



Konfrontation in der Traumatherapie: dem „Chaos im Kleiderschrank“ konstruktiv begegnen

Traumafokussierte Therapieverfahren gelten international als Methode der Wahl – auch bei komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen. Die Konfrontation mit dem traumatischen Geschehen ist elementar, da Stabilisierung allein meistens nicht ausreicht, um das Trauma zu überwinden. Dennoch wird sie nur selten angewandt.

Die S3-Leitlinie empfiehlt, jedem PTBS-Erkrankten eine traumaspezifische Psychotherapie anzubieten. Alle evidenzbasierten Methoden beinhalten konfrontative Behandlungselemente. Aktuelle klinische Studien zeigen, dass traumafokussierte verhaltenstherapeutische Verfahren hoch effektiv sind und eine deutliche Besserung bzw. eine vollständige Remission der Symptomatik erreichen können. Die Konfrontationsbehandlung gilt international als Therapiemethode der Wahl, auch bei Patienten mit komplexer PTBS (Cloitre et al. [2010], Bohus [2013], Steil [2010])^[1]. Für die Annahme, dass eine frühe Trauma-Konfrontation Patienten retraumatisiere, ihre Suizidalität erhöhe oder Selbstverletzungen verstärke, gibt es keinen wissenschaftlichen Beleg. Bewiesen ist dagegen, dass eine alleinige Stabilisierung in den meisten Fällen nicht ausreicht.

Warum es wichtig ist, sich dem zu stellen, was man eigentlich nur vergessen möchte

In der S3-Leitlinie heißt es: „Bei der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung soll mittels Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma das Ziel der Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen erreicht werden.“^[2] Hierzu ein Beispiel aus unserer Praxis:

Bernd G., 50 Jahre alt, Kraftfahrer von Beruf, wurde in seiner Kindheit in seinem Kinderzimmer mehrfach sexuell missbraucht. In der Folge entwickelte er eine Vielzahl von Sicherheitsstrategien, schlief nur noch mit einem Messer neben dem Bett, verriegelte die Tür. Mithilfe imaginativer Verfahren lernte er, das Trauma gedanklich in einen Tresor einzuschließen.

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen mit diesem Newsletter zwei weitere interessante Themen aus unserer psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit vorstellen zu können. Obwohl die Konfrontation in der **Traumatherapie** wissenschaftlich hoch anerkannt ist, werden viele Patienten jahrelang stabilisiert, ohne sich je mit dem traumatischen Geschehen auseinanderzusetzen. Aus langjähriger Erfahrung wissen wir jedoch, wie sehr sich die Anstrengung einer Konfrontation für traumatisierte Patienten lohnt. Zudem möchten wir Sie über ein neues Angebot unterrichten: Angehörige essgestörter Patienten fühlen sich oft schlecht informiert und mit ihren Sorgen und Nöten allein gelassen. Unser neues **Angehörigentraining** bietet offenen Austausch und störungsspezifische Informationen, aber auch Interaktions- und Problemlösestrategien.

Eine anregende Lektüre wünschen
Dr. med. Andreas Pelzer und
Dr. Dipl.-Psych. Benedikt Klauke





Weitere Informationen zu unserem Behandlungsangebot finden Sie unter : www.christoph-dornier-klinik.de

Kostenloses Beratungstelefon mit Diplom-Psychologen für Betroffene, Angehörige und Fachpersonal

mittwochs von 17 – 20 Uhr
+49 (0) 251 48 10-148

Dennoch wurde er immer wieder von Albträumen und unkontrollierbaren Flashbacks heimgesucht, was darin mündete, dass er nur noch in der Fahrerkabine seines LKWs schlief und einen völlig verschobenen Schlaf-Wach-Rhythmus entwickelte.

Traumatische Ereignisse werden fragmentiert und desorganisiert im Gedächtnis abgespeichert, so als würden Kleidungsstücke wahllos in einen Schrank geworfen. Sobald sich die Tür – bei Bernd G. getriggert durch den Geruch von Männerschweiß und Alkohol – nur einen Spalt breit öffnet, drohen sie einem unkontrolliert entgegenzustürzen. Um Gefühle und Sinnesindrücke, die sich unter dem traumatischen Stress abgespalten haben, wieder mit dem Ort und der Situation zu verbinden und das Trauma als ein für die Gegenwart nicht mehr bedrohliches Ereignis einordnen zu können, müssen die einzelnen Erinnerungsstücke freigelegt, neu bewertet und in das autobiografische Gedächtnis integriert werden.

Bei Bernd G. empfahl sich zunächst eine Konfrontation in sensu in Form eines sogenannten Traumanarrativs (Erzählung). Dies ermöglichte ihm, sich schrittweise an das traumatische Geschehen anzunähern. In diesem geschützten Rahmen über die schmerzhaften und mühsam verdrängten Erlebnisse sprechen zu können, empfand er als sehr erleichternd. Zum ersten Mal hatte er das Gefühl, bewusst Abstand nehmen und das Geschehen aus der Erwachsenenperspektive heraus betrachten zu können.

Die Narrative werden in der Therapie erarbeitet und zunächst mit therapeutischer Unter-

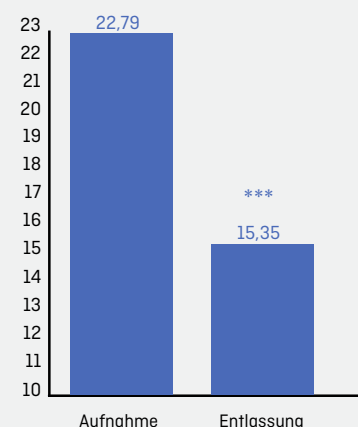
stützung und dann ggf. auch vom Patienten alleine „durchgegangen“. Hierbei berichtet der Patient die erlebte traumatische Situation im Präsens unter Hinzunahme verschiedenster Sinnesmodalitäten (Was habe ich gesehen, gerochen, gefühlt? etc.). Durch die Wiederholung lassen Angst und Erregung während der Konfrontation zunehmend nach und dem Patienten gelingt es schrittweise, das Erlebte in der Biographie zu verankern und den zuvor chaotischen „Kleiderschrank“ zu ordnen. Aufdrängende Erinnerungen und Flashbacks lassen sich so zunehmend reduzieren. Auch traumabedingte negative Wahrnehmungen und Selbstüberzeugungen, wie „ich bin nirgendwo in Sicherheit“ oder „ich bin schuld“, können auf diese Weise identifiziert und positiv verändert werden.

Im Verlauf der Behandlung kommen in der Regel verschiedene traumaspezifische Methoden zum Einsatz, zu denen neben Konfrontation (in sensu und in vivo) auch Triggerdiskrimination und ggf. ein Aufsuchen des Tatorts oder anderer vermiedener Situationen und Orte zählen. Bei Patienten mit ausgeprägten Dissoziationen, selbstschädigendem Verhalten, interaktionellen Schwierigkeiten und schweren Depressionen empfiehlt es sich, in zwei Phasen vorzugehen und ein traumaspezifisches Skilltraining (nach DBT) voranzustellen. Eine Konfrontation mit traumabezogenen Gefühlen, Gedanken und Intrusionen ist aber auch hier die Voraussetzung für eine langfristige Heilung bzw. Linderung der PTBS.

¹ aus Boos A: http://www.bptk.de/uploads/media/20130829_boos_gute-praxis-ptbs.pdf

² www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html

Posttraumatische Stress Skala (PTSS-10)



Die PTSS-10 ist ein Test für das Ausmaß von Posttraumatischen Belastungsstörungen und basiert auf den internationalen Diagnosekriterien.

Während des Aufenthalts reduziert sich das Ausmaß signifikant. Die Effektstärke liegt bei $d=0.84$ und spricht für einen großen Effekt der Therapie.

Erste katamnestische Untersuchungen zeigen, dass die Therapieerfolge auch 6 Wochen nach der Therapie bestehen bleiben und sich das Belastungsausmaß hoch signifikant vom Aufnahmezeitpunkt unterscheidet. (N=29)



Dr. Dipl.-Psych. Benedikt Klauke
Leitender Psychologischer Psychotherapeut
Klauke@c-d-k.de
Tel. 0251 4810-102

■ Essstörungen: Auch Angehörige und Partner brauchen qualifizierte Unterstützung

Eine speziell für den Essstörungenbereich neu eingerichtete Angehörigengruppe ermöglicht es, individuelle Nöte, Fragen und Erfahrungen im Austausch mit anderen Gruppenteilnehmern zu bearbeiten. Zusätzlich helfen psychoedukative Informationen und alternative Interaktions- und Lösungsstrategien dabei, die Angehörigen zu entlasten.

Schon in den frühen 70er Jahren stellten Brown und Kollegen ⁽¹⁾ bei der Untersuchung schizophrener Patienten und ihrer Familien fest, dass die Angehörigen bzw. das familiäre Klima einen wesentlichen Anteil am Genesungsprozess des Patienten haben. Neuere Studien befassen sich nun zunehmend auch mit der Frage, wie sich familiäres Klima und psychische Verfassung der Angehörigen auf die Genesung von essgestörten Patienten auswirken. Es zeigt sich [z. B. in einer Studie von Haigh und Treasure 2003 ⁽²⁾ und von Graap et al. 2008 ⁽³⁾], dass Angehörige oft starke Ängste und Belastungen durch die Erkrankung eines Familienmitglieds erleben und sich häufig zu wenig über die Erkrankung informiert fühlen. Ein großes Sorgenthema ist die Zukunft des Betroffenen. Das hieraus resultierende stressreiche Familienklima wirkt sich insofern negativ auf den Genesungsprozess aus, als häufiger von Rückfällen berichtet wird.

Aus diesem Grund gehören regelmäßige Angehörigengespräche bei minderjährigen Patienten in der Christoph-Dornier-Klinik schon lange fest zum Therapiekonzept. Sie sind ein wesentlicher und unabdingbarer Bestandteil des Behandlungsprozesses. Zum einen geht es uns darum, die Patienten darin zu unterstützen, die im Rahmen der Therapie erreichten Veränderungen auch im Alltag umzusetzen und hierbei das Verständnis und den Beistand der Angehörigen zu erhalten. Zum anderen geht es darum, die Angehörigen in ihren Sorgen um den Betroffenen ernst zu nehmen und auch sie in diesem gemeinsamen Prozess zu unterstützen.

Erkrankungen nehmen in einem bestehenden System einen wesentlichen Raum ein

Gleichzeitig verändern, destabilisieren und stabilisieren sie auch bestimmte Prozesse. Dies gilt es zu verstehen und Wechselwirkungen aufzudecken, um diese gezielt verändern und Alternativen implementieren zu können. Deshalb hat die Christoph-Dornier-Klinik ihr Angebot um ein spezielles Angehörigentraining erweitert, das Eltern, Partnern oder anderen Bezugspersonen unserer stationär behandelten Patienten offensteht. Die speziell für den Essstörungenbereich eingerichtete Angehörigengruppe findet bei Bedarf statt und umfasst drei Sitzungen á 120 Minuten. Einerseits bietet sie die Möglichkeit, Fragen, Nöte und Erfahrungen der Angehörigen aufzugreifen und im Austausch mit anderen Gruppenteilnehmern zu bearbeiten. Andererseits können wir hier Informationen zu häufigen Problembereichen vermitteln, gemeinsam alternative Interaktions- und Lösungsstrategien erarbeiten und die Angehörigen hierdurch entlasten. Der Austausch mit anderen Angehörigen ist dabei ein wichtiger Wirkfaktor. Zur Qualitätssicherung wird die Gruppe durchgängig über Fragebögen und Ratings der Angehörigen evaluiert und an die Bedürfnisse, wenn notwendig, angepasst.

Zusätzlich finden bei minderjährigen Patienten regulär alle zwei bis drei Wochen vor Ort gemeinsame Elterngespräche statt. Hinzu kommen wöchentliche Telefongespräche mit dem behandelnden Therapeuten. Dieses Angebot können jedoch auch volljährige Pa-

tienten und ihre Eltern bzw. Partner nutzen. Die zu besprechenden Themen werden vorher mit dem Patienten abgeklärt. Die Schweigepflicht bleibt jederzeit gewahrt. Die Erfahrung zeigt, dass gerade diese unterschiedlichen Zugangswege in einem integrativen Ansatz notwendig sind, um den Interessen aller Systemmitglieder gerecht zu werden und letztlich stabile und dauerhafte Veränderungen implementieren zu können.

¹ Brown GW, Birley JLT, Wing JK (1972): Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry* 121: 241-258

² Haigh, R., Treasure, J. (2003). Investigating the Needs of Carers in the Area of Eating Disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11, 125-141

³ Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J. und de Zwaan, M. (2008). The Needs of Carers of Patients with Anorexia and Bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16, 21-29



Dr. med. Andreas Pelzer
Leitender Arzt
Pelzer@c-d-k.de
Tel. 0251 48 10-102



Dipl.-Psych. Judith Müller
Stv. Leitende Psychologische
Psychotherapeutin
Mueller@c-d-k.de
Tel. 0251 48 10-102

Integrierte Angehörigenarbeit in der Christoph-Dornier-Klinik





Christoph Dornier Klinik für Psychotherapie

- Intensive Einzelpsychotherapie (KVT)
- Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren
- Bei Bedarf Vor-Ort-Therapie
- Anorexie-Behandlung ab einem BMI von 12 kg/m² ohne Sondenernährung
- Privat und gesetzlich versicherte Patienten (Einzelfallentscheidung) sowie Beihilfeberechtigte
- Zentral in Münster



*Patrick Feldkamp
Sekretariat der therapeutischen Leitung
Tel. +49 (0) 2 51 48 10-102
Fax +49 (0) 2 51 48 10-144
info@christoph-dornier-klinik.de*

AKTUELLES + TERMINE

Seit September 2016 ist Dr. med. Andreas Pelzer leitender Arzt der Christoph-Dornier-Klinik. Ihn begeistert vor allem das Intensivkonzept der Klinik.

„Das gesamte Team versteht sich als Partner in einem für den Patienten oft sehr anstrengenden Veränderungsprozess. Das Intensivkonzept bietet optimale Voraussetzungen, um jeden Patienten auf seinem persönlich gewählten Weg bestmöglich zu unterstützen und eine anhaltende Verbesserung der Symptomatik zu erreichen“, so der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Seine Facharztausbildung absolvierte er an der zweitgrößten Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen, der LVR-Klinik Düren. Berufsbeigleitend promovierte er in der Schizophrenieforschung. Bevor er nach Münster kam, war er mehrere Jahre als Oberarzt an den

LVR-Kliniken in Düren und Düsseldorf und drei Jahre als leitender Oberarzt an einem Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen tätig.

FORTBILDUNGEN

für Ärzte und Psychotherapeuten

**Samstag, 18.11.2017, 10 - 15 Uhr
Achtsamkeits- und Commitment
Therapie (ACT) – eine Einführung**

Workshop/Vortrag

Dr. med. Rainer F. Sonntag

Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie,
Olpe

**Wir bitten um rechtzeitige Anmeldung.
Fortbildungspunkte sind beantragt.**

Impressum

Herausgeber:

Christoph-Dornier-Klinik GmbH
Tibusstr. 7 - 11, 48143 Münster (NRW)

Tel. +49 (0) 2 51 48 10-0

Fax +49 (0) 2 51 48 10-144

info@christoph-dornier-klinik.de

www.christoph-dornier-klinik.de

Redaktion:

Benedikt Klauke, Judith Müller,
Andreas Pelzer, Katja Schepers

Gestaltung: www.elemente.ms

Fotos: Roman Mensing

© Christoph-Dornier-Klinik GmbH

Stand März 2017