

Konfrontation bei Komplextraumatisierung – Wie viel macht wann Sinn?

Dr. Claudia Gärtner

Theodor Fliedner Stiftung, Fliedner Krankenhaus Ratingen

Klinischer Alltag in der Akutpsychiatrie

- PatientInnen mit traumatisch belasteten Biographien sind in der akutpsychiatrischen Regelversorgung allgegenwärtig.
- Dieser Umstand ist nur selten bis gar nicht in einer ICD-konformen Diagnose abbildbar.
- Demgegenüber stehen Ärztinnen und Ärzte mit wenig bis gar keiner traumatherapeutischen Expertise, wenigstens mit dem Therapieziel einer Stabilisierung.

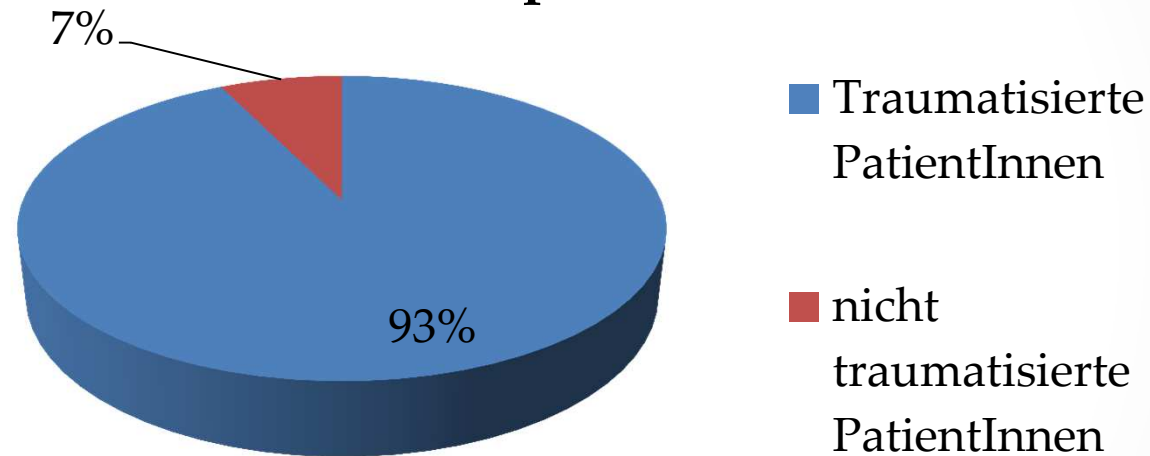
Patienten und Patientinnen mit traumatisch belastenden Biographien in der Akutversorgung

- Neben psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern weisen auch hausärztliche Praxen zahlreiche Patientinnen und Patienten mit traumatischen Erfahrungen auf, wie eine Studie von Kuwert et al. (2015) zeigen konnte.
- Da traumatische Erfahrungen als signifikanter Kofaktor für die Entstehung chronischer körperlichen Erkrankungen gelten, spielt die Anamnese traumatisch belasteter Biographien für eine adäquate hausärztliche Versorgung eine zentrale Rolle (vgl. Reddemann et al, 2014).

Traumabelastung bei Patienten und Patientinnen in 4 psychiatrischen Fachkliniken (N=135)

♂ = 57, ♀ = 78,
Alter \bar{x} = 41,23

Traumatische Erfahrungen der Gesamtstichprobe (N=135)

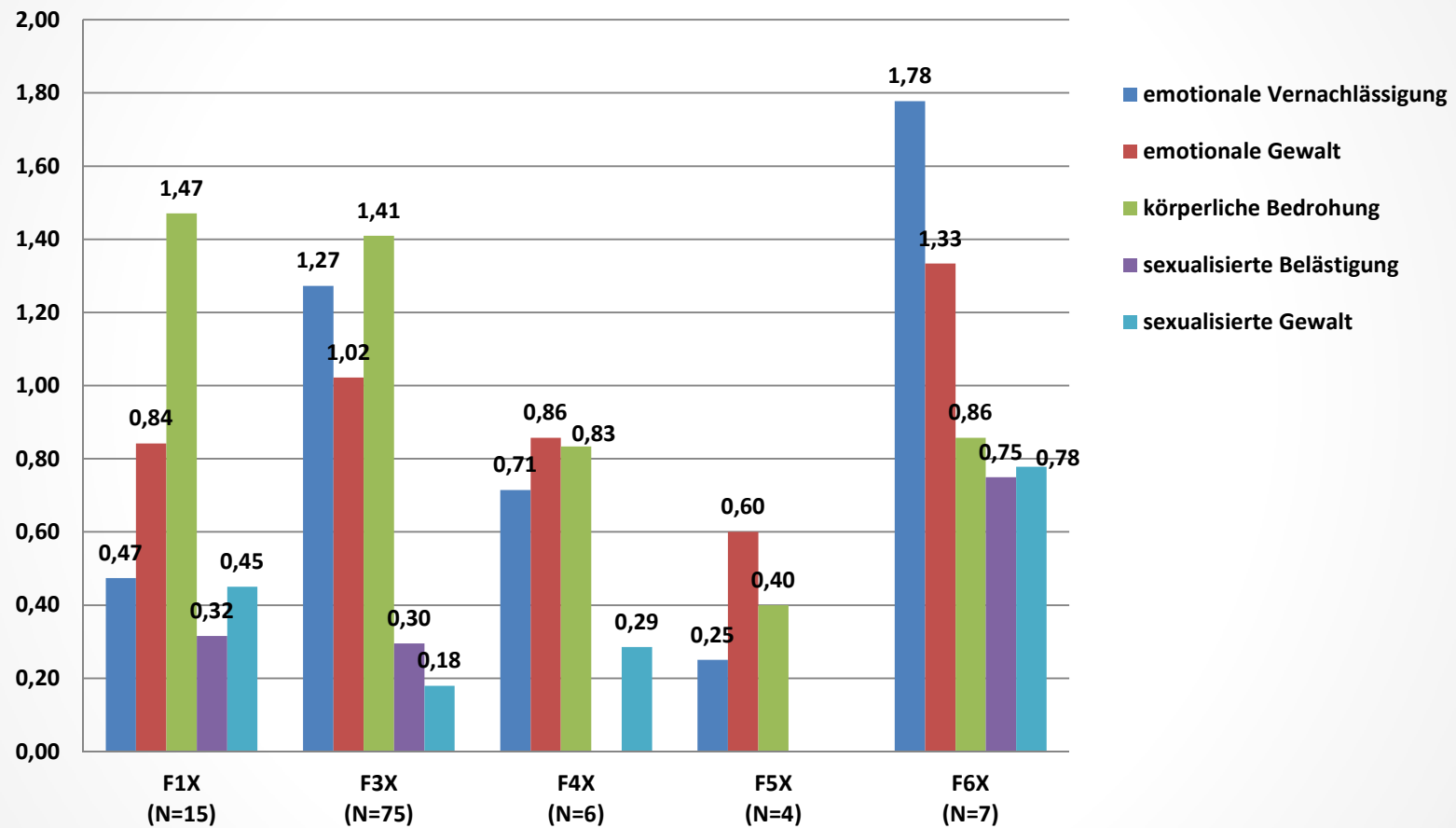


Im Mittel berichteten die PatientInnen von **6 traumatischen Erlebnissen** im Laufe ihres Lebens bei einem Range von **0 bis 21 traumatischen Ereignissen!**

Patienten und Patientinnen mit traumatisch belastenden Biographien in der Akutversorgung

- Viele unserer PatientInnen weisen in ihrer Biographie eine Vielzahl traumainduzierender Erlebnisse auf, die die Kategorien physische, sexualisierte und emotionale Gewalt umfassen und können daher als komplextraumatisiert bezeichnet werden. Dieser Umstand ist nur selten bis gar nicht in einer ICD-konformen Diagnose abbildbar.
- Aufgrund der fehlenden Klassifikation als eigenständige Störung sowohl im ICD-10, als auch im überarbeiteten DSM-V bleibt diese Gruppe von PatientInnen **diagnostisch immer noch namenlos und heimatlos** und TherapeutInnen sind gezwungen, die zugehörigen Einzelsymptome unabhängig voneinander wie komorbide Störungsbilder zu kodieren.

Traumatische Erfahrungen, getrennt nach Diagnosegruppe



Patienten und Patientinnen mit traumatisch belastenden Biographien in der Akutversorgung

- Gehen wir auf der anderen Seite aber davon aus, dass die Symptome der komplexen Traumafolgestörung – *Dissoziation, somatoforme Störungen* und die *verschiedenen Persönlichkeitsveränderungen* komplexe somatische, kognitive, affektive und verhaltensbezogene Folgen komplexer psychischer Traumatisierungen darstellen, so hat dieses singularisierende Vorgehen weitreichende Folgen für den therapeutischen Prozess und den Therapieerfolg

(Vgl. Wöller, 2013).

Komplexe psychische Traumata

⇒ Als durch starke Stressoren bedingt, die:

1. Wiederholt oder längerfristig einwirken
2. Eine Schädigung oder das Verlassenwerden durch wichtige Bezugspersonen oder andere für verantwortungsbewusst gehaltene Erwachsene beinhaltet
3. In besonders wichtigen Entwicklungsabschnitten im Leben des Opfers aktiv sind

Ford, J.D. & Courtois, C.A. (2011)

*Wer, wenn ich schrie, hörte mich denn aus der Engel
Ordnungen? und gesetzt selbst, es nähme
einer mich plötzlich ans Herz: ich verginge von seinem
stärkeren Dasein. Denn das Schöne ist nichts,
als des schrecklichen Anfang, den wir noch gerade ertragen,
und wir bewundern es so, weil es gelassen verschmäht,
uns zu zerstören. Ein jeder Engel ist schrecklich.
Und so verhalte ich mich denn und verschlucke den Lockruf
dunkeln Schluchzens. Ach, wen vermögen
wir denn zu brauchen? Engel nicht, Menschen nicht,
und die findigen Tiere merken es schon,
dass wir nicht sehr verlässlich zu Haus sind
in der gedeuteten Welt.*

Rainer Maria Rilke, 1912

Komplexe psychische Traumata

- Beinhalten ihrem Wesen gemäß und aufgrund des Zeitpunktes ihres Auftretens Extremformen traumatischer Belastung.
- Lebensbedrohlich und mit körperlichen Verletzungen verbunden
- Chronische Geschehnisse mit interpersonalem Charakter
- Sie beeinträchtigen die Persönlichkeitsentwicklung und das Grundvertrauen der betroffenen Menschen in primären Beziehungen
- ⇒ Komplexe Traumafolgestörungen beinhalten erheblich mehr, als der klassischen Traumadefinition entspricht
- ⇒ Beinhalten oft eine Kombination andere Störungen und Symptome gemäß Achse I und Achse II (Persönlichkeit)
- ⇒ Gesundheitliche Probleme nach Achse III
- ⇒ Schwerwiegende psychosoziale Beeinträchtigungen nach Achse V
- ⇒ Diagnostische Kriterien für PTBS im neuen DSM V deutlich erweitert aber **keine eigenständige Diagnose** der komplexen Traumafolgestörung

Emotionale Misshandlung

emotionale Vernachlässigung: inadäquate o. fehlende emotionale Fürsorge u. Zuwendung, nicht hinreichendes o. ständig wechselndes und dadurch insuffizientes emotionales Beziehungsangebot

- keine Zuwendung, Liebe, Respekt, Geborgenheit
- mangelnde Anregung / Förderung der motorischen, kognitiven, emotionalen, sozialen Fähigkeiten
- mangelnde Wahrnehmung und Unterstützung des Schulunterrichts
- permissive Eltern bei Schulschwänzen
- keine Förderung der Ausbildung und Erwerb sozialer Kompetenz
- keine Hilfen zur „Lebenstüchtigkeit“, Selbständigkeit, zur Bewältigung der
Alltagsanforderungen
- keine angemessenen Grenzen setzen, keine Belehrung über Gefahren
- Zeugen chronischer Partnergewalt zwischen den Eltern
- permissive Eltern bei Drogenabusus und Delinquenz der Kinder
- Verweigerung / Verzögerung psychologischer / psychiatrischer Hilfen

Emotionale Misshandlung

Emotionale Gewalt: unzureichend definiert, Überschneidungen mit emotionaler Vernachlässigung

Beeinträchtigung / Schädigung der Entwicklung der Kinder durch

- Ablehnung
- Isolierung
- Terrorisierung
- Verängstigung

Beginn: Beschimpfen, Verspotten, Erniedrigen, Ignorieren, Liebesentzug

bis: Quälen, Einsperren, Isolieren von Gleichaltrigen, Sündenbockrolle, massive Bedrohungen, Todesdrohungen

aber auch: zu starkes Behüten und Erdrücken eines Kindes, Überforderung durch unangemessene Pflichten

→ massiv gestörte Beziehung bzw. Interaktionsstörung

Physische Misshandlung

direkte Gewalteinwirkung durch:

- Ohrfeigen
- Schlagen mit Händen, Stöcken, Peitschen
- Stoßen von der Treppe
- Schleudern gegen die Wand
- Schütteln eines Kleinstkindes
- Verbrennen mit heißem Wasser oder Zigaretten
- auf den Ofen setzen
- Einklemmen in Türen oder Autofensterscheiben
- ins kalte Wasser setzen u. untertauchen
- Pieksen u. Nadeln
- eigenen Kot essen u. Urin trinken lassen
- Würgen
- Vergiftungen
-

Sexualisierte Gewalt

Sexualisierte Belästigung und sexualisierte Übergriffe

- „dass zwischen Tätern und Opfern in der Regel ein Gefälle im Hinblick auf das Alter, Reife oder Macht besteht und dass es sich um sexualisierte Übergriffe handelt, die gegen den Willen des Kindes (des Opfers) erfolgen (Engfer, 2005, S.12)“.

*„Ich liebe dich, mich reizt deine schöne Gestalt;
Und bist du nicht willig, so brauch' ich Gewalt.“ —
Mein Vater, mein Vater, jetzt faßt er mich an!
Erlkönig hat mir ein Leids getan! —*

*Und der wilde Knabe brach
's Röslein auf der Heiden;
Röslein wehrte sich und stach,
Half ihm doch kein Weh und Ach,
Musst es eben leiden.
Röslein, Röslein, Röslein rot,
Röslein auf der Heiden.*

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- Es besteht die Annahme, dass die Strategien des Aufdeckens traumatischen Materials, der Konfrontation mit ihm und seiner Verarbeitung, die das Fundament der PTBS-Therapie bilden auch bei komplexer Traumafolgestörung wirksam seien.

ABER

- Studien (z.B. van der Kolk, 2001; Gold, 2011) berichten, dass Standard-Traumabehandlungen, die sich auf die Arbeit am traumatischen Material konzentrieren, nicht nur keine Besserung erzielten, sondern häufig das Leiden der PatientInnen schnell verstärkten und ihre problematischen Verhaltensweisen noch verschlimmerten

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- Viele Menschen verstehen unter Traumatherapie ausschließlich die Durcharbeitung der einst unaushaltbaren Erfahrungen.
 - Sie glauben wenn sie nur rasch an den Kern der Sache – die schrecklichen Bilder und schmerzhaften Erinnerungen – herankämen, wenn sie genau darüber sprechen könnten, vielleicht sogar es herausschreien und dann weinen – dann wäre es gut.
 - Das führt häufig dazu, dass PatientInnen in Einzel- und Gruppentherapeutischen Sitzungen ohne ausreichende Stabilisierung für sie extrem belastenden Erinnerungen ausgesetzt werden.
- ⇒ Dieses unvorbereitet und unreflektierte „erzählen Sie mal“ führt dann schnell zu einer für den Patienten oder die Patientin **unkontrollierbaren Affektüberflutung**, die zu einer **Symptomverstärkung** oder gar einem **Therapieabbruch** führen kann!!!!!!

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- Die häufig zu frühe oder gar unvorbereitete Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen führt dazu, dass Bilder hochgeholt wurden, die dann vom erwachsenen Ich nicht mehr gehalten und bewältigt werden können!!!
- Man hebt in aller Regel Fragmentierung und Dissoziation nicht durch „Darüberreden“ auf

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- Komplextraumatisierte Menschen mögen keine Überraschungen. Sie haben Angst vor allem Unbekanntem ⇒ haben oft genug erlebt, wie ihnen der Boden unter den Füßen weggezogen wurde.
- Sie haben als Kind und in mehreren Phasen ihres Lebens erleiden müssen, wie Personen, die eigentlich fürsorglich sein sollten ihnen weh taten.
- Sie sind also misstrauisch und fürchten in einer Traumaexpositionssituation wieder außer Kontrolle zu geraten und erneut traumatisiert zu werden

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen befinden sich häufig aufgrund ihrer Erfahrungen von Verrat und Missbrauch – oft durch primäre Bezugspersonen in einer für sie wichtigen Entwicklungsphase – **in einem festgefahrenen Muster von Kontrollverlust, Unzugänglichkeit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit.**
- Eine Reduktion der Therapie auf einzelne Symptome wie beispielsweise Depression und Angststörung wird daher dem Patienten und der Patientin nichtgerecht und verfehlt letztendlich das Ziel der höchstmöglichen Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Männer und Frauen.

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- **Vor jeglicher konfrontativen Arbeit steht erst einmal Mitgefühl, Wertschätzung und die Würdigung erfahrenen Leids und eine Phase der Stabilisierung und Ressourcenarbeit!!!**
- Erst bei ausreichender innerer und äußerer Sicherheit, innerer Kooperation und Hilfsmöglichkeiten, befriedigender Affektkontrolle und dem möglichen Rückgriff auf innere Ressourcen und ein äußeres stabiles soziales Netzwerk der PatientIn kann man in die Konfrontation mit traumatischen Material gehen.

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- Die internationale Fachgesellschaft für Studien zu traumatischen Stress (ISTSS) empfiehlt in ihren Behandlungs-Guidelines ein phasenorientiertes Vorgehen bestehend aus 3 Phasen,, die sich an einer Hierarchie von zentralen Bedürfnissen“ auf Seiten der PatientInnen orientieren.
- Bereits zu Anfang wird deutlich gemacht, dass eine Behandlung komplexer Traumafolgestörungen sich nicht nur auf die Reduktion der psychiatrischen Symptomatik beschränken darf, sondern, dass begleitend dazu auch eine Stärkung zentraler Fähigkeiten und Fertigkeiten wie **Selbstregulation** und **Ressourcenarbeit** stattfinden muss.

(vgl. Cloitre, et al., 2012).

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- In der ersten Phase der Behandlung , der Stabilisierungsphase, ist die Sicherheit des Patienten oder der Patientin (sowohl äußere, als auch innere Sicherheit) zentrales Ziel der Intervention.
- Darüber hinaus gilt es in dieser Stabilisierungsphase den Umgang mit Emotionen zu verbessern und das Selbstkonzept zu stärken.

Therapie komplexer Traumafolgestörung

- In der zweiten Phase der Behandlung geht es um die Bearbeitung traumatischer Erinnerungen unter Einsatz konfrontativer Elemente. Die vorhergehende Erfahrung von Sicherheit und Selbstwirksamkeit bildet neben einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und dem Erlernen von Distanzierungstechniken die Grundlage für die Arbeit mit traumatischen Material.
- Bei einer schwer leidenden, überfluteten, instabilen Patientin besteht keine Indikation zur Konfrontation, hier steht die Stabilisierung im Vordergrund.
- Eine Konfrontation muss mit der Patientin sorgfältig vorbereitet werden!

Konfrontation

- Konfrontation ist nicht identisch mit Erzählen!
- Es geht darum, dass bei einer Traumakonfrontation eine Auseinandersetzung en detail mit der traumatischen Erfahrung stattfinden soll.
- Das bedeutet, dass die Patientin auch den Schmerz und alle belastenden Gefühle von damals noch einmal – mehr oder weniger heftig – erlebt
- Dazu muss sie in der Lage sprich stabil genug sein.

**Keine
Konfrontation bei
bestehendem
Täterkontakt!!!!!!!**



Kontraindikation für Konfrontation

- **Täterkontakt**
- **Keine äußere Sicherheit**
- Psychose
- Suizidalität
- Schwere körperliche Erkrankung
- Instabile psychosoziale Situation
- Mangelnde Affekttoleranz
- Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- Unkontrolliertes autoaggressives Verhalten (an Täterkontakt bzw. Beeinflussung denken!)
- Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis



Konfrontation

Wenn PatientInnen durch das Sprechen über traumatische Erfahrungen massiv unter Druck geraten, so dass einige Stunden oder auch unmittelbar danach Symptome entstehen wie Schneidedruck, Alkohol-und Medikamentenabusus, Intrusion, Flashbacks oder abendliche Erregungszustände, ist dies ein Hinweis darauf, dass traumatische Erfahrungen dissoziiert gespeichert wurden. In diesem Fall ist eine vertiefende Traumaexploration- oder gar Exposition kontraindiziert.

Reddemann, 2015

Konfrontation

- Voraussetzung für die detaillierte Auseinandersetzung mit der traumatischen Situation ist ausreichende Stabilität.
- ⇒ PatientIn muss über ausreichend Selbstregulationsfähigkeiten verfügen, um mit belastenden Material (Affekte, Kognitionen) umgehen zu können , ohne zu dissoziieren.
- ⇒ PatientIn muss in der Lage sein, sich zu distanzieren, sonst Affektüberflutung (Bildschirmtechnik, innerer Beobachter)
- ⇒ PatientIn muss sich trösten können – Ressourcenarbeit
- ⇒ TherapeutIn muss in der Lage sein, PatientIn im Notfall wieder zu stabilisieren

***„Erst Gas geben, wenn Sie auch bremsen können!!!!“
(Luise Reddemann, 2012)***

Vorbereitung der Konfrontation

- Treffen Sie die Entscheidung zur Konfrontation gemeinsam mit der Patientin (shared-decision making)
- **Die Patientin hat ein recht auf NEIN!!**
- Erklären Sie genau den Ablauf / die Technik
- Üben Sie die Technik vorab an einem positiven Beispiel
- Aufsuchen der traumatischen Situation in einem klar strukturierten Setting
- Arbeiten Sie nur mit kurzen Sequenzen, legen Sie Anfang und Ende vorher fest.
- Vereinbaren Sie ein Stopp-Signal – **Stopp ist Stopp, ohne Rechtfertigungszwang!!**

Vorbereitung der Konfrontation

- Legen Sie gemeinsam mit der Patientin fest, wie diese nach der konfrontativen Sitzung gut für sich sorgen kann.
- **Planen Sie ausreichend Zeit ein!**
 - ⇒ Es ist sehr wichtig, dass Sie genügend Zeit haben der Patientin zu helfen, sich zu reorientieren und zu trösten (ca. 1/3 der Gesamtzeit)
- Planen Sie kurzfristige Termine ein oder die Möglichkeit der Kontaktaufnahme (Email; Telefon, SMS...)

Nach der Konfrontation

- Stellen Sie sicher, dass die Patientin wieder im Hier-und-Jetzt ist, helfen Sie ggf. bei der Reorientierung
- Überprüfen Sie , dass die Patientin weiß:

*Das war damals, ich habe überlebt, **es ist vorbei!!!***

- ***Nach der traumatischen Erfahrung ist es besonders heilsam, wenn die Betroffenen Trost und Mitgefühl erfahren (Luise Reddemann, 2012)***

„Es ist Aufgabe des Arztes manchmal zu heilen, oft zu lindern und immer zu trösten“ (Eckard Nagel, 2010)

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

(PITT)

- PITT versteht sich als angewandte Psychoanalyse mit Hilfe des „ego-state-Ansatzes“ nach Federn und Watkins.
- Auf die Beachtung des Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehens wird Wert gelegt.
- Die daraus resultierenden Erkenntnisse werden genutzt, die Patientin/den Patienten zu einem veränderten – imaginativen sowie handlungsorientierten – Umgang mit sich selbst anzuregen.

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

(PITT)

- Mitgefühl und Trost, aber auch Anerkennung des geschehenen Unrechts werden im Umgang des erwachsenen Selbst mit „jüngeren“ – verletzten – Selbstanteilen stark betont und geübt.
- **Herzstück der therapeutischen Arbeit sind mitgeföhlsbasierte Interventionen sowie die Arbeit mit verletzten jüngeren Anteilen, welche vom Patienten mit Unterstützung der Therapeutin imaginativ liebevoll versorgt werden und lernen, dass sie sich in einer anderen Zeit befinden in welcher sie in Sicherheit sind.**

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

(PITT)

- Leitend ist auch das Konzept eines „heilen Kerns“ und daraus abgeleitet die Notwendigkeit der Unterstützung selbstregulativer Prozesse, also Resilienz- und Ressourcenorientierung.
- So wird über das Medium einer hilfreichen Beziehung vor allem die Selbstbeziehung und Selbstberuhigungsfähigkeit betont und mittels Imagination angeregt, diese neu zu gestalten und seelische Wunden damit einer Heilung zuzuführen.

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

(PITT)

- Mitgefühl der Therapeutin/des Therapeuten und der Patientin/des Patienten für sich selbst im Sinne einer imaginativen Nachbeelung nimmt einen zentralen Platz in der therapeutischen Arbeit ein.
- Die therapeutische Haltung begründet sich aus einer phänomenologischen Sichtweise, einer Orientierung am Würdeprinzip nach Kant, sowie Prinzipien der buddhistischen Ethik (Achtsamkeit und Mitgefühl).



**KoKo Konfrontation bei
Komplextraumatisierung –
Eine qualitative Studie zur subjektiven
Wahrnehmung konfrontativer Erfahrungen
bei komplextraumatisierten PatientInnen**

**Claudia Gärtner¹, Peer Abilgaard²,
Luise Reddemann³**

¹ Theodor Fliedner Stiftung, Fliedner Krankenhaus Ratingen

² Helios St. Vincent Klinik Duisburg, Klinik für Psychiatrie

³ Psychotherapeutische Praxis, Köln

KoKo

**Semistrukturierte Interviews mit anschließender
kategorienbasierter inhaltsanalytischer Auswertung**

Auswahlkriterium:

- **Komplexe Traumafolgestörung**
- **In ambulanter PITT-Therapie (streng nach Manual)**
- **Konfrontationserfahrung in vorheriger Therapie**
- **Ausreichende Stabilität**

Hauptkategorien

Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung (+ -)

- Kompetenzerwartung und Handlung-Ergebnis-Erwartungen
- Überzeugung über ausreichende Handlungsmöglichkeiten zu verfügen
- Selbstbezogene Kognitionen
- Selbstregulationsfähigkeiten
- Distanzierungsfähigkeiten
- Aushalten von Gefühlen und Erregung (Selbstberuhigung)
- Stabilisierungsübungen gelernt haben
- Das Gefühl Kontrolle über die Situation zu haben
- Erfahrung den Prozess steuern zu können und nicht ausgeliefert zu sein

Hilflosigkeit (+ -)

- Gefühl des Ausgeliefertsein
- Wahrnehmung von Unkontrollierbarkeit
- Überflutung mit negativer Erregung, Gefühle und Kognitionen
- Dissoziierung
- Erwartung auch in Zukunft keine Kontrolle zu haben

Lebensqualität

- Subjektiv wahrgenommene Lebensqualität
- Beziehungen zu anderen Menschen
- Symptomreduktion
- Hoffnung haben, künftig mit dem Leben besser klar zu kommen

Würdeorientierung und Wertschätzung

- Würdigung und Anerkennung des Leids
- Ein Recht auf „Nein“
- Shared decision making
- Beziehung zum Therapeuten / Arbeitsbündnis
- In Ihrer Würde und Autonomie respektiert fühlen
- Sich unterstützt fühlen und nicht überfordert und überwältigt

Selbstfürsorge / Selbstmitgefühl

- Hilfe annehmen
- Sich selbst mitfühlend begegnen
- Sich etwas „Gutes“ tun
- Achtsamkeit
- Akzeptanz
- Sich erlauben, für sich zu Sorgen
- Mit sich selbst mitfühlender und fürsorglicher umgehen

Erleben von Sicherheit (+ -)

- Gefühl im Hier und Jetzt in Sicherheit zu sein
- Innere und äußere Sicherheit
- Sich sicher fühlen mit den Behandlern und behutsam begleitet

Vor- und Nachbereitung der Konfrontation

- Zeitpunkt
- Entscheidungsfindung
- Aufklärung über Technik
- Informationen
- Nachsorge

Konfrontation

- Erleben / Grad der Belastung
- Subjektive Nutzen

Ressourcen / Resilienzen (+ -)

- Heilsame Bilder
- Freudebiografie
- Dinge, die einem Freude machen, die man gut kann
- Eigene Stärken und Kompetenzen

Arbeit mit verletzten jüngeren Anteilen

- Wahrnehmung als einen Form der Konfrontation im Sinne des (detaillierten) Erinnerens früherer belastender Ereignisse

Zusammenfassung

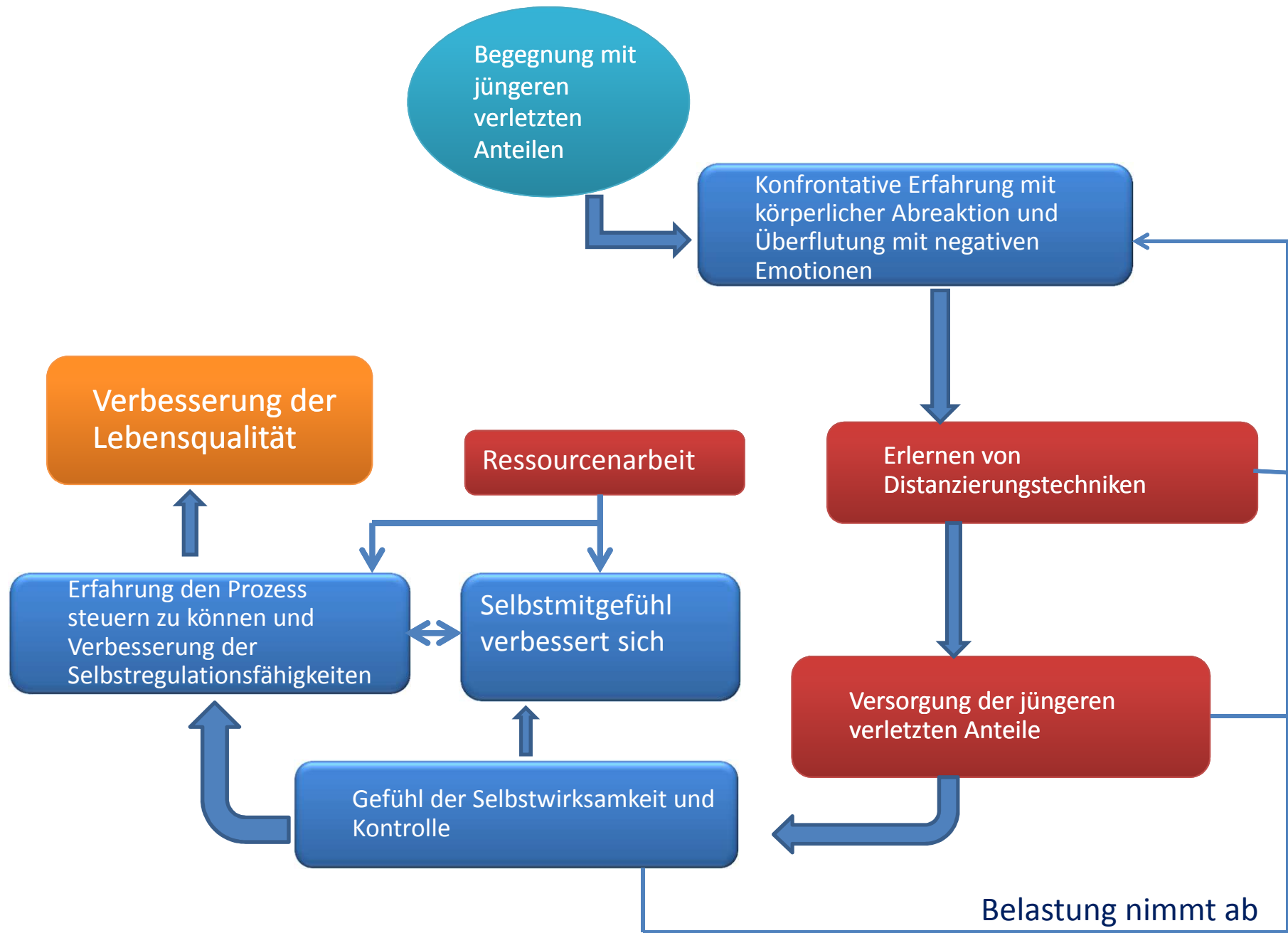
- Die so wichtige Versorgung von häufig zahlreichen verletzten jüngeren Ichs ist mehr als reine Stabilisierung.
- Es handelt sich hierbei um “**Mini-Konfrontationen**“ mit kindlich erfahrenem Leid, das aber bereits in der frühen Behandlungsphase, also der Stabilisierungsphase vom erwachsenen Ich zu leisten ist, so dass hierüber **Kontrolle** und **Steuerungsfähigkeit** von der Patientin oder dem Patienten erfahren werden kann, was gleichsam stabilisierend und stärkend wirkt.

Zusammenfassung

- Die Selbstwirksamkeit, aber auch Selbstmitgefühl, das die PatientInnen in der Arbeit mit PITT über eine schonende und mitfühlende Versorgung innerer Kindanteile erfahren, führt letztendlich dazu, die Fähigkeit von eigener Kontrolle und Steuerung zu bemerken und unterbricht das alte Muster eines Gefühls der Mangelhaftigkeit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit.
- Die Arbeit mit den jüngeren Anteilen führt auch zu der Erfahrung den Prozess steuern zu können und damit auch zu einer Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeiten.

Zusammenfassung

- Häufig reicht vielen Patienten und Patientinnen die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Kontrolle aus, so dass auch ohne eine Traumakonfrontation im engeren Sinne eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann.



Zusammenfassung

- Die im Rahmen der Stabilisierungsphase gemachten Erfahrungen von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, sowie die Möglichkeit sich durch aktive Distanzierung selbst regulieren zu können, erlauben dem Patienten und der Patientin eine stabile Orientierung im Hier-und-Jetzt und verhindern somit eine Affektüberflutung und ein erneutes Gefühl des Ausgeliefertsein während der Konfrontation.
- Die anschließende Integration und notwendige Trauerarbeit hilft den PatientInnen mit der Vergangenheit abzuschließen was zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität beiträgt.

Zusammenfassung

- Eine schlecht vorbereitete Konfrontation ohne ausreichende vorhergehende Stabilisierung kann eine zusätzliche Traumatisierung bewirken
- Verschlechterung der Lebensqualität bis hin zu Suizidgedanken und erneuter stationärer Aufnahme.
- Traumakonfrontation dient der Verbesserung der Lebensqualität in der Gegenwart, das gelingt nicht, wenn man sich fortwährend in der Vergangenheit aufhält!

Zusammenfassung

- Die Therapie der komplexen Traumafolgestörung ist mehr, als die Summe ihrer Teile.
- Es geht nicht um die Behandlung einer Liste von klinisch manifesten Symptomen und das Abarbeiten traumatischer Erinnerungen, sondern um eine wertschätzende und würdeorientierte Begleitung des Einzelnen mit dem Ziel die Folgen einer langanhaltenden und/oder wiederholten Traumatisierung zu mildern und damit die Lebensqualität des Betroffenen oder der Betroffenen zu verbessern.
- Im Vordergrund sollte dabei immer die Förderung der Selbstregulation und im Sinne einer Resilienzorientierung die Stärkung und Würdigung vorhandener Ressourcen sein.

Literaturempfehlungen

- Abilgaard, P. (2013). *Stabilisierende Psychotherapie in akuten Krisen*. Stuttgart: Klett-cotta.
- Egle, U.T., Jotaschky, P.; Lampe, A., Seiffge-Krenke, I. & Cierpka, M. (Hrsg.) (2015). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. 4. Überarb. Auflage. Stuttgart: Schattauer
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-cotta.
- Reddemann, L. (2012). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual* (7. Auflage). Stuttgart: Klett-cotta.
- Wöller, W. (2006/2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen*. 2 Auflage. Stuttgart: Schattauer.

**Danke
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

