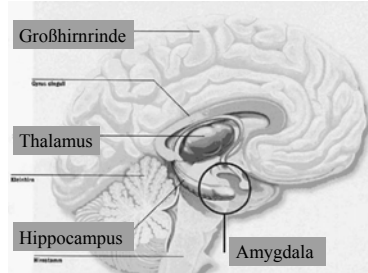


Konfrontation

- Rational
- Vorgehen
- Besonderheiten bei PTBS und BPS



Störungsmodelle: Neurobiologie



- Informationen treffen im Thalamus ein und werden zur Amygdala und Großhirnrinde weitergeleitet
- Amygdala versiert die Informationen mit emotionaler Bedeutung
- Hippocampus ist das Tor zum Gedächtnis
- bei zu starker Amygdalaaktivierung ist Speicherung im Hippocampus gestört

Störungsmodelle: Traumagedächtnis

Annahmen von Clark & Ehlers über das autobiographische Gedächtnis von Traumata (2000)

- Ungenügende Elaboration und Einbettung in die Struktur des Autobiographischen Gedächtnisses (ungenügende Integration bezüglich Raum, Zeit und vorausgehenden/nachfolgenden Informationen).
- Konsequenzen:
 - Erinnerungen bruchstückhaft und ungeordnet
 - Probleme, einzelne Details und die genaue Reihenfolge abzurufen
 - Intrusionen vornehmlich als sensorische Eindrücke
 - Erleben, als würde es gerade geschehen

Störungsmodelle: Lerntheoretische Prinzipien

PTBS als klassisch konditionierte emotionale Reaktion (vgl. Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer, 1947)

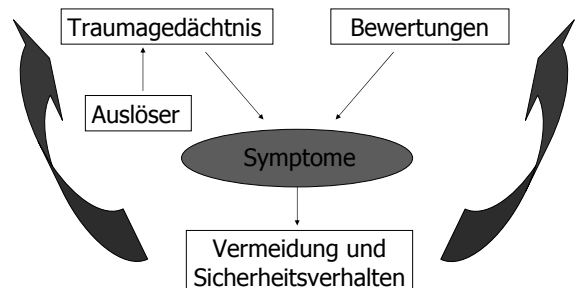
- **Klassische Konditionierung** während des Traumas: Merkmale der traumatischen Situation werden an emotionale und körperliche Reaktionen gekoppelt. Stimuli, die den Bedingungen während der Traumatisierung ähneln, lösen in der Folge ähnliche Reaktionen wie während des Traumas aus.
- **Operante Konditionierung**: Symptome bleiben als Folge von negativer Verstärkung durch Vermeidung traumarelevanter Stimuli aufrechterhalten.

Störungsmodelle: Modelle kognitiver Schemata

Anwendung von Becks (1985) Theorie der kognitiven Schemata auf die PTBS (Horowitz, 1976, Foa & Riggs, 1993, Ehlers & Steil, 1995; Clark & Ehlers, 2000)

- Das Trauma erschüttert grundlegende kognitive Schemata und verändert sie in dysfunktionaler Weise oder aktiviert und bestätigt latent vorhandene dysfunktionale Schemata.
- Betroffene entwickeln eine PTBS, wenn sie das Trauma oder seine Folgen als schwerwiegende gegenwärtige oder zukünftige Bedrohung wahrnehmen.

Störungsmodell



Therapeutische Implikationen der Störungsmodelle

- Habituation durch Konfrontation mit Stimuli, die an das Trauma erinnern oder den Bedingungen während der Traumatisierung ähneln (Lerntheorie)
- Elaboration der Erinnerungen durch Rekonstruktion des Traumas (Traumagedächtnis)
- Auffinden und Verändern dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen zum Trauma und seinen Folgen (Dysfunktionale Interpretationen)

Psychotherapie bei PTBS

- ↳ Konfrontation mit den belastenden Erinnerungen ist eine notwendige Therapiemethode
- Voraussetzung für die Traumakonfrontation:
 - äußere Sicherheit (z.B. nicht bei Gefahr neuer Übergriffe; Obdachlosigkeit; unbehandelten lebensbedrohlichen Krankheiten)
 - Fähigkeit zur Gefühlsregulation ohne schweres Problemverhalten (z.B. Dissoziation; Selbstverletzung; Suizidalität)
 - Keine Verhaltensweisen, die die Lernfähigkeit erheblich einschränken (z.B. schwere Ess- und Trinkstörung; aktuelle Substanzabhängigkeit; schwere Schlafstörung)
- in Praxis, insbesondere in Deutschland häufig zu lange Fokus auf Stabilisierung

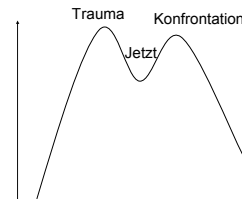
Techniken zur Ableitung des Konfrontationsrationalis

- Abwägen kurz- und langfristiger Konsequenzen des Verhaltens
- Zurückgreifen auf Erfahrungen, die der Patient in anderen Lebensbereichen mit der Habituation an negative Emotionen gemacht hat
- Einsatz des Verhaltensexperimentes zur Rolle der Gedankenunterdrückung z.B. rosafarbiges Kaninchen
- Benutzen von Analogien / Bildern: Puzzle, Wunde, Wasserball

Befürchtungen der Patienten

- Patienten haben häufig große Angst vor dem Zulassen von Erinnerungen, sehen Vermeidung als hilfreich

Wahrnehmung der Patienten



Kognitive Interventionen: Bearbeitung von Befürchtungen

Befürchtungen:

- „Ich würde anfangen zu weinen und nie mehr aufhören...“
- „Ich werde verrückt werden...“

Columbotechnik:

- Wie lange genau würden Sie weinen...?

Realitätsüberprüfung:

- Haben Sie schon einmal erlebt, dass ein Mensch bis an sein Lebensende weinte....?

„Jokerfrage“:

- Warum sind Sie damals nicht verrückt geworden....?

Imaginatives Nacherleben des Traumas (nach Foa und Rothbaum, 1998)

- Ziel: Habituation
- Das Trauma soll vor dem inneren Auge in allen Einzelheiten, einschließlich der Gedanken und Gefühle, in der Reihenfolge der Ereignisse nacherlebt werden.
- Das Nacherleben soll so lebhaft wie möglich geschehen, sensorische Eindrücke, Gedanken und Gefühle werden in der „Ich-Form“ und im Präsens beschrieben.
- Dies wird mehrfach wiederholt (9-12 Sitzungen, jeweils ca. 1 Stunde). In der Sitzung wird ein Tonband aufgezeichnet, dies soll täglich gehört werden.

Imaginatives Nacherleben (nach Ehlers und Clark, 1999)

- Ziel: Elaboration des Trauma-Gedächtnisses und Bearbeitung der negativen Interpretationen bezüglich des Traumas.
- Dadurch im Schnitt nur ca. 3 Sitzungen des imaginativen Nacherlebens, je nach Länge des Traumas 2-3 Durchgänge (insgesamt eine Stunde). Anschließend alleinige Konzentration auf die schlimmsten Momente, die im Zeitlupentempo nacherlebt werden.
- Die individuelle Bedeutung der schlimmsten Momente wird während des Traumas durch kognitive Methoden direkt bearbeitet. Eine neue Sichtweise wird sofort in das Nacherleben integriert.

Zentrale Regeln des Nacherlebens (nach Ehlers, 1999)

- Patient sitzt bequem und schließt die Augen.
- Er visualisiert das traumatische Ereignis mit dem Ziel, möglichst ähnliche Emotionen, Kognitionen und Reaktionen hervorzurufen wie während des Traumas.
- Ich-Form und Präsenz
- Der Patient soll nichts auslassen, alle sensorischen Eindrücke, Gedanken und Gefühle werden berichtet.
- Gefühle dürfen kommen, sie sollen nicht unterdrückt werden.
- Der Patient hat Kontrolle über das Tempo.
- Der Kontakt zum „Hier-und-Jetzt“ soll nicht verloren gehen.

Vorgehen in der DBT-PTBS

- teilweise mehrfache Wiederholung mit dem Ziel der Habituation (besonders bei Angst) (eher Vorgehen Foa)
- teilweise nur 2-3 Wiederholungen und anschließend kognitive Bearbeitung (besonders bei Schuld, Scham) (eher Vorgehen Ehlers)

Vorbereitung auf das Nacherleben

- Auswahl des Traumas (z.B. sexuelle Gewalt durch den Vater) und Auswahl belastender Erinnerungen innerhalb eines Traumas (z.B. Übergriff im Wald)
- Vor der Konfrontation muss der Patient in der Lage sein, von dem traumatischen Ereignis zu berichten
- Eine Ratingskala von 0-100 (extrem belastend) wird eingeführt. Der Patient wird darauf vorbereitet, dass er während der Konfrontation immer wieder gebeten wird, seine Belastung einzustufen. (Begleitung des Patienten, Metaebene)
- Unterstützt wird der Patient durch möglichst viel Kontrolle (z.B. nur Teile des Traumas, jederzeit Stopp möglich, Augen öffnen, genaue Absprachen).
- Den Patienten auf eine mögliche initiale Verschlimmerung der Symptomatik vorbereiten.
- Zeit nach dem Nacherleben planen.

Instruktion zum imaginativem Nacherleben

„Bitte setzen Sie sich bequem auf den Stuhl. Wenn es geht, schließen Sie bitte die Augen oder fixieren Sie einen Punkt. Stellen Sie sich bitte nun das Ereignis vor Ihrem inneren Auge vor, so als würde es jetzt gerade geschehen. Bitte beschreiben Sie in der Ich-Form und in der Gegenwart, was Sie erleben. Lassen Sie nichts aus, beschreiben Sie, was Sie sehen, fühlen, hören, riechen ...“

Während dem Nacherleben

- Der Therapeut ist nonverbal zugewandt
- und macht unterstützende Bemerkungen („therapeutisches Grunzen“).
- Wenn notwendig führt er den Patienten ins Präsenz zurück (z.B. „Er schlägt mich ins Gesicht.“).
- Er holt den Patienten ins Nacherleben zurück, wenn dieser verstummt, endet etc. („Was passiert jetzt?“).
- Der Therapeut stellt Fragen zu den sensorischen Eindrücken, Gedanken und Gefühlen an den entscheidenden Stellen (Wie fühlt sich das an?, Was denken Sie?).
- Er lässt ab und zu einschätzen, wie belastend das Nacherleben ist.

Nachbesprechung

- Loben
- Prozess und der Inhalt des Nacherlebens wird näher besprochen. Insbesondere die belastenden Momente werden näher exploriert.
- Vergleich mit Erwartungen
- Im Laufe der Therapie sollte sich die Belastung und auch die Lebhaftigkeit senken.

Hausaufgaben

- Einmal täglich soll das Tonband der Konfrontation gehört werden. Die Bedingungen für das Nacherleben sollten geplant werden (Ruhe, keine anderen Tätigkeiten)
- Falls keine Reduktion der Belastung einsetzt, ist eine kognitive Bearbeitung notwendig.
- Auf einem Protokollblatt werden die Belastung durch das Nacherleben und Bemerkungen notiert.

Weitere konfrontative Techniken

- Aufschreiben des traumatischen Ereignisses
- Malen
- ...
- Konfrontationen in vivo
 - spielt eine große Rolle, ist im zeitlichen Ablauf aber nachgeordnet
 - Möglichkeiten: den Ort aufsuchen, ein Kleidungsstück mitbringen, das man trug, Menschen treffen, die dabei waren, Bildmaterial ansehen, ähnliche Situationen im Film / Bild anschauen, ähnliche Situationen aufsuchen.

Hindernis 1: in der Hierarchie höher stehende Probleme

STAGE I

- Stufe 1 Lebensgefährliches Verhalten
 - ↳ Erhaltung von eigenem Leben
- Stufe 2 Verhalten, das zum Therapieabbruch führt
 - ↳ Erhaltung der Therapie
- Stufe 3 Krisen generierendes Verhalten
 - ↳ Aufbau von langfristig funktionalem Verhalten

STAGE II

- Stufe 1 Verhalten, das den Therapiefortschritt behindert
 - ↳ Ermöglichung von Therapiefortschritt
- Stufe 2 Schwere Psychosoziale Probleme
 - ↳ Reduktion psychosozialer Probleme
- Stufe 3 PTB aufrechterhaltendes Verhalten
 - ↳ Reduktion der PTB Symptome
- Stufe 4 Eingeschränkte Lebensqualität
 - ↳ Leben gemäß eigener Werte ermöglichen

Hindernis 2: Befürchtungen des Therapeuten

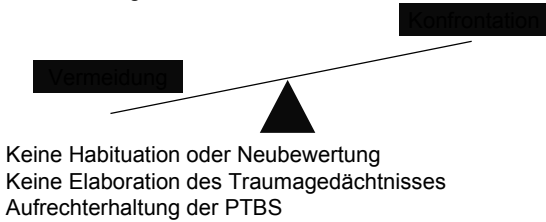
- Der Patient könnte für die Konfrontation noch nicht bereit sein.
 - Eventuell ein hierarchisch höher stehendes Ziel übersehen?
 - ...
- Die Konfrontationssitzung an sich könnte „schief gehen“.
 - Dissoziation des Patienten
 - Unkontrollierbare Flashbacks
 - ...
- Dem Patienten wird es nach der Konfrontation schlechter gehen.
 - Dysfunktionales Verhalten?
 - Retraumatisierung des Patienten?
 - ...
- Therapeut möchte keine Details des Traumas hören
 - Selbstschutz, Psychohygiene
 - Erinnerung an eigene Vergangenheit
 - ...

„Hindernis“ 3: Besonderheiten bei Patienten mit PTBS und BPS

- höhere Grundanspannung und intensivere Emotionen
- Tendenz zur Dissoziation
- gute „Vermeider“
- verzögerte Rückbildung von Emotionen
- Rückfall in alte Problemverhaltensweisen möglich
- Meist Traumata vom Typ II

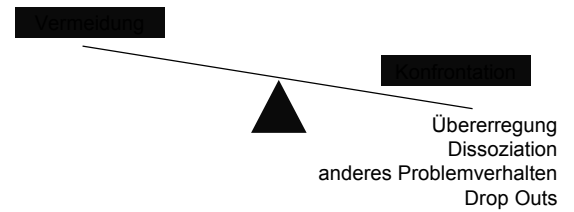
Dialektik in der Behandlung komplexer PTBS

Zu starker Fokus auf Vermeidung traumatischer Erinnerungen

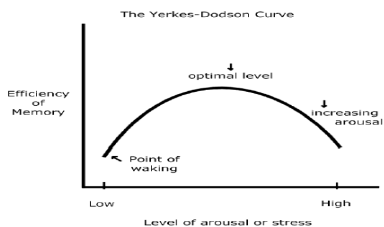


Dialektik in der Behandlung komplexer PTBS

Zu starker Fokus auf Auseinandersetzung mit traumatischen Erinnerungen



Yerkes-Dodson-Gesetz (1908)



umgekehrt u-förmiger Zusammenhang zwischen Leistungsfähigkeit und arousal: bei niedrigem und extrem hohen Erregungsniveau fällt die Leistung am schlechtesten aus

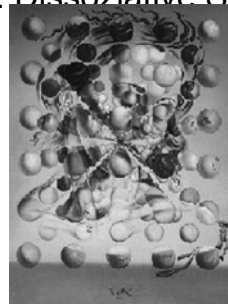
Dialektik in der Behandlung PTBS und BPS

- Problem der Übererregung: großer Zusammenhang zwischen Spannung und Dissoziation bei BPS
- Problem bei Dissoziation: Es findet keine Habituation oder Neubewertung statt
 - ↳ Therapeuten müssen sehr starke Übererregung vermeiden
 - ↳ Therapeuten müssen Dissoziation unterbrechen

Besonderheit: Höhere Grundanspannung und intensivere Emotionen

- Graduiertes Vorgehen: erst einmal darüber sprechen, Augen geöffnet lassen, in Vergangenheit und 3. Person erzählen
- evtl. Bildschirmtechnik, Glaswand vorstellen lassen ...
- Patientin daran erinnern, dass sie nun in einer sicheren Situation ist
- Patientin darauf hinweisen, dass es eine Erinnerung ist
- Einsatz von Skills

Besonderheit: Neigung zu Dissoziation Exkurs: Dissoziative Symptome



Begriffsbestimmung

- strukturierte Separation mentaler Prozesse (Spiegel & Cardeña 1991)
- Störungen der integrativen Funktionen des Bewusstseins, die Gedächtnis, Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt sowie Identitäts- und Selbstempfinden betreffen können und sich auf der Symptomebene als Amnesien, Depersonalisation und Derealisation sowie unterschiedlichen Identitäts- und Selbstzuständen äußern
- Begriff Dissoziation beschreibt Prozess der Separation und Folge der Separation
- historisch eng mit dem Hysteriebegriff verbunden
- quantitativer als auch ein qualitativer Unterschied zwischen Alltagserfahrungen und pathologischen Symptomen

Dissoziative Störungen im ICD-10

- F44.0 dissoziative Amnesie
- F44.1 dissoziative Fugue
- F44.2 dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance und Besessenheitszustände
- F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F44.7 dissoziative Störungen, gemischt
- F44.80 Ganser-Syndrom
- F44.81 multiple Persönlichkeitsstörung
- F44.88 sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen
- F44.9 nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen
- F48.1 Depersonalisations- / Derealisationssyndrom
Kategorie: sonstige neurotische Störungen

Diagnostik

Erfassung dissoziativer Symptome

- Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS; Spitzer et al. 2005); Kurzfassung FDS-20 (Spitzer et al. 2004)
- Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut; Stiglmayr et al. 2003)

Erfassung dissoziativer Störungen

- Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D; Gast et al. 2000)
- Heidelberger Dissoziationsinventar (HDI; Brunner et al. 1999)
- AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion (AMDP-DK; Spitzer et al. 2004)

Häufigkeit

- Lebenszeitprävalenz in Allgemeinbevölkerung 2-10%
- Lebenszeitprävalenz in klinischen Stichproben 5-15%

CAVE: viele methodische Mängel; wenige Studien

- dissoziative Symptome als stressassoziierte Symptome im Rahmen anderer Störungen, v.a. PTBS, BPS häufig

Erklärungsmodelle

- Zusammenspiel von Genetik, Neurobiologie und psychosozialen Faktoren
- Diathese-Stress-Modell: komplexer Reaktionsmodus auf starke Stressoren, der insbesondere bei Personen mit einer erhöhten Dissoziationsneigung auftritt

Diathese-Stress-Modell



Bei einer geringen Vulnerabilität, d. h. einer hohen Dissoziationschwelle ist eine extreme Belastung notwendig, um Dissoziation auszulösen.

Bei einer großen Vulnerabilität, d. h. einer kleinen Dissoziationschwelle können schon geringe Belastungen Dissoziation auslösen.

Anzeichen für dissoziative Zustände

Typische Verhaltensweisen der Patienten

- Patient zeigt wenig Körperbewegungen, wirkt erstarrt.
- Patient zeigt wenig Augenbewegungen. Eindruck, als starre bzw. fixiere der Patient einen Punkt.
- Patient wirkt in sich gekehrt, in sich selbst versunken.
- Patient wirkt schläfrig, benommen, asontan, verlangsamt.
- Patient wirkt desorientiert, erinnert Frage bzw. Gesprächsthema nicht.
- Patient zeigt keine oder stark verlangsamte Reaktion auf Ansprache.
- Patient zeigt Veränderungen in Gestik und Mimik, in Sprechweise und Stimme, in Haltung und Reaktionsweise.

Anzeichen für dissoziative Zustände II

Typische Äußerungen der Patienten

- „Ich bin nicht richtig da.“
- „Ich stehe neben mir, beobachte mich von außen.“
- „Ich spüre mich nicht.“
- „Ich fühle mich taub.“
- „Es fühlt sich alles unwirklich an.“
- „Ich fühle mich wie in Watte gepackt.“
- „Ihre Stimme ist leiser und weiter weg.“
- „Ich sehe alles wie durch einen Schleier.“

Strategien zur Reduzierung dissoziativer Symptome und Störungen

- Psychoedukation
- Verbesserung der Gefühlsregulation
- Erarbeitung kurz- und langfristiger Vor- und Nachteile
- Reduktion emotionaler Verwundbarkeit
- Symptomtagebücher / Verhaltensanalysen
- Erarbeitung von Frühwarnzeichen
- Vermittlung anti-dissoziativer Skills
- Reiz-Diskriminationstraining
- Graduierte Traumabearbeitung unter Einsatz anti-dissoziativer Skills

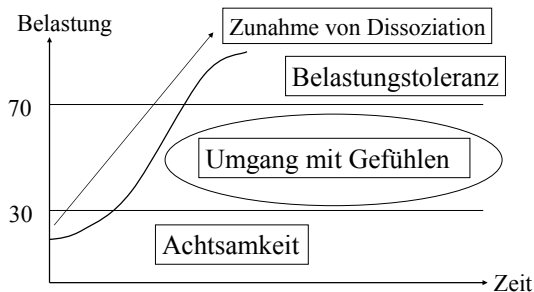
Psychoedukation

Sehr wichtig, da Symptome beängstigend und schambesetzt

„ich werde verrückt“

- Schutz- und Überlebensmechanismus bei überwältigender Traumatisierung
- häufig bei lang andauernder Traumatisierung
- reduziert Schmerzempfindlichkeit
- besteht auch über Traumatisierung hinaus infolge klassischer Konditionierung
- Dissoziation, wenn mit Reizen konfrontiert, die dem Trauma ähneln
- wenn dissoziative Reaktionen erlernt sind, kann Stress jeglicher Art zu Dissoziationen führen

Verbesserung der allgemeinen Gefühlsregulation



Erarbeitung kurz- und langfristiger Vor- und Nachteile

<u>damals positiv</u> z.B. weniger Schmerzen gespürt, Möglichkeit es auszuhalten	<u>damals negativ</u> z.B. war in Schule nie richtig anwesend
<u>heute positiv</u> z.B. Notausgang bei belastenden Gefühlen	<u>heute negativ</u> z.B. drifte beim Autofahren weg

Patient muss Entscheidung gegen Dissoziation treffen.

Reduktion der emotionalen Verwundbarkeit

- Krankheiten behandeln
- Drogen vermeiden
- ausreichend Schlaf
- regelmäßige Bewegung
- Ausgewogene Ernährung / **ausreichend trinken**

Symptomtagebücher / Erarbeitung von Frühwarnzeichen

- Dissoziationskala von 0-100
- Ausmaß der Dissoziation protokollieren
- bei schweren dissoziativen Episoden immer Timeout und Verhaltensanalyse
- Frühwarnsymptome auf der Ebene Gedanken, Gefühle, Körper und Verhalten erarbeiten

Anti-dissoziative Skills

- Geschmack: Ingwer, Chili-Schote, Zitrone, saure oder scharfe Bonbons, Kaugummi
- Geruch: Ammoniak, Duftöle, Tigerbalsam
- Geräusche: laute Musik, Klatschen
- Sehen: Augenbewegungen, nicht nach unten auf einen Punkt starren
- Fühlen: Igelball, Eis-Pack, Steinchen im Schuh, Schmerzpunkte

Reiz-Diskriminationstraining

- Was ist anders?
1. Gesamtsituation?
 2. An Person selbst?
 3. Am Auslöser?

Graduierte Traumabearbeitung

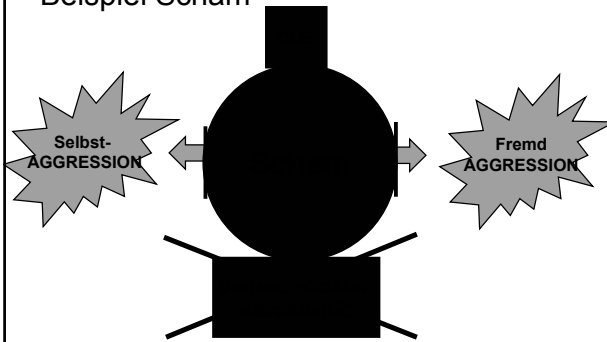
- Augen geöffnet lassen, in Vergangenheit und 3. Person erzählen
- mit weniger belastenden Situationen beginnen
- daran erinnern, dass nun eine sichere Situation
- darauf hinweisen, dass es eine Erinnerung ist
- immer wieder nach Belastungsgrad und Dissoziationsausmaß (0-100) fragen
- evtl. Bildschirmtechnik, Glaswand vorstellen lassen ...
- Konfrontation mit Steinen im Schuh, auf dem Stepper, im Gehen, auf schaukelnder Unterlage stehend

Bei Dissoziation Traumakonfrontation unterbrechen!

Besonderheit: Gute „Vermeider“

- Patienten versuchen assoziative Stimuli zu vermeiden und Vermeidung durch Dissoziation, kognitive Strategien, dysfunktionale Verhaltensmuster und sekundäre Emotionen
- Ziel
 - Aktivierung der primären Emotion
 - Verhinderung von „Escape-Mechanismen“
 - Habituation und kognitive Bearbeitung der primären Emotion

Beispiel Scham



Besonderheit: Verzögerte Rückbildung von Emotionen

- Sitzung nicht abrupt beenden; Sitzungen meist länger als 45min
- Belastung sollte nicht mehr höher als 70/80 sein; Cool-Down Phase
- Vorher mit Patienten genau besprechen, was sie nach der Konfrontation machen
- Nach der Konfrontation noch einmal daran erinnern

Besonderheit: Rückfall in altes Problemverhalten z.B. Selbstverletzung

- Unterbrechung der Konfrontationsphase entsprechend Hierarchie der Behandlungsfoki
- VA und Skills wiederholen
- unserer Erfahrung nach wollen die Patienten die Konfrontation (C+) und sind zusätzlich motiviert das Problemverhalten einzustellen

Häufig Typ II Traumata

- Typ I Traumata: häufig Angst primäres Gefühl
- Typ II Traumata: häufig Schuld / Scham / Ärger
- Smucker, Grunert & Weis (2003)
 - Furcht und Vermeidung vorherrschend prolongierte Expo bei 90 % erfolgreich
 - Nicht Furcht vorherrschend prolongierte Expo bei 20% erfolgreich
- ↳ Bei Angst eher prolongierte Exposition
- ↳ Bei Scham / Schuld etc. Konfrontation zur Identifizierung und Bearbeitung von Hot Spots (affektiv-kognitive Schemata)

Beispiele für aktivierte Schemata während und nach Konfrontation

- Angst / Ohnmacht
 - Was wissen Sie heute?
 - Was können Sie heute tun?
- Schuld
 - Warum so gehandelt, wie Sie gehandelt haben?
 - Wer vor dem Gesetz schuldig?
 - Wir würden Sie bei jemanden anderen darüber denken?
- Scham:
 - Wer müsste sich eigentlich schämen?
 - antizipatorische Validierung
 - Patientin Wertschätzung vermitteln
 - Körperhaltung verändern

Beispiele für aktivierte Schemata während und nach Konfrontation

- Ekel
 - Was ist heute noch an Ihnen ekelig? (Diskriminationstraining)
- Ärger
 - wenn angemessen ausdrücken
 - wenn nicht blockieren und primäres Gefühl herausarbeiten
- evtl. auch Techniken der IRRT
 - „Was möchten Sie dem Täter heute gern sagen oder tun?“
 - „Was möchten Sie gern für sich tun oder sich selbst sagen?“