*Fortbildungstag Fachklinik Haus Immanuel am 13.4.2016*

# Schonende Traumatherapie - ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen

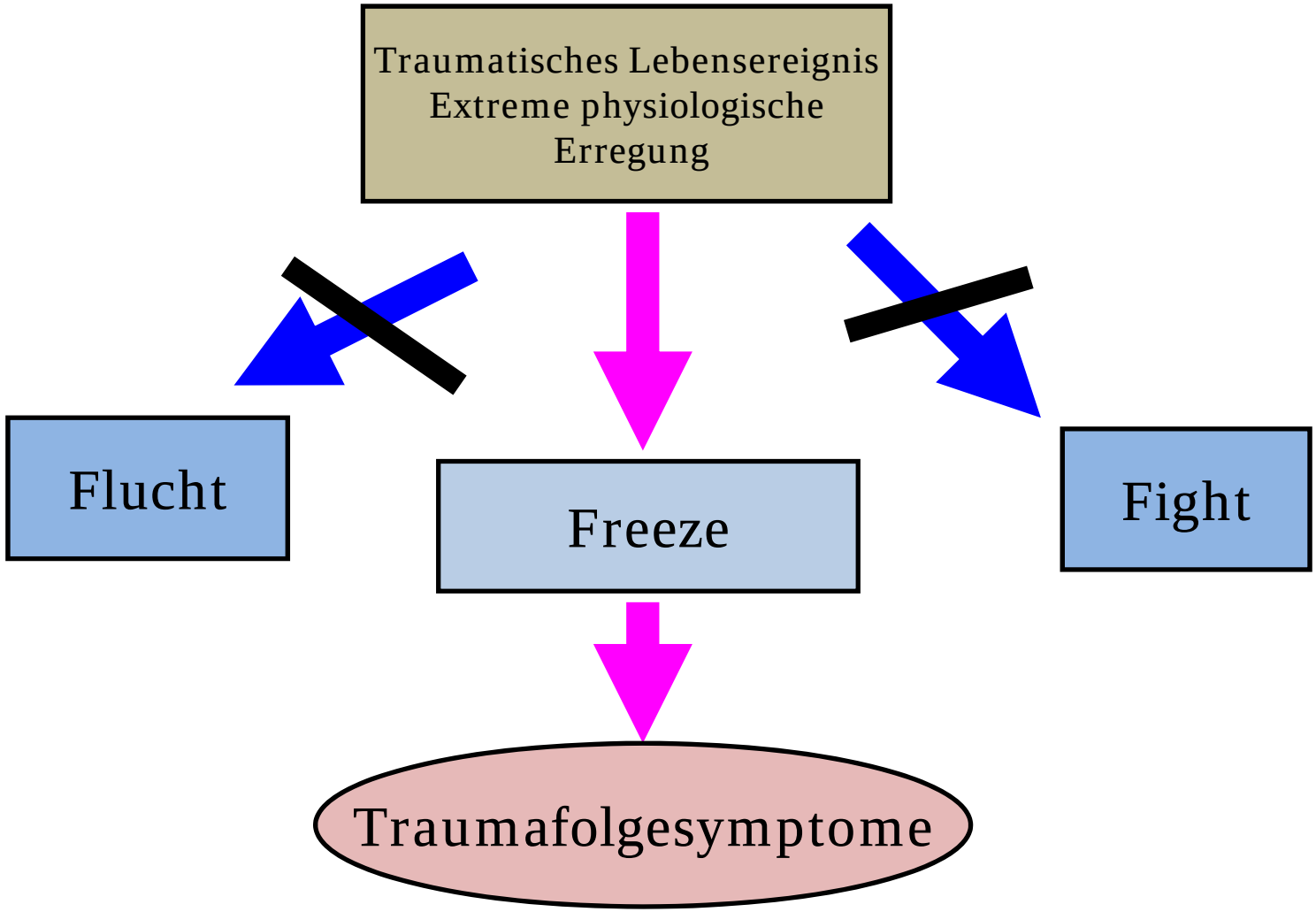
Prof. Dr. med. Martin Sack
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

# Übersicht:
# Schonende Traumatherapie und Abhängigkeitserkrankungen

- Komplexe Traumafolgestörungen
- Biologische Aspekte von Traumafolgestörungen
- Abhängigkeitserkrankungen und Bindungsstörungen
- Wieso ist konfrontative Therapie notwendig?

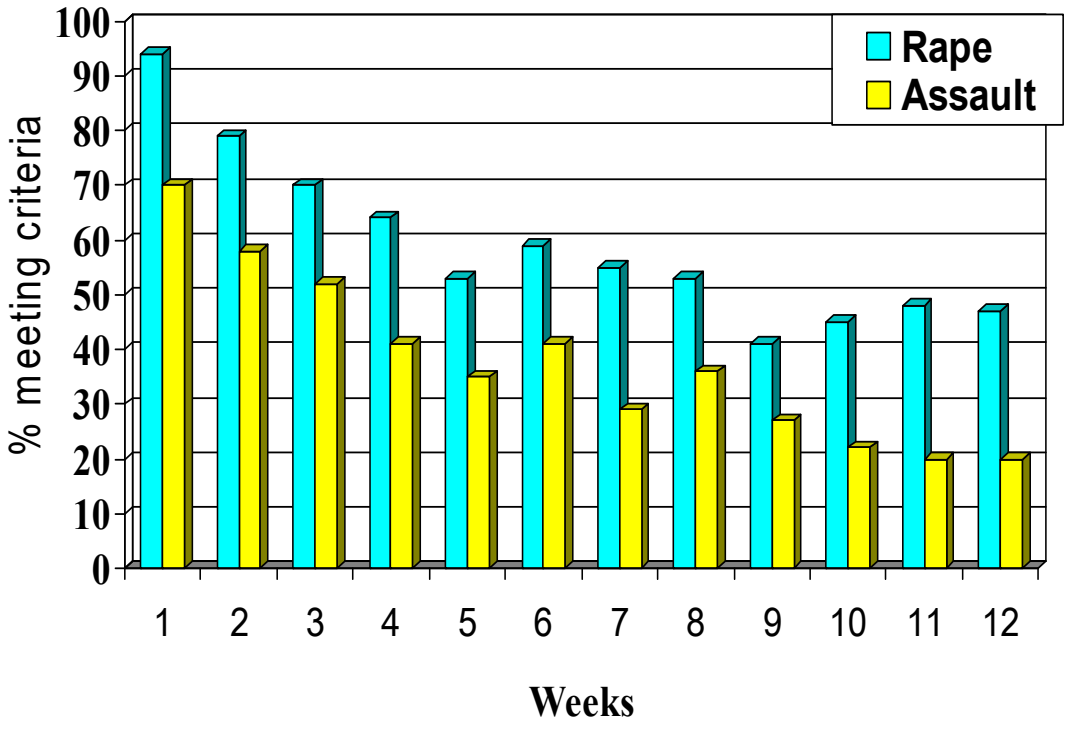
- Schonendes konfrontatives Arbeiten
- Ansatzpunkt Suchtgedächtnis
- Vernachlässigung und negative Beziehungserfahrungen als Therapiethema

# Wann entsteht eine Traumafolgestörung?




Folie: Marc Schmid 2012

# Normaler Verlauf der Belastungssymptomatik




(Rothbaum et al. 1992; Riggs, et al., 1995)

# Komplexität der Symptomatik / Unspezifität der Stressoren

‚Early Life Stress‘

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend sind die Hauptursache für sämtliche psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

# Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 /ICD-11)

**Trauma**

bedrohlich
entsetzlich

**Wiedererleben**

In der Gegenwart
In Alpträumen

**Vermeidung**

Bezüglich Erinnerungen
Bezüglich Handlungen

**Übererregung**

Schreckhaftigkeit
Erhöhte
Wachsamkeit

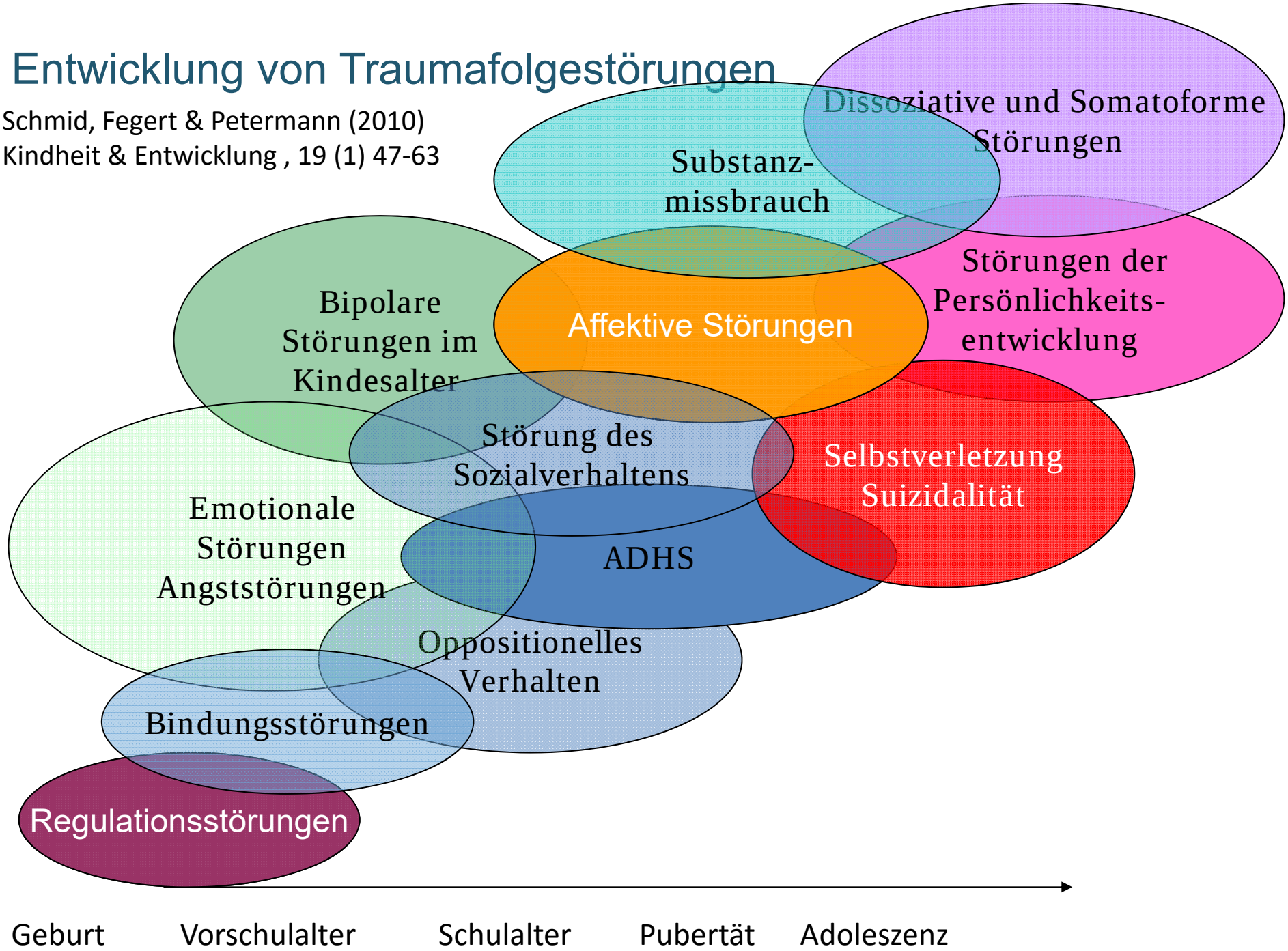
# Traumakompensatorische Symptomatik

Traumata sind nicht selten Auslöser für:

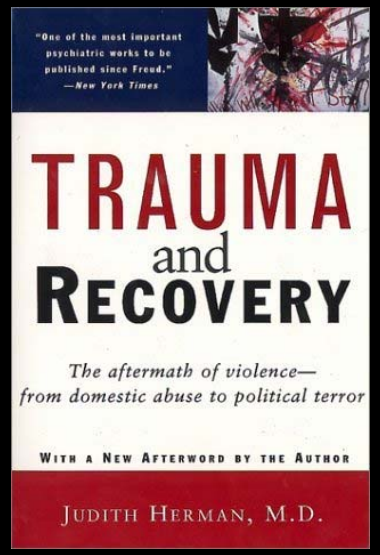
Zwangsstörungen
Essstörungen
Suchterkrankungen

# Entwicklung von Traumafolgestörungen

Schmid, Fegert & Petermann (2010)
Kindheit & Entwicklung , 19 (1) 47-63



# Komplexe posttraumatische Belastungsstörung




Deutsche Übersetzung:
Judith Herman: Die Narben der Gewalt 1992

# ICD-11: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

PTBS und zusätzlich:

Störungen der Affektregulation

Negatives Selbstkonzept

Beziehungsstörungen

Was sind die allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörung nach ICD-10?

~~PTBS und zusätzlich:~~

Störungen der Affektregulation (bzw. Impulsivität)

Negatives Selbstkonzept (bzw. Selbstwahrnehmung)

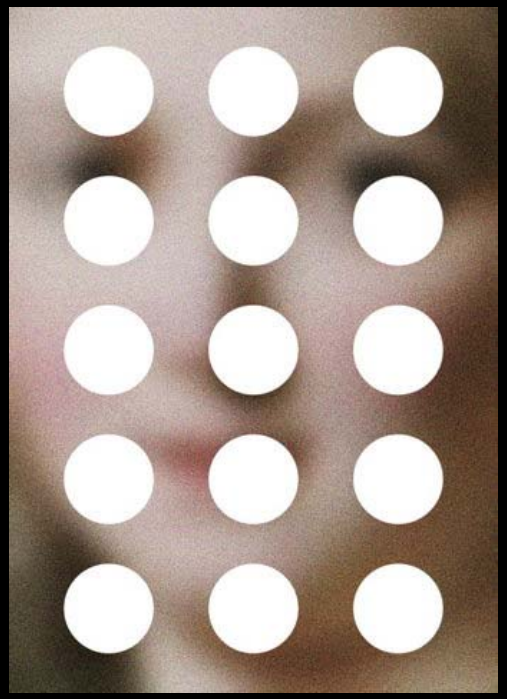
Beziehungsstörungen

# Grade der Komplexität einer Traumafolgestörung

| Grad I | Grad II | Grad III | Grad IV |
|---|---|---|---|
| Einfache PTBS<br>ohne Komorbidität | PTBS +<br>trauma-<br>kompensatorische<br>Symptomatik<br><br>z.B.<br>Suchterkrankung<br>Angststörung<br>Depression | PTBS +<br>persönlichkeits-<br>prägende<br>Symptomatik<br><br>z.B.<br>Borderline PS<br>Andere PS<br>kPTBS (ICD-11)<br>, | PTBS +<br>komplexe<br>Dissoziative<br>Störung<br><br>z.B.<br>Amnesien<br>Fragmentierung<br>Identitätsstörung |

Sack, Sachsse, Schellong (2013)

# Dissoziation ist der Schlüssel zum Verständnis von Traumafolgestörungen



Einheitliches Störungsmodell

Gemeinsame neurobiologische Grundlagen

Ableitung von Therapiestrategien

# Komplexe Dissoziative Störung - DDNOS

Amnesien im Alltag

Identitätsunsicherheit

In kindliche oder emotional belastende ‚Zustände' rutschen

Häufigste Form behandlungsrelevanter Dissoziativer Störungen!

# Kummulative Effekte von Kindheitsbeilastungen (4 oder mehr Kindheitsbelastungen)

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

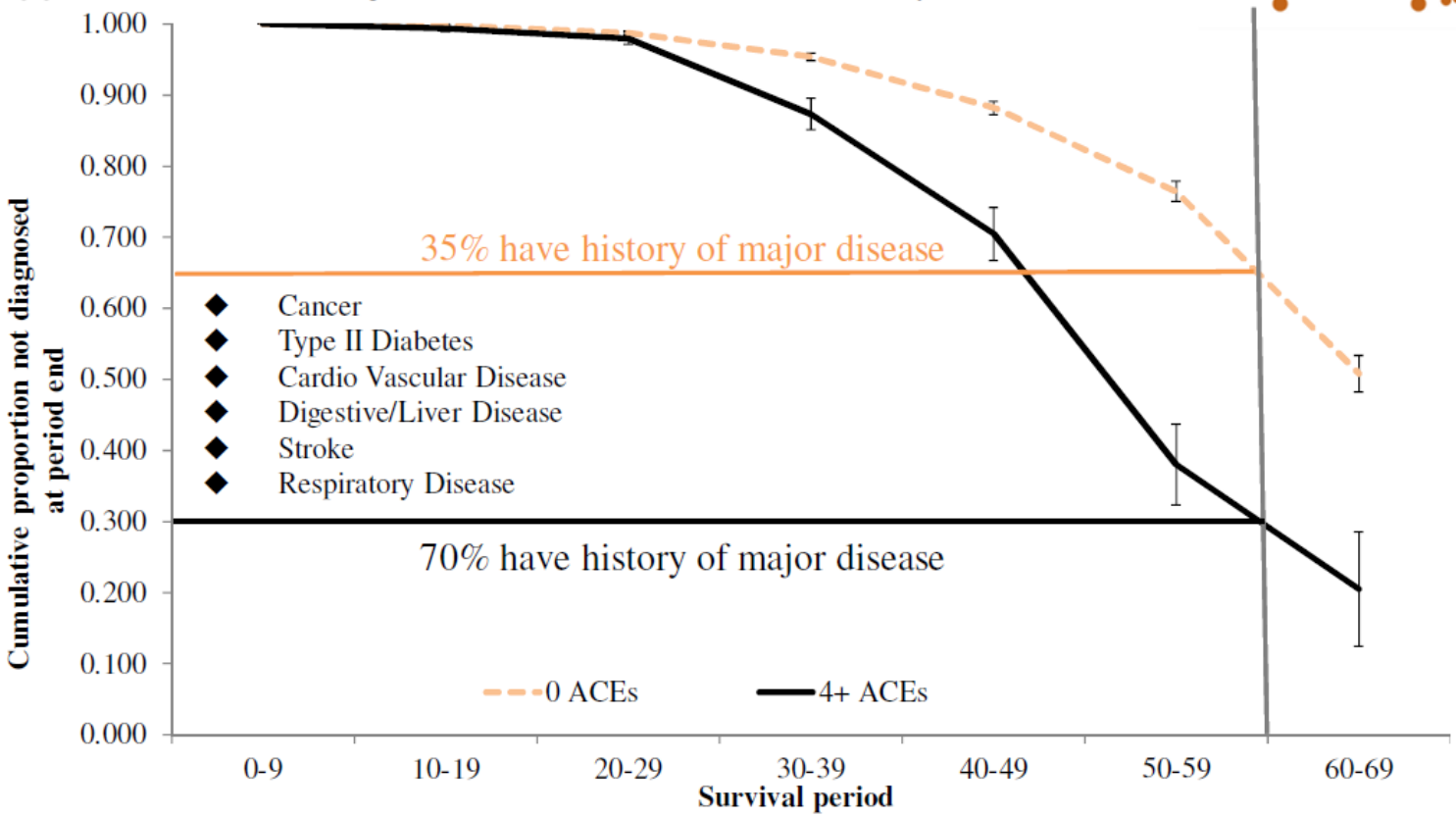
| | |
|---|---|
| ▪ Koronare Herzerkrankung | 220% |
| ▪ Diabestes mellitus | 160% |
| ▪ Chronische Bronchitis oder Emphysem | 390% |
| ▪ Depressive Störung (im letzten Jahr) | 460% |
| ▪ Suizidversuch (anamnestisch) | 1220% |
| ▪ Niktotinabusus | 220% |
| ▪ Gebrauch illegaler Drogen (anamestisch) |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

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

Anda & Felliti 2011

# Cumulative Proportion of Individuals **not diagnosed** with a Major Disease with Age

*Aged 18 to 69 (n = 3,885) Bellis et al, Journal of Public Health, 2014*



**Bevölkerungsstudie USA: % Reduktion gesundheitsschädlichen Verhaltens wenn alle Personen keine Kindheitsbelastungen erlebt hätten**

**Early Sex**
(<16 years)
**by 21%**

**Multiple sex Partners** (≥5)
**by 21%**

**Smoking**
(current)
**by 22%**

**Drug use**
(lifetime)
**by 36%**

**Problem drinking**
(current)
**by 51%**

**Suicide attempt**
(ever)
**by 83%**

Mark Bellis Vortrag
WHO, Kopenhagen am
5.2.2015

# Zielrichtung der Behandlung

**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)

# 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

# Sucht und Bindungsstörung – therapeutische Konsequenzen

- Förderung der Selbstfürsorge und des Selbstbezugs
- Nachversorgen verletzter und vernachlässigter Selbstanteile
- Förderung der interpersonellen Beziehungsfähigkeit

# Traumatherapie bei Suchtpatienten?

- Hohe Komorbidität von Traumafolgestörungen und Suchterkrankungen
- Früher: Abstinenz (mind. 1 Jahr stabil) als Voraussetzung vor konfrontativer Traumatherapie
- Aktuell: erste Fallberichte über erfolgreiche konfrontative Traumatherapie mit Patienten, die weiter Suchtmittel konsumieren

# Bei Doppeldiagnose Sucht und Trauma zur Zeit empfohlen: Skillsbasierte Behandlungsansätze

- DBT-Sucht
- Seeking-Safety
  (beste nachgewiesene Wirksamkeit)
- Andere kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme
- Imaginationsübungen (Sicherheit, Distanzierung, Kraftquellen, Innere Helfer etc.)

## Gefahren einer einseitig stabilisierenden Behandlung

- Übermäßiges 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

# Stabilisieren oder Konfrontieren: keine Alternative!

Neues Modell:

- Stabilisierung durch Konfrontation
- Konfrontation durch Stabilisierung

# Konsolidierung der Erinnerung

- Erinnerung muss wiederholt aktiviert werden (z.B. im Traumschlaf) und dann wieder zellulär abgespeichert (konsolidiert) werder, damit sie auf verfügbar bleibt
- Während der Aktivierung befindet sich die Erinnerung in einem labilen Zustand
- Störungen im Prozeß der Rekonsolidierung können zu einem Verlust der Erinnerung führen
- In der labilen Phase können Erinnerungen jedoch auch potentiell verändert bzw. neuronal neu vernetzt werden.

Nader, Nature 425 (2003)

BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES (2015), Page 1 of 64
doi:10.1017/S0140525X14000041, e1

# Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science

**Richard D. Lane**
*Department of Psychiatry, University of Arizona, Tucson, AZ 85724-5002*
*Departments of Psychology and Neuroscience, University of Arizona, Tucson, AZ 85721*
lane@email.arizona.edu

**Lee Ryan**
*Department of Psychology, University of Arizona, Tucson, AZ 85721*
ryant@email.arizona.edu

**Lynn Nadel**
*Department of Psychology, University of Arizona, Tucson, AZ 85721*
nadel@email.arizona.edu

**Leslie Greenberg**
*Department of Psychology, York University, Toronto, Ontario M3J 1P3, Canada*
lgrnberg@yorku.ca

# Empfehlungen für eine schonende Traumafokussierung

- Von der Alltagssymptomatik aus arbeiten
- Einsatz von Techniken zur
  - Distanzierung
  - Ressourcenaktivierung
  - Veränderung des traumatischen Narrativs
- Zuwendung zur ‚inneren Not'
- Förderung von Bewältigungserfahrungen

# Traumakonfrontative Behandlungsmethoden

**Hauptvarianten:**

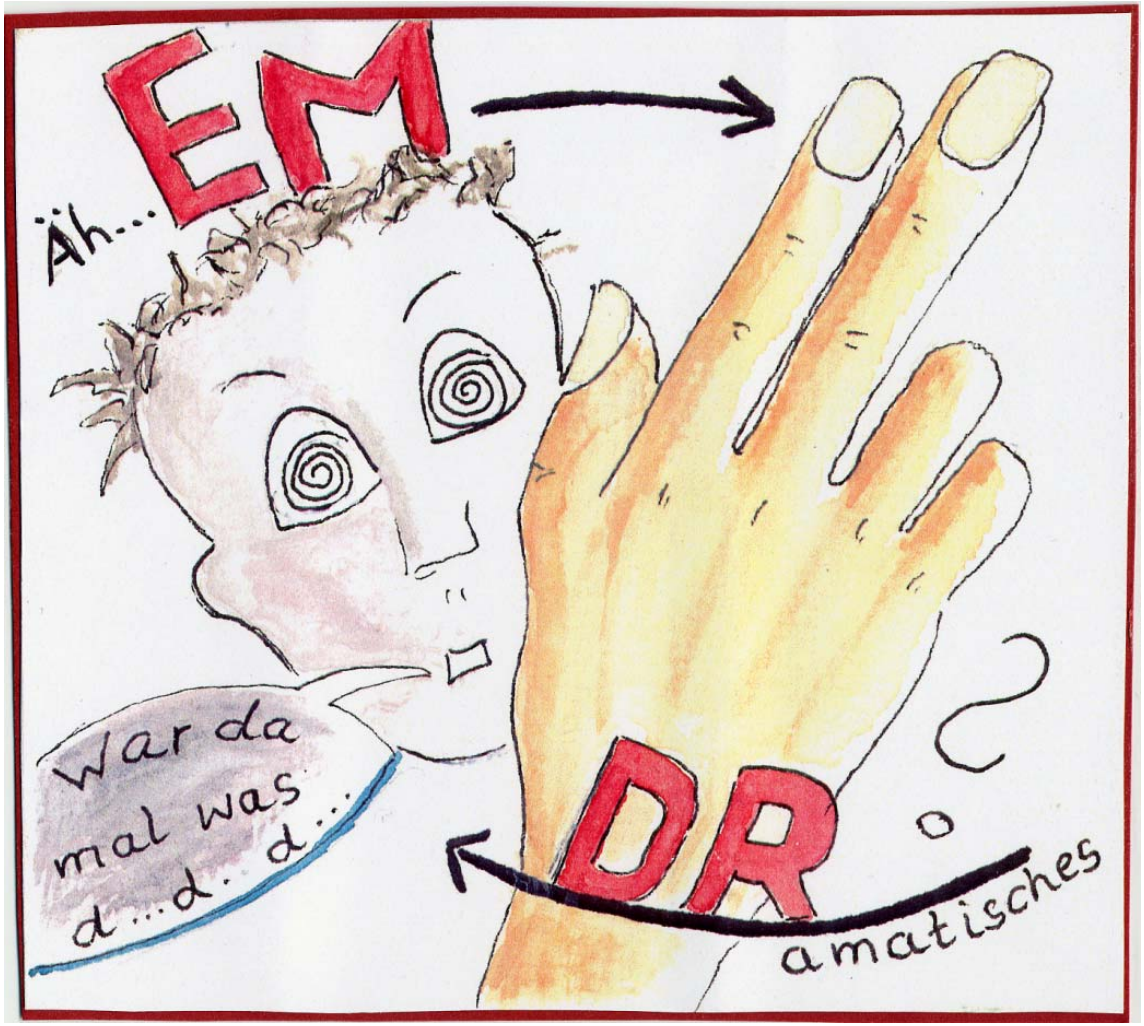
- Verlängerte Exposition in sensu (Verhaltensther. Exposition)
- In-vivo-Exposition: selten indiziert
- Exposition plus kognitive Umstrukturierung
- EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- Imagery Resripting and Reprocessing

**Weitere imaginative Expositionstechniken**

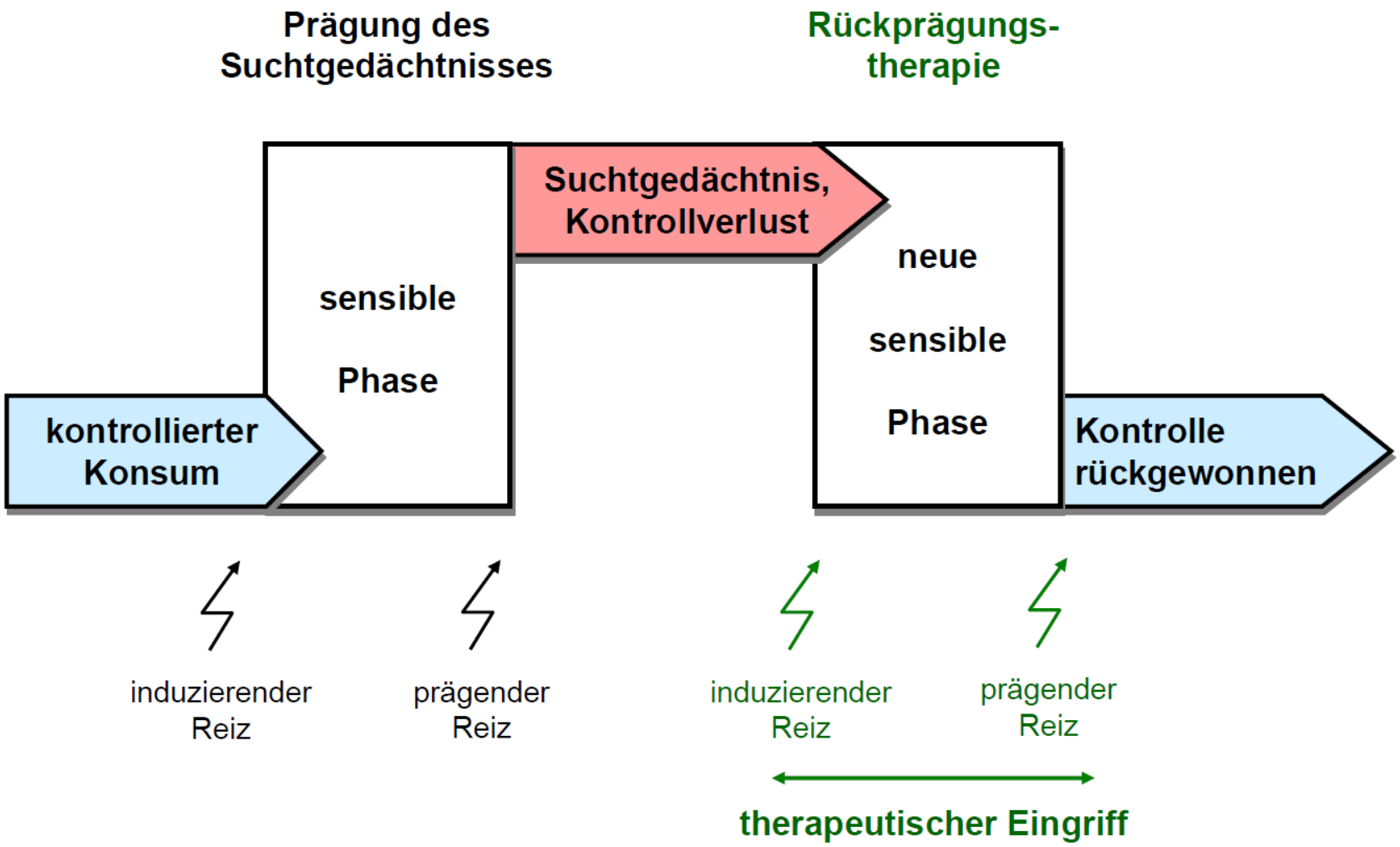
- Screen- oder Bildschirmtechnik
- Imaginative psychodynamische Therapie (Reddemann)

**Narrative Exposition**

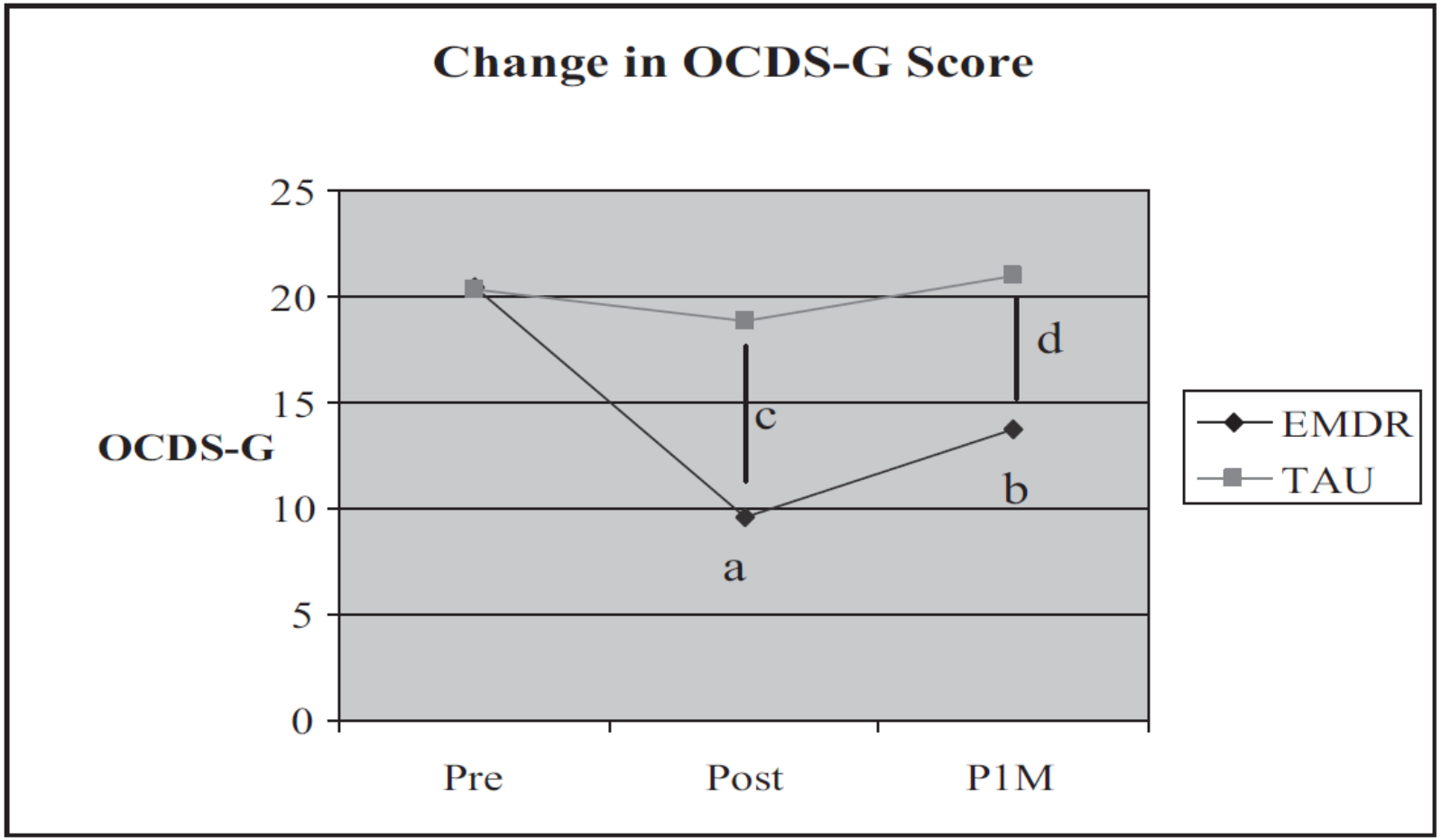
- Testimony-Methode („Narrative exposure“)
- Internet-gestützte Therapie („Interapy“)


Äh... EM
war da mal was d...d..d...
DR
amatisches

# Prägung und Rückprägung eines Suchtgedächtnisses

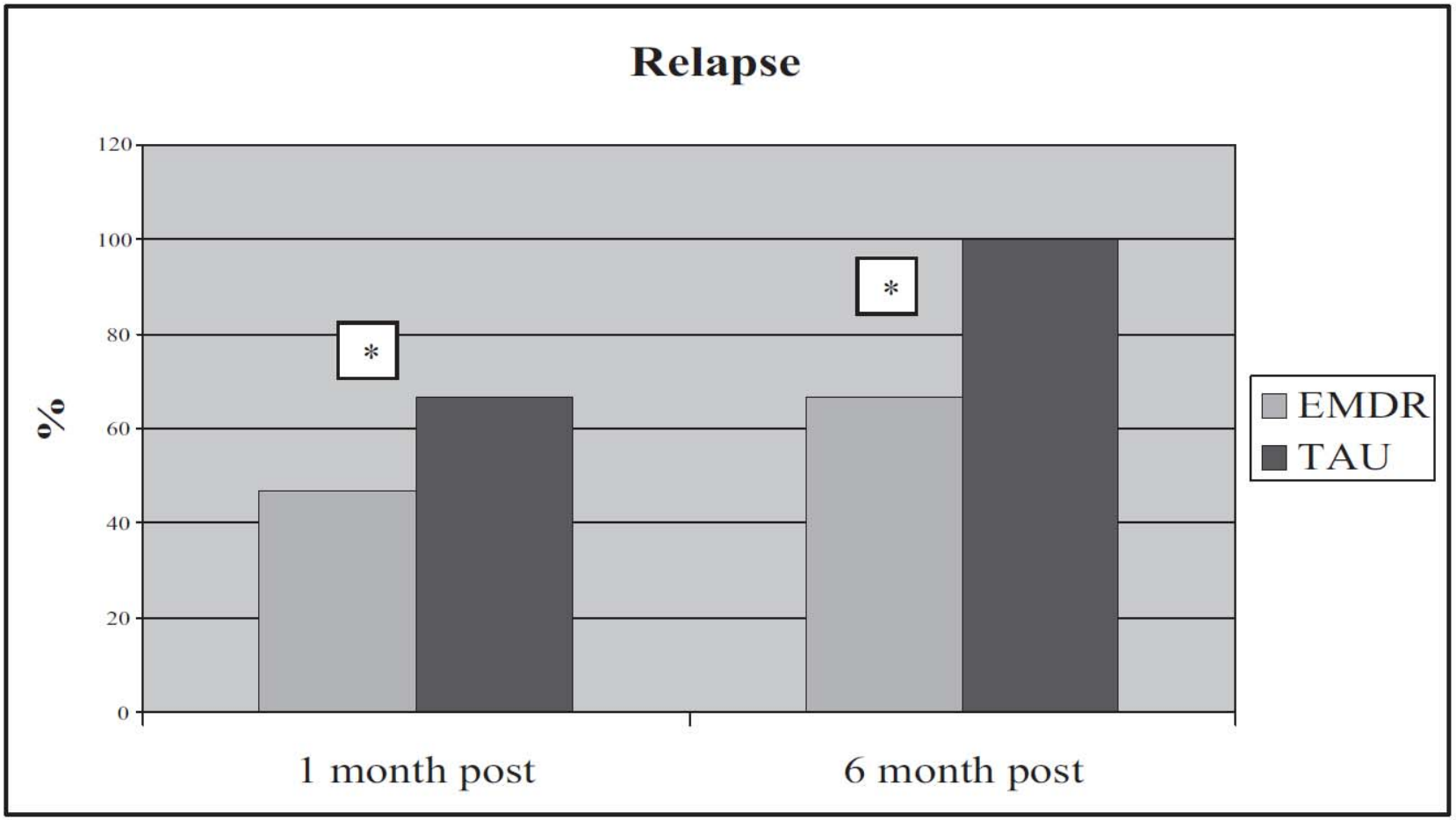


# Bearbeitung des Suchtgedächtnisses mit EMDR: Suchtverlangen vor, nach und 1 Monat nach Behandlung




Hase, Schallmeyer & Sack, Journal of EMDR Research 2008

# Bearbeitung des Suchtgedächtnisses mit EMDR: Rückfallhäufigkeit 1 und 6 Monate nach Behandlung




Hase, Schallmeyer & Sack, Journal of EMDR Research 2008

# Fazit

- Suchterkrankungen lassen sich als ‚traumakompensatorische' Symptomatik bzw. als Stressbewältigungsversuch verstehen
- Eine an Behandlung der Ursachen ausgerichtete Psychotherapie kann am Suchtgedächtnis bzw. der Stress und Traumaproblematik ansetzen
- Konfrontative Behandlung bietet (ressourcenorientiert eingesetzt) die Chance einer nachhaltigen Stabilisierung
- Es liegen allerdings noch keine Studien vor, die den Nutzen einer frühen konfrontativen Behandlung bei Suchtkranken belegen
- Als Folgen kindlicher Traumatisierungen bestehen häufig weitere spezifische Behandlungsbedürfnisse

# Vielen Dank!

**Literatur zum Thema:**

Sack M, Sachsse U, Schellong J:

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

Schattauer Verlag, 2013

Sack, M:
Schonende Traumatherapie
Schattauer Verlag, 2010