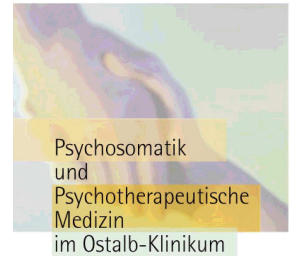


Klinikinterne Leitlinie Traumatherapie



Geltungsbereich: F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Verwandte Störungsbilder:

F 43.0 Akute Belastungsreaktion
F 43.2 Anpassungsstörung
F 45.x Somatoforme S. und Somatisierung
F 44.x Dissoziative Störungen
F 60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Erstellt: 21.02.05 Dr. von Wachter, A. Oldenburg, Dr. A. Hendrichke
Ansprechpartner: Dr. von Wachter, Dr. A. Hendrichke
Nächste Bearbeitung nach Abstimmung mit Konsenspartnern.

Inhalt:

1. Definition

2. stationärer Behandlungsablauf

3. Patienteninformationen

4. Materialien für die Psychotherapie (Kopiervorlage)

5. Literatur

6. Nationale Leitlinie der AWMF

7. Materialien für die Psychotherapie (Kopie für Patienten)

Dr.med. Askan Hendrichke, Chefarzt
Dr.med. Martin von Wachter, Oberarzt

Ostalb-Klinikum Aalen
Im Kälblesrain 1, 73430 Aalen
Tel 07361-551801 Fax 07361-551803
E-mail: von.wachter@ostalb-klinikum.de
weitere Infos www.psychosomatik-aalen.de

1. PTSD - Definition nach ICD 10

Die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

Ergänzungen

Das Gefühl des Ausgeliefertseins, das während einer traumatisierenden Situation auftritt.

Eine Erinnerung an das Trauma allein ist noch keine PTSD. Auch andere Krankheiten (z.B. Somatisierung, dissoziative Störung) können Folge einer früheren Traumatisierung sein. Das ständige Wiedererleben hat neurobiologische Auswirkungen im Sinne von „Spuren werden zu ausgetretenen Pfaden“. Das häufige Wiederholen oder die Fixierung auf die traumatischen Ereignisse hat damit einerseits eine neurobiologische Grundlage, auf der anderen Seite verstehen wir es als Selbstheilungsversuch, obwohl es für Außenstehende manchmal wie eine Selbstverletzung aussieht.

Differenzierung

Typ I isoliertes Trauma

Typ II kumulatives, komplexes frühes Trauma -> oft Persönlichkeitsveränderung

2. Klinikinterne Leitlinie Traumatherapie stationärer Behandlungsablauf

2.1 Vorbedingungen

- Patient ist mit imaginativer Arbeit einverstanden.
- Entspannungsverfahren z.B. PME nur bei klarer Indikation! Entspannung bedeutet Verlust von Kontrolle. Kontrolle aber ist für Menschen mit komplexen PTBS *die* Voraussetzung, um zur Ruhe zu kommen. (Reddemann 2001)
Stattdessen besser Qi Gong (Entspannung durch Bewegung)
- Lebensbericht nur fraktioniert, evtl. in der 3. Person oder erst mal gar nicht.
- Das eigentliche Trauma gehört in der Regel nicht in die Gruppentherapie und nicht in Gespräch mit Mitpatienten ausserhalb der Therapie.

2.2 Ziele

- Wiederherstellung von Sicherheit und Kontrollfähigkeit
- Förderung individueller Bewältigungsmöglichkeiten im Alltag
- Vorbeugung von Folgestörungen
- Behandlung bestehender Belastungssymptome
- Integration der traumatischen Erfahrung
- Trigger identifizieren, Stress besser bewältigen

2.3 Therapiebausteine

- Information über die Posttraumatische Belastungsstörung und deren Behandlung
- Erlernen von Stabilisierungsübungen aus der Traumatherapie (Imaginationsübungen innerer sicherer Ort, Treserübung etc.)
- Integrative traumabearbeitende Behandlung
- Einzel- und Gruppengespräche
- Paar- oder Familiengespräche
- Qi Gong
- Kunstpsychotherapie
- Musikpsychotherapie
- Evtl. Körperpsychotherapie, Craniosakraltherapie
- Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Institutionen

2.4 Ambulante praestationäre Phase

Exploratives diagnostisches Erstgespräch

- mehrdimensionales Assessment zur bio-psycho-sozialen Diagnostik
 - erweiterte psychosomatische Anamnese
 - bisheriger Behandlungsverlauf, Sichtung von Vorbefunden, Medikamentenanamnese
 - Exploration psychosozialer Belastungs-, Begleit- und Risikofaktoren mit Beurteilung der Komorbiditätsrisiken,
 - Exploration der subjektiven Krankheitstheorie (Krankheitsattribution) des Patienten
 - Exploration (dys-) funktionaler Coping-Strategien, Ressourcenabschätzung
- differentielle Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatische Behandlung
 - ausreichende Akuität und Krankheitsschwere
 - Progredienz der Beschwerden trotz ambulanter Therapie
 - Komorbidität und psychische Folgen: Angststörung / Depressivität / Suizidalität / Somatoforme S. und Somatisierung / Dissoziative Störungen / emotional instabile Persönlichkeitsstörung / soziale Beeinträchtigung
 - Komplexität der somatischen *und* psychischen Krankheitsfaktoren (intensives und multimodales Behandlungssetting mit ständiger fachärztlicher Leitung erforderlich)
 - Vorbeugung einer drohenden Chronifizierung
 - multiple Somatisierungssymptome
 - auffallende Inanspruchnahme med. Leistungen (high utilizer Verhalten)
 - gehäufte und wiederkehrende Notfalleinweisungen
 - anhaltende psychosoziale Konflikte, Entlastung aus einem destruktiven Umfeld
 - mangelnde Alltagsbewältigung
 - drohender Verlust des Arbeitsplatzes
- Patienteninfo „Die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Psychosomatik“ mitgeben (siehe Anhang)
- Schriftlicher Befundbericht an einweisenden Haus- oder Facharzt

Prästationäres Gespräch ca. 3-4 Tage vor geplanter stationärer Aufnahme

- ausführliche Pflegeanamnese durch Bezugspflegekraft
- vorbereitendes Gespräch durch Arzt/Psychologen, individuell abgestimmte Zuordnung zu möglichen Komplementärtherapien, mit Schwerpunkt- und Ergänzungsverfahren (Körper-, Musik- und/oder Kunstpsychotherapie)
- Anfordern noch fehlender Unterlagen der Vorbehandler
- Aushändigung der Stationsordnung und Information für Patienten
- Ggf. noch Patienteninfo Traumatherapie mitgeben
- Aushändigung eines Heftes für persönliche Notizen während der stationären Therapie
- Aushändigung eines Freudetagebuches
- ggf. Information und Einbeziehung anwesender Partner oder Angehöriger

2.5 Stationäre Phase

Therapeutisches Vorgehen im Dreischritt:

Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung - Traumabearbeitung – Integration

Stabilisierung (während des ganzen stat. Aufenthaltes)

In der Stabilisierungsphase geht es darum, den scheinbar unkontrollierbaren inneren Bildern gesteuerte, kontrollierte, unterstützende („nur gute“) Imaginationen entgegenzusetzen. (Reddemann 2001). Stabilisierung ist die wichtigste Voraussetzung um überhaupt Traumaexposition durchführen zu können.

- Arbeitsbündnis herstellen und Vertrauen klären.
- Würdigen, dass jemand Opfer war
- Gegenbilder, Distanzierungstechniken
- Informationsvermittlung und Psychoedukation bzgl. traumatypischer Symptome und Verläufe
- Ressourcenarbeit: Ressourceninterview, Freudetagebuch
- „Sie sind jetzt in Sicherheit, es ist vorbei, sie sind jetzt erwachsen und nicht mehr das Kind von damals“
- evtl. Arbeit mit dem inneren Kind (Zwei Erwachsene kümmern sich um das Kind, kontrollierte Regression bei erhaltendem Erwachsenenanteil).

Stabilisierungsübung bei Flash-backs und Dissoziation

„Sie sind hier auf Station 56, im Ostalb-Klinikum, heute ist Dienstag, der 21.05.“, „es ist vorbei, sie sind in Sicherheit usw.“ – also konkretes Ansprechen, direkte Handlungsanweisungen und auf die aktuelle sicherheitgebende Situation hier verweisen.

Erlösung aus der Erstarrung über Bewegung: z.B. Augen auf, hinsetzen, Boden unter den Füßen spüren, auf die Atmung achten, allgemeine Lageänderung etc..
Was tut ihnen gut, gibt es Berührungen, die helfen eine schwierige Situation besser auszuhalten, z.B. Berührung auf dem Rücken.

Dinge im Raum konkret beschreiben lassen (Tisch oder Stuhl) oder mit dem Patienten gemeinsam zum Fenster rausschauen und z.B. einen Baum mit den Farben und Details beschreiben lassen um die Aufmerksamkeit vom Trauma wegzulenken.

Imaginationsübungen: Sicherer Ort, Innere Helfer, Tresorübung, Beobachter, inners Team etc. Das Vorgehen erklären (Transparenz = Kontrolle), auf vegetative Zeichen, Unruhe, Bewegungsdrang und Atmung achten, nachfragen ob Pat. mitkommt, Übungen individuell anpassen, überhöhte Ansprüche relativieren, evtl. Stoppzeichen vereinbaren.

Die Übungen funktionieren nicht auf Anhieb, das ist auch nicht unsere Erwartung, die Erwartung der Patienten entsprechend relativieren. Um Sicherheit mit der Übung zu gewinnen, aber auch damit Änderungen auf neurobiologischer Ebene erreicht werden können (Bahnung), müssen diese Übungen regelmäßig durchgeführt werden, z.T. mit dem Therapeuten und später mehr und mehr in Eigenregie (z.B. in jedem

Einzelgespräch am Anfang eine Übung gemeinsam machen, damit zeigen dass wir die Übungen Ernst nehmen und an die Wirkung glauben).

Frage nach *Vorerfahrungen*:

Welche Bilder haben in der Kindheit beim Trauma geholfen, welche Phantasien, welche Ressourcen konnten bereits genutzt werden. Das gibt uns wichtige Informationen, die uns dabei helfen, entsprechende Übungen auszusuchen und mit den Übungen daran anzuknüpfen.

Erklären, warum *Stopp-Zeichen* sinnvoll sind. Damit zeigen wir dem Patienten, dass er aussteigen kann, wenn es ihm zuviel wird, zeigen unsere therapeutische Sorgfalt, zeigen dass wir ihn nicht überrumpeln oder retraumatisieren wollen, verstärken damit auch die Sicherheit, zeigen, dass wir dem Patienten eigene Kompetenzen, Verantwortung für sich selber und Selbstheilungskräfte zutrauen und nicht zuletzt schützen wir uns damit selber und machen uns die Arbeit leichter und gehen mit uns besser um.

Traumabearbeitung (optional, evtl. erst im zweiten Intervall)

In der Traumaexposition werden die traumatischen Intrusionen gezielt, aber dosiert, gesteuert und langsam aufgesucht mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen.

Ziel dabei ist, dass die traumatischen Erinnerungsfragmente (Bilder, Töne, Gefühle etc.) zusammengefügt werden können, so dass das Erlebte nicht mehr als gegenwärtig und losgelöst, sondern als Vergangenheit erinnert wird.

Voraussetzung:

Ausreichende Stabilität

keine weitere Traumaeinwirkung, kein Täterkontakt.

Bei komplexer PTSD oft nicht möglich.

Relative Kontraindikation:

- instabile psychosoziale und körperliche Situation
- Mangelnde Affekttoleranz (ohne ausreichende Stabilisierung)
- Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- Unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis
- Sucht?

Absolute Kontraindikation:

- Psychotisches Erleben
- Akute Suizidalität
- Anhaltender Täterkontakt

Traumazentrierte Sitzung (ggf. längere Zeit am Stück einplanen)

- Nonverbales Stopsignal vereinbaren z.B. Hand heben
- Stabilisierungsübungen dabei nutzen, unterbrechen
- Screentechnik
- in 3. Person und/oder Beobachter berichtet
- Depersonalisationstechnik
- (EMDR)

Abschlussphase - Integration

Betrauern, Neuorientierung und Integration

- Soziale Unterstützung
- Einbeziehung von Angehörigen
- Opferhilfsorganisationen
- Berufliche Rehabilitation
- Opferentschädigungsgesetz

2.6 Poststationäre Phase

Ambulante Nachsorgeangebote

- Auswahl der ambulanten Nachsorgeangebote bei Entlassung aus stationärer Therapie
z.B.:
 1. 14 Tage lang Teilnahme an den stationären Gruppenangeboten (bis max. 6 Gruppensitzungen möglich)
 2. ambulante Einzelgespräche (bis max. 15 Sitzungen möglich)
 3. ambulante Paar- und/oder Familiengespräche (bis max. 3 Sitzungen möglich)
 4. Teilnahme an der ambulanten Nachsorgegruppe (14 tägig bis max. 6 Monate möglich)

Indikation für die poststationäre Nachsorge

Überbrückung bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie, wenn

- weitere Hilfe zur Sicherung des Behandlungserfolges notwendig ist
- das Erlernete nicht alleine umgesetzt werden kann
- Transfer in Familie oder Partnerschaft nötig ist
- supportive Begleitung in den Arbeitsprozess erforderlich ist

2.7 Therapeutenverhalten

- Der Patient bestimmt das Tempo und wir achten darauf, dass der Patient sich nicht überfordert.
- Signalisieren dass über das Trauma gesprochen werden darf, das das auch Sinn macht, der Pat. aber bestimmt wann und wie.
- Retraumatisierung vermeiden: Oft müssen Patienten unterbrochen oder gebremst werden, wenn sie sich überfordern in der Hoffnung „wenn ich schnell alles erzähle wird's auch schnell wieder gut...“
- Therapeutisch induzierten Stress vermeiden: z.b. Unpünktlichkeit, Wechsel, Schweigen etc.
- Feedback vom Patienten einholen, wann der Therapeut durch sein Verhalten Stress beim Patienten erzeugt.
- Transparenz des Therapiesettings. Den therapeutischen Rahmen erklären. Die nächsten therapeutischen Schritte erklären, Sinn und Ablauf der Stabilisierungsübungen erklären usw..
- Anerkenne was ist und Selbstregulation Richtung Heilung fördern, nicht in traumatischen Bildern stecken bleiben.
- Unkontrollierte Dissoziation beenden: „Sie sind im Klinikum, heute ist der“, Gegenstand im Raum beschreiben lassen (so).
- keine Regression in der Beziehung, Erwachsenenanteil kümmert sich um Kind
- Absolut Tabu ist Opferbeschuldigung z.B. die Frage "warum sich jemand als Opfer eignet". Patienten neigen sowieso dazu, sich selbst die Schuld zu geben, „was stimmt mit mir nicht, dass Papa so böse ist?“. Lieber die Schuld auf sich

nehmen als ohnmächtig zu sein oder Schuld auch eine Form der Sinnzuschreibung.

- Regressive Angebote der Patienten wahrnehmen und wertschätzen und für die Selbstheilung und Selbstfürsorge verwenden im Sinne der kontrollieren Regression, siehe oben.
- schwere unbewältigte Traumatisierungen hinterlassen funktionelle und strukturelle neurophysiologische Veränderungen.

2.8 Qi Gong

- Entspannung durch Bewegung
- Durch Bewegung gestaute Energie zum Fließen bringen
- Auflösen der traumabedingten "Starre"?
- Übung "Auf die 5 Kümernisse und 7 Betrübnisse zurückblicken und sie hinter sich lassen."
- Qi Gong unterstützt auch die Achtsamkeit

2.9 Medikamente

gute pharmakologische Wirksamkeit, allerdings nur für die Dauer der Behandlung und nicht darüber hinaus, ist für die Selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) nachgewiesen worden (van Etten & Taylor, 1998; Gottlieb, 1999; Henney, 2000).

Cave! Besondere Suchtgefährdung bei PTSD (besonders Benzodiazepine)

3. Patienteninformation

- Patienteninfo „Die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Psychosomatik“
- Patienteninfo Traumatherapie

4. Materialien

- Arbeitsblatt und CD: Stabilisierungsübungen aus der Traumatherapie nach L. Reddemann (innerer sicherer Ort, Tresorübung).
- Buch „Neue Wege aus dem Trauma“ von Gottfried Fischer
- Video

5. Literatur und Quellenangabe (im Bestand unserer Bibliothek, Auswahl)

- Reddemann, L. (2000). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (Reihe Leben lernen 141).
- Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie. PIT Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (Reihe Leben lernen 167).
- EMDR-Therapie mit Erwachsenen. Pfeiffer-Verlag

Literatur für Patienten (zum Ausleihen auf Station und im Konsildienst)

- Buch „Neue Wege aus dem Trauma“ von Gottfried Fischer

- Buch "Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt" von L. Reddemann
- Herbert, C. (2002). Traumareaktionen verstehen und Hilfe finden. Ein Ratgeber für Traumaüberlebende, ihre Familien und Menschen, die mit Traumatisierten arbeiten. Bestellbar bei: Thüringer Traumazentrum Arbeitsgemeinschaft (Thütz), Gabriele A. Kluwe-Schleberger, Ziegenplan 12, 98530 Rohr.
- Trotz alledem. Laura Davis. Orlando Frauenverlag
- Verbündete. Laura Davis. Orlando Frauenverlag
- Heinz-Peter Röhr, Ich traue meiner Wahrnehmung nicht . Sexueller Missbrauch (Märchen Allerleirauh), Walter Verlag
- Heinz-Peter Röhr, Weg aus dem Chaos. Borderline-Störung verstehen. (Märchen Hans-mein-Igel) Walter Verlag

6. Leitlinie der AWMF

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W. & Petzold, E. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
<http://www.uni-duesseldorf.de/www/awmf/ll/psytm010.htm>

7. Links

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft. <http://www.degpt.de/>

Weiterbildung www.fifap.de

www.traumaambulanz-aalen.de (Vortrag von Hr. Flatten)