

Traumabarbeitung in der Kognitiven Verhaltenstherapie



Psychosomatik
Unispital Basel
14. November 2023



Dr. phil. Elisabeth Nyberg
UPK Basel

Inhalt

- Phänomenologie der PTBS und kPTBS und ICD 11
- Psychoedukation
- Behandlungstechniken:
 - Voraussetzungen für Traumakonfrontation
 - Elaboration des Traumagedächtnisses
 - Umgang mit Schuldgefühlen
 - Umgang mit Dissoziationen
- Keine Videos, da technisch im Hörsaal nicht möglich

Die Welt des sex. Missbrauchs

In aller Regel beinhaltet dies eine, vielleicht lebenslange, ambivalente Bindung zum Täter.

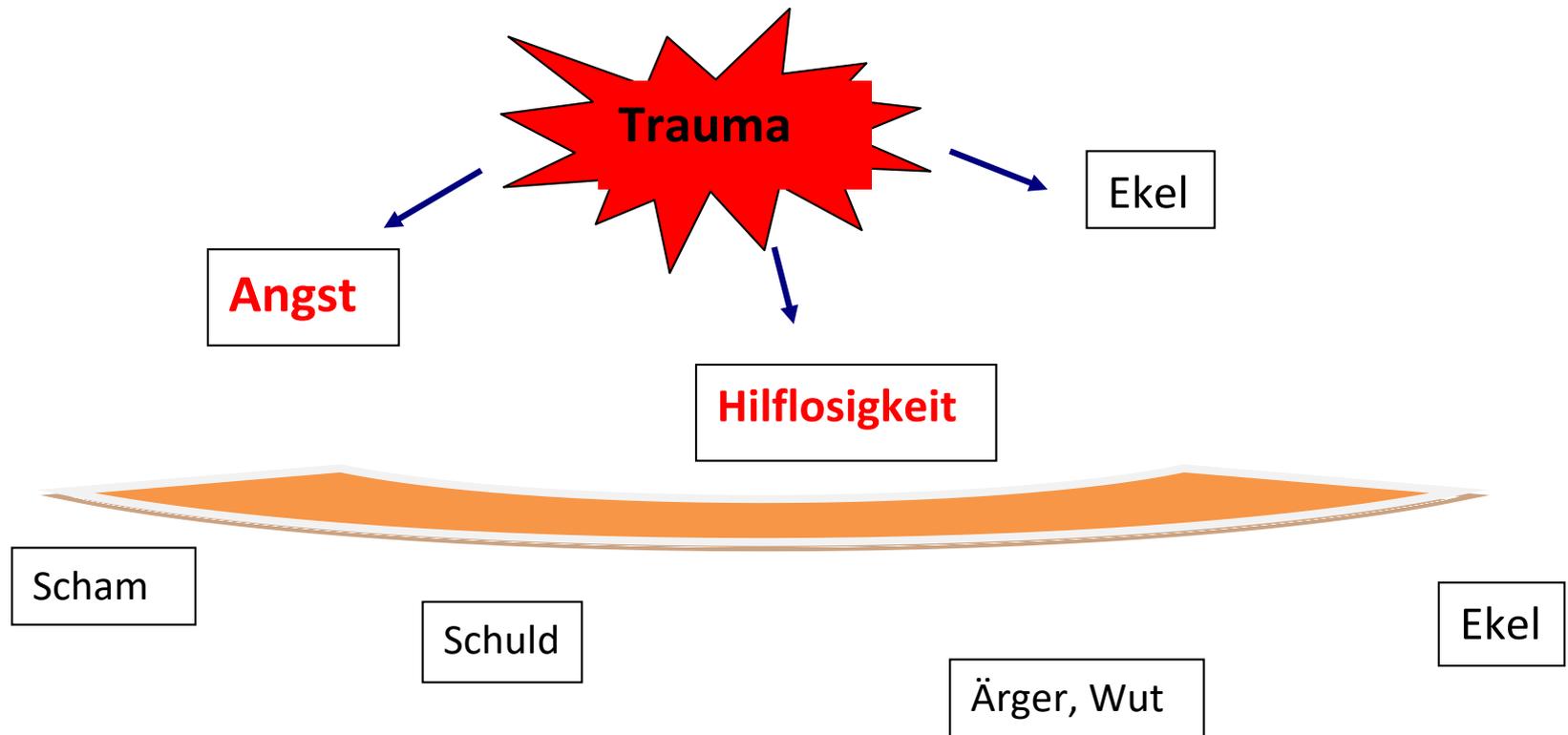
Michaela, 23J., vom Vater (der auch der Grossvater ist) über Jahre missbraucht und an andere Männer verkauft:

„Er ist der einzige Mensch, der sich um mich kümmert und manchmal etwas nettes sagt und an meinen Geburtstag denkt“

Primäre und sekundäre Emotionen

Primäre Emotionen: folgt unmittelbar auf ein Stimulus während des Traumas

Sekundäre Emotionen: durch Interpretation nach dem Trauma entstanden



Die primären Emotionen Ekel

- Ekel:
 - Ekel ist eine Distanzemotion und soll vor Kontamination schützen
 - In der sex. Gewaltsituation soll Ekel die Körperöffnungen v.a. Vagina vor Kontamination schützen
 - Ekel ist meist sekundär durch Bewertung entstanden, da es sehr wenige universelle Ekelauslöser gibt (sind frittierte Maden eine Delikatesse?)



Sekundäre Emotionen als Coping

Hier: v.a. bei sex. Missbrauch

- Ein missbrauchtes Kind kann die Familie nicht verlassen. Bewertungen wie «mein Vater ist ein A...» geht nicht.
- Das Kind muss sich die Situation irgendwie erklären und einen Sinn finden, warum es gerade ihr passiert.
- Coping 1: Schuldgefühle «ich habe etwas schlimmes gemacht»
⇒ kann etwas wieder gut machen
- Coping 2: Scham «ich bin ein schlimmes Kind» ⇒ als Erwachsene erwarten die Betroffenen von anderen Menschen abgelehnt zu werden.
- Coping 3: Wut / Ärger als Coping für Erniedrigung / Hilflosigkeit
- Wenn Schuld / Scham weniger werden, kommt Wut und anschliessend Trauer («was war durch Trauma alles nicht möglich»)

Positive primäre Emotionen in der sex. Missbrauchssituation

- «ich bin etwas besonderes»
- «ich bin stolz auf mich; ich nehme es auf mich und meine Schwester wird verschont»
- Nähe, Berührungen (in Arm genommen werden),
Trost und Zuwendung

ICD-11

ab 01.01.2022 mit 5-jährige Übergangsfrist

- Neues Kapitel: mit Stress assoziierte Störungen mit Trauma / Belastungsfaktor im Hintergrund
 - Traumatische Belastungsstörungen
 - **PTBS** (bisher F43.1)
 - **Komplexe PTBS** (bisher F62)
 - **Anhaltende Trauerreaktion**
 - **Anpassungsstörung** (F43.2; inkl. Posttraumatische Verbitterungsstörung)

ICD-11: Definition der klassischen PTBS

- Ereignis extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur
 - Individuelles Erleben entscheidend, nicht mehr „das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“
- Erweiterung:
 - Summierung von Ereignissen bei extremer Todesbedrohung (z.B. Hunger, Nähe zu fortgesetzten Kriegshandlungen etc.)
 - Vernachlässigung in der Kindheit und emotionaler Missbrauch
 - Stalking
 - Bulling (Schikanieren / Diskriminieren)

ICD-11: Symptomatik der klassischen PTBS

- **Wiedererleben in der Gegenwart**
 - Unterscheidung zwischen intrusives Wiedererleben und Flashbacks
- Vermeidung von Erinnerungsanlässen
- Übererregung

ICD-11: kPTBS

■ Traumakriterium:

- wie bei PTBS F43.1 + langandauern, wiederholt und keine Flucht möglich. Evtl. auch nach einmaliger Vergewaltigung.

■ Symptomatik:

- PTBS-Symptome (Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung) + **Schwierigkeiten der Affektregulation** (gewalttätig, Dissoziation), **negatives Selbstbild** (schwach, schuldig, wertlos etc.) und **Schwierigkeiten Beziehungen zu führen** (instabile Beziehungen, Vermeiden von Kontakt zu anderen Menschen)
- Da die beeinträchtigte Emotionsregulation im Vordergrund steht, ist möglicherweise nur eine partielle PTBS-Symptomatik ersichtlich

Komplexe PTBS und Borderline PS

■ Kennzeichen der BPS:

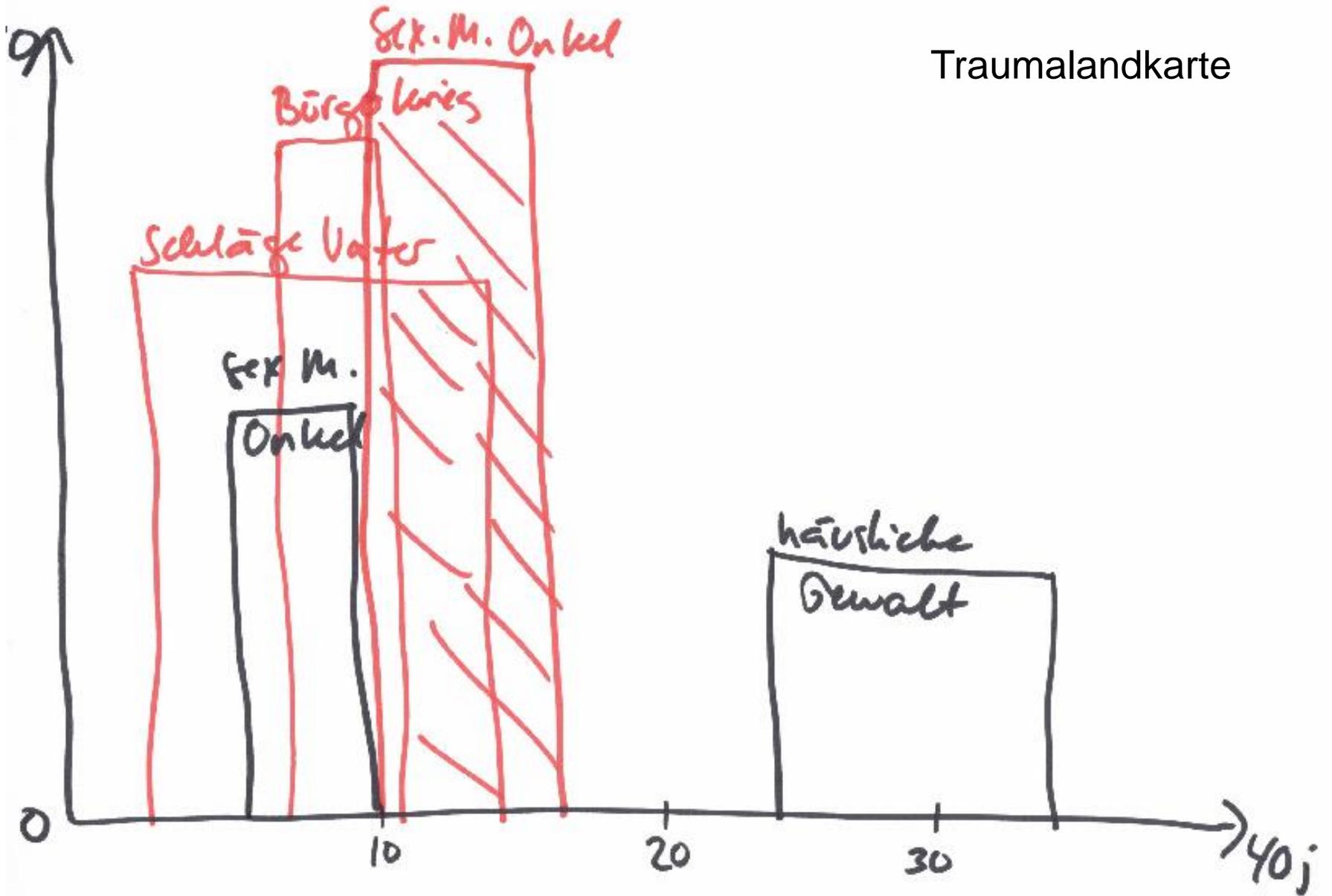
- Häufige impulsive Ausbrüche
- Furcht vor dem Verlassenwerden
- Wechsel der Identitäten (instabiles Selbstkonzept)
- häufiges suizidales Verhalten
- Ein traumatisches Ereignis muss nicht vorliegen

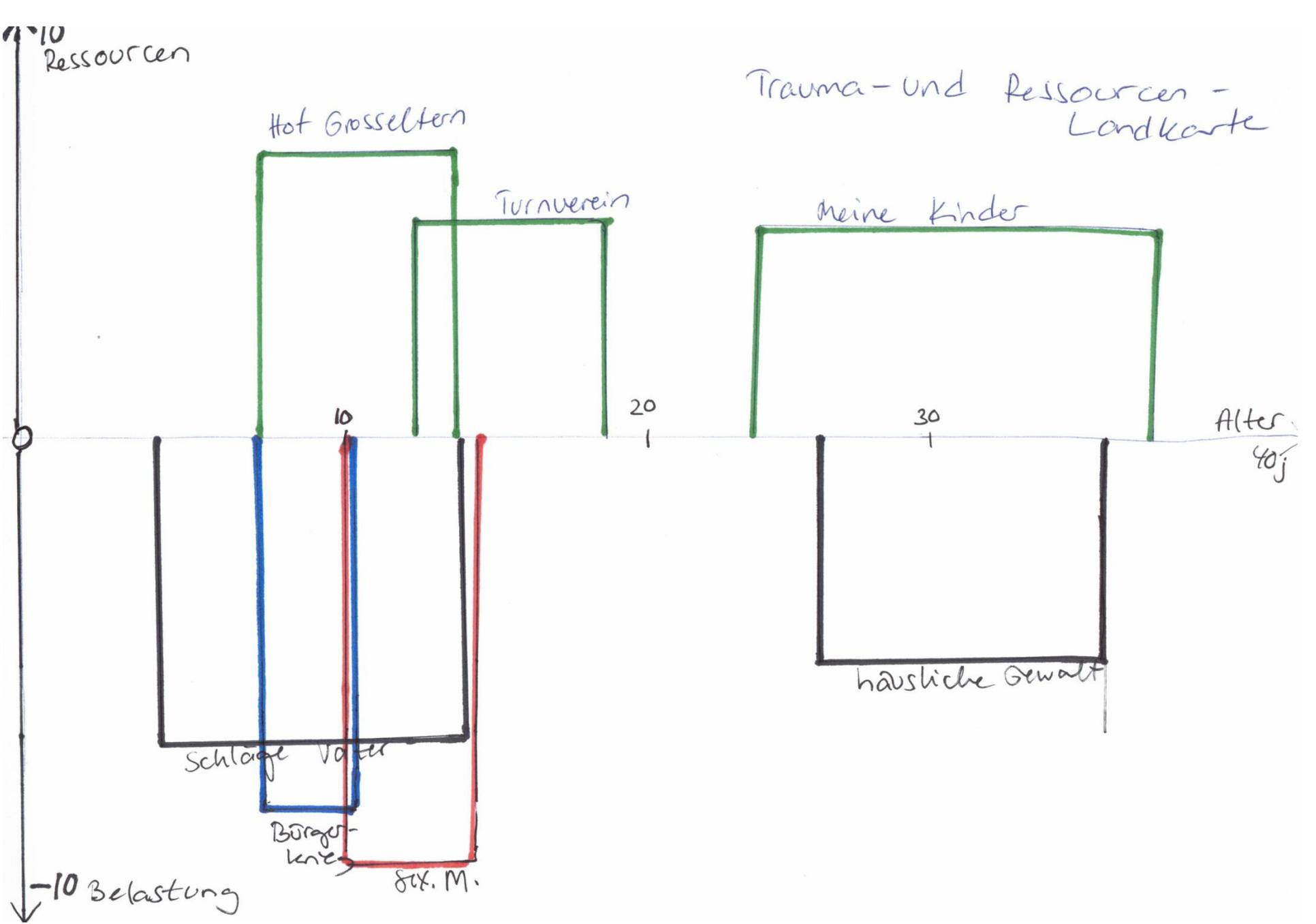
■ Kennzeichen der komplexen PTBS:

- ein traumatisches Ereignis muss vorliegen
- Triggerbezogene heftige Gefühlsäusserungen
- Selbstkonzept andauernd negativ und nicht wechselnd
- Furcht vor dem Verlassenwerden und suizidales Verhalten stehen nicht im Vordergrund

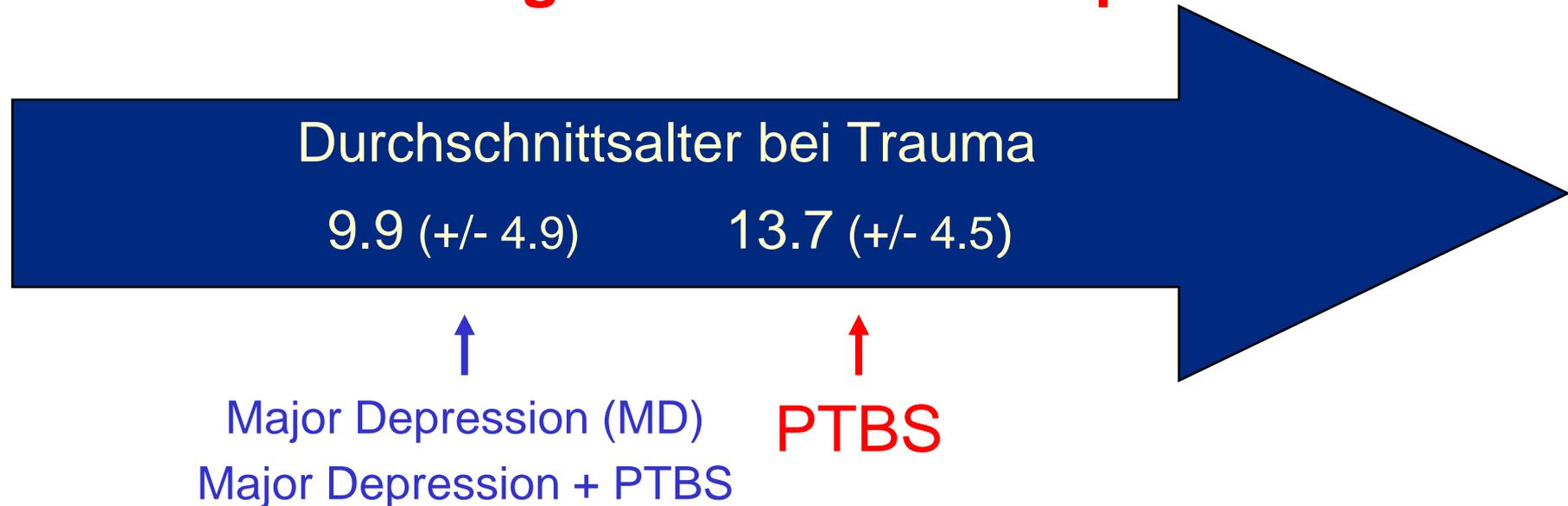
Die Traumalandkarte als Einstieg in die Psychotherapie

Traumalandkarte





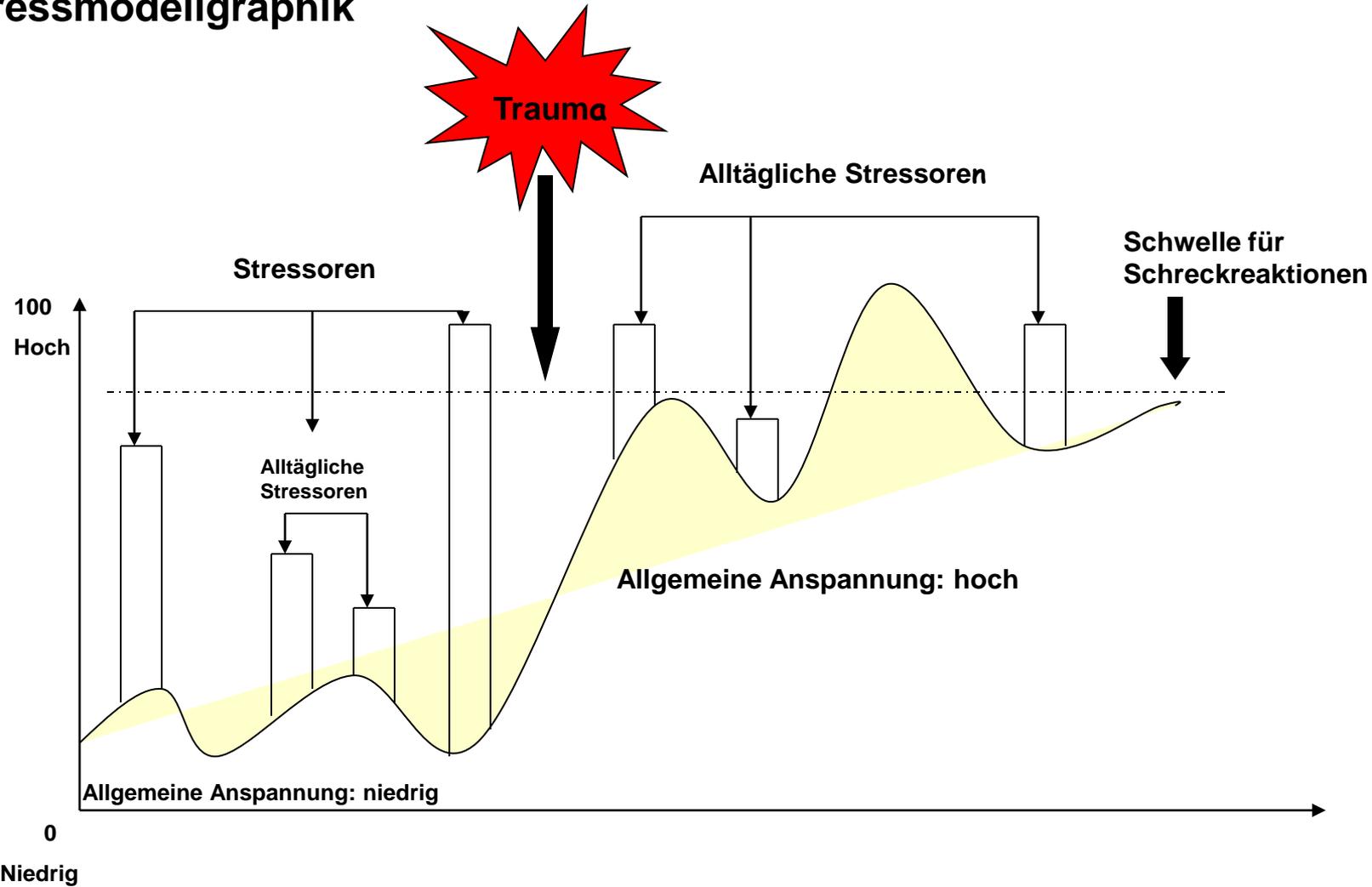
Alter/Entwicklungsphase bei Trauma: Entstehung von PTBS vs. Depression



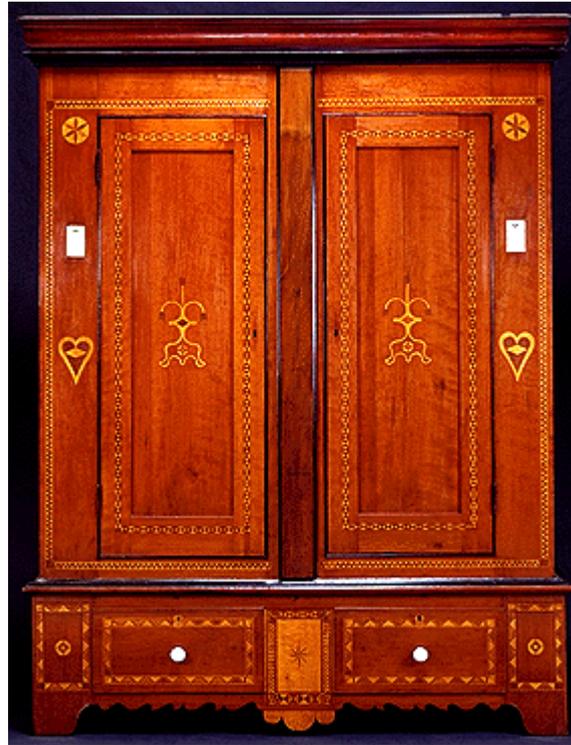
Risiko einer MD ist nach einem Trauma in der Kindheit höher als nach einem Trauma in der Adoleszenz. Bei PTBS kein Unterschied.

Psychoedukation

Stressmodellgraphik



Vergleich mit dem Aufräumen eines Kleiderschranks



Wenn man den Inhalt z.B. eines Kleiderschranks oder einer traumatischen Erinnerung genau kennt, nimmt das Gefühl von Kontrolle zu. Beispiele aus dem Alltag können hilfreich sein. Z.B. wie war es, als der Pat. Fahrradfahren gelernt hat und mal mit dem Fahrrad umgekippt ist? Oder als er seinen Kindern Fahrrad fahren beigebracht hat?

Metapher Wasserball



- Was passiert mit dem Wasserball, wenn Sie diesen nicht mehr mit den Händen nach unten ins Wasser drücken?
- Er kommt nach oben und zwar umso höher und mit umso mehr Geschwindigkeit, je tiefer Sie ihn nach unten gedrückt haben.
- Den Ball können Sie nur unter Wasser halten, wenn Sie sich voll und ganz darauf konzentrieren. Wenn Sie abgelenkt werden (jemand spricht Sie an), passiert es ganz schnell, dass der Ball wieder nach oben kommt.
- Wir wissen, dass der Versuch an etwas nicht zu denken, nur kurz funktioniert. Wenn wir müde sind, unsere Aufmerksamkeit für anderes brauchen oder schlafen wollen, tauchen die Erinnerungen ganz stark auf.
- Welche Gefühle kommen, wenn der Wasserball (traumatische Erinnerung) nicht mehr nach unten gedrückt werden kann?

Metapher Rauchmelder



- Die Amygdala ist nach einem Trauma wie ein zu sensibler Rauchmelder.
- Auch der Rauch einer Zigarette löst eine Feuermeldung aus.
- Vom Rauchmelder korrekt, aber nicht hilfreich, wenn die Sirene immer los geht, ohne dass es tatsächlich brennt.
- Und sehr stressig für die Bewohner, wenn der Feuermelder immer piept

Wie kommt es zu einer Dissoziation?

- **Extremstress** ⇒ Einengung des Wahrnehmungsfeldes im Thalamus
⇒ Fokussierung auf wenige zentrale Aspekte mit besonderer Gefahrenrelevanz ⇒ periphere Reize werden ausgeklammert ⇒ Gefahr der Desorganisation des Wahrnehmungsfeldes ⇒ Gefahr der Dissoziation
- **Dissoziation als funktionelle Störung im Thalamus**
- **Bsp. für dissoziatives Erleben:**
 - Veränderung des Zeiterlebens
 - Veränderung der visuellen Wahrnehmung (Gestalt, Farbe, Grösse)
 - Veränderung der Kontextwahrnehmung (Nähe, zeitliche Relation)
 - Veränderung der Propriozeption (Körpergestalt, Haltung)
 - Veränderung der Schmerzwahrnehmung (Analgesie)

Dissoziatives Erleben bei PTBS

- Allgemein: Denken, Fühlen und Verhalten bilden nicht mehr eine Einheit (vgl. Alltagsdissoziationen)
- In der Dissoziation ist kaum Neulernen möglich
- **Dissoziative Symptome bei PTBS:**
 - Zuviel an Erinnerungen: Flashbacks
 - Verlust von Erinnerungen und innere Leere (sich in belastenden Situationen wegschalten): psychogene Amnesie, Entfremdungsgefühl und emotionale Taubheit
- Dissoziative Symptome werden durch Trigger ausgelöst
- Selbstverletzendes Verhalten zur Beendigung einer Dissoziation (☞ normale Wahrnehmungs-struktur kehrt zurück)

Elaboration des Traumagedächtnisses und Exposition

**„Worte für schmerzhaft Emotionen finden mit dem
Ziel, diese im autobiographischen Gedächtnis
abzuspeichern“**

Methoden:

schriftlicher Bericht
imaginatives Wiedererleben
Aufsuchen des Tatorts

Elaboration des Traumagedächtnisses anhand eines Berichts

- schreiben eines detaillierten und emotionalen Berichts des Traumas;
 - was, wie und in welcher Reihenfolge die Ereignisse passiert sind.
- Anfang und Ende festlegen
- Möglichst viele Gefühle, Gedanken, Sinneseindrücke, Details etc.
- Als Aufgabe für Zuhause

Imaginatives Wiedererleben

Checkliste – Bereit zu Traumakonfrontation (1)

Suizidalität / Selbstverletzung / Drogen / körperliche Aspekte

Keine akute Suizidgefahr / keine lebensbedrohlichen Selbstverletzungen oder schwerste chronische Selbstverletzungen/ kein schweres Hochrisikoverhalten innerhalb der letzten 3 -6 Monaten (ambulant)

Kein sexueller Kontakt mit dem Täter / Machtgefälle sollte beendet sein / Akzeptanz des Missbrauchs (Sexualstraftäter in der Familie / kein Schutz)

Kein Cannabis- / Alkohol- / Drogenmissbrauch in den letzten 3-6 Monaten (ambulant)

BMI \geq 16 und somatische Kontraindikation abgeklärt

Soziale Situation

Aktuell geringes Risiko erneuter Viktimisierung

Keine akute Krisensituation im näheren Umfeld (drohende Obdachlosigkeit / Jobverlust / Trennung vom Partner / Todesfall oder schwere Erkrankung)

Keine schwerwiegenden Entscheidungen während der ersten vier Wochen der Expositionszeit

Checkliste – Bereit zu Traumakonfrontation (2)

Skills

Pat. kennt die wichtigsten anti-dissoziativen Skills und Stresstoleranz-Skills und hat einen funktionierenden Notfallkoffer mit 3-4 Skills und auch einen Koffer für unterwegs

Pat. kennt die typischen Auslöser für die Dissoziation und kann selbständig gegensteuern

Vorbereitung

Pat. kann zwei Wochen lang mehr Zeit als sonst üblich investieren (tgl. Hören der Aufnahme circa 30 Minuten)

Pat. hat Urlaub für die ersten zwei Wochen beantragt. Die ersten Sitzungen sind sehr belastend und anstrengend

Pat. hat einen Plan für die Gestaltung der Zeit nach den ersten 4 formalen Expositionssitzungen (Tagesplanung, Kontaktmöglichkeiten, kontakt zu einer wichtigen Bezugsperson)

Pat. weiss, wie sie die Therapeulin nach der Sitzung erreichen kann

Pat. hat das Rationale verstanden

ABC GESUND: Salat für die Seele



A	Angenehme Gefühle sammeln (positive Aktivitäten)
B	Bewusst Verantwortung übernehmen („wenn Sie der Welt etwas geben, dann wird die Welt Ihnen etwas zurückgeben“) und für andere Menschen wichtig sein („wenn ich Suizid begehen würde, würde mich jemand vermissen?“)
C	Chaos durch Planung vermeiden
G	Gymnastik und andere Bewegungen
E	Essen und Trinken (ausreichend Trinken reduziert das Risiko einer Dissoziation)
S	Schlaf
UN	Untersuchung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen
D	Drogen und Alkohol vermeiden

Rationale für das imaginative Wiedererleben

- Das wiederholte Erleben der Gefühle und Gedanken, die in der traumatischen Situation vorherrschend waren, bewirkt:
 - Elaboration und Einbettung des Traumas ins autobiographische Gedächtnis
 - Emotionale Verarbeitung des traumatischen Ereignisses und Überprüfung der Hypothese: „die Erinnerungen sind gefährlich“
 - Habituation, wenn Angst im Vordergrund steht
- **Mit welcher Situation starten:**
 - mit dem heute am meisten belastenden Traumacluster und davon die belastendste Situation (z.B. Sexueller Missbrauch und davon eine orale Vergewaltigung)

Grundregeln des imaginativen Nacherlebens: Patient/in

- Trauma mit allen Einzelheiten in der Reihenfolge der Ereignisse vorstellen, Reaktionen und Eindrücke nacherleben (von kurz vor dem Zeitpunkt, an dem Patient/in merkt, dass etwas passieren würde, bis zu dem Zeitpunkt, an dem er/sie sich wieder sicher fühlte)
- Beschreibung des Erlebens (Ich-Form, Präsens)
- Nichts auslassen (Sensorik, Gedanken, Gefühle - auch wenn diese im Nachhinein falsch, peinlich oder unsinnig erscheinen sollten)
- Möglichst geschlossene Augen
- Gefühle kommen lassen (nicht unterdrücken)
- Patient hat Kontrolle über das Tempo
- Kontakt zum „Hier-und-Jetzt“ nicht verlieren
- Tonaufnahme der Sitzung mit täglichen Anhören zuhause

Überschreibung traumatischer Erinnerungen
nach nur minimaler imaginativer Exposition

- Ansätze in der Schematherapie -

Imaginatives Überschreiben

- Nur so viele Details beschreiben lassen, wie für den emotionalen Prozess notwendig.
- Pat. geht nur so weit in die Situation rein, bis das zentrale Gefühl (Angst / Bedrohung / Hilflosigkeit) spürbar ist
 - z.B. Großvater nimmt das Kind an die Hand
- Imaginatives Überschreiben mit einer Hilfsperson
 - Die erwachsene Person von heute oder die Hilfsperson bzw. Therapeutin muss als Siegerin aus der Auseinandersetzung mit den Tätern hervorgehen
 - Das Kind muss sich am Ende gut und sicher aufgehoben fühlen
- **Fördert Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge**
- V.a. bei sehr instabilen Patientinnen

Umgang mit Schuldgefühlen

- Zuerst genau beschreiben lassen, welche Momente in der traumatischen Situation nachträglich schuldhaft verarbeitet werden.
- **Schuldkognitionen** definieren («ich hätte mich wehren müssen» etc.)
- Pat. setzt sich auf einen extra Stuhl und geht in die Situation der Person, die sie damals zum Zeitpunkt der Vergewaltigung war, hinein.
- **Sie überlegt sich, aus welchem Grund sie sich nicht gewehrt hat** („Ich bin betrunken“, „Er ist viel kräftiger als ich“, „Ich habe Angst, dass er eine Waffe hat“ und „Ich habe Todesangst und Angst davor, umgebracht zu werden.“) und diese werden auf dem Flipchart festgehalten und **emotional wiedererlebt**

Umgang mit Schuldgefühlen (Forts.)

- Anschliessend geht die Person auf den „Therapiestuhl“ zurück, Th. fragt nach dem Gefühl, das aufkommt, wenn sie die Person von damals so sprechen hört.
- Nur nach Gefühlen, nicht nach Gedanken fragen!! Die Person von heute äussert **Mitgefühl** für die Person in der traumatischen Situation.
- Wechsel auf den Stuhl, der für die Person von damals steht, und das geäusserte Mitgefühl annehmen.

Vorgehen bei Tendenz zur Dissoziation

- Verlust der Bewusstheit der Gegenwart, zurück im Trauma
- Information / Normalisieren
- Nacherleben graduell (offene Augen, Konzentration auf z.B. Igelball, im Stehen oder Gehen)
- In der Gegenwart verankern (z.B. „grounding objects“ wie Gegenstand der symbolisiert, dass überlebt oder Tonbandaufnahme mit eigener Stimme „du hast überlebt“) während des Nacherlebens oder bei belastenden Wiedererinnerungen
- ABC-Gesund: 0,5 Liter Wasser vor der Traumakonfrontation trinken, damit der Blutdruck steigt
- **Einsatz von Kippbrettern, Turn Boards, Tassen, Kissen etc.**
 - Konzentration auf den Gleichgewichtssinn und gleichzeitige Dissoziation nicht möglich
- Vorsichtsmaßnahmen / Plan bei Selbstverletzungsgefahr (Notfallkoffer)



DBT-PTSD

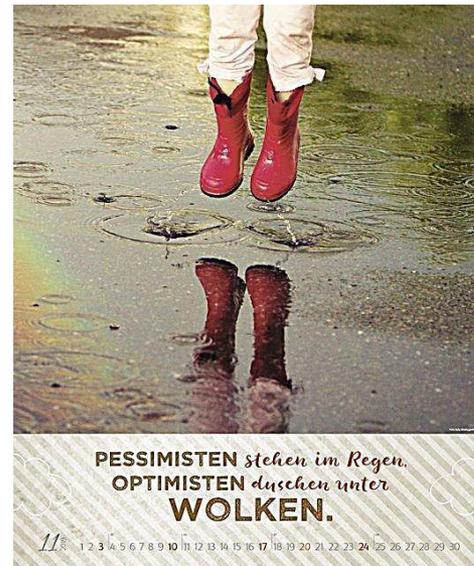
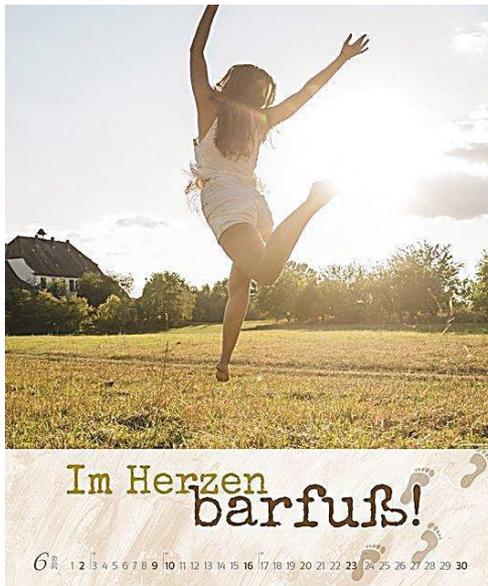
- Bei komplexer PTBS
 - Skills
 - Traumafokussierte Therapie
 - Wertklärung bei „Leben ist sinnlos“
 - Compassion Focused Therapy (CFT);
Selbstmitgefühl für das schlechte Selbstwertgefühl
und den Selbsthass
 - Entfaltung des Lebens

Zusammenfassung

- Leitlinie PTBS der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (**S3-Leitlinie 2018**)
 - **Methode der Wahl: Traumafokussierte Therapie**
 - Probleme der Affektregulation sollen initial berücksichtigt werden (Skills)
- **Angst vor Retraumatisierung**
 - Retraumatisierung findet dann statt, wenn der Pat. einen Kontrollverlust und starke Hilflosigkeit und Angst in der therapeutischen Situation erlebt
- **Dissoziation kann durch Aktivierung des Gleichgewichtssinns reduziert werden.**

Das Leben zurückerobern:
Was war vor dem Trauma wichtig?
Beginn ab der 1. Sitzung.
Das Leben ist durch das Trauma stehen
geblieben!!

Entfaltung des Lebens bei frühen Traumata.



Mach ich jetzt
ne Therapie oder
trink ich noch
ne Tasse Kaffee?



