

**Gute Praxis II:
Ambulante Versorgung von Patienten und
Patientinnen mit Posttraumatischer
Belastungsstörung und anderen
Traumafolgestörungen.**

Dr. Anne Boos, Freie Praxis Großharthau
Lehrpraxis TU Dresden

Gute klinische Praxis

- ***Verhaltenstherapie: gutes, theoriegeleitetes Verständnis des Aufrechterhaltung der PTB unter Würdigung der Ätiologie und Komorbidität.***
- **Traumatherapie: „Warum tut das Trauma/ die Traumatisierung noch weh?“**

Trauma

Traumagedächtnis:
elaborieren/konfrontieren.
“Wie ist das Trauma abgespeichert?”

**Bewertungen des Traumas
und seiner Konsequenzen:**
entkräften. “Welche Gedanken quälen?”

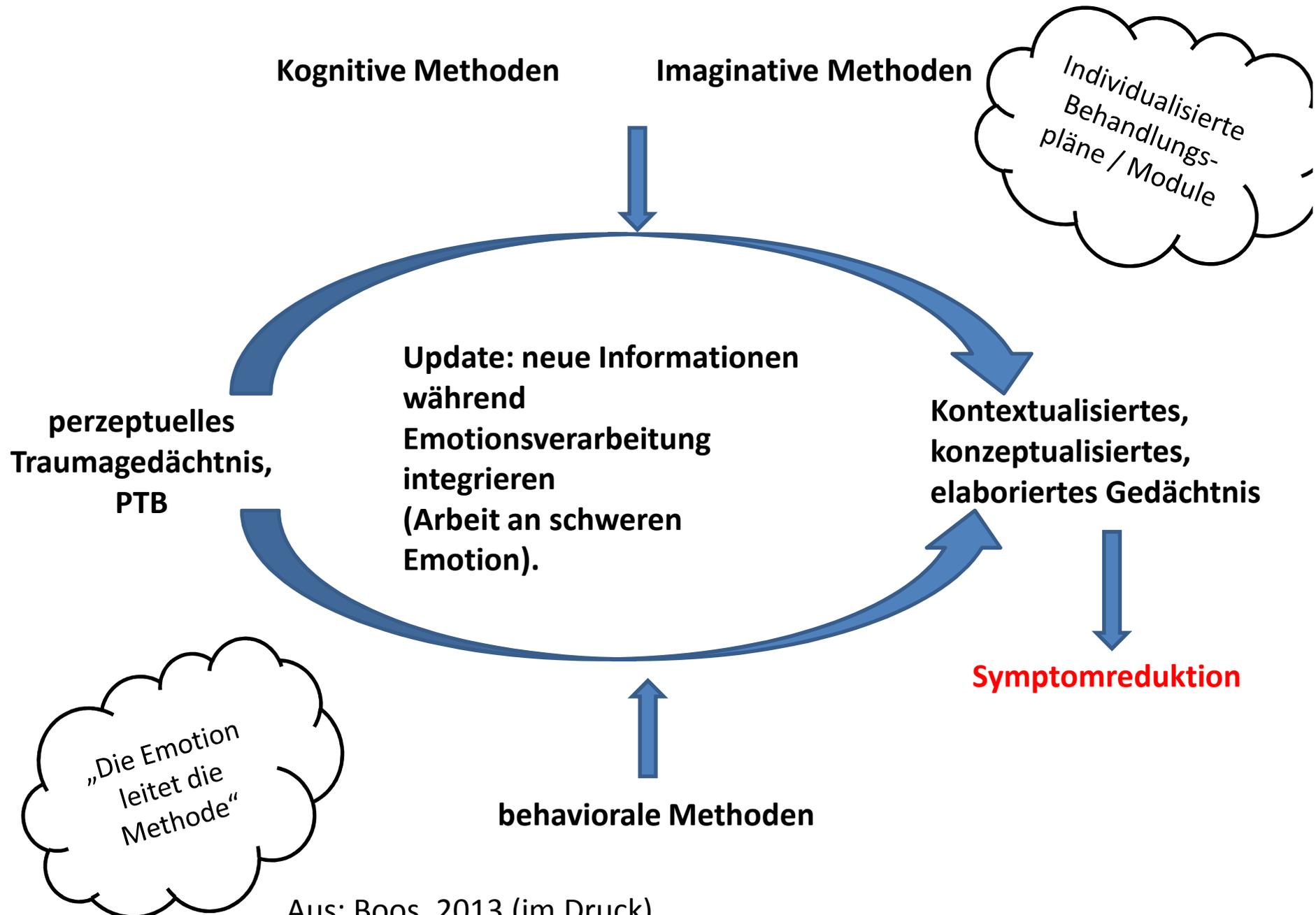
**Wahrgenommene
Bedrohung:** konfrontieren

“Welche Emotionen wurden
konditioniert, welche kamen später
dazu?”

**Vermeidungs- und
Sicherheitsverhalten:** aufgeben

“Was macht Pat. seit Trauma (bzw. schon immer)
anders?”

Nach Ehlers &
Clark, 2000



Aus: Boos, 2013 (im Druck)

TF-KVT: „Arbeit an schweren Emotionen“

- Alle etablierten Verfahren enthalten ***konfrontative*** Elemente mit unterschiedlicher Zielsetzung und Dosierung.

- *Methoden:*
- Konfrontation in Vivo.
- Konfrontation in Sensu.
- Tatortbesichtigung und
- schriftliche Traumakonfrontation.
- Triggerdiskrimination

- -kombinieren!

Entscheidungen:

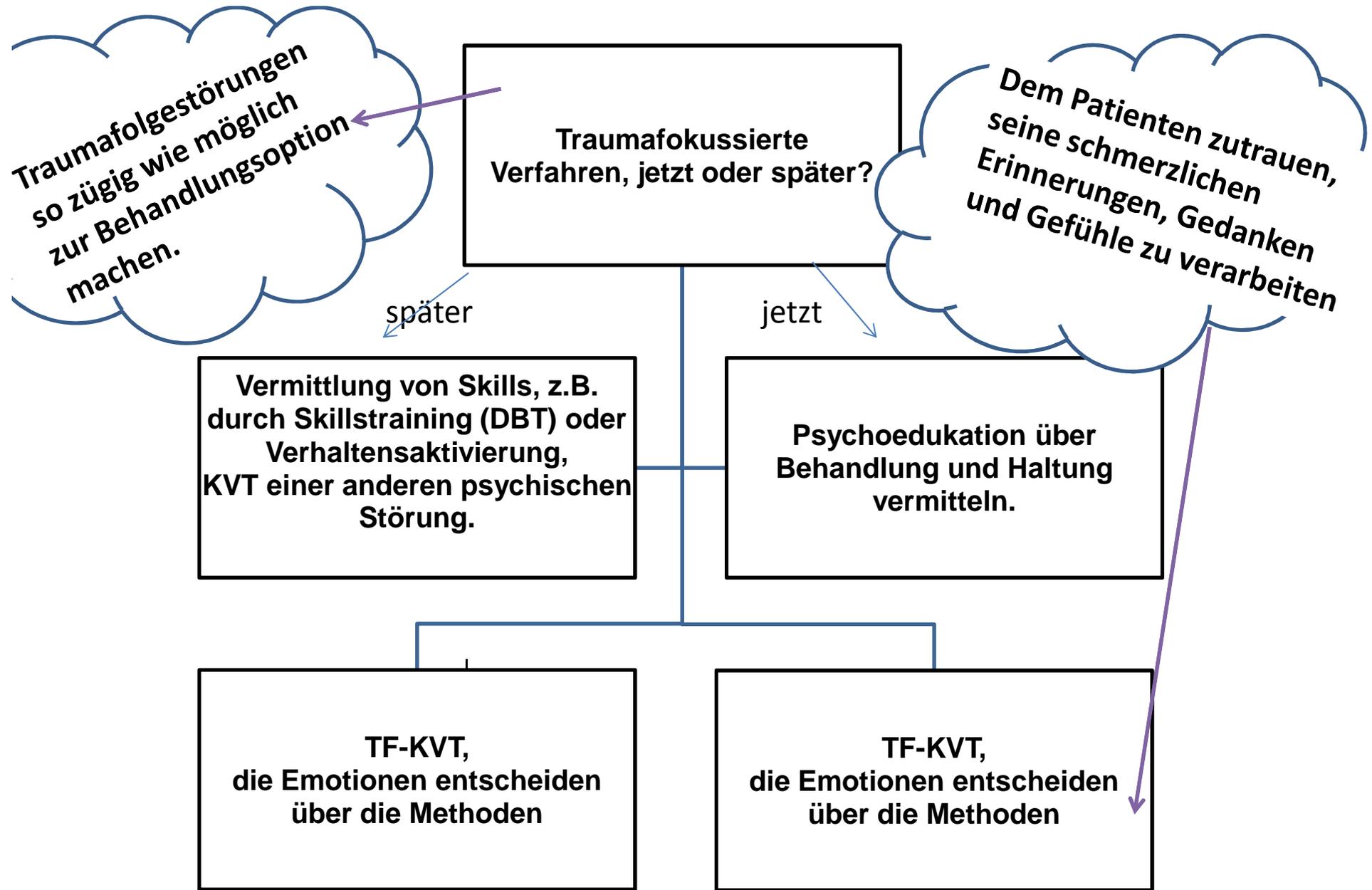
- **Gibt es Hürden für eine zügige TF-KVT?**
 - **Ausgeprägte Dissoziation** (DSM V: Subtypus PTB mit Depersonalisation und Derealisation)
 - **Ausgeprägte Selbstschädigung/Fremdschädigung**
 - **Ausgeprägte interaktionelle Schwierigkeit mit dem Patienten?**
 - **Schwere depressive Episode?**
 - **Wünsche des Patienten?**
 - Bsp.: VT der sozialen Phobie vor der TF-KVT?
 - Diese Hürden sind **keine absoluten Kontraindikationen.**
 - (Die absoluten Kontraindikationen sind die in der VT/PT üblichen (z.B. Schizophrenie, Substanzabhängigkeit etc.)

Untergruppen traumatisierter Menschen mit PTB:

- Sog. DESNOS – Patienten (92% PTB).
- -mehrfach, schwer und früh (meist sexuell) traumatisiert.
- Dx: PTB und Störungen der Emotionsregulation (u.a. BPS, Substanzmißbrauch, Essstörungen, (schwere) depressive Episoden).
- **Zwei Phasen Modelle:**
- -aktives Coping als Skills vermitteln (Affektregulation, interpersonelle Skills, Belastungstoleranz, anti-dissoziative Skills etc.).
- Ggf. längere Behandlungsdauer; ggf. stationäre Therapie; wiederholte Therapieintervalle.
- Prognose: Linderung. Diese Patienten bleiben häufig krank (Bohus et al., 2013; Harned et al., 2012).

- Einfache Traumatisierung mit eingeschränkter Komorbidität.
- **Ein Phase-Modell:**
- Zügige und massierte Konfrontation mit den Symptomen der PTB/ Akuten Belastungsstörung
- Meist im Rahmen einer Kurzzeittherapie behandelbar.
- Prognose: Heilung

Ist die langfristige Linderung/Heilung der PTB das Ziel, so ist die Konfrontation der Gefühle, Gedanken, Intrusionen die Methode der Wahl bei ALLEN Traumapatienten (Cloitre et al., 2002, 2006, 2010; Cloitre, dt. Übersetzung in Vorbereitung; Bohus et al., 2013, Steil et al., 2010).



• **Modifiziertes, u.a. gekürztes Skillstraining nach DBT**

- (z.B: über ein Jahr, Harned et al., 2012; 12- Wochen, Bohus et al., 2013), inkl. Einzeltherapie, ggf. Krisenintervention.
- Zuerst Suizidalität, Selbstverletzung mildern/ Belastungstoleranz/Lebensqualität erhöhen /Therapiestörendes Verhalten reduzieren.
- konsequentes Abarbeiten eines elaborierten Behandlungsplanes.

• **Dann Traumakonfrontation.**

- Beginn nach 18 Sitzungen DBT (range 2- 30; Harned et al., 2012), bzw.
- Vier Wochen (Bohus et al., 2013), bzw.
- nach 3 bis 23 Sitzungen (Boos et al. 2007).
- Dauer der Traumakonfrontation im Mittel 13 Sitzungen (Harned et al., 2012), oftmals viel weniger nötig (Boos).

• **Ergebnisse: Patienten äußern hohe Behandlungszufriedenheit nach der Therapie**

(Harned et al., 2012).

- Während TF-KVT: selten verstärkte Suizidimpulse bzw. selten mehr Selbstverletzung (Harned); bzw. kommen nicht vor (Bohus); Nach: TF-KVT: Deutliche Reduktion
- Oftmals Vollremission der Selbstverletzung bereits in der Probatorik (Boos).
- Abbruchraten vergleichbar mit denen in TF-KVT (generell 15%, Nice, 2005)
- PTB: große und bedeutsame Reduktion der PTB, bis hin zur Vollremission (71%; Harned), stabil in Katamnese. Sekundäre Maße: Schuld, Scham, Ärger, Ekel, Dissoziation: deutliche Verbesserungen (Harned; Bohus)

- **Fazit:**

- **TF-KVT** ist auch bei schwer kranken Patientinnen eine sichere und erfolgreiche Behandlungsoption.
- Insbesondere **das zweiphasige Vorgehen aus einer Hand** (ein Setting; eine Behandlungsphase) stellt für die Patienten eine Belohnung ihrer Anstrengungen dar und wirkt sich auf die Compliance und die Mitarbeit aus (Harned et al., 2012) (Kontingenzlernen).
- **„Stabilisierung“** (im Sinne eines aktiven Copings (Skills lernen) schafft die Voraussetzung für Traumatherapie. Sie ersetzt sie NICHT!

Mythos: „Retraumatisierung“: Symptomverschlimmerung (SV) durch Konfrontation?

- Retraumatisierung = dauerhafte Symptomverschlimmerung (\geq eine Standardabweichung).
- SV findet sich konsistent in der WARTELISTE (z.B. 25% WL vs.. 4,5% TG, Cloitre et al., 2002).
- Wenn SV auftritt, dann ist sie *vorübergehend* und hat *keinen Einfluß auf Drop-out* bzw. Therapieergebnis (z.B. Devilly et al., 2002; Foa et al., 2003.)
- „Nebenwirkungen“ bei Traumatherapie von PTB-Patientinnen mit komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus et al., 2013):
 - Keine Verschlimmerung der PTB, keine Suizidversuche
 - oder Verschlimmerung von Suizidalität während Therapie, kein Verschlimmerung der Selbstverletzung während Konfrontationsphase.

Versorgungsrealität: Die heiße Kartoffel Traumapatient!?

- Niedergelassene Psychotherapeuten (VT!) zitieren überwiegend PITT als Methode der Wahl und bevorzugen sog. „Stabilisierende Methoden“ in der Antragsstellung (pers. Kommunikation Prof. V. Köllner, KBV-Gutachter, 4/13).
- Während der Gespräche über das Trauma wenden nur etwa 30% der Kollegen TF-KVT an (Kröger et al., 2010).
- Nur 13% komplex traumatisierter Patientinnen erhielten in den vier (!) Jahren nach dem stationären Aufenthalt, der inhaltlich auf „Stabilisierung“ (vermeidungsorientiertes Coping, PITT) ausgelegt war, irgendeine traumafokussierte (ambulante) Therapie (Rosner et al., 2010).

Versorgungsrealität: Die heiße Kartoffel Traumapatient!?

- **Hausärzte unterschätzen die Prävalenz** von Patienten mit PTB in ihrer Praxis um ein Vielfaches (Ehlers et al., 2009).
 - Die Jahresprävalenz von PTB beträgt 28,2% (2012; Praxis Dr. Boos), 8% davon wurden als Traumapatienten vom überweisenden Arzt als solche erkannt.
- 17,5% der befragten Kollegen haben eine **vollständige Ausbildung** in Traumatherapie. Ohne das PITT nur 7,9%. (Kröger et al., 2010).
- **Kindheitstrauma**: Führt eher zu einem restriktiven Einsatz der TF-KVT, selbst wenn Therapeut gut trainiert ist. (Minnen et al., 2010).
- **Präferenz**: optiert der Patient für TF-KVT, dann setzt es der Therapeut auch eher ein.
 - Ausweg: Patienten Optionen offenlegen. In Entscheidungsprozess einbeziehen. Einstellung des Patienten Ernst nehmen (van Minnen et al., 2010).

Patientenfaktoren:

- *Kindheitstrauma*: Führt eher zu einem restriktiven Einsatz der TF-KVT, selbst wenn Th. gut trainiert ist. (Minnen et al., 2010).
 - Ausweg: Adaptierte TF-KVT verbreiten, z.B. Cloitre et al., 2010 (im Druck bei Hogrefe, in 2013 erwartet); oder DBT-P (Steil et al., 2010; Bohus et al., 2013; Boos, 2005/2013)
 - *Komorbidität*: Führt v.a. bei frühen Traumatisierungen zu Vermeidung von TFKVT (Van Minnen et al., 2010).

Versorgungsrealität:

- Fazit: Das Verschieben der als „schwieriger“ erlebten Phase der Traumakonfrontation in ein anderes Setting oder auf einen anderen Zeitpunkt, **bedeutet** bei der existierenden Versorgungslage (chronische Unterversorgung und Vermeidung von TF-KVT), **dass die meisten der betroffenen Patientinnen nie eine angemessene Behandlung erhalten werden** (zitiert nach Rosner et al., 2010).

Die Fachgruppen in Deutschland sind jetzt auf einem besseren Weg.

- Die Richtlinien weisen den Weg.
- Die Ausbildung in Traumatherapie (DeGPT) findet regen Zuspruch.
- Die Manuale für die therapeutische Praxis sind verfügbar:
 - z.B.: Hogrefe: 1999: **eine** Publikation /Fortschritte der Psychotherapie,
 - Ab 2005: **zwei** Publikationen/ Fortschritte/Therapeutische Praxis;
 - Ab 2013: insgesamt **acht** und **drei** weitere Publikationen sind in Vorbereitung (plus Patientenratgeber)
- Vom Eindruck her scheinen sich die Einstellungsmuster in den Fachgruppen zu verändern (im Sinne von höherer Akzeptanz von TF-KVT).
 - Datenbasiert werden Kollegen aufgefordert mehr traumafokussiert zu arbeiten. Auch und ggf. gerade bei komplex traumatisierten Patienten (sog. DESNOS Patienten; Sack et al., 2013 (NERVENARZT)).
- Fazit: Das werden wir schon hinkriegen.

Was verhindert ein Einsatz traumafokussierter Therapien?

- Therapeutenfaktoren:
 - Nur 31% der Th. Wurden in der Verlängerten Konfrontationstherapie (IE) trainiert (Holland).
 - Therapeuten haben Angst davor, das Trauma direkt anzusprechen (Frueh et al., 2006)
 - Unerfahrenere Kollegen halten die Methode (IE) für unglaubwürdiger (Devilly et al., 2007).
 - 60% sagen, der niedrige Ausbildungsstand sei die stärkste Kontraindikation für den Einsatz der IE (Beck et al., 2004).
 - Ausweg: Ausbildungsinstitute. Spezielle Traumafortbildung (DeGPT)
 - Wenn die Th. eine traumafokussierte Ausbildung hatten, dann erhöht das die Wahrscheinlichkeit des Einsatzes dieser Techniken (Spang et al., 2008).
 - Die Training in der Verlängerten Konfrontation erhöhte die Wahl irgendeiner TF-KVT-Methode (Spang et al., 2008; van Minnen et al., 2010).