Fortbildung Traumafolgestörungen: Eine Einführung

Herzlich Willkomen!

Disclaimer

Dieser Vortrag ist eine Darstellung aus der Sicht eines psychotherapeutischen Praktikers mit wissenschaftlicher Ausbildung. Es handelt sich nicht um unbestreitbare Fakten, noch deckt er alles zum Thema Wissenswerte ab.

Zu meiner Person

- Diplom Psychologie (Bielefeld 2006)
- LFK-Ausbildung am ILK Bielefeld
- Psychotherapie im Rahmen des HPG
- VT-Ausbildung ab 2007 DGVT ABZ-OWL
- LWL-Klinik Paderborn
  - 1,5 J. Allg.psychiatr. TK (PiA)
  - 1 J. Sektorstation (Akutpsych.)
- Approbation Juni 2012
- Privatpraxis Paderborn bis März '14, Reckenfeld seit Oktober '13
- GKV in Anstellung seit April 2014

Ziele dieser Fortbildung

- Meine:
  - Bewusstsein für Bedeutung von Traumata wecken
  - Mitgefühl für Überlebende stärken
  - Verunsicherung u. Hilflosigkeit lindern
- Ihre:
  - ?
  - ?
  - ?
  - ?
  - ...

Bezug Wohnbetreuung

- **30-60%** erleben unerträgliche, körperlich oder seelisch todesnahe Situation.
- Davon ~ **1/3** entwickelt **Traumafolgestörung** (klin. sign. Leiden > 3 Mon.)
- Traumaerinnerungen oft stark „gefiltert“ oder gar dem Bewusstsein komplett unzugänglich.
- **2/3** der psychiatrisch oder psychotherapeutisch Behandelten sind Mädchen und Frauen.

Bezug Wohnbetreuung

- vielfältige Erscheinungsformen, z.B.:
  - Substanzkonsum
  - depressives Syndrom
  - Bindungsstörungen
  - motorische und Lernbeeinträchtigungen
  - Essstörungen und Selbstschädigungsimpulse
  - Persönlichkeitsstörungen
  - Identitätsunsicherheiten und -spaltungen

Komorbidität: Der Dunkelbereich

- ~ 3/4 weisen neben PTBS weitere klinisch bedeutsame Störungen auf. (v.a. affektive, Angst- und Somatisierungsstörungen)
- inkl. *trauma-kompensatorischer* Symptomatik (Substanzkonsum, Schlafvermeidung, kontinuierliches Beschäftigen, Ehrgeiz mit Selbstüberforderung etc.)
- offensichtlicher und oft leichter zu kommunizieren als Trauma und zshg. Symptome

Bezug Wohnbetreuung

- Vorherrschaft des biologisch-deterministischen, pharmakologischen Modells in Psychiatrie seit 1920er Jahren

Bezug Wohnbetreuung

Häufige Zuschreibungen durch HelferInnen:

- „Die gibt sich einmal so mal so – die spielt doch nur.“
- „Für mich hat die sowas Histrionisches ...“ (~= *Attention-Whore*)
- „Immer diese weichgespülte Versteherei! Ich hab gelernt, dass diese Leute klare Konsequenzen brauchen!“ (~= *Zuckerbrot und Peitsche*)
- „Die manipuliert!“, „Die spaltet das Team“ etc.
- Dummheit, Faulheit, Arroganz, verzogen, egoistisch, antisozial, Sekundärer Krankheitsgewinn ...

Begriffsklärung „Trauma“

Brainstorming: Nennen Sie Beispiele für traumatische Belastungssituationen.

Trauma nach ICD-10:

belastendes Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Genese Traumafolgestörung

Gute Übersicht zu PTBS in:

Ehlers, A. (1999), *Posttraumatische Belastungsstörung*, Fortschritte der Psychotherapie Bd. 8, Hogrefe: Göttingen

Dissoziation und Fragmentierung

- Sehr gute und für Jedermensch geschriebene Einführung
- Michaela Huber (2003)
- diverse lesenswerte Werke

Genese Traumafolgestörung

- Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung nach Ehlers & Clark (1999)
- Kerngedanke: Traumatisches Ereignis wird anders verarbeitet als andere Erinnerungen. Es findet keine korrekte Verknüpfung der Sinnesmodalitäten, Gefühle und Zusammenhänge mit Zeit und Raum statt.
- Erklärt „Hier und Jetzt“-Qualität posttraumatischen Wiedererlebens

Dissoziation und Fragmentierung

- Fight or Flight vs. Freeze and Fragment
- Existenzielle Bedrohungen lösen normalerweise Kampf- oder Fluchtreflex aus.
- Ist oder erscheint dies aussichtslos oder wird verhindert, kommt es zur Überlastung im Gehirn (Hippocampus) und alte Strukturen (Amygdala) übernehmen die Kontrolle.

  → Freeze and Fragment
- Es findet nur noch eine basale Verarbeitung der weiter wahrgenommenen Informationen statt.

Dissoziation und Fragmentierung

- Die Eindrücke und Erlebensqualitäten werden ***dissoziiert*** im Gedächtnis abgelegt.
- Das traumatische Ereignis ist somit in einem ***fragmentierten*** Zustand.
- Die fehlende Assoziation (auch mit dem Zeitpunkt) verhindert eine Integration des Erlebten als abgeschlossenes Ereignis im biografischen Gedächtnis.
- Die Fragmente fliegen nur sehr lose miteinander verknüpft in der Erinnerung herum und sind hoch verknüpfbar. (Metapher: **Aktenschrank**)

Dissoziation und Fragmentierung

- Dissoziation ist ein Bewusstseinszustand, in dem die Person nicht oder nur zu Teilen mit der von äußeren Gegenwart verbunden (assoziiert) ist.
- aus Alltags-Dissoziation (z.B. beim Lesen, Fernsehen, Computerspielen) ist bereits Verlust des Zeitgefühls und leichte Desorientierung bekannt, jedoch sind wir relativ leicht aus diesem Zustand zu lösen.
- Pathologische Dissoziation ist vielfältig und kann ziemlich lange dauern.
- Kontinuum Assoziation-Dissoziation (dennoch sind Alltags- und Pathologische Variante neurologisch unterschiedlich!)

Dissoziation und Fragmentierung

- Beispiele für dissoziative Phänomene:
  - Person reagiert minutenlang nicht auf Ansprache
  - Person wirkt wie wächsern, reglos (~ Katatonie)
  - Person geht plötzlich aus dem Kontakt, zieht sich sichtbar in sich zurück
  - Person steht auf und geht, kann sich später nicht mehr erinnern was sie in der letzten Stunde gemacht hat und kann sich nicht erklären, wie sie an diesen Ort gekommen ist (~Fugue)
  - Person verhält sich plötzlich völlig anders, ggf. situationsunangemessen (EgoState- oder Identitätswechsel)

Faktoren für Reaktionsschwere

- Dauer des Traumas
- häufige Wiederholungen
- schwere körperliche Verletzungen
- Verstehen des/der Überlebenden der Erlebnisses
- Zwischenmenschliche Gewalt
- Täter ist nahestehender Mensch
- Täter wurde vom Opfer gemocht
- Das Opfer fühlt sich mitschuldig

Faktoren für Reaktionsschwere

- gestörte oder nicht vollständig gereifte Persönlichkeit
- sexuelle Gewalt
- sadistische Folter
- mehrere Täter
- kein sozialer Beistand unmittelbar nach Trauma
- kein Gespräch über Trauma
- starke **Dissoziation** während Trauma

Amnesie und Wiedererleben

- Traumatische Erlebnisse sind in Gedächtnis grundsätzlich repräsentiert, aber:
  - aufgrund der Fragmentierung schwer willentlich zu erinnern.
  - Erinnerungen werden aufgrund der schrecklichen Qualität und überfordernder Gefühle vermieden
- Erinnerungsvermeidung verhindert nachträgliche Integration des Erlebten in biografisches Gedächtnis und erhält so die Interpretation des Gehirns:

  Die Eindrücke passieren gerade jetzt!!
- Aktenschrank-Metapher: Zufällig auf Fragmente stoßen

Amnesie und Wiedererleben

Menschen mit Traumafolgestörungen erinnern ihr(e) Trauma(ta) nicht.

Sie ***erleben*** es/sie immer wieder!

Amnesie und Wiedererleben

- Wiedererleben bedeutet nie die Wiederholung der gesamten Geschichte in ihrer Chronologie
- Wiedererleben bedeutet die Aktivierung einzelner Traumafragmente, die ihrerseits andere Aspekte (v.a. Todesangst, akutes Bedrohungsgefühl, vegetative Angstreaktion) aktivieren können.
- Auslöser (***Trigger***) kann nahezu jeder Reiz nach den Prinzipien der Lerntheorie werden.
- Daher wird das Wiedererleben oft als willkürlich ausgelöst wahrgenommen.

Amnesie und Wiedererleben

- Wiedererleben auch, wenn Trauma nicht willentlich erinnerbar.
- Oft nicht als Wiedererleben interpretiert:
  - Pat. läuft Straße entlang und hat urplötzlich das Gefühl in großer Gefahr zu sein. (Auslöser im Hintergrund: Entferntes Martinshorn wie bei Missbrauch in Kindheit)
  - Pat. sitzt in Kino. Mann der nach Bier riecht, setzt sich neben sie: Angst, starke Übelkeit, verlässt Kino und übergibt sich zuhause.
- Auch Orte und Situationen mit Relationen zum Trauma werden gemieden. Auch hier Reizgeneralisierung.

Weitere Symptome

- Konzentrationsprobleme
- Hypervigilanz
- Hyperarousal
- Emotional numbness oder Depression
- Foreshortened future und Negative Weltsicht
- Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle bzw. Selbstbild als schwach und ausgeliefert
- Ärger, Wut, Hass – impulsiv, daher oft fehlgerichtet

(siehe Patienten-Info aus Ehlers1999)

Bewältigungsversuche

- Schlaf meiden oder durch Substanzen zusätzlich betäuben.
- Selbstmedikation/-betäubung
- Dauerhafte Aktivität zur Ablenkung und Symptomvermeidung
- Selbstverletzung (gegen Dissoziation, aber vereinzelt auch zur Selbstbestrafung)
- Stellvertretende Fürsorge (Tiere, Kinder)
- Suche nach „starken“ Partnern (zweischneidig)
- Dissoziation (nur begrenzt willentlich!)

Übung: Dysfunktionale Bewältigung

Diskutieren Sie zu zweit, welche eigentlich schädlichen Bewältigungsstrategien Sie in Ihrem Leben einsetzen oder eingesetzt haben. Überlegen Sie auch, weshalb Sie das wider besseren Wissens tun oder taten. (ca. 10min)

Planung vs. Reflex

- menschliche Handlungen können auf unterschiedliche Weise gesteuert werden:
  - reflexhaft: Automatismen sind unaufwändig und verbrauchen wenig kognitive und physische Ressourcen.
  - geplant: Bewusst gesteuerte Handlungen basieren auf der Vorwegnahme ihrer Konsequenzen.
- Die meisten menschlichen Handlungen werden durch kurzfristige, erwünschte Konsequenzen motiviert.
- Langfristige Konsequenzen werden i.d.R. nicht ohne bewusste Auseinandersetzung mit Verhalten assoziiert.
- **Je mehr Stress desto mehr Automatismen**

Funktionalität SVV

- Vielfältige Formen von SVV
- 2 mögliche Ziele:
  - (Selbst)**Bestrafung** in Zshg. mit Schuldgefühlen oder Täter-Introjekten
    - sehr schwer zu kontrollieren mangels planvoller Selbstregulationsstrategien
    - sehr leiderzeugend und schmerzhaft
  - **Dissoziation** überwinden (quälende Derealisation/Depersonalisation)
    - zunächst kaum Schmerzempfinden, Taubheit
    - bewährte Strategie zur Rückgewinnung von Kontrolle

(Er)Lebensrealität Überlebender

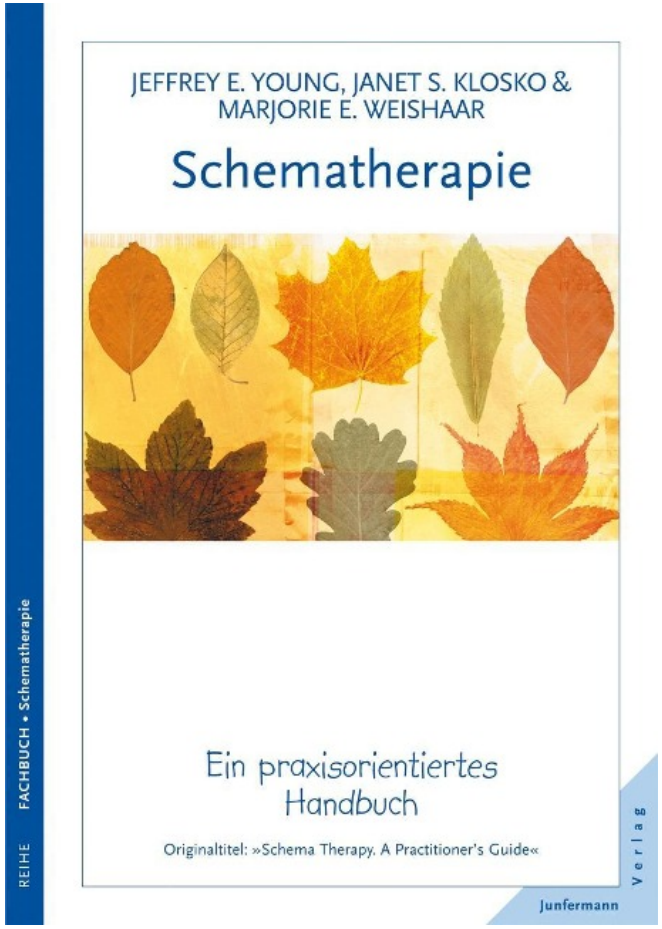
- leidvolle Selbstwahrnehmung (Normabweichung, sich selbst nicht verstehen, Selbsthass/-ablehnung)
- Missverstanden und verurteilt werden.
- unbehandelt progressiver Verlauf → sinkende Lebensfreude
- ggf. Tat-Impulse
- Ständig mehr oder minder diffus „in Gefahr sein“

Ewige Bedrohung: Hypervigilanz, Hyperarousal, Misstrauen, Verrat

- Über“trainiertes“ Stresssystem
- Einseitige Sicht der Welt als durchgehend existenziell bedrohlich/feindlich
- Oftmals wiederholte Erfahrungen von Bindungsverrat
  (i.e. Schadhandlungen durch Vertrauenspersonen wie Verwandte, LehrerInnen, TrainerInnen, PflegerInnen, ErzieherInnen, PartnerInnen etc.)
- Reaktive Ablehnung aufgrund dysfunktionaler Bewältigungsstrategien
- Sehr **löschungsresistent** aufgrund **intermittierender Verstärkung**

Schema-Theorie *(Young et. al 2008)*

- **Misstrauens-/ Missbrauchsschema:** Das Schweigen fußt auf Erfahrung. Übertragung auf gegenwärtige Umwelt – nicht selten ja auch noch zurecht!
- Oftmals diverse Schemata relevant, insbesondere wenn frühe Traumatisierung.
- **Schemamodi**: Nützlich zum Verständnis der „Facetten“ der Persönlichkeit.



Übung: Schemamodi erkennen

Nehmen Sie sich 5min Zeit und erinnern Sie sich an Erlebnisse mit einer „komplizierten Patientin“, die „mal so, mal so“ ist.

Versuchen Sie Beispiel-Situationen für die vorgestellten Schemamodi zu finden. Überlegen Sie, woran man die Modi eventuell erkennen könnte.

Fähigkeiten und gesellschaftlicher Support

- **Überlebende** besitzen trotz ggf. früher Entwicklungsstörung oftmals diverse **Ressourcen**.
- Meist aber von **vordergründigen Defiziten** verdeckt.
- Besonders bei komplexen Störungen häufige Therapeutenberichte von **überraschenden Fähigkeiten** (Intelligenz, Talente, Empathievermögen ...)

Therapiebedingungen

- Spezielles TherapeutInnen-Wissen erforderlich, Besondere Anforderungen für „Sicherheit“

  → **Bei hohen Wartezeiten weitere Einschränkung bei Therapieplatz-Wahl**

- Verhaltenstherapie-Höchstgrenze

  → **60 Sitzungen** trotz Komorbiditäten und unabhängig von Polytraumatisierung.

- *False-Memory-Movement:* Therapeuten und Gutachter (deutlich überwiegend Männer) unterstellen BehandlerInnen Trauma-Suggestion.
- Ansonsten oft Unterstellung *histrionischer PS*

Therapiebedingungen

- Wenn Therapieplatz gefunden:
  - Traumata oft nicht standardmäßig abgefragt
  - sehr unterschiedliche Th.-Qualifikationen
  - Entwicklungen in Traumatologie „rasend“
  - hohe Anforderungen an überlastete TherapeutInnen
  - Widersprüchliche Behandlungen (stationär, psychiatrisch, psychotherapeutisch, soziotherap.) verstärken innere Verunsicherung
  - Risiko sich auf zeitlich begrenzte Bindung einzulassen

Täterintrojekte und Modelle

- Menschliches Verhalten hängt zu guten Teilen von über die Lebensspanne verfügbaren Modellen ab
- Insbesondere frühe Modelle prägen das Verhaltensrepertoire und hier speziell die automatisierten Bewältigungsmuster
- Wesentliche (einflussreiche) Modelle werden „introjiziert“ und nach einiger Zeit als *ich-synton* erlebt.

Täterintrojekte und Modelle

- Persönlichkeitsstile und -störungen lassen sich auch mit Introjektion inkompetenter Modelle erklären: z.B. Reproduktion der
  - abwertenden Mutter oder des
  - narzisstisch-überheblichen Vaters oder
  - Vermeidung des selbstunsicheren Elternteils.
- Bei frühen, häufigen Traumata ist auch mit Introjekten der Täter zu rechnen.
- Es kann zu Reinszenierung der erlebten Grausamkeiten an sich selbst oder Dritten kommen.
- Die Introjekte können wir „innere Stimmen“ gehört werden.

Täterintrojekte und Modelle

- Solche Introjekte werden abseits ihres konkreten Wirkens (z.B. bei DIS) i.d.R. als *ich-dyston* erlebt bzw. gar nicht erinnert.
- Die Reaktionen der Umwelt darauf können daher häufig gar nicht zutreffend interpretiert werden.

Übung: Introjekte bei sich und im Nahfeld identifizieren

Wir alle haben bestimmte Denk-, Erlebens- oder Verhaltensweisen unserer vorwiegend erwachsenen Modelle introjiziert (Volksmund: *geerbt*).

Nehmen Sie sich erneut **5min** Zeit, Beispiele für solches Verhalten **bei sich selbst** zu finden.

Versuchen Sie in weiteren **5min** potentielle Beispiele für introjiziertes Verhalten **bei ihren PatientInnen** zu spekulieren.

Reale Gefahr "spezialisierter" Täter und Reviktimisierung

- schwere komplexe Folgestörungen immer im Zusammenhang mit früher, dauerhafter und oft organisierter sadistischer oder sexualisierter Gewalt. → Keine Gelegenheits-Täter! D.h. mind. ein Täter ist „spezialisiert“.
- Täter sind oft planvoll, gut informiert bzw. erfahren.
  - suchen sich Opfer sehr genau aus.
  - nutzen Wissen über oder vorhandene Abhängigkeiten
  - kennen natürliche Ängste von Kindern
  - können ggf. auf Wissen vorangehender Täter zurückgreifen (aus eigenen Erfahrungen)

Reale Gefahr "spezialisierter" Täter und Reviktimisierung

- professionalisierte Täter (KiPo, Sekten, Zuhälter etc.) haben präzises Wissen über Traumafolgestörungen
  - nutzen Trigger zur Kontrolle
  - „trainieren“ ihre Opfer gezielt mit ähnlichen Methoden wie Therapie
  - wissen um die geringe zugesprochene Glaubwürdigkeit von Überlebenden
  - erkennen Traumatisierte und Kinder von Traumatisierten
  - machen Überlebende systematisch zu Mit-TäterInnen

Reale Gefahr "spezialisierter" Täter und Reviktimisierung

- Täter sind über viele Jahre hinweg unentdeckt aktiv und sind gesellschaftlich durchaus gut eingebunden.
- Täter suchen sich Betätigungsfelder, in denen sie vertrauenswürdig wirken und diskreten Zugriff auf immer neu Opfer haben.
- Die o.g. Defizite und Verletzlichkeiten Überlebender erhöhen deren Risiko, immer wieder in gefährliche Situationen zu geraten.
- Modi und Anteile verhalten sich nicht altersgemäß, verstehen miss oder werden missverstanden, wodurch Retraumatisierungen auch von „Nicht-Tätern“ ausgelöst werden können.
- Insgesamt ist das Risiko, ein Opfer sexualisierter/sadistischer Gewalt zu werden, durch bereits erlebte Traumata sig. erhöht.

Täter-Innen?

- Natürlich gibt es auch weibliche Gewalttäterinnen, Folternde oder Missbrauchende.
- Deren Anteil ist im Vergleich zu männlichen Tätern jedoch verschwindend gering – insbesondere was Vergewaltigung und sexuellen Missbrauch an Kindern angeht.
- Die Opfer sind im Gegensatz deutlich überwiegend weiblich.

Täter-Innen?

- Es gibt durchaus weibliche Mittäterinnen:
  - Kinder die zu Folterungen, Tötungen oder sexuellen Handlungen an anderen gezwungen oder dafür gezielt belohnt werden.
  - Mütter oder weibliche Bezugspersonen, die Kindern den männlichen Tätern zuführen.
  - Frauen, die neue Opfer gezielt abrichten und „erzieherisch“ gefügig machen.
- Allerdings sind die Betreffenden meist
  - selbst bedrohte Opfer
  - und i.d.R. Erfüllungsgehilfen männlicher Haupttäter.
- **Hypothese**: Der zentrale Faktor ist nicht das Geschlecht sondern die verfügbare Macht in Verbindung mit Empathievermögen.

Trauma und Gesellschaft: Die Angst vorm Hinsehen

- Typische Reaktionen:
  - Das kann doch nicht sein …
  - Völlig übertrieben!
  - Paranoide Verschwörungstheorie
  - Histrioniker und Helferkomplex
  - Davon hätte ich doch in der Presse hören müssen
  - etc. etc. etc.

Trauma und Gesellschaft: Die Angst vorm Hinsehen

- Gründe für Leugnen und Verdrängen:
  - Angst: Es kann nicht sein, was nicht sein darf!
  - Schuld und Scham: Bisher nichts unternommen, weggesehen oder versagt zu haben.
  - Überforderung: Hilflos, was dagegen zu tun ist.
  - Angst vor Selbstkritik: Auseinandersetzung würde auch eigenen und gesellschaftlichen Umgang mit Gewalt betreffen.
  - Bedrohliche Wahrnehmung eigener Täterschaft (z.B. Umgang mit eigenen Kindern, Sexismus und Reduktionismus)

Gewalt und Missbrauch: Immer Anderswo!

- Flucht in Dualismus → Wir, die Guten, gegenüber den „bösen Tätern“
  - Selbstwerterhalt und Bequemlichkeit
- Täter beziehen sich auf in Gesellschaft verankerte Verhaltens- und Interpretationsmuster („hat mir auch nicht geschadet“)
- Gewalt und Missbrauch sind Alltag, kritisches Bewusstsein dafür nicht. „Böse“ Gewalt ist immer das, was die anderen machen. „Gute“ Gewalt, die im eigenen Sinne.

Deutsche Geschichte und transgenerationale Traumatisierung

- Zwei Weltkriege inkl. der Folgen (Armut, Hunger, Gewalterfahrungen, Prostitution, Zwangs- bzw. Zweckehen)
- Verfolgung und persönliche Verluste durch Verfolgung, Folter
- Kriegserlebnisse, Zeugnis von Gräueltaten
- Verlassenheit im Falle von Kindern

Deutsche Geschichte und transgenerationale Traumatisierung

- Entgegen bekannter Aussagen der individuellen wie kollektiven Schuld bewusst.
- Affektregulation durch Leugnen, Verdrängen, Rationalisieren, Vermeiden und Verzerren.
- Mangel an reifen, konstruktiven Strategien zur Konfliktbewältigung (z.B. Sühne, Vergebungsgesuch, Vergebung etc.)
- Tabuisierung verhindert Lernen aus langfristigen Verhaltens-Konsequenzen)

Deutsche Geschichte und transgenerationale Traumatisierung

- Posttraumatische Störungen noch weitgehend unbekannt → chronisches Leiden (z.B. Reizbarkeit, Dissoziation, emotionale Taubheit)
- Nachkriegsgeneration hat überwiegend traumatisierte Eltern → Mangelhafte emotionale, invalidierende Versorgung
- Über Generationen hinweg Festlegung auf vermeintlich Schuldfrage. Keine Unterscheidung Schuld vs. Verantwortung → Schwarz-weiß-Denken
- Strukturelle Defizite werden bis heute weiter „vererbt“ und erhalten Kreislauf der Traumatisierung

Kind eines/r Traumatisierten sein

Vergegenwärtigen Sie sich die Lebensrealität eines/r Traumatisierten mit allen Folgen und dysfunktionalen Bewältigungen.

Wie mag sich all das auf die Rollenerfüllung als Vater, Mutter oder Partner auswirken?

Wie interpretiert ein Kind eine dissoziierende Mutter? Was bedeutet ein ständig arbeitender Vater, der häufig trinkt und sich ansonsten nur mit dem Fernseher beschäftigt?

Der Täter in uns: Herrschaft, Macht und Gewalt als erhaltende Faktoren

- siehe bereits oben
- Herrschafts-, Macht-, und Gewaltstrukturen werden als gegeben und natürlich wahrgenommen.
- Gewalt ist kurzfristig verstärkend, langfristige Konsequenzen werden nicht assoziiert.
- Dadurch reproduziert Gewalt sich. Konkrete Auswirkungen nicht prognostizierbar!

Der Täter in uns: Herrschaft, Macht und Gewalt als erhaltene Faktoren

- Herrschaftsprinzipien schützen Mächtige und liefern Ohnmächtige aus.
- Implizite Machtstrukturen (Patriarchat, Familie, Vorgesetzte etc.) strukturelle Basis für Missbrauch.
- Bedürfnisse und Grenzen müssten geachtet und respektiert werden. **Aber:** Nein-Gefühle von Kindern dürfen i.d.R. nur für „Fremde“ gelten – nicht für die nahestehenden Erwachsenen.