

# Was ist ein Trauma? Welche Therapie hilft?

Vortrag APS-Seminar 13.11.10 (Fr. Dr. Birth)

## Statements

- Nicht jedes Trauma ist ein Trauma, das spezieller Therapie bedarf
- „Lass uns mal darüber reden“ ist nicht der hilfreiche Weg
- Traumatherapie ist jede Behandlungsform, die gezielt Einfluss nimmt auf die Traumafolgesymptomatik – und nicht allein Konfrontation
- Traumatherapie ist vorwiegend eine ambulante Therapie

## Mögliche Traumata

- Naturkatastrophen
- Krieg, Vertreibung, Folter
- Medizinische (notwendige) Eingriffe
- Traumat. Geburtserleben
- Unfälle in Verkehr, am Arbeitsplatz, beim Bergsteigen...
- Vernachlässigung in der Kindheit
- Gewalt und sexualisierte Gewalt und das Miterleben davon
- Konfrontation mit Traumafolgen als Helfer
- Zusammenleben als Kind mit traumatisierten Eltern

Tatsächlich erleben 50-90% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens ein Trauma, d.h. Sie kommen in seelische und/oder körperliche Todesnäheerfahrung, empfinden tiefste Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit.

Zwischen 15-50% entwickeln eine **Traumafolgeerkrankung** (man-made Trauma bes. risikoreich, schützend wirken sicheres Bindungsverhalten, wichtige „Andere“, innere Überzeugung, das Leben zu meistern).

### a) **akute Belastungsreaktion:**

Alpträume, Schreckhaftigkeit, Entfremdungsgefühle (von sich selbst oder anderen Menschen), Angstzustände, Rückzugstendenzen etc. für etwa 4 Wochen

### b) **Posttraumatische Belastungsstörung** (PTBS oder PTSD)

- *Wiedererleben* mit oft heftigen körperlichen Reaktionen
- *Vermeidung* von Situationen, Orten, Menschen
- *Anhaltende Übererregung*, d.h. ständiges Gefühl der Bedrohung mit Überwachsamkeit, Schlafstörungen, Unruhe...

### c) bei **komplexer PTSD** zusätzliche Störungen von

- *Affektregulation*, also Probleme Gefühle wahrzunehmen, zu unterscheiden, auszudrücken bis hin zu selbstschädigendem Verhalten
- *Aufmerksamkeitsstörungen* mit Erinnerungslücken, dissoziativem Verhalten

- *Persönlichkeitsveränderungen*, z.B. chron. Schuldgefühle, Unfähigkeit zu vertrauen

### **Warum eine „extra“ Traumatherapie?**

Reicht nicht bisherige VT, TP oder Gesprächstherapie?

Nein, da T. nicht einfach in unserem biografischen Gedächtnis gespeichert wird. Durch den toxischen Stress während des Erlebens werden Gefühle, Körpererinnerungen und Bilder an verschiedenen Stellen im Gehirn gespeichert und statt verarbeitet zu werden, tauchen sie als **Intrusionen/flashbacks** immer wieder auf, führen zu Zustand der **Übererregung, Vermeidung** etc.

Traumatherapie hat nun die Aufgabe, das Trauma zu integrieren, damit es nicht immer wiedererlebt werden muss.

Das geschieht durch:

- Schaffen von äußerer Sicherheit (am wichtigsten: kein Täterkontakt!, aber auch soziale und finanzielle Situation klären, Freundeskreis...)
- Information
- Traumaspezifische Stabilisierung
  - Erlernen von Imaginations-Techniken zur Distanzierung (Tresor), Selbstberuhigung (Wohlfühl-Ort, Innerer Garten) und Aktivierung (Innere Helfer, Inneres Team)
  - Ressourcenaktivierung (biografisch durch R-diagramm, Erste-Hilfe-Koffer, Schatzkiste) und Aufbau selbstfürsorglicher Handlungsweisen
  - Trainieren von Gegenwartsbezug (Feierabendübung –sorgfältiges Erinnern und Anerkennen von zufriedenstellenden Fähigkeiten/Erlebnissen, Aufmerksamkeitsübungen)
- Traumabearbeitung
  - Bei einfacher PTSD oft gut mit EMDR, bei komplexer nur modifiziert möglich (da häufig durch beschleunigte Informationsverarbeitung Überflutung)
  - Prozessieren in „bits and Pieces“ (M. Huber), dh immer nur soviel wie möglich ist mit Techniken, die größtmögliche Einflussnahme ermöglichen, z.B. Screentechnik (hierbei zusammenführen von Verhalten, Gefühl, Körpersymptomen, Bewertungen) oder Einführen einer reflexiven Metaebene
  - Arbeit auf der Inneren Bühne (Ego-State-Therapie mit inneren Anteilen)
  - Versprachlichen von Erlebtem und Integration in die persönliche Biografie
  - Bearbeiten von Fehleinstellungen und dysfunktionalen Kognitionen (z.B. sich schuldig fühlen – war damals sinnvoll, da es eine Erklärung für das Erlebte bot)

In letzten Jahren viele Diskussionen, ob nur stabilisieren oder so schnell wie möglich konfrontieren, jetzige Stand der Forschung: **schonende Traumatherapie** (M. Sack), die Ressourcen aktiviert, stabilisiert und gleichzeitig konfrontative Elemente enthält (nahezu ähnlich vertreten von allen führenden Tr-therapeuten: Reddemann – IPTT, Fischer – MPTT, Huber, Sachsse...)

### **Vorrang ambulant vor stationär**

Stationär hpts. zur Krisenintervention oder auch zur Stabilisierung bzw. intensiven Therapieeinleitung mit Psychoedukation, evtl. als Intervalltherapie. Ansonsten aber häufig Überforderung durch die vielen Bezüge/Personen auf Station und damit Reizüberflutung.

**Kurze Zusammenfassung:** Ein hoher Prozentsatz der Traumarbeit ist nicht unmittelbare Auseinandersetzung mit den Inhalten des Traumas, sondern handelt von eigenen Fähigkeiten, Umgang mit schwierigen Gefühlen, festen Boden unter die Füße bekommen etc. und es gilt:

„The slower you go, the faster you get there“