The background of the slide is a dark blue, spiral-bound notebook. The spiral binding is visible at the top edge, with the metal rings appearing as a series of small, dark, vertical shapes. The notebook paper has a subtle, fine-grained texture.

Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Traumafolgestörungen in der allgemein psychiatrischen Tagesklinik

Ruth Ebbinghaus, Andrea Iff-Kamm, März 2011 Würzburg

niedergelassen in eigener Praxis

Zentrum für Psychotraumatologie Ufr, Orphea

Diagnostik und Behandlung psychischer Traumafolgestörungen

- einfache Diagnostik (komplexer)
psychischer Traumafolgestörungen
- Behandlungsvoraussetzungen
- Behandlungsmöglichkeiten in der
allgemeinen psychiatrischen Tagesklinik

Erkennen einer Traumatisierung/folgestörung

- Akuttrauma, wird oft spontan berichtet
- Traumata in Kindheit und Jugend, länger zurückliegende Traumata werden oft übersehen, nicht spontan berichtet
- Patient: lange zeitliche Latenz, Schamgefühle, Misstrauen, Vermeidungsverhalten
- Diagnostiker/Behandler: Konzentration auf aktuelle Aufnahmegründe, Vorbefunde, Vor-Diagnosen, fehlendes Wissen
- Erforderlich eine Trauma-Anamnese/Diagnostik
- In der Befunderhebung auf den inhaltlichen und zeitlichen Zusammenhang der Symptomatik zum Trauma achten, Relevanz des Trauma prüfen

Traumatische Ereignisse

- Verkehrsunfälle
- Katastrophen durch menschliches oder technisches Versagen
- Naturkatastrophen
- Berufsbedingte traumatische Ereignisse
- Raubüberfälle oder Gewalttaten
- Vergewaltigung, sexuelle Übergriffe, Stalking, Gewalt in Beziehungen
- Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung, extreme Vernachlässigung
- Terroranschlag
- Kriegserlebnisse, politische Verfolgung, politische Haft, Folter
- Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit
- unerwarteter tragischer Verlust einer geliebten Person
- an der eigenen oder (als Zeuge) an fremden Person erlebt

Epidemiologische Daten zur PTBS

- Life-Time Prävalenz der Exposition:
- ca. 80 % erleben im Lebensverlauf ein relevantes Trauma
- Erkrankungsrate für PTBS ca. 25-30 %
- Punktprävalenz 5-10 %
- Life Time Prävalenz der Erkrankung PTBS bei Frauen doppelt so hoch 10-18 %, bei Männern 5-9 %
- Risikopopulationen deutlich höher (Immigranten, Flüchtlinge, Verfolgte)

Epidemiologie

nach Flatten, Hofmann 2001

- Ca. >90 % nach Konzentrationslager
- Ca. 80 % nach physischer/psychischer Folter
- Ca. 50-70 % nach politischer Verfolgung
- Ca. 55 % nach Vergewaltigung, Missbrauch
- Ca. 20-39 % nach Kriegserlebnissen
- Ca. 25 % nach Gewaltverbrechen
- Ca. 15 % nach Verkehrsunfällen
- Ca. 15 % schwere Organschäden (HI, Krebs)
- Ca. 4 % nach Naturkatastrophen
- Mittleres Risiko 25 - 30 %, davon 50 % chronische Verläufe, Lebenszeitprävalenz 2-7 %, Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder wesentlich höher, Suizidalität 6 fach erhöht

Risikofaktoren/Schutzfaktoren

- Genetische Disposition, somatische Faktoren
- Negative psychosoziale Entwicklungseinflüsse
- Vorher bestehende psychische Erkrankung
- Frühere Traumata
- Alter - Kinder und Jugendliche, Alte Menschen
- Persönlichkeitsstruktur vor dem Trauma
- Art des Ereignisses
- Länge des Ereignisses
- Häufigkeit des Ereignisses
- Erlebter Kontrollverlust, Hilflosigkeit
- (Fehlende) soziale Unterstützung
- (Fehlende Phase von) Sicherheit und Erholung
- (Fehlende) Therapie

Komorbidity

20-80 % entwickeln zusätzliche/andere Störungen

- 80 % nach sexuellem Missbrauch eine Störung des Bindungsverhalten, der Beziehungsfähigkeit (unsicher, desorganisiert, desorientiert, wechselndes Annäherungs-Vermeidungsverhalten, Vertrauensverlust in Menschen)
- Leistungsabfall, Verhaltensauffälligkeiten, Trennungsangst, Suizidalität
- Sucht und Drogen ca. 30 % komorbide
- Depressionen 20-30 %, 51-65 %
- Persönlichkeitsstörungen (paranoide, dependente, antisoziale); emotional-instabile, Borderline (60-80 % Missbrauch, 90 % Vernachlässigung)
- Ess-Störungen, 70 % Trauma erlebt (Bulimie, multifaktoriell)
- Angsterkrankungen entwickeln über 30 % der Frauen nach sexueller Traumatisierung, 22-44 %
- Dissoziative Störungen (über 80 % nach sexueller, körperlicher, emotionaler Gewalt)

Definition Trauma A-Kriterium

ICD 10	DSM IV
Verzögerte Reaktion auf ein kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder	Die Person <i>erlebte</i> oder <i>beobachtete</i> oder war mit <i>einem</i> oder <i>mehreren</i> Ereignissen konfrontiert,
ein Geschehen außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß,	die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder <i>eine Gefahr</i> der körperlichen Unversehrtheit der <i>eigenen</i> oder <i>anderer</i> Personen beinhalteten.
das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde. <i>selten mehr als > 6 Monate</i> <i>selten chronischer Verlauf</i>	Die <i>Reaktion</i> der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. <i>Verzögerter Beginn > 6 Mon.</i>

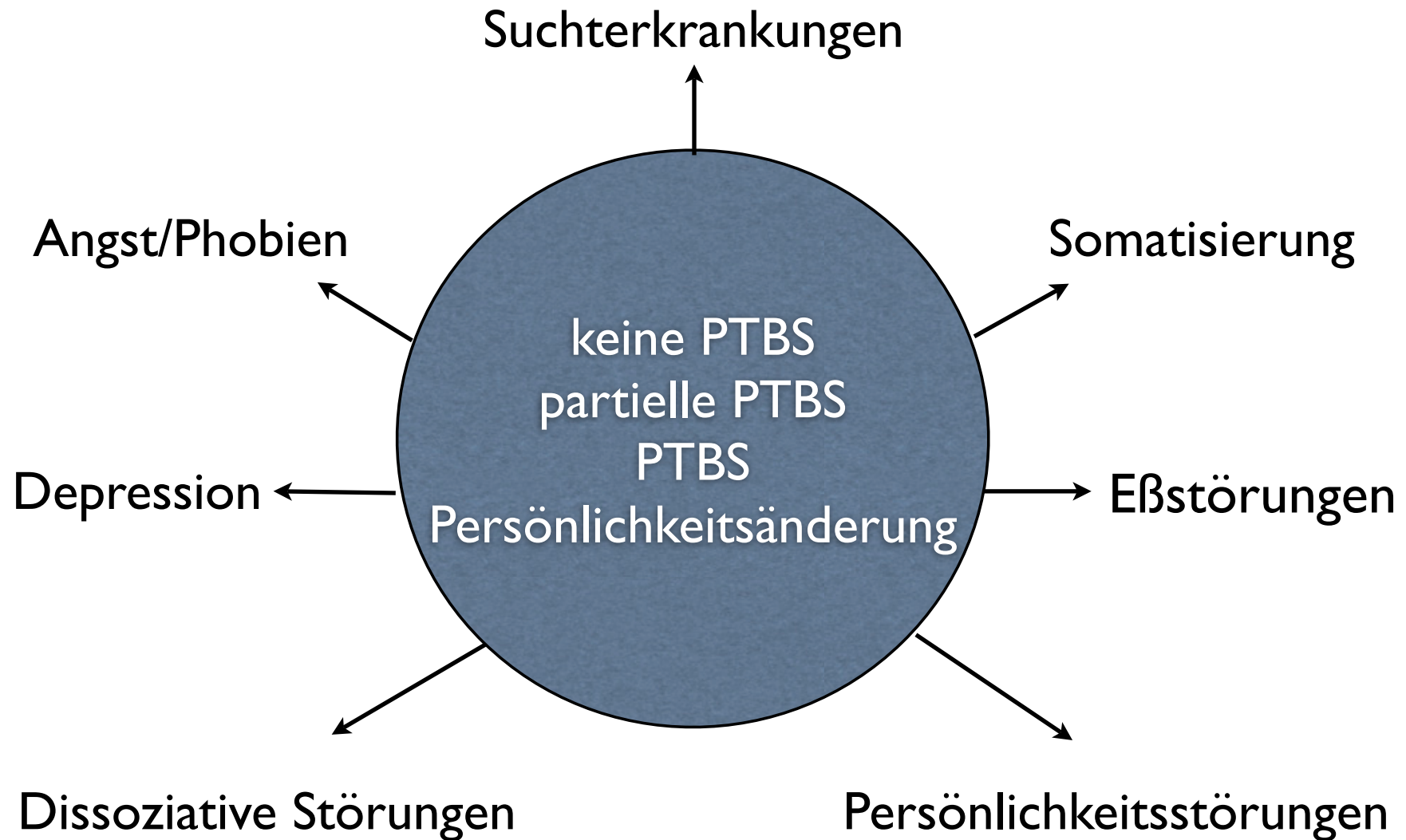
Folgen traumatischer Ereignisse

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung, partielle PTBS
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, komplexe PTSD (DESNOS)
- Angststörungen (16-50 % erhöht)
- Depressive Störungen (Faktor 2 erhöht)
- Somatisierungsstörung
- Medikamenten-, Alkohol-, Drogenmissbrauch (2-3fach)
- Dissoziative Störungen (Gedächtnis, Wahrnehmung)
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline),
- Herz-Kreislaufkrankungen, Magen-Darm

Die Problematik der Klassifikation komplexer psychischer Traumafolgestörungen

- ICD 10 und DSM IV Kriterien der PTSD decken das Spektrum möglicher psychischer Traumafolgestörungen bei weitem nicht ab.
- Keine ausreichende Berücksichtigung der unterschiedlichen Symptomatik und Verläufe zwischen Typ-I (akut, kurz, einmalig) und Typ-II Traumata. (früh, langanhaltend, mehrfach)
- Hier wird die Persönlichkeit häufig in nachhaltiger und umfassender Weise verändert, oft entstehen zusätzliche andere Symptombildungen und eine Überschneidung mit anderen psychischen Krankheitsbildern.

Komplexe psychische Traumafolgestörungen



Probleme der diagnostischen Einordnung komplexer psychischer Traumafolgestörungen

- Zurzeit ist keine eindeutige, einheitliche, nachvollzieh-bare diagnostische Einordnung nach ICD/DSM möglich. Keine Änderung im DSM - V zu erwarten.
- Diagnose “Komplexe Traumafolgestörung” sollte gestellt werden mit entsprechender Aufzählung der Symptomenkomplexe, Diagnosen. Wichtig für eventuelle Entschädigungsverfahren, Patient über mögliche Weitergabe der Befunde aufklären.
- Dringend notwendig ist: eine neue einheitliche Definition und Klassifikation komplexer Traumafolgestörungen (Buch AG DeGPT)

Testinstrumente zur Diagnostik möglicher Traumata und Traumafolgestörungen

- PDS Traumascreening: mögliche traumatische Ereignisse
- IES (-R-) Impact of Event Scale: Selbstbeurteilungsbogen, Traumafolgesymptome der PTBS, Schwere und Verlauf, nicht alleine zur Diagnosestellung geeignet
- SCID-PTBS: Interview zur Diagnose PTBS
- DESTAX : Screening dissoziativer Symptome
- PTSS-10: Risiko für PTBS, allgemeine Trauma - Symptome
- IK-PTBS: Interview Diagnose komplexe Traumafolgestörung

Probleme in der Behandlung Traumatisierter aufgrund der Symptomatik

- Wiedererinnerungserleben (Gedanken, Bilder, Träume, Hinweisreize-Trigger, Flashbacks, gleiche emotionale Reaktionen, Körperreaktionen)
- Vermeidungsverhalten (nicht reden, nicht daran denken, von Situationen, Orten)
- Verminderte Reagibilität (Rückzug, Aktivitätsverlust, Unterdrückung von Gefühlen, negative Sichtweise-Perspektive, nicht dazugehörig fühlen)
- Übererregung (Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wut, Ärger, Konzentrationsstörungen, Gefühl weiterer Bedrohung, auf der Hut sein müssen, erhöhtes Kontrollbedürfnis, Schreckhaftigkeit)

Probleme in der Behandlung Traumatisierter aufgrund der Symptomatik

- Körperliche Dauerstressreaktion (Unruhe, Anspannung, psychosomatische Symptome, Erschöpfung, geringe Belastbarkeit bei niedriger Stressschwelle)
- Dissoziation (Teil-Amnesien, Derealisation, Depersonalisation, Identitätsstörungen (Persönlichkeitsanteile) Gefühlsstörungen bis zu Lähmungen, Anfälle)
- Gedächtnisstörungen (zustandsabhängige Erinnerung), Abspeicherung des Erlebten gestört
- Verändertes Selbstbild (Gefühl nicht mehr sicher zu sein, Kontrolle zu verlieren, sich nicht schützen zu können, zu versagen, nichts wert zu sein, Scham,- Schuldgefühle)
- Verändertes Weltbild (alles gegen sich gerichtet, weiter verfolgt-bedroht bis Wahnbildung, nicht sicher, negative Erwartungen, Misstrauen, Rückzug und Isolation)

Probleme in der Behandlung Traumatisierter aufgrund der Symptomatik

- Autodestruktives Verhalten (Selbstverletzung, Suizidalität, Süchte, Eßstörungen)
- Reviktimisierungsneigung (Wiederholen des Trauma, Täteridentifikation, Aufsuchen gefährlicher Situationen, Gewalt gegen andere richten)
- Emotionale Instabilität, Störungen der Sexualität
- Prozeßstörung: veränderte Intensität, Häufigkeit der Symptome im Verlauf, Latenzzeiten, Neuauftreten
- Verschlimmerung durch Wegfall von Kompensationsfähigkeiten (Arbeitsverlust, Verlust naher Bezugsperson)
Versagen der Kompensation durch zusätzliche Belastungen, Reaktivierung (Hinweisreize, Konfrontation), Retraumatisierung (neues Trauma), vermehrte Rückschau - Bilanzierung ab ca. 50 Lbj.

Probleme in der Behandlung von Traumapatienten

- Eingeschränkte Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit (Vermeidung, Misstrauen, Ängste, Dissoziation, zustandsabhängige Erinnerung)
- - behindert den Aufbau und den Erhalt einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Durch Verharren in ihrer Opferrolle, Regression, selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität.
- Bedeutungszuschreibung (negativ: ich werde immer bedroht sein, kann nie mehr vertrauen oder positiv: ich kann trotzdem wieder vertrauen, nicht alle sind gegen mich, es ist vorbei)

- **Traumatische Gegenübertragung oder stellvertretende Traumatisierung**

- Therapeut wird durch Schilderung der Traumata und Symptome immer wieder zum Zeugen der zum Teil schrecklichen Ereignisse und
- entwickelt ähnliche Gefühle wie der Klient, z.B. Wut, Zorn, Angst oder Hilflosigkeit
- Der Therapeut muss den oft intensiven traumatischen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen (z.B. als Täter, Retter, ständiger Helfer angesehen zu werden) entgegenwirken.
- -sich nicht selbst überschätzen, überfordern, eigenes Wissen und eigene Grenzen beachten, keine falschen Versprechen machen, ständige Aus- und Fortbildung, Supervision wichtig.

Rahmenbedingungen für Gesprächsführung und Behandlung

- **Beachten: Hohes Sicherheits- und Kontrollbedürfnis**
- Gestörtes Welt- und Selbstbild, ist geprägt von traumabezogenen Erwartungen, Misstrauen, Ängsten, negativen Erwartungen an die Aussenwelt, mangelndes Kontrollgefühl über eigenes Leben, Verletzung der Grenzen
- **Rahmenbedingungen:** sicheres Milieu-Umfeld, klare Einhaltung von Grenzen - Erwartungen, Grenzsetzung besprechen, feste Ansprechpartner, erst Vertrauen aufbauen, Transparenz - Aufklärung über Ablauf von Untersuchungen und Behandlungen, Schweigepflicht
- Verhalten der Behandler/Team (neutral, kein autoritäres Auftreten, ausreichend distanziert aber einfühlsam, gute Absprachen im Team)
- im Gespräch bei Bedarf Pausen einlegen, kein Zeitdruck, Fragen erlauben, Untersuchungsraum: nicht zu eng, reizarm, Sitzordnung beachten, Körperliche Untersuchung abklären.

Exploration, Einzelgespräch

- **Beachten:** bei der Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen kann eine Reaktivierung auftreten, nicht zu schnell und zu viel konfrontieren, immer erst stabilisieren.
- **Einzelgespräch, Untersuchung:**
- **Rahmenbedingungen:** Möglichkeit akute Belastungsreaktionen aufzufangen (Bereitstellung von Hilfsmitteln wie Liege, Decke, Getränke, Spannungsabfuhr, vorher Entspannungs- und Distanzierungstechniken erlernen), Kenntnisse Traumabehandlung
- **Therapeut/in** muss das Gespräch steuern: Langsam angehen lassen, erst Vertrauen aufbauen, Klient braucht nur so viel erzählen, wie er selber aushalten kann, nicht bedrängen. Aber signalisieren, dass der Therapeut/in bereit ist, alles zu hören und auszuhalten. Bei zu hoher Erregung aber stoppen (Zeichen vereinbaren) und pausieren. Auf Verhalten/Anspannung, Unruhe, Dissoziation achten. Symbol für Gegenwart (keine Verbindung zum Trauma) und angenehmes Körpergefühl vorher eruieren.
- **Abschließend** möglichst auf aktuelle positive Ereignisse eingehen, ausklingen lassen.

Behandlungsmöglichkeiten in der Tagesklinik

- - Abweichend zum üblichen stationären Setting (s. Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie der DeGPT) können TK zusätzlich anbieten:
- - eine stärkere Berücksichtigung des häuslichen und beruflichen Umfeldes
- - Psychoedukation, Angehörigenberatung
- - soziale Unterstützung fördern durch Partner- und Familiengespräche, -systemische Therapieinterventionen
- - Hausbesuche, Fähigkeiten und Alltagsbewältigung stärken, soziale Kontakte fördern, berufliche Probleme klären, Wohnsituation sichere Umgebung herstellen
- - bessere Planung zum Übergang in eine koordinierte ambulante Therapie

Behandlungsmöglichkeiten im tagesklinischen Setting

- **nicht traumaspezifische allgemeine, deshalb nur bedingt geeignete Gruppentherapien:**
- **Gesprächsgruppe-** Gefahr der unkontrollierbaren Dynamik, keine detaillierten Fragen oder Angaben zum traumatischen Ereignis in der Gruppe zulassen - nur im Einzelgespräch, Gefahr der Dekompensation, beachten der Schamgefühle, der Vermeidung, des Misstrauens, der Ängste. Zu häufige blasse verbale Wiederholung des traumatischen Geschehens bewirkt eher eine Chronifizierung als eine Besserung
- **Rollenspielgruppe:** wie oben, unkontrollierbare Dynamik

Behandlungsmöglichkeiten im tagesklinischen Setting

- **Gruppentherapie gut geeignet:**
 - **zur Stabilisierung, Ressourcenaktivierung**
- **Psychoedukative Gruppen:** Allgemeine Kenntnisse über Entstehung von Traumafolgestörungen, Symptomatik und Verlauf, Selbstfürsorge
- **Körpertherapie und Sporttherapie:** eine Reaktivierung von traumatischen Körpererinnerungen ist möglich, deshalb müssen die Therapeuten die Traumageschichte kennen, darauf achten, reagieren können. Zum Spannungsabbau sehr nützlich.
- **Entspannungsgruppen:** PMR, Autogenes Training, zu Beginn teils nur kurze Übungen möglich, hohes Kontrollbedürfnis- Probleme Augen zu schließen, Gefahr Gedankenüberflutung
- **Skillgruppe:** nicht das Trauma besprechen, allgemeine Selbsthilfestrategien, Hilfen zum Spannungsabbau, Affektkontrolle, Beziehungsgestaltung
- **Imaginationsgruppen:** spezielle Imaginationsübungen zur Distanzierung, Kontrolle und Entspannung

Der Einsatz der Körpertherapien/Körperarbeit gewinnt immer mehr an Bedeutung

- Traumata verändern auch das Körpererleben und die Gefühlswahrnehmung, im Sinne von:
 - „Nicht mehr Wahrnehmen können“
 - Abspaltung oder Ausgrenzung traumatisierter Körperregionen
 - Körperbezogenen Intrusionen
 - oder durch den häufig einsetzenden Somatisierungsprozess.

Behandlungsmöglichkeiten im tagesklinischen Setting

- **Ergotherapie und Kunsttherapie:** Spannungsabbau, Ausdrucksmöglichkeit, Ablenkung, neue Fähigkeiten entdecken, Selbstwert
- **Arbeitstherapie:** Ablenkung, Realitätsbezug, Erfolgserlebnisse, Einschätzung der Leistungs- und Belastungsfähigkeit, Selbstwert
- **Soziotherapie:** sicheres Umfeld, Ausbildung-Beruf, Hilfen bei Entschädigungsverfahren, Aktivitäten, Kontakte
- **Notfallkoffer:** alles was hilft, Duftstoffe, Helfersymbole, erlernte Strategien- z.B. Gedankenstop, Rückwärts-Rechnen usw.
- **Empfehlung:** Fortbildung in Psychotraumatologie und Behandlung, auch für nicht approbierte Kollegen/ginnen wie Pflegepersonal, Kunst-Ergotherapeuten, Körpertherapeuten

● Pharmakotherapie

- (nur eingebettet in PT, adjuvante, symptomorientiert)
- Antidepressiva aus der Stoffgruppe der SSRI, erwiesen für: (Fluoxetin), Sertralin, Paroxetin auch auf PTSD Symptome. (wenige Studien zu Venlafaxin, Mirtazapin, Duloxetin, MAO-Hemmer, Trizyklische AD als Ersatz für SSRI) 6-12 Monate akute PTBS, sonst bis 24 Mon.
- Besondere Suchtgefährdung bei Benzodiazepinen beachten, -wirken nur auf Ängste, Arousel, häufigste verschriebene Med. von Hausärzten, nur kurz, Buspiron
- Prazosin: Blutdruckmittel (Kriegsveteranen Alpträume)
- Antikonvulsiva-Stimmungsstabilatoren: Carbamazepin, Lamotrigen, Topiramamat, -Reizbarkeit, Ärger, Wiedererleben
- Atypische Neuroleptika, Augmentation (Abilify, Zyprexa, Risperdal, Seroquel- psychotische S., Erregung, Anspannung)

Traumabearbeitung

- nur durch entsprechend qualifizierte Therapeuten im Einzelsetting
- bei nicht komplexer PTSD- dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen
- Voraussetzung: ausreichende Stabilität, keine weitere Traumaewirkung, kein Täterkontakt
- traumaadaptierte Verfahren: kognitiv-behaviorale Therapie, psychodynamische Therapie, EMDR
- Einbeziehung: stabilisierende Körpertherapie, Kunsttherapie
- bei komplexer PTSD nur bei 40-50 % der Pat. möglich

Kontraindikationen

- **relative:**

- instabile psychosoziale o. körperliche Situation
- mangelnde Affekttoleranz (erst Stabilisierung)
- anhaltende schwere Dissoziationsneigung (Stabilisierung)
- unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum Trauma (erst Distanzierungstechniken üben)

- **absolute:**

- psychotisches Erleben
- akute Suizidalität
- anhaltender Täterkontakt

Obsolet

- Anwendung nicht traumaadaptierter psychodynamischer oder behavioraler Verfahren (z.b. unmodifizierte psychoanalytische Verfahren, unkontrollierte Reizüberflutung, unkontrollierte regressionsfördernde Techniken)
- alleinige Pharmakotherapie
- alleinige unvorbereitete Traumakonfrontation ohne Einbettung in Gesamtbehandlungsplan

Traumaspesifische Verfahren

- allgemeines Ziel:
- Traumasynthese durch Traumaexposition
- Defragmentierung dissoziierter Erlebnisinhalte
- Integration des Erlebens in die individuelle Biographie
- Erfahrung Trauma überlebt zu haben
- Fokus auf: intrusives Wiedererleben, affektive Überflutung und daraus resultierende Verhaltensänderung, z.B. Vermeidung

Imaginative Verfahren

- Bestandteil der meisten Traumaverfahren, Vorstellung: Fixierung traumatischer Erfahrungen in Eindrücken und Bildern ohne Versprachlichung
- Veränderung der traumadominierten neuronalen Netzwerke durch imaginative Aktivierung bei verändertem emotionalen Kontext- Sicherheit, Kontrolle wird hergestellt
- Screentechnik - Lutz Besser -Bildschirmtechnik- gestufte Distanzierungs- und Kontrollfähigkeit bei der Exposition in senso
- Recourcenbildung: hypnotherapeutische Technik, Symbolkonfrontation- Katathyme Imaginative Psychotherapie (KIP), Stabilisierungshilfe (Reddemann) (Verankerung sicherer Bilder und Erfahrungen Objektrepäsentanzen z.B. "der sichere Ort")

Zusammenfassung

- Traumaanamnese/diagnostik
- Rahmenbedingungen zur Behandlung beachten
- Transparenz, gute Absprachen mit Klienten und im Team, eigene Grenzen beachten, Supervision
- Keine unkontrollierte Traumakonfrontation
- Erst Psychoedukation, Soziale Unterstützung, Stabilisierung, Distanzierungstechniken, Entspannung
- Traumakonfrontation- bearbeitung nur von ausgebildeten Therapeuten im Einzel - oder spezialisierten Gruppenangebot
- Überleiten in ambulante Therapie



ENDE
und vielen Dank