



TRAUMA UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

Dr. Dipl.-Psych. Yvonne J. Kulbartz-Klatt
Kastanienallee 29 / 30
10435 Berlin

Tel: 030/ 44357916

kulbartz-klatt@web.de

PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL & TRAUMA

- Bei pathologischen Glückspielern (in der Allgemeinbevölkerung) haben **15,5 %** eine Posttraumatische Belastungsstörung (Meyer C, Rumpf HJ, Kreuzer A, et al.: Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht 2011)

PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL & TRAUMA

| Pathologische Glücksspieler (in einer Patientenstudie) | Allgemeinbevölkerung |
|--|---|
| 64 % emotionale Traumata | 14,9 % emotionale Traumata |
| 40,5 % physische Traumata | 12,0 % körperlicher Traumata |
| 24,3 % sexuelle Traumata | 12,5 % sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend in verschiedenen Schweregraden |
| Kausch O, Rugle L, Rowland DY: Lifetime histories of trauma among pathological Gamblers. Am J Addict 2006; 15: 35–43 | Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H: Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. Dtsch Arztebl Int 2011; 108: 287–94) |

WAS SIND TRAUMAERFAHRUNGEN?

- Vergewaltigung
- sexuelle Belästigung
- körperlicher Angriff
- Beteiligung an einem Kampfgeschehen
- Zeuge eines Traumatata zu sein
- Bedrohung mit einer Waffe
- Verwicklung in einen lebensbedrohlichen Unfall
- Vernachlässigung in der Kindheit
- körperlicher Missbrauch in der Kindheit
- O.g. auch bei Heimaufenthalte oder
- Haft

TRAUMAERFAHRUNGEN

- **Direkt erlebte Erlebnisse:** Kriegerische Auseinandersetzungen, gewaltsame Überfälle / Übergriffe (Vergewaltigung, Angriff, Raub), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folter, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, natürliche oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle, die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, bei Kindern sexueller Missbrauch mit/ohne angedrohte oder tatsächliche Gewalt

TRAUMAERFAHRUNGEN

- **Beobachtete Erlebnisse:** Schwere Verletzung oder unnatürlicher Tod einer anderen Person durch gewalttätigen Angriff, Unfall, Krieg, Katastrophe; unerwartete Konfrontation mit einem toten Körper oder Körperteilen.
- **Ereignisse, die bei anderen auftraten und von denen man erfahren hat:** Gewaltsamer Überfall, schwerer Unfall oder schwere Verletzung eines Familienmitglieds oder einer nahestehenden Person; Nachricht über den plötzlichen unerwarteten Tod eines Familienmitglieds oder einer nahestehenden Person; Nachricht, dass das Partner / sehr enge Bezugsperson / eigenes Kind eine lebensbedrohliche Krankheit hat.

TYP I UND TYP II

- Typ I-Trauma

Einzelnes traumatisches Ereignis

(Vergewaltigung im Erwachsenenalter, schwerer Verkehrsunfall, Überfall, Naturkatastrophe)

Konsequenz: meist klare lebendige

Wiedererinnerung, eher gute Therapieprognose

- Typ II Trauma

Serie mit einander verknüpfter Ereignisse oder lang anhaltende traumatische Ereignisse

(wiederholte sexuelle und/oder körperliche Misshandlungen in der Kindheit, Geiselhaft, Kriegserfahrungen)

TYP I UND TYP II

keine Möglichkeit aus eigener Kraft die
Traumatisierung zu beenden

Konsequenz: diffuse Wiedererinnerungen,
Tendenz zur Dissoziation, ausgeprägte
dysfunktionale Grundüberzeugungen / Schemata.
Komplexe PTBS, schlechtere Prognose

KLINISCHE MERKMALE

- **Alter:** Auftreten der Störung in jedem Alter möglich.
- **Onset:** Symptom-Entwicklung meist sofort nach dem Trauma, in etwa 11% verzögert (d.h. nach Monaten bis Jahren)
- **Verlauf:** ~ 50% unbehandelt völlige Remission innerhalb eines ersten Jahres nach dem Trauma; 1/3 chronischer Verlauf (Risiko für chronischen Verlauf höher, wenn anfängliche Symptome sehr schwer waren)

KLINISCHE MERKMALE

- **Risikofaktoren:** weibliches Geschlecht, früherer Beginn der Traumatisierung, geringe soziale Unterstützung (nach dem Trauma), psychiatrische Vorgeschichte der betroffenen Person und / oder der Familie, negative Kindheitserfahrungen
- Etwa **25%** aller Traumatisierten entwickelt eine PTB
- Suizidalität: erhöhte Suizidalität, in einer Studie berichteten 57 % von 117 traumatisierten Personen von suizidalen Verhalten (Ferrada-Noli et al, 1998)

EPIDEMIOLOGIE

- Die Häufigkeit traumatischer Erlebnisse ist vielfach höher als das Vorkommen von PTB. Die Mehrzahl der Bevölkerung erleidet mindestens ein Trauma in ihrem Leben, nur ein Bruchteil erkrankt an PTB
- Großer Unterschied in der Epidemiologie zwischen USA und Deutschland weil:
 - In Deutschland weniger Naturkatastrophen, geringere Kriminalitätsrate und der Zugang zu Waffen ist sehr beschränkt
 - **Jedoch** sexuelle Gewalterfahrung, körperliche Angriffe und körperliche Misshandlungen gleich

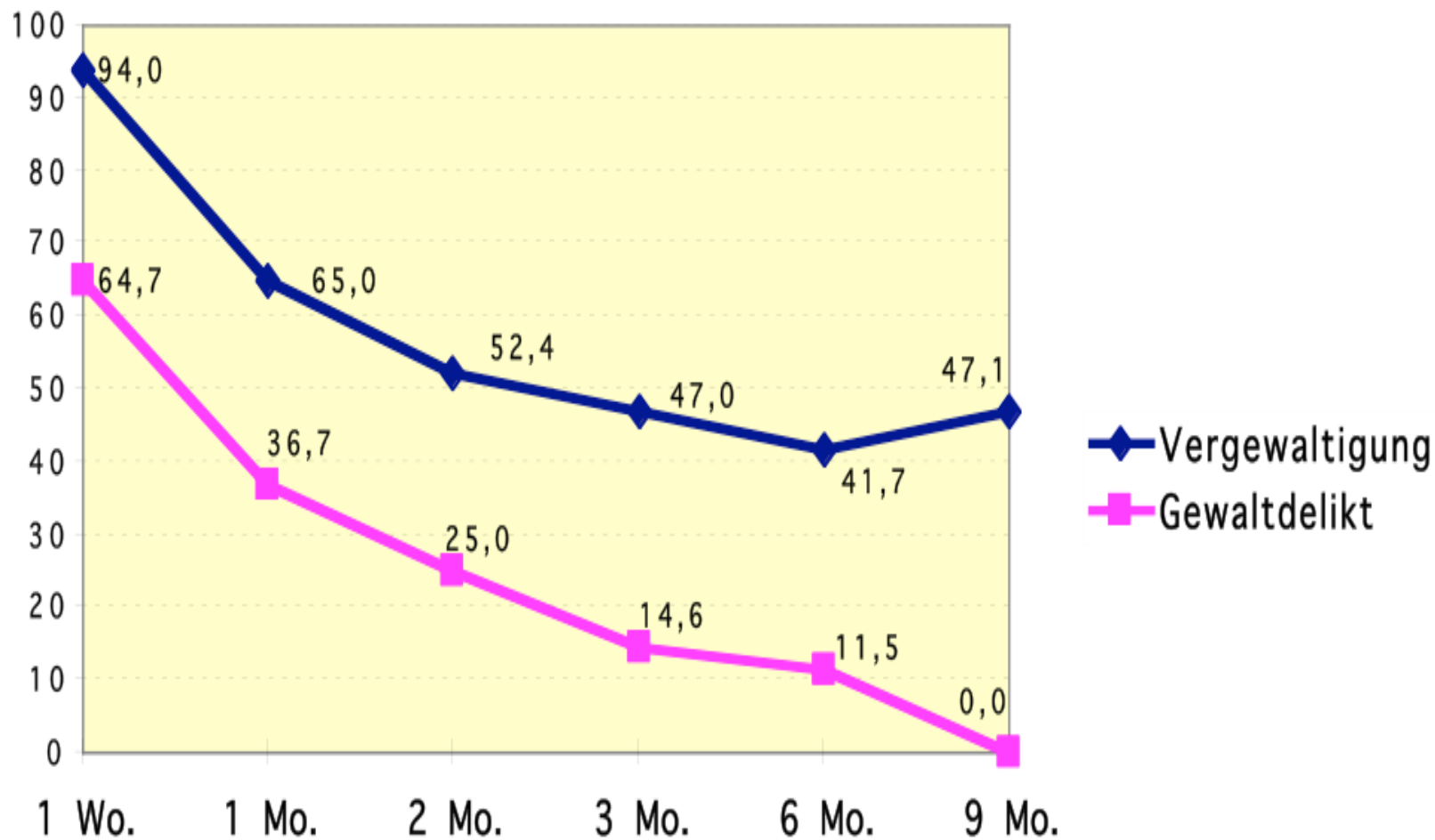
EPIDEMIOLOGIE

| Konfrontation mit traumatischen Stressor (Lebensprävalenz) | Lebenszeitprävalenz | Erste Konfrontation (Alter) | Häufigste traumatische Stressoren |
|---|---|---|--|
| <p>USA 61 % Männer 51 % Frauen</p> <p>D 26 % Männer 18 % Frauen</p> | <p>USA 5 % Männer 10,4 % Frauen</p> | <p>16 bis 20 LJ</p> <p>Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung ist ab dem 11 LJ erhöht</p> | <p>Körperliche Angriffe</p> <p>Schwere Unfälle (M>F)</p> <p>Zeuge eines Traumatischen Situation (M>F)</p> <p>Sexueller Missbrauch in der Kindheit (F>M)</p> |

MANIFESTE TRAUMATA IN DER KINDHEIT / (RELATIVE ANZAHL, DIE EINE SPÄTER PTB ENTWICKELN (UNTERSCHIEDLICHE STUDIEN)

- Zeuge bei Tötung eines Elternteils 16 (100%)
- Zeuge sexueller Attacke gegen Mutter 10 (100%)
- Schwerer sexueller Missbrauch 9 (90%)
- Heckenschützenattacke 27 (77%)
- Schiffsunfall 3 (60%)
- KZ 19 (48%)
- Sexueller Missbrauch 14 (48%)
- Kriegstraumatisierung 10 (33%)
- Kindesentführung 6 (33%)
- schwere Verletzungen 9 (30%)
- Schießereien in der Schule 17 (27%)
- Kriegstraumatisierung 230 (27%)

PTB NACH ZEITABSTÄNDEN NACH TRAUMA (FOA & ROTHBAUM, 1990)



Zeitabstand nach dem Trauma

KOMORBIDITÄT

- Lebenszeitprävalenz zwischen 62% und 92% v.a.
- Am häufigsten depressive Störungen und Substanzmissbrauch; Angststörungen in ~50% erst nach der PTSD; nach Beginn der PTSD erhöhtes Risiko für somatoforme Symptome
- Primäre psychische Störung (bei 1/3 vorherbestehende Störung : schädlicher Gebrauch von Substanzen, Abhängigkeitsstörungen, sozialen Phobie, depressive Störung)
- Sekundäre psychische Störung (bei 2/3 nachfolgende psychische Störung: somatoforme Störung, Angststörungen, affektive Störung)

FAKTOREN, DIE EINE PTB-ENTWICKLUNG BEEINFLUSSEN

- Dauer und Vorhersagbarkeit des Traumas
- Reaktionen von Bezugspersonen nach dem Trauma
- Zustand vor dem Trauma (z.B. Erschöpfung, Alkoholkonsum, Grad der Angst und körperlichen Erregung)
- Intelligenz, Persönlichkeitsfaktoren

- frühere Erfahrungen (z.B. sexueller Kindheitsmissbrauch)
- kognitive Schemata (z.B. zur Wahrscheinlichkeit, dass einem so ein Trauma passiert)
- vorbestehende psychische Störungen

SYMPTOME

- Flashbacks
- Albträume
- intrusive Gedanken
- Angsterleben
- Gedächtnislücken
- Schlafstörung
- Vermeidung von angsterregenden Erinnerungen
- Reizbarkeit
- Depersonalisation, Derealisation
- Gefühlsabstumpfung
- keine Zukunftsperspektive
- Unruhe und Übererregung
- Vermeiden von angstauslösenden Situationen
- Sprunghaftigkeit
- Bedrohungsgefühl

TRAUMA UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL...EIN PAAR ZAHLEN

- Frauen sind (während der Therapie) älter als die männlichen Spieler.
Aber die Entwicklung in das pathologische Glücksspielverhalten scheint bei Frauen signifikant schneller zu verlaufen und sie haben in kurzer Dauer gravierende Folgeprobleme (Nelson et al. 2006)
- Entsprechend früher als Männer (bezogen auf die vorangegangenen Krankheitsjahre) suchen sie dann therapeutische Hilfen. Zu diesem Zeitpunkt berichten sie über eine vergleichbar große Zahl an glücksspielbezogenen Problemen (Ladd u. Petry 2002).

TRAUMA UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL...EIN PAAR ZAHLEN

- In der Anamnese pathologischer Glücksspielerinnen finden sich häufiger psychischer Störungen, und sie berichten über eine größere Anzahl an Suizidversuchen als die entsprechende männliche Population (Potenza et al. 2001).
- Bezogen auf körperlichen und sexuellen Missbrauchs bei pathologischen Glücksspielern sind sowohl verglichen mit der weiblichen Normalbevölkerung als auch im Vergleich zu männlichen pathologischen Glücksspielern, deutlich erhöhte Werte (Lesieur u. Blume 1991; Specker et al. 1996)

TRAUMA UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL...EIN PAAR ZAHLEN

- In einer Untersuchung von 60 pathologischen Glücksspielerinnen, die zwischen 1997 und 2003 in der AHG Klinik Münchwies behandelt wurden, konnte eine sehr hohe Quote an Traumatisierungen gefunden werden (Vogelgesang 2005).

TRAUMA UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL...EIN PAAR ZAHLEN

- Es berichteten 50% dieser Stichprobe über eine fortgesetzte schwere Vernachlässigung in der Kindheit, 33% konnten sich klar an einen sexuellen Missbrauch erinnern, der in jedem Fall mehrmals verübt worden war, mit einem Durchschnittsalter der Erstmanifestation von 8,8 Jahren. Es gaben 45% der Patientinnen an, in der Kindheit Opfer von sonstigen schweren körperlichen Gewalterfahrungen gewesen zu sein. In der Zusammenschau waren 73,3% der untersuchten pathologischen Glücksspielerinnen von einer oder mehreren der oben aufgeführten Traumatisierungen betroffen.

TRAUMA UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL...EIN PAAR ZAHLEN

- Bezogen auf soziodemografische Daten, anamnestiche Traumata, traumatogene Faktoren wurden 100 männliche mit 100 weiblichen pathologischen Glücksspielern verglichen (in einer spezifischen stationären Therapie in der AHG Klinik Münchwies.
(Zeitschrift: Psychotherapeut, 2010)

TRAUMA UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL...EIN PAAR ZAHLEN

- Die weibliche Stichprobe fiel durch einen späteren Glücksspielbeginn, eine raschere Progression des Krankheitsverlaufs, höhere Traumatisierungsquote (Vernachlässigung, körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch und andere Traumata in Kindheit und Erwachsenenalter) auf.
- Körperliche Gewalttätigkeiten der Mutter, ein jüngeres Alter bei den Scheidungen der Eltern, eine erhöhte Quote an erlittener Gewalt in der Partnerschaft und an Suchterkrankungen der Partner unterschieden die weibliche von der männlichen Glücksspielern signifikant.

ANAMNESTISCHE TRAUMATA – IM VERGLEICH WEIBLICHER UND MÄNNLICHER GLÜCKSPIELER

| | männl. | weibl. | Signifi- kanz |
|--|-----------------|----------------|------------------|
| Schwere, fortgesetzte Vernachlässigung (%) | 11 | 22 | p=0,036 |
| Körperliche Misshandlungen (%) | 15 | 29 | p=0,028 |
| Sexueller Missbrauch (%) | 4 | 37 | p<0,001 |
| Durchschnittliches Alter bei Missbrauchsbeginn (Jahre) | 13,33 (n=13) | 8,13 (n=32) | p=0,02 |
| Frühestes Alter bei Missbrauchsbeginn (Jahre) | 9 | 3 | |
| Weitere Traumata in Kindheit, Jugend (%) | 19 | 35 | p=0,011 |
| Weitere Traumata im Erwachsenenalter (%) | 7 | 23 | p=0,002 |

DIAGNOSE PTB NACH DSM IV

- **A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:**
 - (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

- **B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mind. eine der folgenden Weisen wiedererlebt:**
- (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können [bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden].
- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis [bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten].
- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten) [bei kleinen Kindern kann eine trauma-spezifische Neuinszenierung auftreten]

(4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

- **C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mind. 3 der folgenden Symptome liegen vor:**

(1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.

(2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen

(3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.

(4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.

(5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.

(6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).

(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens 2 der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen.
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche.
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten.
- (4) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
- (5) Übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

- **Akut:** Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.
- **Chronisch:** Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.
- **Mit verzögertem Beginn:** Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

STÖRUNGSMODELLE

Informationsverarbeitungs-Modell (nach Horowitz 1973 - 1997)

- Das Trauma führt zu einer Informationsüberstimulation; da die traumatische Erfahrung zu mächtig ist, um unmittelbar verarbeitet zu werden.
- Verleugnung und emotionales Abgestumpftsein schützen das Ich vor der traumatischen Information

- Schwanken zwischen Verleugnung und Überflutetwerden von Erinnerungen, solange bis die traumatische Erfahrung wirklich verarbeitet ist.
- 5 nacheinander folgende Phasen: Betäubung - Vermeidung (Verleugnung, emotionale Taubheit) - schwankende Periode (Verleugnung vs. Überflutung) - Durcharbeiten - Integration

Modell der kognitiven Bewertung (nach Janoff-Bulman 1985, 1992)

- Das Trauma erschüttert und zerstört die Realität einer Person, seine lebenstragenden Vorannahmen und Erwartungen gegenüber der Welt; das Lebensgefühl hat sich komplett geändert.
- *Glaube an die eigene Unverwundbarkeit*
*vor dem Trauma: “mir passiert so etwas nicht” –
nach dem Trauma: “es kann mir jederzeit passieren”*

- ***Auffassung, dass die Welt verstehbar ist***
vor dem Trauma: “meine Welt ist kontrollierbar, vorhersagbar, gerecht” – nach dem Trauma: “... unberechenbar, unlogisch”
- ***Überzeugung, das eigene Selbst sei wertvoll***
vor dem Trauma: “ich bin ein anständiger Mensch, der es nicht verdient, traumatisiert zu werden” – nach dem Trauma: Hilflosigkeit wegen der erlittenen Qualen und der eigenen Reaktionen darauf, vermindertes Selbstwertgefühl.
- ***Annahme, dass man anderen Menschen trauen kann***
vor dem Trauma: Vertrauen in andere – nach dem Trauma: “ich kann niemandem mehr trauen”

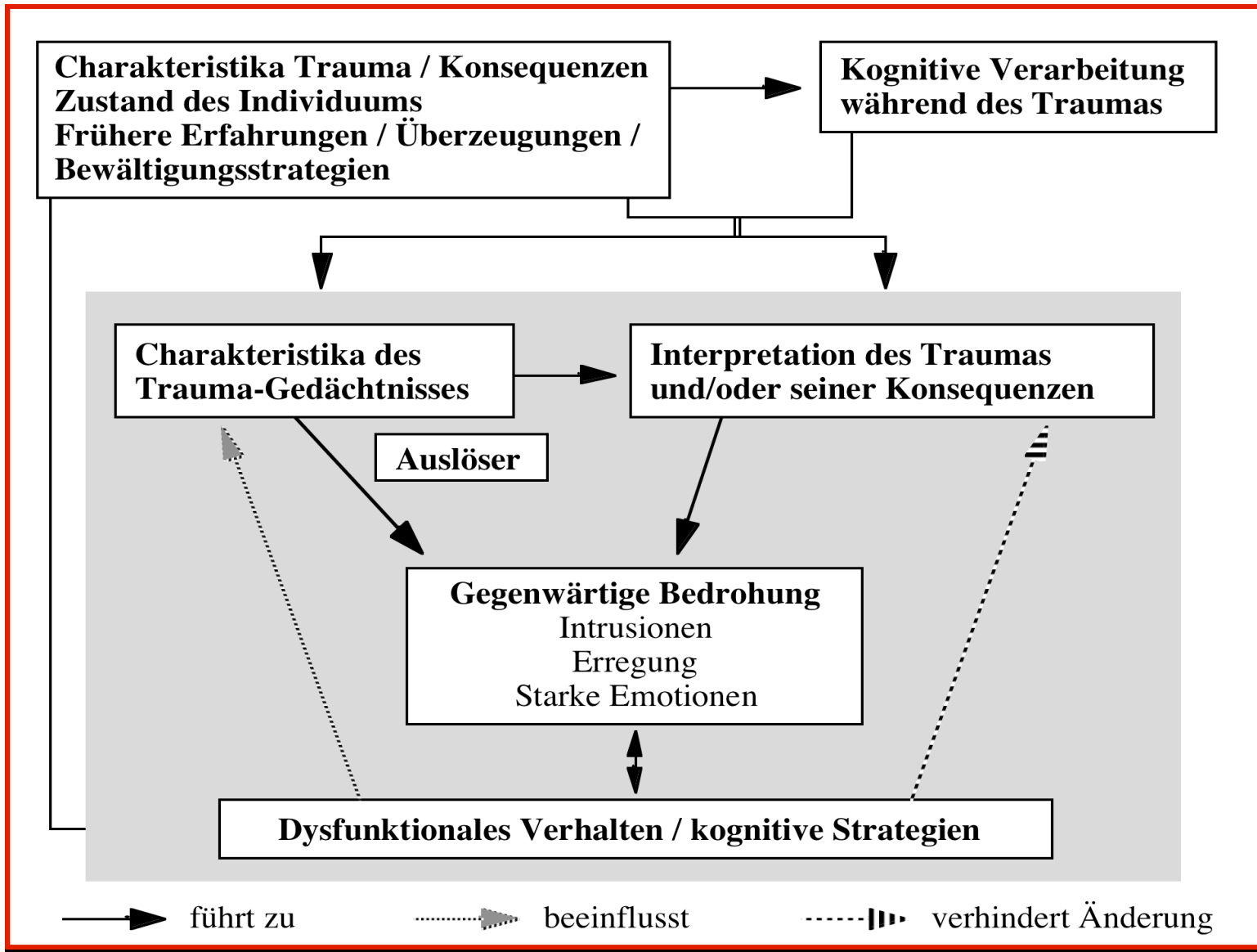
Störungsmodell zur pathologischen Furchtstruktur nach Foa und Kozak (1986)

- Beschriebene posttraumatische Reaktionen sind als kognitive Strukturen (Furchtstruktur) im Gedächtnis abgespeichert
- Dies Furchtstruktur stellt ein Programm für Flucht oder Kampf und enthält drei Arten von Information :
 - Information über das erlebte Trauma
 - Die Reaktion der betroffenen Person
 - Bedeutung der bedrohlichen Reize und der eigenen Reaktion

- Vermeidungsverhalten führt zur kurzfristigen Angst/Furchtreaktion verhindert aber auch korrigieren Erfahrungen (z.B. keine Habituationserfahrungen)
- Traumabezogene Assoziationen (Reize, die nur indirekt etwas mit dem Trauma zu tun haben) brennen sich formlich ins Gedächtnis ein

Kognitiv-lernpsychologisches Modell (nach Ehlers 1998; Ehlers & Clark 1999)

- Nicht das vergangene Trauma erklärt die Angst und PTB Symptome, sondern die Wahrnehmung einer schweren Bedrohung.
- Diese wahrgenommene Bedrohung wird durch problematische Kognitionen und Charakteristika des Trauma-Gedächtnisses ausgelöst; sie löst ihrerseits intrusive Erinnerungen, Symptome körperlicher Erregung, starke Emotionen und eine Reihe problematischer Verhaltensweisen aus.



- Die Wahrnehmung der Bedrohung (= Kern der PTB) wird von drei Komponenten beeinflusst
 - Das Traumagedächtnis
 - Dysfunktionale Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen
 - Dysfunktionales Sicherheits- und Vermeidungsverhalten

BESONDERHEITEN DES TRAUMA- GEDÄCHTNISSES

- Intrusives Wiedererleben durch sensorische Eindrücke
- Wiedererleben wie im Hier-und-Jetzt (kein „Stempel des Vergangenen“)
- Erinnerungen bleiben unverändert, ohne nachträgliche „Korrekturen“
- Auslöser sind oft unbewusst
- Wiedererleben kann sehr rasch ausgelöst werden (starke Reiz-Reaktions-Verbindungen)
- ausgeprägtes Priming für Reize, die mit dem Trauma verbunden sind

TRAUMAGEDÄCHTNIS

- Autobiographisches Gedächtnis: das Trauma wurde nur unzureichend hinsichtlich räumlicher und zeitlicher Beziehung zu anderen Informationen gewertet und deshalb kein „damals und dort Qualität“, es kann nicht als ein Teil des Lebens gesehen werden“
- Implizites Gedächtnis: aufgrund der hohen Aversivität kommt es während der Traumatisierung zu einer Dissoziation expliziter (sachgebundener, bewusster) und impliziter (unbewusst ablaufender) Enkodierungsprozesse.

- Es liegt dann eine Dominanz des impliziten Gedächtnisses vor, diese sind schneller (z.B. konditionierte Reize). Dies führt zu einer ungenügenden Stimulusdiskrimination (z.B. liebevolle Umarmung des Partners wird als Bedrohung erlebt)
- One trial learning: Reize, die kurz vor dem Trauma wahrgenommen werden erhalten über Konditionierungsprozesse Stimuluscharakter und lösen damit Alarmreaktion aus.

NEGATIVE INTERPRETATIONEN, DIE ZUR WAHRNEHMUNG EINER BEDROHUNG FÜHREN (NACH EHLERS 1998)

| Traumatisches Erleben | Negative Interpretationen |
|---|--|
| Eintreten des traumatischen Ereignisses | <ul style="list-style-type: none">- Ich bin nirgends sicher- Das nächste Unglück kommt |
| Das Trauma passierte mir | <ul style="list-style-type: none">- Ich ziehe Unglück an- ich bin ein leichtes Opfer, das sehen die anderen mir an |
| Eigenes Verhalten/Emotionen während des Traumas | <ul style="list-style-type: none">- Ich verdiene es, dass mir schlimme Dinge passieren- Ich breche bei Belastung zusammen |

| PTSD-Symptome (anfängliche) | Negative Interpretation |
|--|--|
| Konzentrationsprobleme | <ul style="list-style-type: none"> - Mein Gehirn hat Schaden genommen - Ich werde meinen Job verlieren |
| Emotionale Taubheit | <ul style="list-style-type: none"> - Ich werde mich anderen nie wieder emotional nah fühlen |
| Reizbarkeit, Wutausbrüche | <ul style="list-style-type: none"> - Ich bin ein schlechter Mensch - Ich kann mir nicht trauen |
| Intrusives Wiedererleben, Alpträume - | <ul style="list-style-type: none"> - Ich werde / bin verrückt |

Reaktionen anderer Menschen

Negative Reaktionen

- kein Mensch ist für mich da
- Ich kann mich auf niemanden verlassen

Positive Reaktion

- Andere glauben, das ich zu schwach bin
- Ich kann mich niemandem nahe fühle

Konsequenzen des Traumas

Körperliche Folgen

- Mein Körper und meine Seele ist ruiniert
- Ich werde nie wieder ein normales Leben führen

Verlust der Arbeit, finanzielle Einbußen

- Ich werde obdachlos
- ich werde meine Kinder verlieren

Dysfunktionale Verhaltensweisen

Nicht an das Trauma zu denken; starke Ablenkung , meine Gefühle unter Kontrolle halten; Alkohol/Medikamente/Drogen.

Anderen Menschen aus dem Weg gehen; Gesicht mit Händen bedecken; starkes Make-up; nach unten sehen.

Grübeln, wie das Trauma hätte verhindert werden können.

Bis spät in die Nacht wach bleiben.

Ort des Geschehens vermeiden; ähnliche Kleidung vermeiden.

Waffe mitnehmen; Menschenansammlungen vermeiden; immer nahe beim Ausgang bleiben

Keine Pläne machen, nichts Schönes vornehmen.

Kontakte zu Freunden vermeiden oder sogar abbrechen.

THERAPIE

- **1) Stabilisierung** (Imaginationsübungen, Unterbrechen der Dissoziation, Ablenkung, Ressourcenaktivierung)
- 2a) Verlängerten **Konfrontationstherapie** nach Foa et al. (1998)
- 2b) Kognitive Therapie nach Ehlers & Clark (2005)
- 2) Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy (EMDR) nach Shapiro (1995) (wenig gesicherte Ergebnisse)

STABILISIERUNG

- Verstärkung «spezifischer Ich-Funktionen» , welche eine Kontrolle oder sogar den Stopp [Fischer und Reddemann, 2003] der intrusiven Symptome erlauben soll
- Übungen:
- **Sicherer Ort**
- Innerer Helfer
- **Tresor**
- Beobachter (auch „Da ist Distanzierung...“)
- **Bildschirmtechnik**

TRAUMA-THERAPIEVERFAHREN

Das wohl am besten untersuchte Verfahren

- sogenannte Prolonged Exposure Therapie [Foa und Rothbaum, 1998].
- der wiederholten emotionalen Erzählung der Details des traumatischen Erlebnisses in der Therapie.
- Die Therapiesitzung wird auf Tonband aufgezeichnet und der/die Patient/in wird angeleitet, die Tonbänder zwischen den Sitzungen zu Hause anzuhören.

- Neben dieser In-sensu-Exposition erfolgt eine Exposition in vivo, das heißt, der Patient wird ermutigt, sich seit dem Trauma vermiedenen Aktivitäten wieder zu stellen.
- Während und zwischen den Sitzungen wird eine Habituation der emotionalen Reaktion auf die Erinnerungen angestrebt

WEITERE VERFAHREN

Kognitive Therapie von Ehlers und Clark, 2005

- Exposition als integralen Bestandteil. Die geleitete Erinnerung an das traumatische Erlebnis kann hier verbal oder im schriftlichen Bericht stattfinden.
- Neben der direkten Habituation dient die Aufarbeitung der Erinnerung der gezielten Rekonstruktion des autobiographischen Gedächtnisses sowie erkennen kognitiver Irrtümer und maladaptiver Überzeugungen