

**Die stationäre Behandlung von Traumafolgestörungen
mit Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie**

**Dipl.-Psych. Sabine Drebes
Psychologische Psychotherapeutin**

1. Behandlungsschwerpunkt
komplexe PTSD und dissoziative Störungen
2. Diagnostik
3. Struktur und Behandlungskonzept der Klinik
- 3.1 Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) nach Reddemann
 - 3.1.1 Beziehungsaufbau und Anamnese
 - 3.1.2 Stabilisierungsphase
Therapie bei dissoziativen und komplexen
Traumafolge-Störungen
 - 3.1.3 Traumakonfrontation
 - 3.1.4 Integration und Alltagstransfer

- **Alle traumaassoziierten Störungsbilder**
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Akute Belastungsreaktion (F43.0)
- Anpassungsstörung (F43.2)
- Dissoziative Störungen (F44.0-9)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)
- Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen (F60.3)

- Ca. 80% Frauen
- 87% multiple Traumatisierungen über durchschnittlich 6,5 Jahre, 18% Monotrauma, 60% schwerer emotionaler Missbrauch
- 80% haben PTBS, 68% Depression, 40% dissoziative Störungen

- **Komorbide Störungen**
Depressive Störungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen, Schlafstörungen, Angst- und Zwangsstörungen

1. Behandlungsschwerpunkt

Langanhaltende und schwere Traumatisierungen, beginnend im Kindesalter, führen zu Komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen oder Störungen durch extremen Stress (DESNOS)

Durch den frühen Beginn v.a. von emotionalen Traumatisierungen kommt es auch zu sog. Bindungstraumatisierungen

Chronische Persönlichkeitsveränderungen bei komplexer PTSD

- Änderung in der Selbstwahrnehmung: Identitätsprobleme, chronische Schuldgefühle, Hilflosigkeit
- Änderung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit
- Veränderung der sozialen Beziehungen: chronisches Misstrauen, Isolation
- Chronische Schwierigkeiten Affekte und Impulse zu regulieren
- selbstdestruktives und suizidales Verhalten

Peritraumatische Dissoziation:

- Dissoziation (Trennung von Bewusstseinsinhalten) während des Traumas um Unerträgliches zu überleben (Schutzmechanismus)
- ABER: Misslingen von Integration bedrohlicher Ereignisse auf kognitiver, emotionaler, körperlicher und Verhaltensebene ins Bewusstsein (BASK)
- durch Trigger emotionaler Teil jederzeit reaktivierbar (dissoziiert) oder völlig affektdistanziertes Wissen über Ereignis

- **Dissoziation als Kontinuum** ab einem FDS-Wert von >15 pathologisch
- **Formen der Dissoziation**
 - Amnesien, Gedächtnisstörungen
 - Derealisations- und Depersonalisationsphänomene
 - Absorption
 - Stimmenhören, kommentierende Stimmen
 - Bewegungsstörungen, Lähmungen
 - Sensibilitäts- u. Empfindungsstörungen (Taubheitsgefühle)
 - Schmerzen
 - diss. Krampfanfälle

- **Modell der strukturellen Dissoziation:**
(Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2001)

Primäre Dissoziation

ein anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP)
ein emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP)

Sekundäre Dissoziation

ein anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP)
mehrere emotionaler Persönlichkeitsanteile (EPs)

Tertiäre Dissoziation

mehrere anscheinend normale Persönlichkeitsanteil (ANPs)
mehrere emotionale Persönlichkeitsanteile (EPs)
-> DIS

Diagnostikmöglichkeiten

- Kriterien erfüllt?
- Biographische Anamnese (Trauma?)
- Testdiagnostik (FDS, CTQ, PDS, ETI)
- psychischer Befund
- Fragebögen
- Beschwerden, Symptome, Alltagseinschränkungen

CAVE:

- Dissoziative Symptome müssen aktiv erfragt werden, da viele Betroffene nicht hiervon berichten (schambesetzt und Angst verrückt zu sein)

3. Struktur und Behandlungskonzept

- Behandlung in kombinierter Einzel- und Gruppentherapie (Schwerpunkte: Psychoedukation plus Übungskleingruppen (strukturiert, manualisiert), Frauengesprächsgruppe, Schwerpunkt auf sozialem Kompetenztraining, psychodynamische Gesprächsgruppe, Gestaltungsschwerpunkt in der Gruppe)
- Unterstützt durch Rahmenprogramm
 - Stressbewältigungstraining (Imaginationsübungen, Breema, Qi-Gong)
 - Pflegegespräche, Soziotherapie, Systemische Familientherapie
 - kreative Therapien (Kunstpsychotherapie, Bewegungstherapie)
 - Aromatherapie und Atemtherapie
 - Fitness und meditatives (Mandala-)Malen

Ziele der Gruppentherapie

- Positive Beziehungserfahrung in Gruppen durch wechselseitige Ermutigung, Toleranz und Respekt (Gruppenregeln)
- Die Förderung von Sicherheitserleben, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge
- Handlungskompetenzen erweitern
- Fokus liegt auf dem Umgang mit den Folgen der Traumasymptome und Einschränkungen
- Selbst- und Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung und -bewältigung
- Verantwortungsübernahme

3.1. Psychodynamisch-imaginativer Ansatz (PITT)

- Etablierung des Konzepts der psychodynamischen imaginativen Traumatherapie **PITT** nach Luise Reddemann (Psychodynamischer UND ressourcenorientierter Ansatz)
- **Phasenorientiertes Vorgehen:**
 1. Stabilisierung
 2. Traumakonfrontation
 3. Integration

3.1. Psychodynamisch-imaginativer Ansatz (PITT)

- v.a. für Pat., die schwere kindliche, langanhaltende Traumatisierung (auch Bindungstraumatisierungen) erlebt haben mit chronischen Verunsicherungen und Bedrohungsgefühlen
- nutzt vor psychodynamischem Hintergrund die Fähigkeit der Imagination (Vorstellungskraft) und fördert die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbstkontrolle
- zwei Erwachsene arbeiten gemeinsam an den Problemen jüngerer, verletzter Ich-Anteile im Sinne der Ego-states

3.1.1 Beziehungsaufbau und Anamnese

- Erfragen von Ressourcen UND der Problematik
- Traumalandkarte UND Bewältigungsmechanismen
- berechenbar sein, Sicherheit und Struktur anbieten
- Kontrollerfahrung für Pat. ermöglichen
- real bedrohliches Äußeres von innerer Bedrohung unterscheiden lernen → Realitätsprüfung
- Ziele klären

- Psychoedukation
- Kontrollierter Umgang mit traumatischem Material (Dissoziations- und Flashbackstop über alle 5 Sinne, Notfallkoffer)
- Umgang mit belastenden Affekten: Differenzierung, Regulierung, Impulskontrolle, Affekttoleranz
- Hilfe zu Selbsthilfe und Selbstmanagement anregen
- Imaginationsübungen (Nutzen des Symptoms als Ressource)
- Ressourcenaktivierung und halten und verstärken dieser
- Äußere Sicherheit thematisieren
- Abgrenzung
- Erlernen selbsttröstender Maßnahmen
- Alltagsfunktionalität stärken

- Egostatetherapie setzt an den durch Traumatisierung entstanden Ichzustände als Ressource an
- den EPs helfen einen realistischen Kontextbezug herzustellen und ANPs mit Emotionalität auseinander setzen lernen
- Fehlannahmen über kausale Zusammenhänge disputieren und auf Realität prüfen
- Innere Kommunikation und Kooperation fördern (Landkarte, Tagebuch)
- therapeutische Verträge zur Reduzierung selbstverletzenden Verhaltens

Arbeit mit *verletzten* inneren Anteilen (Innere-Kind-Arbeit)

- Gefühle würdigen, aber trotzdem Realitätsprüfung im Hier und Jetzt und neue Möglichkeiten der Handlungskontrolle aufzeigen
- Innere Kinder versorgen und aus traumatischer Situation holen und in Sicherheit bringen
- Sich selbst gegenüber ein fürsorglicher Erwachsener sein

Arbeit mit *verletzenden* inneren Anteilen (Täterintrojekte)

- Täterloyale Anteile mit für die Therapie gewinnen
- Täteridentifiziertes Verhalten reduzieren
- Distanzierung durch Verständnis und Würdigung für Entstehungsgeschichte (ursprüngliche Schutzfunktion) und für Aufgaben der Gegenwart nutzen
- Respektvolle Koexistenz

Voraussetzungen:

- Äußere Sicherheit
- soziale und körperliche Stabilität
- Psychische Stabilität
 - Ressourcenzugang
 - Dissoziationskontrolle, Affekttoleranz
 - Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis

Kontraindikationen:

- Tranquilizerbehandlung
- Anhaltender Täterkontakt
- Suizidalität
- Psychotisches Erleben

- Ziel ist eine Integration der traumatischen Erinnerungen durch Umstrukturierung in ein ganzheitliches autobiografisches Bewusstsein (Integration im Sinne von BASK)
- Gezieltes Aufsuchen einer traumatischen Erinnerung mit Anfang und Ende mit Begleitung in einer heute sicheren Situation
- Abreaktion
- Innerer Trost

Bildschirm-Technik

Traumatische Szene wird auf imaginärem Bildschirm angesehen und in der 3. Person von Pat. im Präsens auf allen 4 Ebenen erzählt

EMDR (Eye movemet desenzitisation and reprocessing)

(Francine Shapiro)

- Hypothese dass zu jedem Traumasymptom eine physiologische Komponente existiert
- bilaterale Stimulation z.B. Augenbewegung, tappen, akustische Reize beschleunigen den Verarbeitungsprozess
- Desensibilisierung/Reprozessierung ausgehend von schlimmsten Bild, Kognition und Körpererleben
- abschließend Verankerung einer positiven Kognition

- Trauerarbeit um die zerstörte Integrität und die Entbehrungen in der Kindheit
- Ressourcen verstärken und die Verwendung dieser in der Alltagsbewältigung
- Sinnfragen zulassen
- Zukunftsorientierung: Perspektiventwicklung
- Angehörigengespräche bzw. mit weiteren Behandlern
- Vorbereitung auf den Alltag
- Überführung in das ambulante Setting