

Trauma - Psychotraumatologie und Traumatherapie

Dr. Andor Harrach

Vorlesungsreihe spezielle Psychotherapie, 2. SS 2015,-16

Semmelweis Universität Budapest

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Diese Reaktionen treten in ursächlichem Zusammenhang mit teils außergewöhnlichen Lebensereignissen oder mit besonderen Veränderungen im Leben auf, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben – nach ICD-10 Klassifizierung:

1. Akute Belastungsreaktion, F43.0 – auch bei sonst nicht belasteten Menschen, innerhalb von Stunden oder Tagen klingen die Reaktionen ab
2. Posttraumatische Belastungsstörung PTSD, F43.1 – verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, der bei fast allen Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Vorbelastungen können die Reaktion vertiefen.
3. Anpassungsstörungen, F43.2 – Zustände von subjektiver Bedrängnis oder emotionaler Beeinträchtigung, Vorbelastung kann entscheiden sein, kann aber auch ohne diese kürzere oder länger anhaltende Störung hervorrufen. Vorbelastung versch. Art kann wichtig sein!

Symptomatik

1. Akute Belastungsstörung: in direkter Zeitfolge nach dem Lebensereignis entwickeln sich die Symptome – in der Regel ist die Besserung auch schnell (Stunden oder Tage) – von Stimmungsschwankungen bis zum „Schock“ bunte-wechselnde Symptome
2. PTSD: nach oder in bedrohlicher Situation eher langsam entwickeln sich die Symptome
3. Anpassungsstörung: chronisch-anhaltende Belastungssituation (Stress), die fortschreitend zu Erschöpfung, Depressivität, Ängsten, psychosomatischen Störungen (z.B. Schlafstörung), Beziehungsstörungen führt. Die Person ist der Bewältigung der Situation nicht mehr gewachsen, seine Lebensführung ist nicht mehr stabil, kann sich der Situation nicht mehr anpassen. Beispiele: Krankheit, Unfallfolgen, Pflege von Angehörigen, andauernde berufliche Belastung.

Ursächliche Zusammenhänge bei schwerer Traumatisierung

- Art der belastenden Ereignisse (Naturkatastrophe, Unfall, Krankheit, Verlust, Scheitern, Ziele aufgeben müssen, menschliche Enttäuschungen)
- Dauer der Einwirkung – sich wiederholende Ereignisse
- Heftigkeit der Ursachen
- Persönlichkeit – Belastbarkeit – Widerstandsfähigkeit – Verletzlichkeit – Irritabilität
- von Menschen verursacht (Kriminalität, Gewalt, Vergewaltigung, Beschämung, Bedrohung, Sadismus)?
- absichtlich verursacht
- von bekannten Menschen verursacht (Beschämung, Bedrohung)
- nachträglich erfahren?
- Ausgeliefert sein, Kontrollierbarkeit
- schwere Organerkrankungen
- kumulierende (kumulative, mehrfache gleichzeitig) Traumatisierung
- Berufliche Traumatisierung, Soldaten im Krieg, Helferdienste

Geschichte und Änderungen des Traumabegriffs

- Freud benutzte ursprünglich die Ausdrücke Konflikt bzw. Trauma bei Kindern abwechselnd und quasi synonym – der Ödipus-Komplex (sexuelle „Phantasie“ des Kindes)
- Später wurde bei Kindern der Konflikt (Triebkonflikt) vom Trauma unterschieden: Trauma wurde die entwicklungshinderliche, schädigende Einwirkung, z.B. Vernachlässigung, Krankheit, Verlust von Eltern, sexueller oder gewalttätiger Mißbrauch bezeichnet
- Bereits nach dem I. Weltkrieg wurde über Kriegsneurosen gesprochen: Kriegserlebnisse als Auslöser psychischer Erkrankungen
- 2.Hälfte des 20. Jahrhunderts: die sexuelle Belästigung des Kindes ist „Realität“, also Trauma
- Soldaten des Vietnamkrieges waren traumatisierte Menschen (PTSD)
- sexuelle Gewalt gegen Frauen hat schwere Folgen (PTSD)

Komplexes posttraumatisches Belastungssyndrom (PTSD)

Herman, Judit, USA, 1992

1. Lebensgeschichtliche Sicht: Desorientierung, Aussichtslosigkeit, Unteworfensein, Prägung der weiteren biographischen Abläufe
2. Veränderungen Affektregulierung: Depression, Angst, Selbstmordneigung, Scham,
3. Modifiziertes Bewußtsein: Benommenheit, Desorientierung, Einengung, Dämmerzustände, Abspaltung von Erinnerungsdetails
4. Verändertes Selbstbild: Schuldgefühle, Intrusionen (ins Bewußtsein drängende Erinnerungen, Bilder), Wertlosigkeit, stigmatisiert sein, nicht lebenswert zu sein
5. Veränderte Wahrnehmung des Täters: sich hingezogen fühlen zum Täter, Vermeidung bedrohlicher Situationen
6. Veränderung der sozialen Beziehungen: Rückzug, Mißtrauen, Unfähigsein zu Sexualität
7. Veränderung von Stimmungen, Lebenskraft, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung

Verlauf und Spätfolgen vom Psychotrauma

- generell: Psychotrauma hinterlässt oft wesentliche bis schwerwiegende Störungen, kann aber auch spontan abklingen
- Anpassungsstörungen
- erneute akute Belastungsreaktionen > Retraumatisierung, kann selbst im Zuge von Therapie auftreten (Wiederholung durch Erinnerung)
- chr. psychische, psychosomatische Störungen, körperliche Stressfolgen
- andauernde Persönlichkeitsänderung, Verhaltensänderung, z.B. Borderline
- Beziehungsstörungen
- bei Kindern Entwicklungsstörungen
- sexuelle Störungen bei sexueller Traumatisierung
- Drogenmißbrauch
- Suizidalität
- chr. Vermeidungsverhalten

Neurobiologie von psychischer Traumatisierung -intensive Forschungen! -

- Veränderte Informationsverarbeitung des Gehirns
- Das limbische System spielt eine Zentrale Rolle: zentrale Verarbeitung von Affekten im Mandelkern (Amygdala) und die Speicherung im Hippocampus), auch in sensorischen Eindrücken (Geruch) und Bildern
- Die Gedächtnisinhalte erhalten auch einen Zeitstempel, dadurch kann zwischen „jetzt“ und „damals“ unterschieden werden (Corp.Mamillaria)
- Durch Störungen im Hippocampus zerbricht diese Struktur, Empfindungen können nicht integriert zugeordnet werden, neue Bahnungen (Plasitizität)
- Stresshormone (Cortisol) festigen diese Veränderung, Affektivität und Gedächtnis bilden keine integrative Einheit mehr(Dissoziation entsteht)
- präfrontale Cortexareale, damit integrative mentale Abläufe sind gestört (dysregulierte mentale Zustände)
- Schaltkreise im Gehirn sind gestört, durch Stresshormone entsteht Zelltod

Traumatherapie

- der Begriff „Traumatherapie“ hat sich in den letzten 20 Jahren fest etabliert
- es ist keine Methode mit festen Definitionen, sondern eher eine Strategie mit vielen methodischen Varianten, die Schulen entwickeln eigene Konzepte
- Sie integriert biologische, psychologische und soziale Aspekte
- Multidisziplinarität resultiert sich als integrierte Subdisziplin
- Es existieren AWMF Therapie-Leitlinien zum Thema
- Spezifische Kompetenzen, Konzepte, Settings, Einrichtungen

Ein Grundsatz ist in der Traumatherapie die zeitliche Phaseneinteilung:

1. Anamnese, Diagnostik, sukzessiver Beziehungsaufbau
2. Stabilisierung (ohne Vertiefung der Traumathematik)
3. Traumakonfrontation und Traumasynthese
4. Integration, Trauer und Neuorientierung

Traumatherapie - Diagnostische Phase

- Klärung der Umstände
- Beschwerden
- Begleitende Komplikationen
- wichtige Bezugspersonen
- Hinzuziehung anderer Helfer, Kontakt mit anderen Helfern
- Risiken einschätzen
- Schutz (Isolierung) von ev. Tätern
- Katastrophenplan? (Plan Cs.- Schule)

Traumatherapie - Stabilisierungsphase

- Ziel ist die mögliche Wiederherstellung der alltäglichen Lebenspraxis
- Minimalkontrolle über die Vorgänge sichern
- Aufklärung über die Natur der Probleme
- Beruhigung
- festen Rahmen herstellen
- Zeit- und Ablaufsplanung
- Koordination eventueller Parallelverfahren, z.B. somatische Behandlung
- Strategie zur Vermeidung weiterer Traumatisierungen durch Umfeld, Therapien, Symptome
- Klärung der Einbeziehung der Familie

Traumatherapie – Phase Traumakonfrontation, Traumasynthese

- Ereignisse aus der Geschichte der Traumatisierung aufarbeiten
- Umstände klären
- Reaktionen erinnern
- Emotionen, Affekte
- Erinnerungen zulassen
- Bilder rekonstruieren
- sensorische Eindrücke explorieren
- Selbstbezug herstellen, eigene Rolle, eigene Handlungen einbeziehen
- Reaktionen anderer verarbeiten
- Schmerz, Trauer, Verluste, Todesfälle,

Integration, Trauer, Neuorientierung

- wieder erlebbare Biographie gestalten
- Trauerarbeit: den Schaden betrauern
- Folgewirkungen einbauen
- Kontakte, Beziehungen wiederbeleben
- in den Alltag wiederkehren, sich fortentwickeln
- Auswirkungen auf das Leben
- die negativen Erfahrungen konstruktiv-kreativ verwenden, posttraumatische Reifung
- Trauma und menschliche Bindungen
- Schutz vor Reviktimisierung (erneuter Traumatisierung)

Anwendbare Methoden

- Tiefenpsychologie
- Verhaltenstherapie, kognitive Therapie
- Imagination
- Debriefing
- körperorientierte Psychotherapie
- Shapiro, Francine, 1989, Journal of Traumatic Stress: EMDR, Eye Movement Desensitisation and Reprocessing. Alternierende Aktivierung der rechten-linkenGehirnhälfte
- Künstlerische Psychotherapieverfahren
- Mehrgenerationen-Traumatherapie (Einbeziehung der Familie, z.B. Holocaust)
- Medikamentöse Therapie, Beruhigungsmittel, Antidepressiva

Schutz für Trauma-Helfer Helfer-Traumatisierung droht!

- Schutz vor eigener Traumatisierung
- Belastungsreaktionen
- Schutz vor burn out
- sich eigene Hilfe holen

Literatur

1. Flatten, G. et al.: Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2004 ? Schattauer, Stuttgart
2. Herman, Judith: Trauma and Recovery, 1992, 1997, Basic Books, USA, deutsch:
3. Trauma – Wikipedia
4. Generell: inzwischen breite Literatur in Fach- und Sachbüchern, auch in Lehrbüchern zur Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie