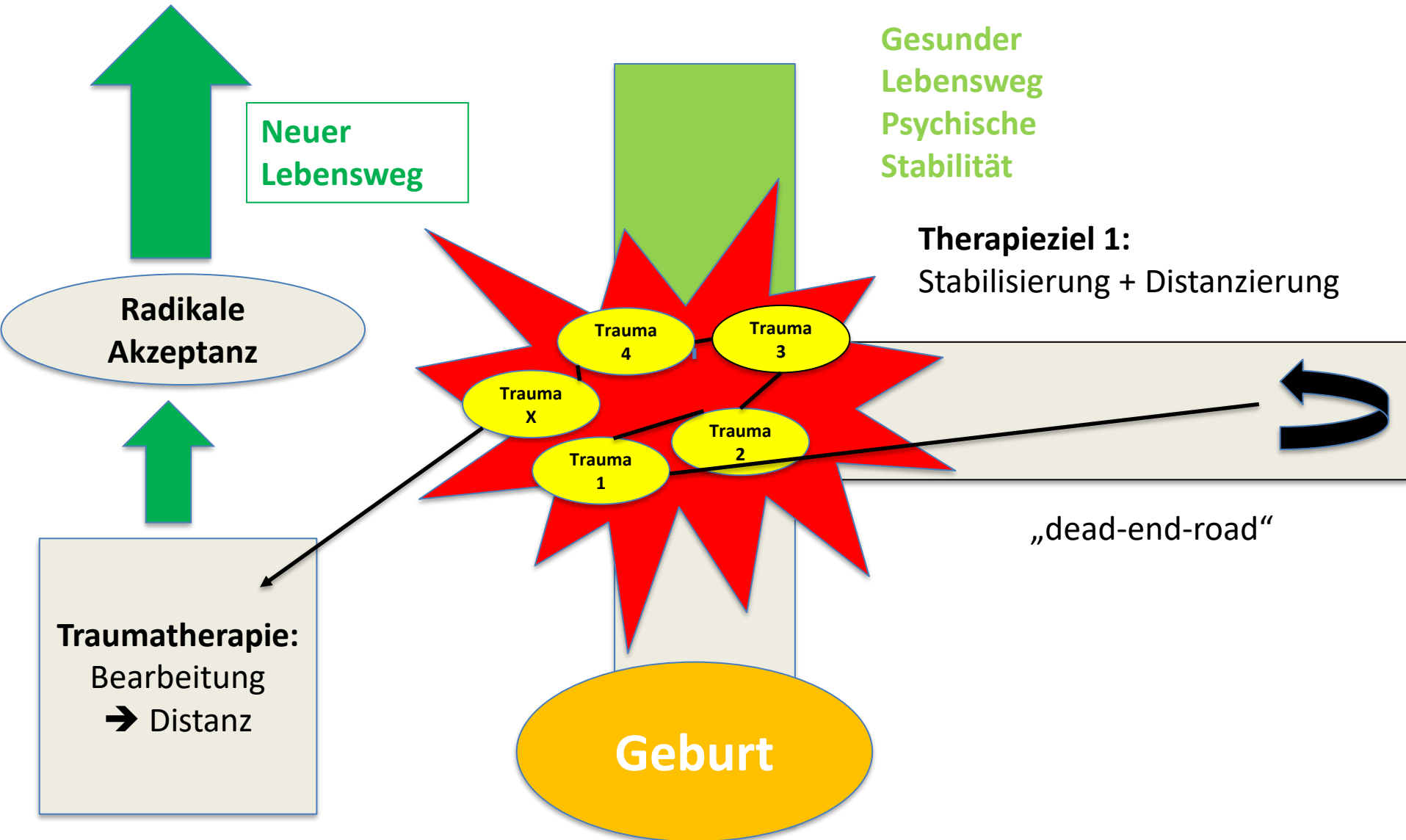


Wie halte ich all die schlimmen Erfahrungen aus? Metapher vom umgekippten Kleiderschrank

Typ - II – Traumatisierung: Stabilisierung + Distanzierung



Typ - II – Traumatisierung: Bearbeitung + Integration



Voraussetzungen für Expositionsverfahren in der Traumatherapie

- Reale Bedrohung liegt nicht weiter vor
- Ausreichende psychosoziale Stabilität
- Bestehen mindestens einer zentraler Bezugsperson
- Ausreichende psychische Stabilität
(v.a. keine Suizidalität, keine Psychose)
- Kein aktueller/bevorstehender juristischer Prozess

II. Konfrontations-/Expositionsphase



Aktivierung des Traumaerlebnis



Durcharbeiten des Geschehens



Kognitive Bewältigung



Emotionale Bewältigung

Das Erstellen eines Traumanarrativs

„Alles was wir in Worte fassen können, können wir hinter uns lassen.“ (Sokrates)

Narrativ als kontrollierte Trauma-Exposition (KTE):

nach G. Pieper (21) - I -

- Faktenphase: „W - Fragen“ bis ins Detail, Vergangenheitsform
- Schilderung „als alles noch normal war“

Narrativ als kontrollierte Trauma-Exposition (KTE):

nach G. Pieper (´21) - II -

- Beschreibung kurz vorher: „Etwas stimmt nicht!“ „komisches Gefühl“

Narrativ als kontrollierte Trauma-Exposition (KTE):

nach G. Pieper (´21) - III -

- Beschreibung der traumatischen Situation: Gedanken, Gefühle, Körperreaktionen, Verhalten , dabei „emotionale Schleife“

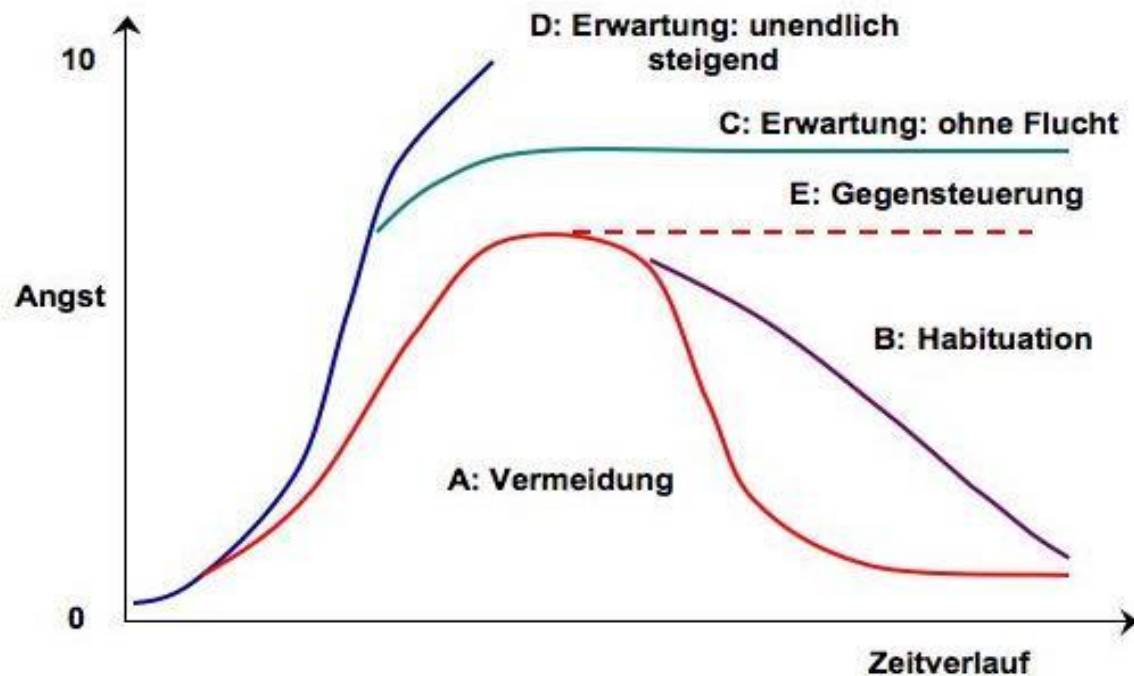
Narrativ als kontrollierte Trauma-Exposition (KTE):

nach G. Pieper (´21) - IV -

- Exploration bis zum eindeutigen Ruhepol

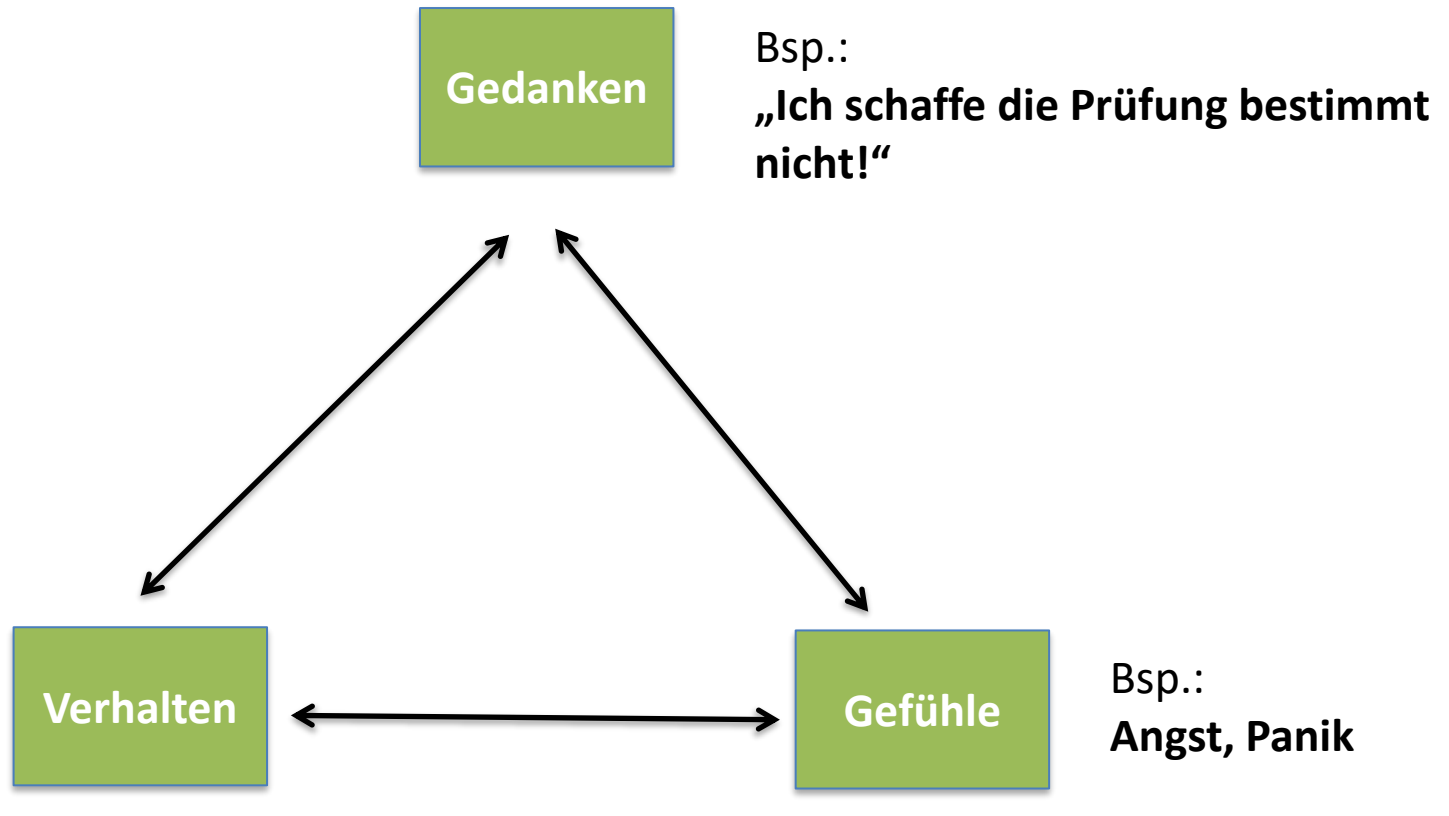
In sensu Exposition mittels Trauma-Drehbuch nach G. Pieper ('21)

Ziel: HABITUATION der mit dem Trauma verbundenen hohen Erregung



Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken

DAS KOGNITIVE DREIECK



Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken

Reattribution überhöhter Schuldgefühle

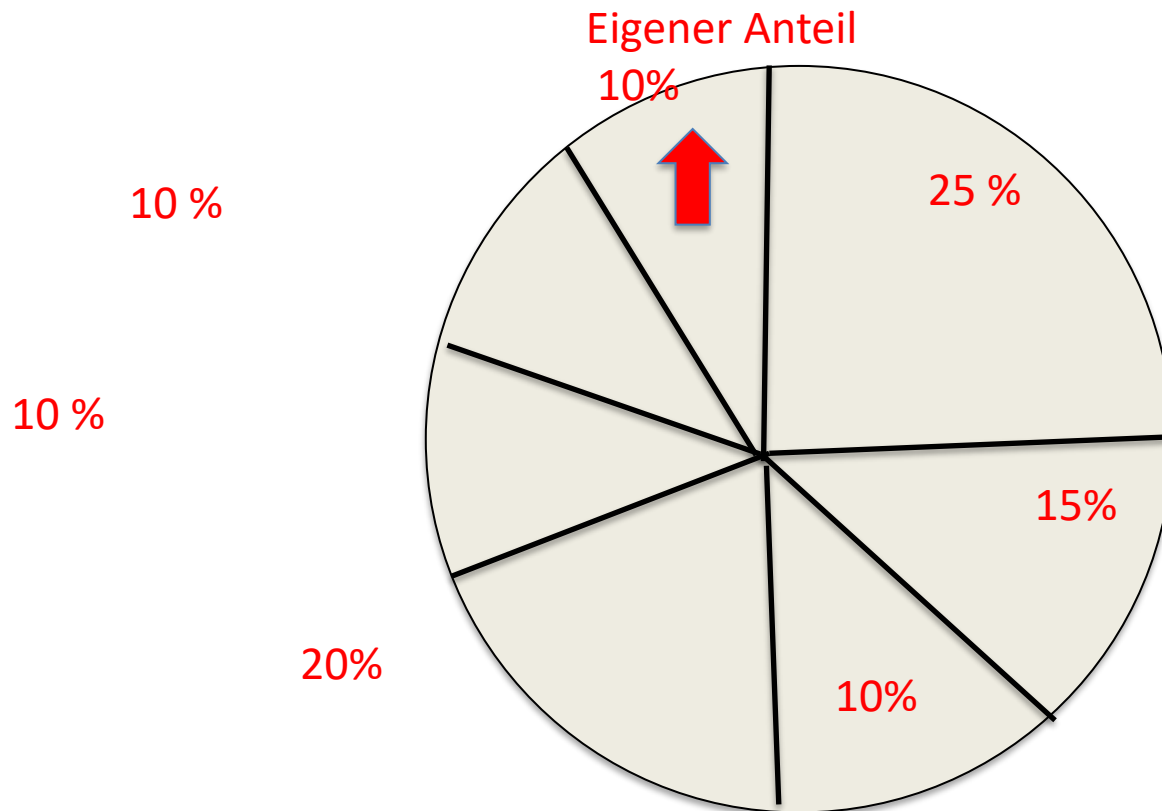
Beispiel: Ich (allein) bin schuld.....



Modifiziert n. Ehlers '99

Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken

Reattribution überhöhter Schuldgefühle



EMDR (Shapiro): Eye Movement Desensitization and Reprocessing

1. Aktivierung > Weiterverarbeitung > Dekonditionierung > Zuordnung „Es ist vorbei !“
2. Verknüpfung mit Ressourcen

In vivo Exposition

Es ist nicht der Ort der schrecklich ist, sondern das, was dort passiert ist....

In vivo Exposition

Ziel

- Remission: Vermeidung d. Ort des Geschehens
- Angstbewältigung (Habituation)
(Unterscheidung: Trauer !)

Vorbereitung

- Bearbeitung der Befürchtungen (KVT)
 - Erfassung + schmerzlicher Stellen am Ort.
- Traumalandkarte

In vivo Exposition

Es ist nicht der Ort der schrecklich ist, sondern das, was dort passiert ist....

Aufsuchen des Ortes des Geschehens bei Kriegs- und Flucht traumatisierten Kindern zunächst nicht/kaum möglich.

Jedoch: Graduierte Exposition der „Triggersituationen“

Wie unterscheidet sich die Behandlung bei Typ-II –Trauma ?

I. Stabilisierungsphase:

+ komorbide Symptomatiken + psychosoziale Probleme

II. Konfrontationsphase:

“Clustern“ , Skills bzgl. Emotionsregulation + Dissoziation

III. Integrationsphase:

Entwicklung eines funktionaleren psychosozialen Niveaus

III. Nachbesprechung + Integration

Konzept: „Radikalen Akzeptanz“

Angem. Sicherheitsmaßnahmen

Maßnahmen zur Sinngebung

Antizipation zukünft. Belastungen

Follow-up: Anwendung d. Gelernten

Konzept der „(Radikalen) Akzeptanz“

vgl. Beckmann, Wolf-Arehult in Priebe ´14

Statt weiterhin sinnlos dagegen anzukämpfen und damit weiteres Leid zu erfahren: Annahme des Geschehenen als Tatsache, die sich nicht ändern lässt:
Dadurch = wieder möglich, sich auf Dinge zu konzentrieren, die sich beeinflussen lassen.

Linehan:

**„Erst Akzeptanz ermöglicht
Veränderung“**

Sinnggebung: „Posttraumatisches Wachstum“

Beispiele:

- Besonderes Engagement
- Wertschätzung des Lebens
- + Pflege sozialer Beziehungen
- Weitergabe eigener hilfreicher Erfahrungen an Betroffene
- Berufliche Veränderung
- Spirituelle Entwicklung

Dissoziative Symptome: Therapeutischer Umgang

(vgl. Lühr, u.a. '21)

- Psychoedukation
 - ➔ Peritraumatisch: Schutzfunktion
 - ➔ Unterbrechen T. erinnerungen
 - ➔ Einschränkung /Verhinderung: Traumaverarbeitung
 - ➔ Generalisierung (Situationen mit + emotionaler Anspannung)
- Verhaltensanalyse und Frühwarnzeichen
- Reduktion emotionaler Verwundbarkeit (Stressoren)
- Vermittlung antidissoziativer „Skills“ (> DBT)

Beispiele für Antidissoziative Skills

Bewegungsskills

- Muskeln anspannen und entspannen
- Auf der Stelle hüpfen
- Arme und Beine ausschütteln

Körperbezogene Skills

- Schmecken: Ingwer, Chili, Tabasco
- Riechen: Minzöl, Tigerbalsam
- Hören: klatschen, laute Musik
- Sehen: Dinge in der Umgebung benennen
- Fühlen/Tasten: Igelball, Eiswürfel, kaltes Wasser

Dissoziative Symptome: Therapeutischer Umgang

(vgl. Lühr, u.a. '21)

- Psychoedukation
 - ➔ Peritraumatisch: Schutzfunktion
 - ➔ Unterbrechen T. erinnerungen
 - ➔ Einschränkung/Verhinderung: Traumaverarbeitung
 - ➔ Generalisierung (Situationen mit + emotionaler Anspannung)
- Verhaltensanalyse und Frühwarnzeichen
- Reduktion emotionaler Verwundbarkeit (Stressoren)
- Vermittlung antidissoziativer „Skills“ (> DBT)
- Vereinbarung: Ablauf bei Exposition