

Behandlung komplex posttraumatischer Belastungsstörungen (Trauma Typ II) in der Suchtrehabilitation

EMDRIA Tag, 01.06.2012, Köln

Viktoria Kerschl

Fachklinik für Rehabilitation Do it!

Dipl. Psych. / Therapeutische - und
Klinikgesamtleitung



*therapie
hilfe
e.v.*



Gliederung

- Patientenprofil in der Fachklinik
- Zahlen – PTBS
- PTBS, K-PTBS und Drogenabhängigkeit
- EMDR bei K-PTBS in der Suchttherapie –
Behandlungsplanung und -Fallbeispiele-





Patientenprofil in der Fachklinik

42 Plätze für Abhängige von illegalen Drogen; Behandlungsdauer 16 bis 26 Wochen)

- durchschnittlich 60 % der Patienten haben eine Persönlichkeitsstörung (BLPS, dissoziale PS, narzisstische PS, kombinierte PS, dependente PS)
- durchschnittlich 40% haben eine PTBS / KPTBS mit typischen Folgestörungen: Störungen der Emotionsregulation, depressive Erkrankungen, Somatisierungen, Angststörungen, Panikattacken, dissoziative Phänomene, selbstschädigendes Verhalten
- 70% der Patienten sind mehrfachabhängig, überwiegend Heroin, Kokain, Cannabis
- Konsumdauer bis zur Behandlungsaufnahme: 4 bis 30 Jahre
- 60% haben bereits einen /mehrere Behandlungsversuche hinter sich





Vorherrschende kritische Lebensereignisse

Traumatisierungen (Typ II) umfassend neben makrotraumatischer Ereignisse wie physische Gewalt und sexuelle Übergriffe auch eine Vielzahl kumulativer Microtraumen, die oft nur schwer fassbar sind:

- Substanzabhängigkeit der Eltern und damit inkonsistentes elterliches Verhalten
- Emotionale Gewalt: Entwertung, Überforderung, Parentifizierung, Vernachlässigung- und Verwahrlosungserfahrungen, negative Bindungserfahrungen, -traumatisierungen
- Migrationserfahrung, Folter, Kriegserlebnisse, Hafterfahrungen
- Ereignisse auf der Drogenszene, eigene Gewalttätigkeit, damit verbunden Schuld- und Schamgefühle potenziert durch den Drogenkonsum, massives Depressions-/Aggressions-/Gewaltpotential, Zwänge





Trauma und Suchtmittelkonsum – Selbstmedikation

- Verlust von Selbstwirksamkeit und negative Beziehungserfahrungen (Verlassensein) sind wesentliche Kriterien bei traumatischen Erfahrungen sowie in der Suchtgenese.
- Substanzgebrauch /-abhängigkeit ermöglichen in einem begrenztem Handlungsfeld wirksam erlebtes Handeln und Vertrauen
- Drogen und andere süchtige Verhaltensweisen wirken kompensatorisch hinsichtlich Ohnmacht, Hilflosigkeit sowie Mangel an Nähe durch Steigerung der eigenen aktiven Wirksamkeit.
- Die primäre Bewältigungsstrategie des Traumas kann zu einer als Abhängigkeit gebahnten Bewältigungsstrategie (G. Hüther) werden.



PTBS und KPTBS – Zahlen 2009 - 2011

- 57 Patienten in der traumatherapeutischen Behandlung/
Stabilisation (PITT, EMDR, Ego-States)
- 70 % davon wiesen eine KPTBS vor, 30% PTBS oder/und
mehrere Mono-Traumatisierungen
- 48 Patienten beendeten ihre Suchtrehabilitation regulär; 9
wurden vorzeitig entlassen; bei 2 Patienten wurde die
Traumabehandlung /-stabilisation vorzeitig beendet
- 6 bis 22 Behandlungsstunden parallel zur suchtttherapeutischen
Behandlung beim Bezugstherapeuten, je nach Anliegen,
Fähigkeit und Traumageschichte (Stabilisation,
Traumakonfrontation, Integration)



Sucht- und Traumatherapie: Divergenzen

Suchttherapie	Traumatherapie
<ul style="list-style-type: none">-Konfrontation,-Heben der Frustrationstoleranz,-Krankheitseinsicht-Allgemeinverbindliche Regeln und Verhaltensrichtlinien > Grenzen-Therapeut als Gegenüber-Rückzug einschränken-<i>Suchtspezifische Stabilisation first</i>	<ul style="list-style-type: none">-Stress vermeiden-Würdigung traumabedingter Copingstrategien-Individuelle Vereinbarungen und Regeln-Therapeut als Begleiter-Rückzug ermöglichen-Überforderung vermeiden-<i>Trauma first</i>



Sucht- und Traumatherapie: Konvergenzen

- Die Wiederherstellung des Vertrauens in die eigene Kontroll- und Leistungsfähigkeit, in die eigene der Handlungs- und Wirkungskompetenz und die eigenen Ressourcen mit dem Ziel der Erweiterung innerer Handlungsspielräume (Selbstwirksamkeit)
- Selbstwirksamkeit ist die Ressource, durch die das Leben sinnhaft, kontrollierbar und verstehbar erfahren wird.
- Vermittlung von Schutz und Sicherheit, Verständnis für das „So geworden sein“ und Akzeptanz, Ressourcenorientierung.
- Positive Bindungserfahrungen und klare Strukturen: bei desorganisierten Bindungserfahrungen (KPTBS, Dissoziation) > ermöglichen einer wirksame Suchttherapie.





Sucht- und Traumatherapie: Ziele

- Genuiner Behandlungsauftrag: Herstellung/Verbesserung der Aktivitäten und Teilhabefähigkeit (hier Arbeitsfähigkeit) nach ICF
- Traumabearbeitung ist kein Therapieziel, sondern dient als indikatives Angebot neben anderen den übergeordneten Therapiezielen.
- Prinzipien der Behandlung: Stabilisierung, Erhöhung der Selbstwirksamkeit
- Befähigung zur Suchttherapie bei erheblicher Destabilisierung (hier besonders KPTBS Patienten)
- Rückfallprophylaxe u a. auch mit CravEx (Hase)
- Aufhebung der Fragmentierung / Dissoziation durch Zusammenführung (Beginn der Integration)





KPTBS und Organisation der Bewältigung

- Traumatische Erlebnisse können als Prozess interpretiert werden
- Die Betroffenen sind innerlich geteilte Persönlichkeiten. Durch traumatischen Stress können unterschiedliche Fragmentierung / Isolierung neuronaler Netzwerke zu unterschiedlich entwickelten Teilen einer Persönlichkeit führen > Ego-States
- Dissoziation als Ressource erkennen und zur Integration beitragen > Notlösung, um Leiden zu mildern
- umfassend aufgebaute Ressourcen und Neuorganisation des Bewältigungsschemas ermöglichen die Behandlung des Belastungsmaterials
- Befähigung zur Abstinenz wird erfahrbar



Prozess der KPTBS Behandlung

Beginn der Behandlung orientiert an Bedürfnissen der Patienten: ab 2. BW:

- Diagnostik und Psychoedukation, Differentialdiagnostik, Testverfahren (Life event scale, DES, BDI, BSI)
- Stabilisation > Beziehungsaufnahme mit Therapeutin, Klärung des Anliegens, Zusammenhang zur Sucht erkennen
- evtl. Notfallkoffer (Aceton, Gummiringe,) und Non-Suizid-/Selbstverletzungs- und Rückfallvertrag,
- Ressourcenanamnese, Erfolgspanorama, Stärkenkoffer, gute Zeiten – schlechte Zeiten
- Klärung der Bewusstheit über diss. Phänomene (DES)
- Stabilisation > Tresor Übung, Position of Power, sicherer Ort, innere Helfer, Ressourcen mit EMDR verankern
- Ego-State-Arbeit zur Sicherung der „verletzten Anteile“ > sicherer Ort, Kennenlernen des inneren Teams, mit EMDR verankern > Ressourcen
- Parallele Einbindung in das Klinikangebot



Prozess der KPTBS Behandlung

- Erstellen der Traumalandkarte
- Einstieg in die Konfrontationsphase: Absorptionstechnik und CIPOS für weniger belastende Situation, Knotentechnik
- Beginn der Arbeit an belastendem Material: Patient wählt zu bearbeitende Situation Frage: Welches Material wollen/können sie heute bearbeiten? (> emotionale Präsenz) (Absorptionstechnik, Knotentechnik, Absorptionstechnik)
- Bei Gewalttätern immer zuerst eigenes Opfererleben bearbeiten.
- Tauchen in der EMDR Sitzung Ressourcen oder Ego-States (Helfer) auf, werden diese prozessiert. Ist ein oder ein verletzter Anteil da, wird dieser in Sicherheit gebracht und prozessiert, im Protokoll fortgefahren.



Fallbeispiel Herr S.

- 36 jähriger Patient, seit dem 11 Lj. Alkohol, ab dem 16 Lj. Cannabis, später auch (Meth-) Amphetamine, XTC
- Sexueller Missbrauch (Oralverkehr ab 6 Lj.) durch den alkoholabhängigen Vater vom 5 Lj. bis zum 15 Lj., 2 – 4 Mal wöchentlich; Missbrauch war „offenes Familiengeheimnis. Von den Geschwistern schien er „geopfert“ worden zu sein. LES > 49; DES Taxon 40%
- Vater wurde 3 x wegen sex. Übergriffen inhaftiert. 1 x wegen denen gegenüber des Sohnes; Die Mutter bat ihn, seine Aussage als Lüge zu revidieren, damit Vater wieder entlassen wird.
- bisher 2 Entgiftungsbehandlungen; erste Reha-Behandlung
- der Patient klagt seit dem Entzug über Intrusionen und mangelnde Emotionsregulation





- Kann sich kaum an „schlimmste Ereignisse“ erinnern. Alles erscheint als „Brei“.
- Er fühlt sich „schuldig“, um die Mutter zu entlasten, die Zeuge des Missbrauch gewesen sei. Nimmt die Verantwortung für den Missbrauch auf sich „ich hätte mich wehren müssen“.
- Es ließen sich 3 States auffinden:
 - verletztes Kind „ich bin verlassen“,
 - toughes Kind „alles ist schon gut, ich komm klar „ >Konsum
 - verantwortliches Kind „ich hätte es verhindern müssen“. Das verantwortliche Kind schützt die Beziehung zur Mutter.

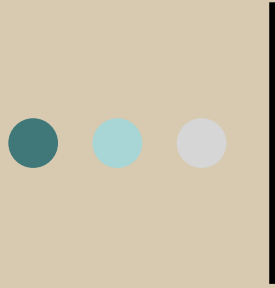




1. Phase > Stabilisierung

- Stabilisation mit der Position of Power und Ego-State-Arbeit bzw. Arbeit mit dem „inneren Kind“. Dadurch konnte eine emotionale Stabilität und eine positive Bindung hergestellt werden.
- Einsatz der Absorbitionstechnik > Behandlungsanforderungen
- Ego-State Arbeit zur Sicherung eines weiteren Anteiles mit EMDR
- Anlegen der Traumalandkarte und der Triggerliste mit „sicherem Ort“ und „Tresor“. Hauptbelastung: Verrat durch die Mutter zu finden
- Erarbeiten eines Ressourcen Ego-States > innerer Helfer, der unterstützen, Verankerung mit EMDR > „der der alle in Sicherheit bringt“





2. Phase > Bearbeitung belastungsrelevanter Situationen

- Absorbtionstechnik mit vom Patienten ausgewählter Erinnerung
- EMDR Standardprotokoll mit ebendieser 1. Sitzung (kognitives Einweben > Kind an sicheren Ort bringen) > Ende mit SUD = 4 und Tresor, Position of Power
- EMDR Standardprotokoll 2. Sitzung SUD = 0
- Patient zeigte sich stabilisiert und gab an, keinerlei Belastung zu verspüren. Es wird deutlich, dass das Alltagsbewusstsein keine Belastung zulassen kann. Dissoziation > Schutz der Mutter
- Absorbtionstechnik mit schlimmster Situation > Mutter verlässt ihn
- EMDR Standard Protokoll schlimmste Situation SUD = 1
- Absorbtionstechnik mit SUD = 2 in der Folgesitzung





- Ego-State Arbeit zum Anteil der die Mutter schützt > Trauerarbeit über die Verlassenheit und „sicherer Ort“. Integration Verankerung mit EMDR
- EMDR Standardprotokoll zur Verratsituation SUD = 0
- Absorptionstechnik mit erneutem SUD = 3 > SUD = 0 > stabil

3. Integration und Stabilisierung

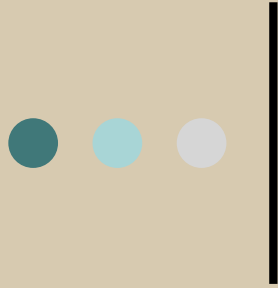
- Erweiterung des Ressourcen Ego-State
- Abschluss mit „Notfallkoffer“ und Arbeit an den Triggern
- Zukunftsprojektion mit EMDR > relevante Bilder prozessiert.



Herr H.

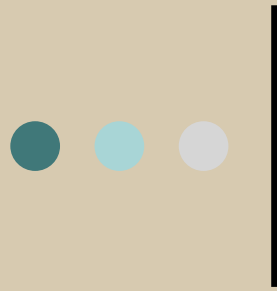
- 38 Jahre Iran, 6 jährig Flucht aus Iran nach Hamburg, Vater opiumabhängig, über Jahre körperliche /psychische Misshandlungen. Suizid des Vaters mit 14 J. Schuldgefühle nachdem sich der Patient einmalig gewehrt hatte.
- Er beginnt 17 jährig als Geldeintreiber zu arbeiten. Eigene Gewalt (bis hin zu 3 fachem versuchten Totschlag/Waffengewalt) und erlebte Gewalt wechseln sich ab. Unter Kokain extreme Gewalt mit massiven Schuldgefühlen.
- Aufnahme in der Klinik erheblich instabil, Angstzustände, Schweißausbrüche, auffällig devotes Verhalten. Politoxikomanie, Hauptdroge Heroin. KPTBS mit dissoziativen Phänomenen, Intrusionen vom Suizid des Vaters, unzähligen Gewalterfahrungen und eigener Gewalttätigkeit, Opfer und Täterschaft mischen sich
- LES 49; DES-Taxon 33%





- Beginn der Stabilisationsphase in der 3. BW, da Patient nach Entzug schwerere Symptome zeigt (Psychoedukation, sicherer Ort, Tresor, innere Helfer, Position of Power)
- Absorptionstechnik mit aktueller Aggression, die er belastend erlebt.
- CIPOS mit erlebter Belastung im Alltag. Traumalandkarte und Ressourcenarbeit.
- Absorptionstechnik SUD =10 zu erlebter Gewalt vom Vater zu SUD = 5; EMDR Standard mit Situation Vater > Dissoziationsphänomene > Wegtauchen > kognitives Einweben: würdigen der Diss. Und Auflösung der Diss. und Fortführung des Protokolls
- Absorption und positive Kognition SUD = 0, stabil





- CIPOS Technik zum Thema Tod des Vaters / Zeugenschaft und Schuld SUD 10 nach SUD 5
- EMDR Standard Protokoll zum Tod des Vaters > Schuldgefühle und Hass > Ressource Engel taucht auf > prozessiert und Fortführung des Protokolls. SUD = 0
- CravEx zu Rückfallgefahr eigene Gewalttätigkeit LoU = 8 zu LoU = 1
- CIPOS zu Ohnmacht in Gewaltsituation SUD = 9 zu SUD = 0 stabil
- Absorptionstechnik zu Täterschaft SUD = 8 zu SUD = 4
- EMDR Standardprotokoll zu Ohnmacht in Täterschaft SUD = 0
- Zukunftsprojektion Gewalt und Drogenkonsum LoU = 7 zu LoU = 0
- Verankerung eines Ressourcenbildes als „Schutzengel“



