

Neue Therapieansätze bei komplex posttraumatischer Belastungsstörung

Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Initiative Frauenmedizin in der Klinik und Praxis, Psychiaterinnen laden ein e.V., St. Marien Hospital Hamm“ vom 25.10.2006 von Frau Dr. med. Susanna Smolenski, Chefärztin, Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler

Der Vortrag befasste sich mit folgenden Themenschwerpunkten:

- Diagnostik der komplex-posttraumatischen Belastungsstörung in Abgrenzung zur emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus
- Vorstellung des Traumatherapiekonzeptes der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik in Ahrweiler, Einzeltherapie und traumaspezifische Gruppentherapie

I. Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung in Abgrenzung zur emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus

Nach Judith Herrmann und Bessel van der Kolk bzw. nach den DESNOS-Kriterien werden der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung folgende Symptome zugeordnet:

- Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus (u. a. Schwierigkeit, Ärger zu modulieren, selbstdestruktives und suzidales Verhalten, impulsives und risikoreiches Verhalten)
- Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins (u. a. Amnesie und dissoziative Störungen)
- Somatisierung
- Chronische Persönlichkeitsveränderungen (u. a. Änderung in der Selbstwahrnehmung wie z. B. chronische Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können, Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden, Änderung der Wahrnehmung des Schädigers, Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen)
- Veränderungen in Bedeutungssystemen (u. a. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen)

Ähnliche Symptome werden der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus zugeordnet (zusammengefasst nach diagnostischen Kriterien aus ICD 10, DSM IV und der Darstellung der klinischen Symptomatik von Martin Bohous in „Borderline-Störungen“, Hogrefe Verlag 2002)

- Störungen der Affektivität und Affektregulation (u. a. überdauerndes Muster von emotionaler Instabilität und Impulsivität, ausgeprägte Ängste in jeder Form, Angst vor dem Verlassenwerden mit verzweifelm Bemühen, dieses zu vermeiden, instabile und wechselhafte Stimmung in Folge ausgeprägter Reaktivität der Stimmung, chronische Gefühle von Leere)
- Störungen des Selbst- und Selbstbildes (u. a. andauernde Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung, negative Einschätzung des Körperbildes)
- Störungen im Bereich des Verhaltens (u. a. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen, Selbstverletzungsverhalten, Störungen des Essverhaltens, Hochrisikoverhalten)
- Störungen der kognitiven Funktionsfähigkeit / Wahrnehmung (u. a. dissoziative Symptome, pseudopsychotische Symptomatik)
- Störungen der psychosozialen Integration (u. a. Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz, Störungen im Bereich des Sexualverhaltens)

- Multiple wechselnde psychogene Beschwerden (Somatisierungsstörungen)

In folgenden Punkten überschneiden sich die Symptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

- Störungen der Affektivität und der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus
- Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins (z. B. dissoziative Symptome)
- Störungen der Selbstwahrnehmung
- Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen
- Störungen des Sexualverhaltens
- Störungen des Beziehungsverhaltens (u. a. Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrecht zu erhalten, Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz)
- Somatisierungsstörungen
- Selbstdestruktives und suizidales Verhalten

Es gibt mehrere Studien, die sich mit der Prävalenz realer Traumatisierungen und posttraumatischer Belastungsstörungen bei Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung befassen:

- z. B. Zanarini et al. (2002): Bei 290 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gaben 62,4 % sexuellen Missbrauch, 86,2 % andere Formen des Kindesmissbrauches und 92,1 % Vernachlässigung an

U. Sachsse postulierte, bereits 1995 (Forum der Psychoanalyse, 1995) 11:50-61, dass die Borderline-Pathologie möglicherweise als eine Traumafolge konzeptualisiert werden sollte, da die Kernsymptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (emotionale Instabilität, affektive Dysregulation) in vielerlei Hinsicht mit der Symptomatik nach schweren Traumatisierungen identisch ist

II. Vorstellung des Traumatherapiekonzeptes der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik in Ahrweiler, Einzeltherapie und traumaspezifische Gruppentherapie

Dem Konzept unserer Traumatherapie legen wir folgende Ziele, die durch die Traumatherapie erreicht werden sollen, zugrunde:

- die traumatischen Erinnerungen als Teil des eigenen Lebens akzeptieren und in das gesamte Leben integrieren
- die traumatischen Ereignisse nicht vergessen, sondern sich in der Gegenwart daran erinnern, ohne von heftigen Emotionen überflutet zu werden oder in dissoziative Zustände zu geraten
- Stärkung der Selbstwirksamkeit in der Gegenwart versus Verharren in der Opferrolle

Bevor wir bei den uns zur stationären Traumatherapie überwiesenen Patienten mit der Traumatherapie beginnen, klären wir folgende Fragen:

- Bestehen eindeutige Symptome einer PTBS oder liegen in der Anamnese zwar traumatische Erfahrungen vor, die jedoch nicht zu einer PTBS geführt haben?
Wenn keine Symptome einer PTBS vorliegen, ist u. E. eine traumaspezifische Therapie nicht indiziert, sondern je nach Symptomatik eine andere Form der Therapie
- Kann sich der Patient an die traumatische Situation oder an Teilaspekte erinnern?
Bei komplexer posttraumatischer Belastungsstörung liegen häufig nur bruchstückhafte Erinnerungen vor, in diesem Fall ist es wichtig, zunächst eine genügend lange Phase der Vertrauensbildung, Stabilisierung, Ressourcenstärkung und Focussierung auf erinnerbare biographische Inhalte einzuplanen.

- Bestehen komorbide Störungen?
Evtl. steht zunächst die Behandlung der komorbiden Störungen im Vordergrund, bevor die eigentliche traumaspezifische Therapie beginnen kann.
- Welche Erwartungen hat der Patient betreffend Traumatherapie?
Es ist wichtig, evtl. Illusionen zu klären:
Patienten erwarten häufig, dass in kurzer Zeit durch „gewaltsames“ Durchbrechen der Schutzmechanismen das Trauma geheilt werden kann. Es ist in diesem Fall entscheidend, den Patienten immer wieder darüber aufzuklären, dass die Bearbeitung einer traumatischen Erfahrung in kleinen Schritten erfolgen muss und somit viel Geduld braucht, dass jedoch jeder kleine Schritt von großer Wichtigkeit ist.
- Hat der Patient Vorerfahrung in Psychotherapie?
Wir legen großen Wert darauf, auf bereits erarbeiteten Ressourcen aufzubauen. Patienten neigen dazu, zu sagen, sie hätten zwar Psychotherapie, aber keine „richtige“ Traumatherapie gehabt. Wir klären die Patienten in diesen Fällen darüber auf, dass jegliche Psychotherapie einen Schritt auf dem Weg zur Bearbeitung der traumatischen Situation darstellt und dass von entscheidender Wichtigkeit ist, dass eine stabile Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Therapeut besteht.
- Kennt der Patient bereits Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken?
Wir fragen dabei, welche Stabilisierungstechniken funktionieren und regelmäßig angewendet werden und welche nicht funktionieren und evtl. noch zu schwierig für den Patienten sind. Häufig lösen Entspannungstechniken, die die Regression fördern, bei PTBS-Patienten Ängste aus und sind somit nicht - oder noch nicht - geeignet.
- Über welche Schutzfaktoren verfügt der Patient? Gibt es Risikofaktoren, die vor Beginn der Traumatherapie minimiert werden müssen?

Zur traumaspezifischen Einzeltherapie:

Was die traumaspezifische Einzeltherapie anbetrifft, gelten folgende allgemeine Gesichtspunkte: Das Therapeutenverhalten sollte strukturierend und aktiv sein. Da erfahrungsgemäß die Patienten Schwierigkeiten haben, sich klar und konkret auszudrücken, sollte der Therapeut durch klärende Fragen dabei helfen. Beispiel: Der Patient sagt: „Es geht mir schlecht“. Der Therapeut fragt: „Woran merken Sie, dass es Ihnen schlecht geht? Wo im Körper spüren Sie was? (z.B. innere Unruhe im Brustbereich, Kloßgefühl im Hals usw.) Durch diese W-Fragen hilft der Therapeut dem Patienten in diesem Fall, sich seiner Körperwahrnehmung bewusster zu werden.

Wichtig ist auch, dass der Therapeut den Patienten schützt, wenn er sich überfordert und zu schnell zu viel erzählt. Je regressiver und dissoziativer der Patient, desto klarer muss der Therapeut die Regie übernehmen und Halt geben.

Für die Traumatherapie geeignete Psychotherapiemethoden:

Integrativer Therapieansatz mit Elementen aus tiefenpsychologischer Therapie, kognitiver Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, neurolinguistischem Programmieren (NLP), kathym-imaginativer Therapie (KIP) und körperorientierter Psychotherapie (z. B. Tanztherapie).

Die Therapie sollte auch das Vermitteln von Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken beinhalten.

Wenn der Patient sich an bestimmte Sequenzen der traumatischen Erfahrung erinnern kann und entsprechende Stabilität vorhanden ist, kann auch EMDR angewendet werden.

Zur traumaspezifischen Gruppentherapie:

Es wird unter Psychotraumatologen kontrovers diskutiert, ob bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung Gruppentherapie angewendet werden soll.

Als Kontra wird angeführt: Gefahr der Retraumatisierung durch Schilderung der traumatischen Erfahrung der einzelnen Gruppenmitglieder, Gefahr der Verstärkung der Problemorientierung und Opferhaltung.

Als Pro haben wir die Erfahrung gemacht, dass sich Patienten in der traumaspezifischen Gruppe solidarisierten und gegenseitig ermutigen, durch gemeinsames Erarbeiten von Bewältigungsstrategien, sich gegenseitig fördern, was Entwicklung von Ressourcen und Verbesserung von Schutzfaktoren anbetrifft -

vorausgesetzt, dass die Gruppe nach salutogenetischen Gesichtspunkten konzipiert ist und dass in der Gruppe nicht über die einzelnen traumatischen Erfahrungen gesprochen wird, sondern dass dieses ausschließlich der Einzeltherapie vorbehalten ist.

In der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik werden folgende Leitlinien für eine salutogenetisch konzipierte Traumatherapiegruppe berücksichtigt:

Die Wahl des Gruppennamens ist ressourcenorientiert: Die Gruppe wird nicht „Traumagruppe“ genannt, sondern „Stabilisierungsgruppe“. Das Wort Trauma betont das Problem, das Wort Stabilisierung betont das Ziel.

Das Gruppensetting hat Seminar- bzw. Workshopcharakter (die Patienten werden mit einem persönlichen Schreiben und Angabe des Gruppenprogrammes zur Gruppentherapie eingeladen, es werden acht Gruppensitzungen mit vorgegebenen Themen durchgeführt, die Patienten bekommen schriftliche Arbeitsunterlagen)

Das Gruppenkonzept beinhaltet Förderung der Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit.

Psychoedukative Aspekte spielen eine wichtige Rolle (u. a. sachliche Informationen über die Entstehung der posttraumatischen Belastungsstörung anhand einfacher Darstellungen neurobiologischer Aspekte, Information über geeignete Therapiemethoden bei posttraumatischer Belastungsstörung, Information über Schutzfaktoren und Risikofaktoren)

In jeder Gruppenstunde werden einfache Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken vermittelt und geübt. Erfahrungsaustausch der Gruppenmitglieder über Ressourcen (z. B. Was tut mir gut? Welches sind meine Stärken? Worauf bin ich stolz?) und über Erfahrungen mit Bewältigungsstrategien in Bezug auf Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung.

Folgende Themenschwerpunkte werden im Verlauf der acht Gruppensitzungen berücksichtigt: Bedeutung von Ressourcen, Alltagsstress versus traumatischer Stress, Informationen über Angst und Angstdesensibilisierung, Information über spezielle Therapiemethoden bei posttraumatischer Belastungsstörung, Bedeutung von Genussfähigkeit als Schutzfaktor bei der Überwindung von traumatischen Erfahrungen.

Neben der Stabilisierungsgruppe für Patienten und Patientinnen mit verschiedenen Formen der posttraumatischen Belastungsstörung (akut, chronisch, komplex posttraumatische Belastungsstörung) gibt es noch eine modifizierte Stabilisierungsgruppe für Patienten und Patientinnen mit schwerer komplex-posttraumatischer Belastungsstörung mit komorbider Persönlichkeitsstörung und eine modifizierte Gruppe für Frauen mit posttraumatischer Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch in Kindheit und/oder Erwachsenenalter.

Bei den modifizierten Formen der Stabilisierungsgruppe werden zusätzlich Elemente der dialektisch-bihavioralen Therapie nach M. Linehan sowie bei der Frauengruppe Auseinandersetzung mit dem Rollenbild als Frau sowie Rollenspiele und körpertherapeutische Übungen zur Verbesserung der Selbstsicherheit hinzugefügt.

Wie bereits erwähnt, wird in jeder Gruppenstunde eine Stabilisierungstechnik vermittelt und geübt. Es handelt sich dabei um sehr einfache Stabilisierungstechniken: z. B. Aufmerksamkeitslenkung auf den Atem, Aufmerksamkeitslenkung auf den Körper in Form einer Kurzform des Jakobson-Trainings, Focussierung auf visuelle und kinaesthetische Sinneswahrnehmungen „Sehen-Tasten“ nach Yvonne Dolan, Verankerung einer ressourcenvollen Erinnerung (Ressourcenanker - eine Technik aus dem NLP).

Durch diese Stabilisierungstechniken wird folgendes erreicht:

Unterbrechung von dysfunktionalen Gedanken, Distanzierung von belastenden Erinnerungen, Lenkung der Aufmerksamkeit von „innen“ (Gedanken, Emotionen) nach „außen“ (gegenwärtige Umgebung, Körperaktivitäten), Verankerung in der Gegenwart versus negative Gedanken an Vergangenheit oder Zukunft, Verbesserung der Körperwahrnehmung (Assoziation mit dem Körper) versus Dissoziation, Verankerung von ressourcenvollen Zuständen.

Zum Abschluss das Zitat einer ehemaligen Patientin der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik, die das Traumateam bat, folgendes an Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung weiter zu geben:

„Sagen Sie den Patienten, die zur Zeit bei Ihnen in stationärer Traumatherapie sind, dass es auch noch etwas anderes außer dem Trauma gibt und dass es sich lohnt, sich aus dem ewigen um das Trauma Herumkreisen herauszuarbeiten und sich den schönen Dingen des Lebens zuzuwenden“.

© Dr. S. Smolenski, Ärztin für Psychiatrie und Neurologie, Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Chefärztin
Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler, 2006