

PTBS, Komplextrauma und Dissoziation:

Aus der Geschichte lernen

Michaela Huber

ISSD e.V. 2009

www.michaela-huber.com

Themen u.a.:

- PTBS als ätiologische Diagnose
- Komplexe PTBS/DESNOS: Früh beschrieben, nach wie vor nicht im DSM
- Bindungstraumatisierung und die Folgen als (weitere) Folgen von toxischem Stress: Sinnvolle Theorie.
- Dissoziative Störungen? Nein, strukturelle Dissoziation!
- Süchte, Affektstörungen, Psychosen und Somatisierungsstörungen als Ko-Morbidität?!
- Was bedeutet das für Beratung, Begleitung und Therapie ambulant und stationär?
- Welche Vernetzung braucht es, um den Rat- und Hilfesuchenden gerecht zu werden?

Trauma und PTBS

- Nicht das Trauma macht krank, aber die PTBS.
- Konsequenz 1: Notwendigkeit des Screenings auf PTBS in Gesundheitsvorsorge-Programmen!
- Konsequenz 2: Salutogenese-Forschung, Resilienz bei Betroffenen erhöhen.
- Lebenszeit-Prävalenz für PTBS nur 7-10%?
- „Einfache“ PTBS – gibt's die?

Ein paar Befunde

(u.a. zusammengetragen von Claudia Wilhelm-Gössling)

- 17% der psychiatrischen PatientInnen einer Tagesklinik erlebten sexuelle Gewalt in der Kindheit (Convoy et al., 1995)
- Menschen mit „severe mental illness“ weisen in 98% mindestens ein Trauma in der Vorgeschichte auf (Allg.bevölk. 56%) (Mueser et al., 1998; Kessler et al., 2005)
- Kindheitstraumatisierung ist eine der wichtigsten Risikofaktoren einer späteren psychischen Erkrankung (Felitti, ab 1999; Schäfer et al, 2008)
- Sexuelle Gewalt i.d. Kindheit erhöht das Risiko einer späteren Schizophrenie signifikant (Janssen et al., 2004)
- Schizophrenie und DIS wird wg. Schneiderscher Positiver Symptome oft verwechselt (Kluft, 1987).

Noch mehr Befunde

- Komplexe Formen von PTBS kommen in etwa 1-2,5% der Bevölkerung vor (Dorrepaal et al, 2006)
- DIS und DDNOS kommen bei 0,5-1,5 % der Allgemeinbevölkerung und ca. 5% der allgemeinpsychiatrischen Patienten vor (Gast & Rodewald, 2004; Rodewald et al., 2006; Foote, 2006, Sar et al, 2007)
- Doch immer noch geht es bei vielen Ärzten offenbar darum, ob sie dissoziative Störungen „glauben“ können oder nicht. (Es wird aber besser 😊).

Es ist also viel passiert

- Viele Veröffentlichungen, von Betroffenen-Berichten (ab 1972: Sybil; dann 1989: Aufschrei etc.) bis Fachliteratur (in D ab Mitte der 90er Jahre, etwa Huber; Schneider; Zeitschrift Hykog; alle 1995);
- Ebenfalls 1995: Erster Multiplen-Kongress in Bielefeld; Gründung von Vielfalt e.V.
- Inzwischen aberhunderte von Forschungsberichten, Studien und Theoriebeiträgen.
- Viele KollegInnen ambulant wie stationär haben Traumafortbildungen besucht, entwickeln Konzepte zur Behandlung von Traumafolgestörungen.
- Leider nicht koordiniert.
- Helfen könnte, aus der derzeit „heißesten“ Theorie Konsequenzen zu ziehen: der strukturellen Dissoziationstheorie.

Alt und immer wieder neu: Trauma führt immer zu einer Persönlichkeits- „Aufteilung“!

- Janet und seine Zeitgenossen gingen davon aus, dass Dissoziation auf eine Trauma-bedingte organisierte „Aufteilung der Persönlichkeit“ hinweise (Janet, 1889, Van der Hart & Donahy, 2005). Van der Hart et al., ab 2004, nennen das „strukturelle Dissoziation“.
- Literatur: v.d.Hart, Nijenhuis & Steele: The Haunted Self, Norton 2006; deutsch 2008 unter dem Titel „Das verfolgte Selbst“ bei Junfermann

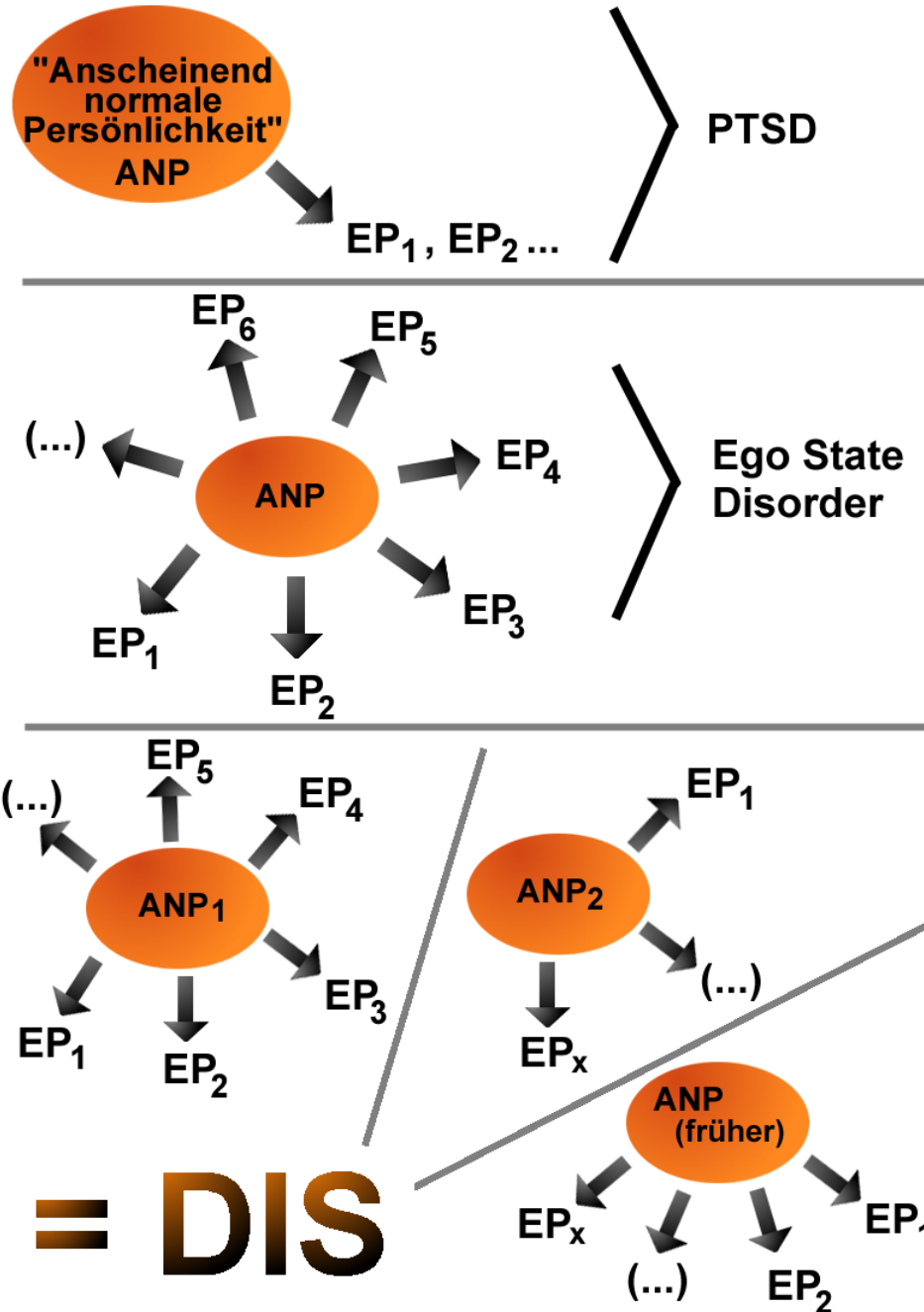
PTBS, Komplextrauma und Dissoziation

- Janet: „Aufteilung von Systemen und Funktionen, aus denen sich Persönlichkeit zusammensetzt“ entsteht.
- Herman: Je früher die Extremstress-Einwirkung, desto weniger komplex wird die Struktur der Persönlichkeit gewachsen sein. Das ergibt eine andere Art von PTBS: DESNOS.
- Autoren in D: Sack et al., Diagnose-Instrument international: IK-PTBS; Vorstufe van der Kolk et al.: Developmental Trauma Disorder

Bindungs-Trauma

- Der Zusammenhalt diverser Verhaltens-Zustände wird auch durch sichere Bindung gefördert, die körperlich und seelisch regulierend wirkt (George & Solomon, 1996; Hofer, 1995; Siegel, 2002).
- Wiederholte Traumatisierung des Kindes zerstört diesen psychobiologischen Entwicklungsprozess und erzwingt einen Mangel an Integration der Zustände (Fonagy, 1997; Liotti, 1999).
- Ein Mangel an Integration der Verhaltens-Zustände ist ein Vorläufer für die Entwicklung von dissoziativen Persönlichkeits-Anteilen. (van der Hart et al, 2004)

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit



Vorschlag von van der Kolk (2005): Developmental trauma disorder

- A: Chronische Traumatisierung mit Beeinträchtigung der Entwicklung; Kind reagiert mit Angst, Hilflosigkeit, Scham, Wut, Hoffnungslosigkeit...
- B: Wiederholte und fixierte Dysregulationen im Gefühl, Verhalten und Körper sowie Beziehungen (Anklammern und/oder Misstrauen), Regulation durch Vermeidung, Aggression, Dissoziation, Selbstverletzung, Überanpassung; starke Schwankungen in Wissen, Gefühl, Verhalten
- C: Verallgemeinerte negative Erwartungshaltung in Bezug auf sich selbst, auf den Verlust von Bindungspersonen, auf Hilfsangebote, auf zukünftige Gewalterfahrungen
- D: Die Beeinträchtigung zeigt sich in wichtigen Lebensbereichen wie Schule, Familie, Freundesgruppe, Beruf; mit dem Gesetz in Konflikt geraten.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS)(Sack et al.)

1. Störungen v. Affekten und Impulsen
2. Dissoziative Störungen
3. Störungen der Selbstwahrnehmung
(Stigmatisierung, Schuld, Scham,
unzureichende Selbstfürsorge)
4. Störungen in der Beziehung zu anderen
5. Somatisierung
6. Veränderung von Lebenseinstellungen

Unterschiede in den Konzepten

- Komplextrauma: Symptombündel, bei dem Dissoziation ein Punkt unter vielen ist.
- Strukturelle Dissoziation: Jede traumabedingte Störung ist ein gekennzeichnet durch einen „Mangel an Integration relevanten Materials im Gedächtnis, in der Körperwahrnehmung bzw. in sozialen Beziehungen“.
- Damit ist für die strukturelle Dissoziationstheorie die Dissoziation der zugrundeliegende Mechanismus traumabedingter Störungen.
- Folge: Wir müssen theoretisch weiter diskutieren und ein gemeinsames Konzept entwickeln! (Siehe DeGPT-Arbeitsgruppe Komplextrauma)

Fragen: Was ist die Ursache, was die Folge, was ist „nur“ komorbid? Wird Vulnerabilität vererbt? Genetik - Epigenetik? Diagnostik?!

- Affektive Störungen (Depressive, Angst-, Aggressions-Störungen; ADS/ADHD)
- Süchte als Selbst-Medikation ?!
- Psychotische Zustände; Zwänge
- Täterschaft

Je mehr wir nach Trauma im Hintergrund suchen, desto mehr werden wir fündig! Das muss Konsequenzen haben! Auch für die Diagnostik. FDS, SKID-D – das genügt nicht.

Entwicklungen

- Psychotherapie auf allen Ebenen von struktureller Dissoziation = Arbeit auf der „inneren Bühne“ mit ANP(s) und EP(s); bei Stabilisieren des Alltags-Ichs und Entlasten/Trösten der EPs beginnen; Distanzierung
- Konzeptionelles Verständnis der Arbeit mit Menschen nach schweren Stresserfahrungen (Burnout etc.) und seelischen Erschütterungen überhaupt, insbesondere aber bei Komplextrauma unerlässlich!
- Arbeit muss koordiniert werden: Wo laufen die Fäden zusammen? Wie arbeiten ambulante und stationäre KollegInnen zusammen?
- Betroffene finden noch nicht genug kompetente Hilfe!
- Gefahr des Burnouts bei KollegInnen hoch.
- Bei schweren dissoziativen Störungen sind destruktive Bindungen eher die Regel. Ausstiegsbegleitung muss gelernt werden.

Veränderung des Menschenbildes?

- Ressourcenorientierung
- Betroffene als zwar durch Stress strukturell dissoziierende, aber in sich kompetente Menschen verstehen und behandeln. Es ist alles „da“, nur verhindert die Dissoziation bislang besseres Lernen und Lösungsfindung.
- Dies gilt auch für „Langzeit-Psychiatrie-PatientInnen“!
- Statt PatientIn und BehandlerIn: Lehr- und Lerngemeinschaft.
- Therapie- und Beratungsziele: Selbst-Bewusstsein statt erlernter Hilflosigkeit; Wahlfreiheit statt destruktiver Bindung; Wachsen und Entwickeln der Ressourcen statt dass zuviel Energie in Dissoziation gebunden ist.

PTBS, Komplextrauma und Dissoziation - Organisationen

- Historisch: Trennung von ISSD und ISTSS
- ISSD international und seit 1995 deutsche „Fachstudiengruppe“.
- Deutschsprachige ISSD
- Heute: Versuch, in der DeGPT einen guten Platz für das Thema Komplextrauma und dissoziative Störungen zu finden.
- Notwendigkeit, eine ISSD oder ISST-D zu erhalten.

Praxis der Zusammenarbeit verbessern!

- Gutachterverfahren in der Kassenpraxis (VT, TP, Psychoanalyse) problematisch.
- Traumakonzepte und –Behandlungsmethoden „passen nicht rein“?
- Wenn Traumakonzept nicht top-down umgesetzt wird, „stirbt“ es immer wieder.
- Traumakonzept muss auch „Pflege“ bzw. Musik-, Tanz-, Ergotherapie umfassen und koordinieren!
- Es werden zu hohe Erwartungen bei vielen Menschen nach adäquater Traumatherapie geweckt, die (noch?) nicht erfüllt werden können.
- Ambulant-stationäre Zusammenarbeit wird nur allmählich verbessert (Übergabe etc.)
- Mehr Wissen über das Entstehen dissoziativer Störungen im Kindesalter: mehr Forschung nötig

Wie können wir diesen Zielen näher kommen? Es kommt auf die Haltung an!

- Würde wahren lehren und erlernen.
- Achtsamkeit - das Gegenteil von Dissoziation - lehren und erlernen nötig, auf allen Ebenen der Gesellschaft.
- Netzwerk-Denken und –Leben
- Standesdünkel aufgeben (Arzt-Patient; Ärztin/PsychologIn vs. andere Berufsgruppen)
- Intergenerationelle Traumata bearbeiten. Friedensarbeit!
- (Sozial-)Politisches Engagement. Wer hilft uns helfen?
- Förderung von Forschung zu K-Trauma und Dissoziation
- Lasst uns dies diskutieren, in der ISSD verkörpern und es weiter lebendig umsetzen!