

Sucht und Trauma

Dr. Wibke Voigt, Dortmund
Fachklinik St. Vitus, Visbek
Fachtagung Frauen und Sucht,
Bremen, 17.06.2009

„Es steht mittlerweile außer Frage, dass Missbrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zu den wichtigsten Folgestörungen nach Traumatisierungen gehören.“

Dr.med. Luise Reddemann

*Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische
Medizin 2005 Heft 3*

Sucht und Trauma

- „Die wechselseitigen Beziehungen zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden substanzbezogenen Störungen sind insbesondere im anglo-amerikanischen Raum an Vietnam-Veteranen intensiv untersucht worden.
- Die Forschung an zahlreichen Gruppen von Traumaopfern haben die Häufigkeit und klinische Bedeutung bestätigt. *Reddemann 2005*

Sucht und Trauma

- „Die Lebensgeschichten von Menschen mit Suchterkrankungen sind häufig durch Traumatisierungen im Kindesalter wie sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung geprägt und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind auch in späteren Lebensabschnitten weitaus häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt.“ *Reddemann 2005*

Sucht und Trauma

- „Es ist an der Zeit, dass sowohl Psychotraumatologen lernen, auf Suchterkrankungen bei ihrer Klientel zu achten und Suchttherapeuten umgekehrt mehr nach Traumafolgestörungen bei ihren PatientInnen forschen und daraus angemessene Behandlungskonzepte ableiten.“
Reddemann 2005

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung 2005/6 *Polizeistatistik*

- 2005:55.203 2006: 52.231
- Anstieg der Opferzahlen um 3%(v.a. Jugendliche):
2005:16.692 2006:17.199
- Die meisten Anzeigen wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern:
2005:13.932 2006: 12.765
- Über 75% geschehen in der Familie
- Täter zu 95,6% männlich: (Stief)vater, Großvater..
- Kindliche Opfer: 23,5% Jungen, 76,2% Mädchen

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Mullen et al. 1993:
 - sex.Missbrauch vor dem 16. LJ bei **Frauen**: 32%,
davon hatten 34% aktuellen starken Alkoholkonsum,
KG: 9%,
drogen-bzw. med.abhängig 25%, KG: 4%
- Silvermann et al. 1996, 17-J-Längsschnittstudie:
 - sex. Missbrauch vor dem 18. LJ bei **Frauen**:12%,
davon waren 44% alkoholmissbr./-abhängig, KG: 8%
 - körperl. Misshandlung bei **Männern**: 5%,
davon waren 40% drogenmissbr./-abhängig, KG: 8%

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Duncan et al. 1996, epidemiologische Studie an über 4000 **Frauen**:
 - körperl. Misshandl. vor dem 18LJ bei 3%,
davon hatten 18% Med.missbrauch, KG: 5%,
Lebenszeitkonsum harter Drogen: 19%, KG: 6%,
alkokolbezogene Unfälle 9%, KG: 1%,
signifikant jüngeres Alter beim Erstkonsum,
signifikant häufiger wegen Substanzmissbrauch in
Behandlung

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

Wilsnack et al. 1997, prospektive Studie an
1099 Frauen:

- sex. Missbrauch vor dem 18. LJ,
davon hatten 19% der Frauen Symptome
einer Alkoholabhängigkeit (12-Monats-
Prävalenz), KG: 6%,
konsumierten 35% illegale Drogen
(Lebenszeitprävalenz), KG: 14%

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- MacMillan et al. 2001: „während des Aufwachsens“
 - sex. Missbrauch bei **Männern**, davon waren 33% alkoholmissbrauchend/-abhängig, KG: 19%,
körperl. Misshandlung bei **Männern**, davon waren 24% alkoholmissbrauchend/-abhängig, KG: 18%
 - sex. Missbrauch sowie körperl. Misshandlung bei **Frauen**, davon waren 10% alkoholmissbrauchend/-abhängig, KG: 4%
 - sex. Missbrauch bei **Frauen**, davon waren 7% drogenmissbrauchend/-abhängig, KG: 1%,
 - körperl. Misshandlung bei **Frauen**, davon waren 4% drogenmissbrauchend/-abhängig, KG: 1%

Alkoholabhängige Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Miller et al. 1993:
 - **44%** der alkoholabh. **Frauen** wurden sex. missbraucht versus **27%** der psychiatrisch behandelten Frauen versus **9%** in der Normalbevölkerung
- Clark et al. 1997, 183 alkoholabh. **Jugendliche**:
 - 6 bis 12fach höhere Wahrscheinlichkeit für körperl. Misshandlung (**25%** der **Mädchen**, **31%** der **Jungen**) als in der Kontrollgruppe,
 - 18 bis 21fach höhere Wahrscheinlichkeit für sex. Missbrauch (**35%** der **Mädchen**, **14%** der **Jungen**)

Drogenabhängige Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Schmidt 2000, 215 substituierte Opiatabhängige:
 - **60%** der **Frauen** wurden sex. missbraucht, KG: **11%**,
 - **25%** der **Männer** wurden sex. missbraucht, KG: **6%**
- Schäfer et al. 2000, 100 Drogenabhängige:
 - **50%** der **Frauen** erlitten erzwungenen Geschlechtsverkehr
 - **40%** der **Männer** wurden vergewaltigt
- Krausz und Briken 2002, 75 opiatabhängige **Frauen**:
 - 41% wurden sex. missbraucht, 72% erlitten körperl. Misshandlungen, 80% emotionale Misshandlungen

Suchterkrankte Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Simpson und Miller 2002, Auswertung von 53 Studien (32 F, 16 M/F, 5 M):
 - **27%** bis **67%** der abhängigen **Frauen** wurden sex. missbraucht, **33%** körperlich misshandelt
 - **9%** bis **29%** der abhängigen **Männer** sex. missbraucht, **24%** bis **53%** körperlich misshandelt

Komorbidity bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- In anglo-amerikanischen Studien hatten bis zu
 - **50%** der Suchtpatienten eine Lebenszeitprävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung
- Teegen und Zumbeck 2000:
 - **26%** der Drogenabhängigen hatten ein PTBS
- Kutscher et al. 2002:
 - **22%** der alkoholabhängigen **Frauen** litten an einer PTBS
 - **8%** der alkoholabhängigen **Männer** waren an einer PTBS erkrankt

Frauen, Trauma, Sucht

- „2004 gaben die Vereinten Nationen einen Bericht über die Behandlung von Frauen mit Suchtproblematik heraus. Bei einem Treffen von Fachkräften in Wien wurde deutlich, dass Frauen, die unter Suchtphänomenen leiden, weltweit mit einer Vielzahl ähnlicher Probleme zu kämpfen haben:

Frauen, Trauma, Sucht

- Scham und Stigma
- Körperliche und sexuelle Gewalt
- Probleme in Beziehungen:
 1. Angst, die Kinder zu verlieren
 2. Angst, den Partner zu verlieren

Frauen, Trauma, Sucht

- Probleme mit der Behandlung:
 1. Mangel an Angeboten für Frauen
 2. Mangel an Verständnis für die spezifischen Behandlungsbedürfnisse von Frauen
 3. Lange Wartelisten
- aus „Frauen, Trauma, Sucht“ S.8/9 Silke B. Gahleitner, Connie L. Gunderson, Asangerverlag 2008*

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Zusammenhang von Traumatisierungen in der Kindheit, Dissoziation u. Alkoholabhängigkeit

- Traumatisierte Frauen entwickeln eher eine psychologische Dissoziation (Angst löst parasymphatische Reaktion aus: Dissoziation, Erstarrung)
- Traumatisierte Männer benutzen eher die chemische (substanzbezogene) Dissoziation (erhöhter Sympathikus: Hyperarousal mit geringer Impulskontrolle, Aggression, Hypervigilanz)
- Bei traumatisierten alkoholabhängigen Frauen finden sich eher posttraumatische Symptome wie Dissoziation und PTBS als bei traumatisierten alkoholabhängigen Männern *W.Langeland 2005*



Reaktionen von Opfern

Parasympat. Reaktion

Mädchen ab 6. Lbsj.

Jüngeres Kind

Hilfloses Opfer

Zuschauer

Folteropfer

Symphatische Reaktion

Junge ab 6. Lbsj.

Älteres Kind

Kämpfer

Aktivität möglich

Autonomes Nervensystem

- Sympathisch
- Neurotransmitter: Adrenalin
- Erregung
- (Hyper-)Arousal
- Aggression
- Kampf
- Parasympathisch
- Neurotransmitter: Acetylcholin
- Beruhigung
- Erstarrung
- Numbing
- Dissoziation

Neurotransmitter-Dysfunktionen bei traumatischem Stress sowie posttraumatischen Reaktionen

- Überschießende Antwort von **Adrenalin:**
autonomes Hyperarousal
- Abfall von **Serotonin:** inadäquate
Informationsverarbeitung, Zustände von Trance,
Depersonalisation, Halluzination, Schlafstörung,
Depression, Apathie
- **Opioid-System:** psychomotorische Erstarrung,
affektive Betäubung („freezing/numbing“),
Hemmung von Lern- und Gedächtnisprozessen

Kapfhammer, 2001

Erstarrungsreflex = Tonische Immobilität

| <u>Symphatikus +</u> | <u>Parasymphat.+</u> | <u>Endog. Opioide</u> |
|-------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| (Adrenalin) | (Acetylcholin) | Erhöht = |
| Stark erhöht = | Stark erhöht = | Analgesie |
| Übererregung/ Hyperarousal | Ruhigstellung | Affektive Betäubung |
| | | Psychomotori- sche Erstarrung |
| | | „verschwommen es Bewusstsein“ |

Prostitution, Sucht und Gewalt

- Es gibt mind. 400.000 Prostituierte in den alten Bundesländern (*Bilitewski, Czaijka et al.1991*)
- Offizielle Zahlen für ganz Deutschland existieren nicht (*lt. BKA 3/2005*)

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten: Gewalt in der Kindheit

- Internationale Studie, Farley et al. 2003:
 - 59% (39% bis 73%) der Prost. wurden körperlich misshandelt
 - 63% (34% bis 84%) wurden sexuell missbraucht
- Deutsche Stichprobe, Zumbeck et al.2003:
 - 65% der Frauen wurden wiederholt und schwer (d.h. mit Verletzungsfolge) misshandelt
 - 48% der Frauen sexuell missbraucht
 - 70% erlebten schwere familiäre Gewalt mit

Sybille Zumbeck 2006, Trauma und Sucht

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten:

Gewalt im Rahmen der Prostitution

- Internationale Studie, Farley et al. 2003:
 - 73% (56% bis 91%) wurden körperl. angegriffen
 - 64% (39 bis 86%) wurden mit einer Waffe bedroht
 - 57% (38% bis 79%) wurden vergewaltigt
- Hamburger Untersuchung, Zumbeck et al. 2003:
 - 61% der Frauen wurden körperlich angegriffen
 - 61% der Frauen (meist mehrfach) vergewaltigt
 - 50% wurden mit einer Waffe angegriffen

Sybille Zumbeck 2006, Trauma und Sucht

wibke.volgert@virtus-fachklinik.de

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten: Substanzmittelmissbrauch/-abhängigkeit

- Internationale Studie, Farley et al. 2003:
 - 48% konsumierten regelmäßig Drogen
 - 52% konsumierten regelmäßig Alkohol
- Hamburger Untersuchung, Zumbeck et al. 2003:
 - 74% der Frauen waren substanzabhängig (Lebenszeitprävalenz)
 - 19% der Frauen berichteten von erhöhtem Substanzkonsum
 - Über 75% setzten Drogen und Alkohol zur Erleichterung der Prostitution ein

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten: Zwangsprostitution/ Opfer von Menschenhandel

- „Zwangsprostituiert werden durch massive körperliche und sexuelle Gewalt sowie Erpressung von den Zuhältern zur Prostitution gezwungen
- Sie (über-)leben in Sklaverei unter menschenunwürdigen Bedingungen, in denen sie nicht in der Lage sind, auch nur für ein Mindestmaß an Sicherheit und Selbstbestimmung (z.B. hinsichtl. sexueller Praktiken, Anzahl der Freier) zu sorgen
- Zwangsprostitution ist gleichbedeutend mit extremer und anhaltender Traumatisierung durch Gewalt bzw. Folter

Gewaltverhalten bei Alkoholabhängigkeit

- Alkoholkonsum und Gewaltverhalten hängen eng zusammen (Baer 1906; Huss 1852)
- Alkoholintoxikation ist ein wichtiger Risikofaktor (von mehreren) für
 - antisoziales Verhalten (Moss & Tartar 1993)
 - häusliche Gewalt (Leonard 2001)
- Je höher die Intoxikation, je größer das Risiko für Gewaltverhalten (Klein 2000)
- Das höchste Risiko für Gewaltverhalten liegt bei einer BAK zwischen 1,5 und 2,5 Promille (Klein)

Michael Klein 2006, Trauma und Sucht

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Gewaltverhalten bei Alkoholabhängigkeit

- Deutsche kriminologische Studie Pillmann et al. 2000:
 - 65% aller Gewalttäter zeigten eine akute Alkoholintoxikation
 - 26% waren alkoholabhängig
 - chronische Alkoholintoxikation ist besonders oft mit Gewaltdelikten assoziiert
- Von allen psychoaktiven Drogen ist Alkohol am häufigsten mit Gewalt assoziiert (Moss & Tarter 1993)

Michael Klein 2006, Trauma und Sucht

Vergewaltigungsmythen

- Das Opfer ist verantwortlich, weil es sich soundso gekleidet oder verhalten hat
 - Der Konsum von Alkohol mindert die Schuld des Täters, erhöht aber die Schuld der vergewaltigten Frau
 - Funktion:
 - Bewältigung eigener Ängste
 - Selbstwertgefühl als Frau in Abgrenzung von Vergewaltigungsopfern erhalten oder erhöhen
 - eigene Gewalttendenzen neutralisieren
- Susanne Heynen 2000*

Folgen der Vergewaltigungsmythen

- Jugendliche und Frauen definieren die Vergewaltigung nicht als Normbruch, sondern lediglich als:
 - Normverletzung, für die sie als Opfer aufgrund ihres Verhaltens einen Teil der Verantwortung tragen
 - Normausnahme in intimen Beziehungen, für die die besonderen Belastungen des Täters, wie die Wirkung von Drogen, zur Erklärung herangezogen werden

Folgen der Vergewaltigungsmythen

Jugendliche und Frauen definieren die Vergewaltigung nicht als Normbruch, sondern lediglich als:

- Normverlängerung, etwa als Form vermeintlich „normaler“ Sexualität, oder aufgrund eines selbst zu verantwortenden Risikos im Rahmen von Drogenprostitution oder Obdachlosigkeit

Susanne Heynen 2000

Versorgungssituation

- Befragung von 467 anerkannten ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (56% Rücklauf) :
 - Alle Einrichtungen meinten, dass bei 1/3 der Pat. (bei 50% der Drogenabh.) Traumatisierungen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung/Aufrechterhaltung der Suchterkrankung spielen
 - 87% waren der Ansicht, dass entsprechende Angebote wichtig seien
 - knapp 1/5 der Einrichtungen gaben an, spezifische Angebote implementiert zu haben, meist in der Einzeltherapie, 6 Einrichtungen boten IG an

Schäfer et al. 2004

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Versorgungsmodelle im traditionellen Suchthilfesystem

- Hohe Eigenmotivation ist Voraussetzung für sinnvolle Suchtbehandlung
- Therapie psychiatrischer Begleiterkrankungen oder Stabilisierung sozialer Beziehungen nur möglich, wenn abstinent
- = Etablierung hochschwelliger „Komm-Strukturen“ *Holz 2001*

Anforderungen an das Hilfesystem bei traumatisierten Patienten

- Da oft (zunächst) keine vollständige Abstinenz möglich, sind **niedrigschwellige Behandlungsangebote** sowie **angemessene Behandlungsziele** notwendig
- Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist die **Individualisierung der Therapie** mit flexiblen, differenzierten, am einzelnen Patienten/in orientierten Behandlungskonzepten

Ingo Schäfer 2005

Anforderungen an das Hilfesystem bei traumatisierten Patienten

- Regionalisierung mit umfassenden gemeindenahen Behandlungsmöglichkeiten
- Schwerpunkt im ambulanten Bereich
- Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Hilfsangebote im Gesundheitswesen, in der Jugendhilfe, von Beratungsdiensten, Polizei und Justiz in lokalen Netzwerken *Ingo Schäfer 2005*

Anforderungen an das Hilfesystem bei traumatisierten Patienten

- Traumaspezifischer Sensibilisierung und Qualifikation der vorhandenen Mitarbeiter und deren Unterstützung durch spezialisierte Supervision
- Integration (jeweils geeigneter) traumaspezifischer Interventionen in alle Behandlungsangebote und – settings
- Berücksichtigung wesentlicher Aspekte der Arbeit mit traumatisierten Personen in Behandlungsphilosophie und therapeutischer Vorgehensweise (Angebote „traumasensibler“ gestalten) Schäfer 05

Behandlungsmodelle für Patienten mit Doppeldiagnosen

- Traditionelle/Sequentielle Behandlung:
Behandlung zunächst nur eines Problembereiches
(Sucht- oder Traumatherapie)

*Problem: Behandlung jeweils nicht allein
ausreichend, Betroffene „fallen durchs Netz“*

- Parallele Behandlung:

Zeitgleiche Behandlung beider Problembereiche
durch jeweils spezialisierte Therapeuten

*Problem: Aufwändige Organisation, Integration
der unterschiedlichen Ansätze muss durch den
Patienten selbst geleistet werden*

Schäfer 2005

Behandlungsmodelle für Patienten mit Doppeldiagnosen

- Integrative Behandlung:

Therapie der Wahl; Sucht- und
Traumatherapie innerhalb desselben
Behandlungsprogrammes

*Problem: „Doppelte“ fachliche Kompetenz
und Erweiterung der jeweiligen
therapeutischen Paradigmen notwendig*

Ingo Schäfer 2005

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Zu einer sorgfältigen Anamnese gehört die Berücksichtigung der wechselseitigen Abhängigkeit zwischen Gewalterlebnissen und Alkohol- oder Drogenkonsum
- Suchtmittelkonsum als Risikofaktor für weitere Gewalterlebnisse benennen
- Über Traumatisierung als Risikofaktor für Suchtmittelabhängigkeit aufklären
- Aufklärung , dass Suchtmittelkonsum bei Tätern oft die Schwelle für Gewalthandlungen senkt
Susanne Heyen 2005

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Die Bedeutung des Suchtmittelkonsums muss im Sinne einer Selbstmedikation in Bezug auf erlittene Traumatisierungen verstanden werden
- Ziel ist, alternative Strategien zur Bewältigung der Folgen z.B. einer Vergewaltigung zu entwickeln. Dabei müssen Opfer als Expertinnen ihrer selbst ernstgenommen werden und ihre Erfahrungen in die Therapie einbezogen werden.
- Ihre Autonomie und Selbstwirksamkeit sollen gefördert werden und nicht durch Regeln und Kontaktverbote eingeschränkt werden. *Heyen 2005*

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Vorhandene und ausbaufähige Kompetenzen ausführlich über die verschiedenen Entwicklungsphasen explorieren
- Traumatisierungen konkret , aber oberflächlich erheben. Einnahme einer „Journalistenperspektive“ anbieten. Ausführliche Abklärung der entwickelten inneren und äußeren Bewältigungsstrategien
- Für ein gutes Ende des Anamnesegespräches sorgen

Sybille Teunissen 2005

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Konfrontative und konfliktorientierte Verfahren dürfen nur eingesetzt werden, wenn sie nicht die Gefahr einer Retraumatisierung bergen, und müssen unter Berücksichtigung der Selbstberuhigungsstrategien und der Ressourcen der Betroffenen sorgfältig geplant werden.
- Stabilisierung, Sicherheit und Schutz vor erneuten Gewalthandlungen, vor Retraumatisierung und Überforderung müssen im Vordergrund der Interventionen stehen

Susanne Heyen 2005

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie (Psychoedukation, traumaspezifische Behandlungsmethoden) sowie frauen- bzw. männerspezifische Gesichtspunkte neben den erfolgreichen Ansätzen der Suchttherapie berücksichtigen
- Gewalt- und Suchtprävention müssen ineinandergreifen
- Vernetzung mit dem Traumahilfenetz *Heynen 2005*

Seminar „Sucht und Trauma“
Fr. Prof. Dr. Luise Reddemann

24.-26.08.2010 in der
Fachklinik St. Vitus, Visbek
Anmeldung über
gunde.hartmann@vr-web.de

Phasenorientierte Behandlung

Janet 1907

- **Stabilisierung**
 1. Körperliche Stabilisierung
 2. Soziale Stabilisierung
 3. Psychische Stabilisierung
- **Traumaverarbeitung**
- **Integration und Neuorientierung**

Grundsätze der Traumatherapie

- 1. Psychoedukation
- 2. Stabilisierung
- 3. Traumabearbeitung
- 4. Reintegration

SARI (*Phillips/Frederick 2003*)

- Safety: Sicherheit und Stabilität
- Accessing: Schaffung eines Zugangs zum Traumamaterial und den damit verbundenen Ressourcen
- Reprocessing: Durcharbeiten des Traumamaterials
- Integration: die eigene Geschichte/das Erlebte annehmen und integrieren

Erste Maßnahmen

- Herstellen von äußerer Sicherheit !!!!!!! (z.B. Beendigung von noch bestehendem Täterkontakt)
- Organisation des psychosoziale Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Informationsvermittlung und Psychoedukation bezüglich traumatypischer Symptome und Verläufe

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Psychoedukation bedeutet:

- Eine Normalisierung des Erlebten durch Erklärung der eventuell auftretenden Symptomatik
- Die Beschreibung der physiologischen Reaktion
- Die Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper
- Die Vermittlung von Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses

Lydia Hantke

Stabilisierung bedeutet:

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Aufbau von innerer Sicherheit und Autonomie
- Ressourcenorientierung und –aufbau
- Vermittlung von imaginativen Verfahren
- Pharmakotherapie: Antidepressiva (SSRI)
Eine ausreichende Stabilität ist zwingende Voraussetzung für Traumabearbeitung!!!!

Flashback-Stopp

- Bewusstes und energisches **Aktivieren des exterozeptiven Systems** (der 5 Sinne) = Anwenden von Skills sowie
- **Aktivierung des somatischen Nervensystems** (der Skelettmuskulatur) z.B. durch „Grounding“ +
- **Aktivierung des Neokortex** durch innere hilfreiche Sätze wie „Ich bin erwachsen“ „Es ist das Jahr 2009“ „Ich kann mich wehren“ etc. zur Orientierung im **Hier und Jetzt**
- Funktioniert nur, wenn diese (vorher erarbeiteten) Gegenmaßnahmen **täglich geübt** werden und im „Notfallkoffer“ bei sich getragen werden

Notfallkoffer

- Sollte 10 Skills enthalten
- Muss von KlientIn **aktiv** angewandt werden
- Befähigt KlientIn, Flashbacks/ dissoziative Zustände zu verhindern oder rechtzeitig zu stoppen
- Bringt KlientIn aus der Hilflosigkeit heraus
- Gibt ihr/ihm die **Kontrolle** über sich **zurück**
- **Stärkt** damit die erwachsene Seite

Effektive Therapie bei PTSD

- Psychotherapie ist Medikamenten überlegen
- 4 traumaadaptierte Methoden sind effektiv
 1. Kognitiv-behaviorale Therapie
 2. EMDR
 3. Psychodynamische Therapie
 4. Imaginative/Hypnotherapie

Effektive Therapie bei PTSD

- Auch die Komorbidität bessert sich signifikant (ohne im Fokus zu sein)
- Einbeziehung adjuvanter Verfahren (stabilisierende Körpertherapie, künstlerische Therapie)

Meta-Analyse : 61 Studienbedingungen aus 39 kontrollierten Studien, Van Etten&Taylor 1998, Clinical Psychology and Psychotherapy

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Absolute Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren

- Psychotisches Erleben
- Akute Suizidalität
- Anhaltender Täterkontakt

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Relative Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren

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

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Voraussetzungen für Traumakonfrontation mit EMDR

- Äußere Sicherheit
- Abstinenz
- Körperliche und seelische Stabilität
- Innere Helfer
- Innerer sicherer Ort
- Tresorübung
- Arbeit mit innerem Kind

Vielen Dank für Ihr Interesse