



StoePlus+
Beteiligt statt nur betroffen

neon Prävention
& Suchthilfe

5. ROSENHEIMER SUCHTHILFETAG

Stressorbasierte Psychotherapie

Ein stressorbasierter und ressourcenorientierter
Behandlungsansatz

Peter Niederhuber

Rosenheim, 21. November 2018

Inhalt

- Warum macht eine stressorfokussierte Sichtweise Sinn?
- Symptomverständnis
- Wie und was wirkt? -
Gedächtnisrekonsolidierung
- Stressorfokussierte Behandlungsplanung
- Fallbeispiele

Belastende Kindheitserfahrungen sind die
Hauptdeterminanten für Gesundheit und
soziales Wohlergehen im Erwachsenenalter

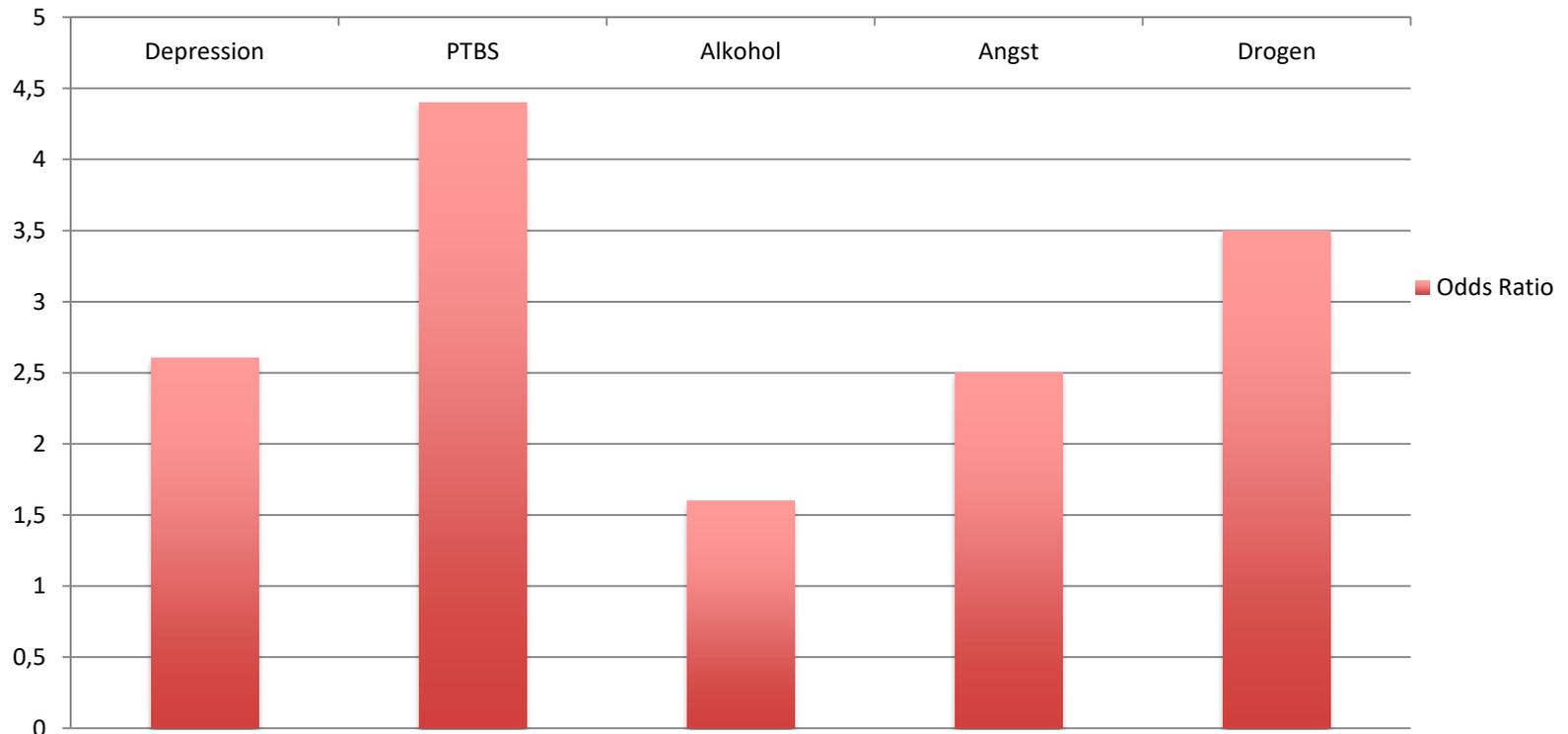
Ohne belastende Kindheitserlebnisse...

- 50 % weniger Drogenmissbrauch
- 54 % weniger Depression
- 65 % weniger Alkoholismus
- 67 % weniger Suizidversuche
- 78 % weniger iv. Drogenkonsum

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., and Anda, R.F. (2003) Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*

Interpersonelle Gewalterfahrungen in der Kindheit erhöhen das Störungsrisiko

Teicher & Samson, 2013



Adverse Childhood Experience (ACE)-Studie

(Felitti et al., 1998)

- Belastungsfaktoren (17.400 Erwachsene \approx 58 Jahre) bis zum 18. Lebensjahr
- Felitti et al. (1998, 2002, 2003) – die Ergebnisse wurden durch weitere Untersuchungen belegt



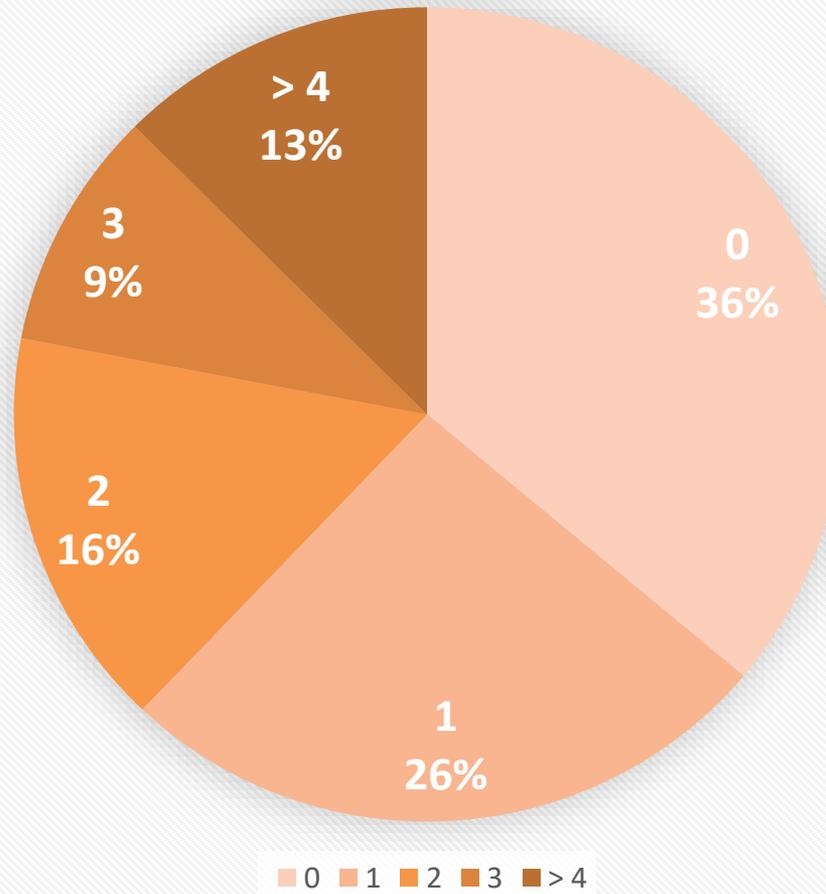
Ergebnisse

- wiederholter und schwerer körperlicher Missbrauch (11%)
- wiederholter und schwerer emotionaler Missbrauch (11%)
- sexueller Missbrauch (22%)

Aufwachsen in einem Haushalt (mit):

- einem Alkoholiker oder Drogenkonsumenten (25%)
- einem Familienmitglied im Gefängnis (3%)
- einem geistig kranken, chronisch depressiven oder einem in eine Anstalt eingewiesenen Familienmitglied (19%)
- in dem die Mutter körperlich misshandelt wird (12%)
- beide biologischen Eltern *nicht* vorhanden waren (22%)“
(Felitti, 2003).

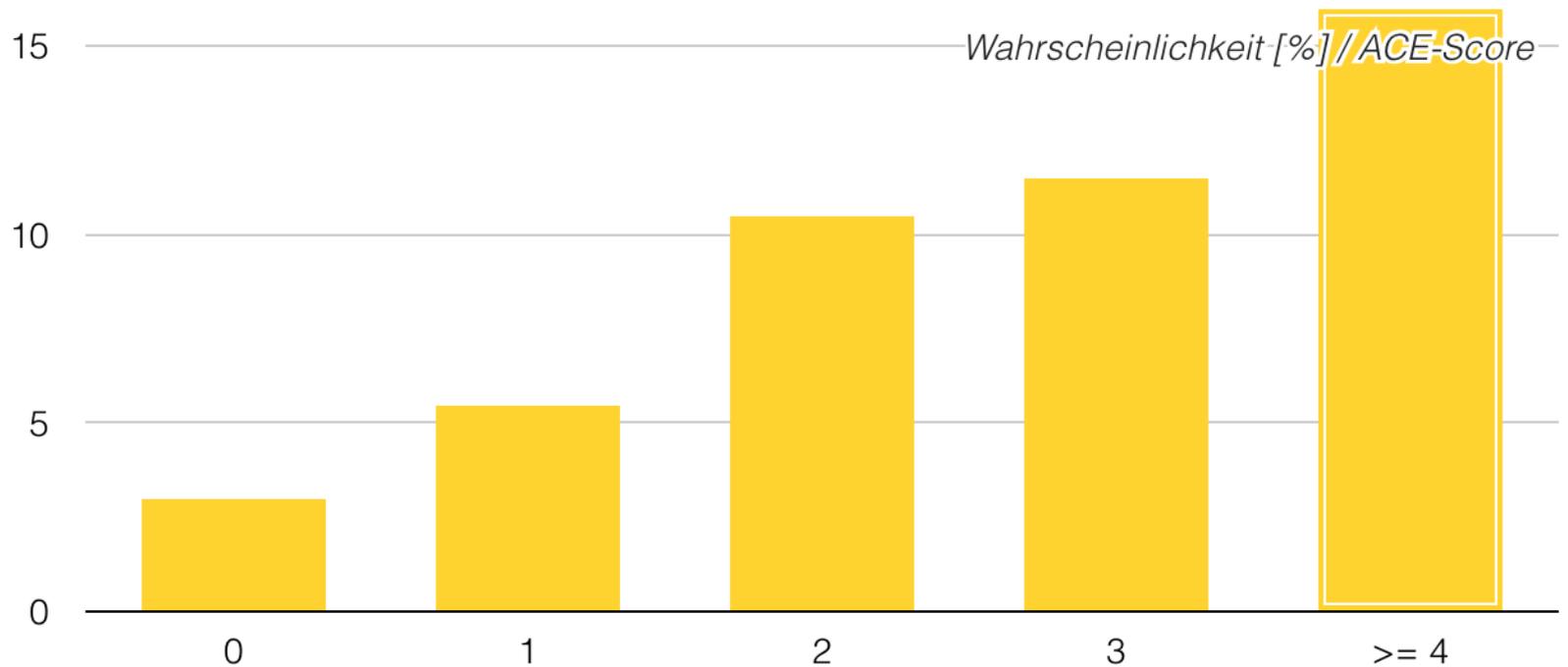
Häufigkeit nach ACE Score



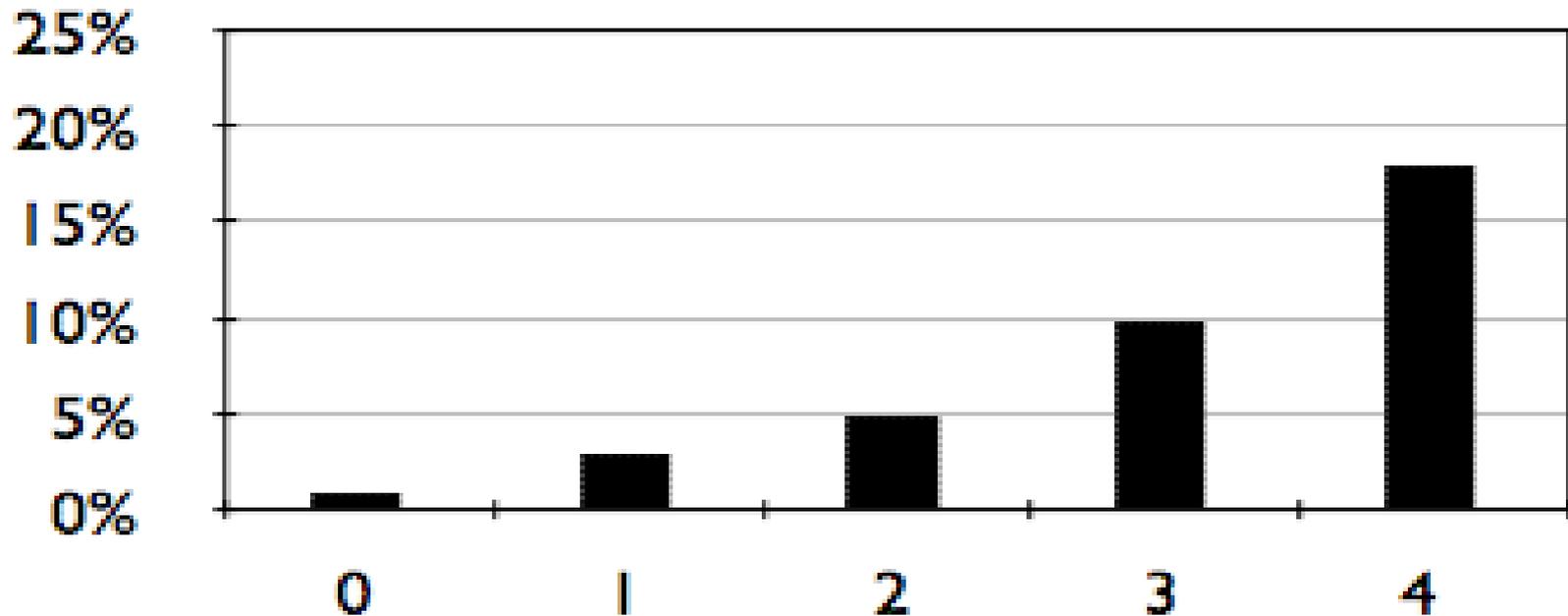
Die Studie, ergab nach Felitti (2003), dass ...

- „belastende Kindheitserfahrungen überraschend häufig und in den besten Familien auftreten, obwohl sie meist verborgen und unerkannt bleiben,
- ACE auch nach 50 Jahren noch tiefgreifende Auswirkungen haben, obwohl sie sich jetzt von psychosozialen Erfahrungen in Erkrankungen (Essstörungen, Süchte, Depression, Suizidversuche, Diabetes, Herzerkrankungen) und soziale Beeinträchtigungen (eingeschränkte Arbeitsfähigkeit) gewandelt haben,
- belastende Kindheitserfahrungen *Hauptdeterminanten* für Gesundheit und soziales Wohlergehen sind“.

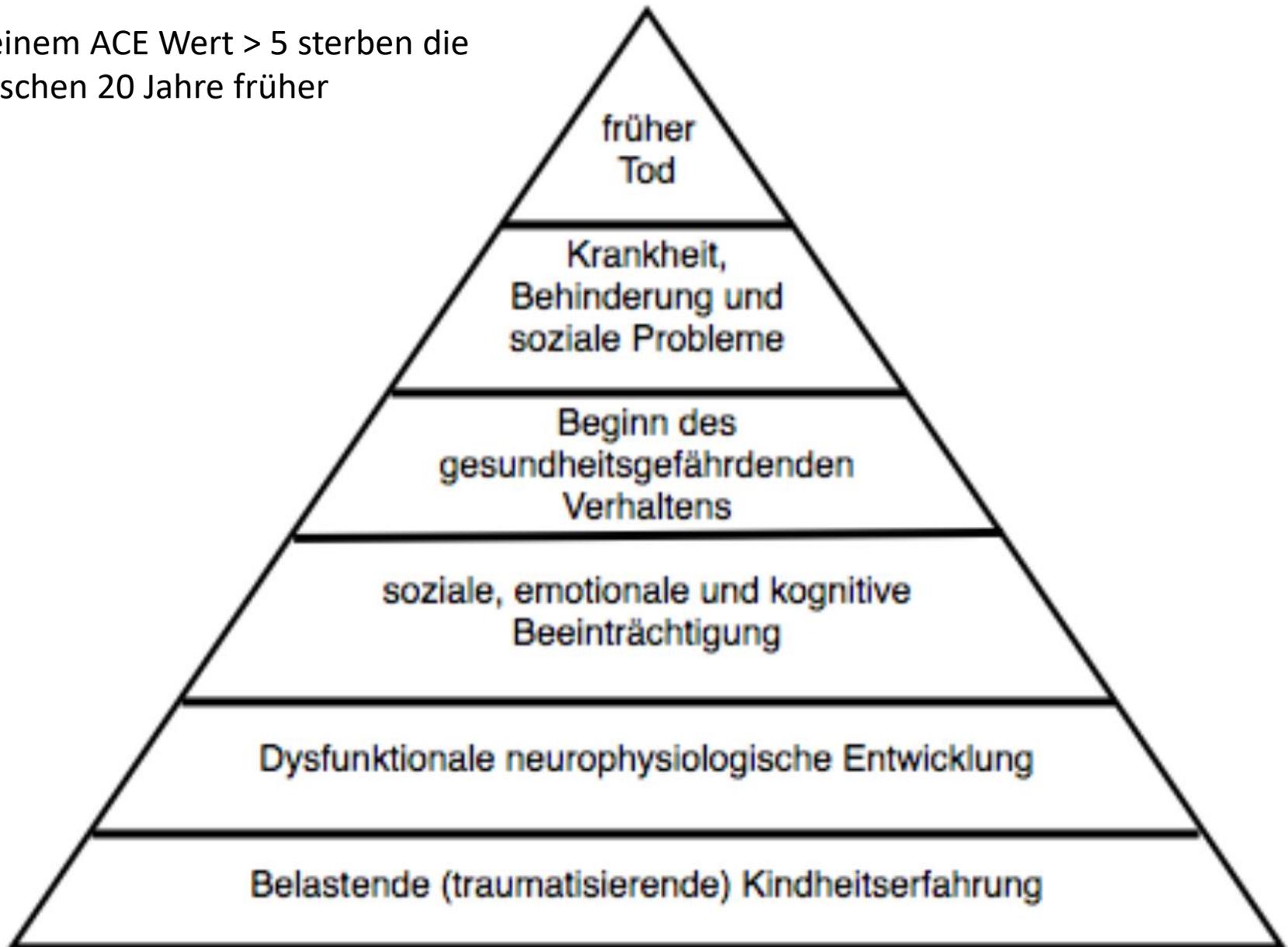
Alkoholkonsum im Erwachsenenalter



ACE-Punktzahl gegenüber Suizidversuchen

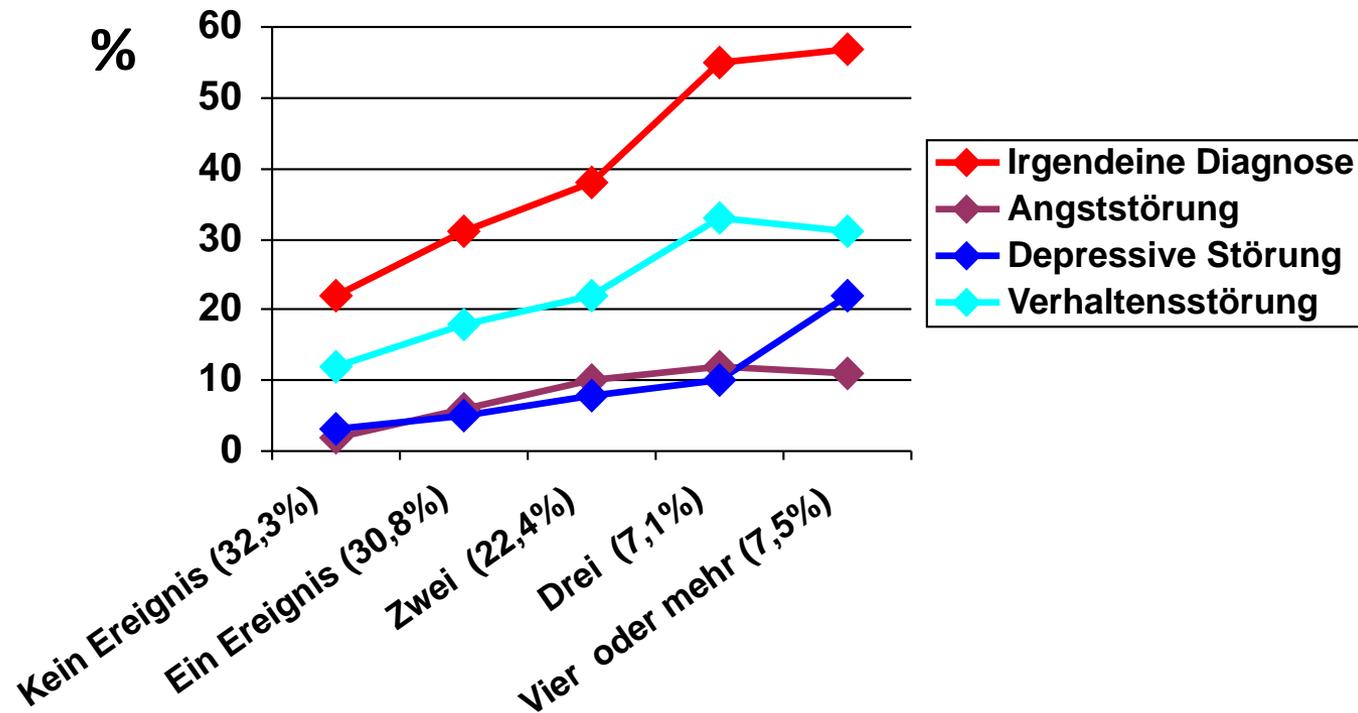


Bei einem ACE Wert > 5 sterben die Menschen 20 Jahre früher



Dosis-Effekt

Höhere Belastung hat stärkere Beeinträchtigung zur Folge

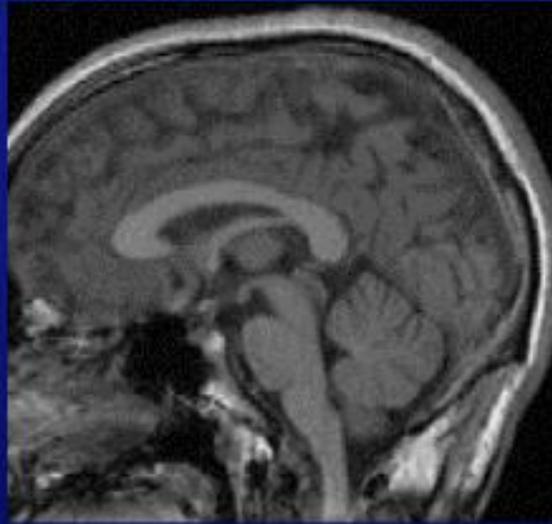


(Copeland et al., 2007)

Forschungsergebnisse 1

- **Risikofaktoren** (psychisch kranke Eltern, Armut, ...) zeichnen sich im wesentlichen dadurch aus, dass sie die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Minderjährige, belastenden Kindheitserfahrungen ausgesetzt sind (Chemtob, Gudino & Laraque, 2013).
- **belastende Kindheitserfahrungen** erhöhen das Risiko an irgendeiner psychischen Störung zu erkranken, eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen (bis hin zu einem frühen Tod) zu entwickeln und soziale Probleme zu bekommen (Ackermann et al., 1998; Anda et al., 2006; Greeson et al., 2013).

Childhood abuse affects corpus callosum



Control



Neglect

The morphology of the corpus callosum is significantly affected by early neglect (as well as physical abuse and sexual abuse).

Teicher et al. (2004) Biological Psychiatry 56, 80-85

Forschungsergebnisse 2

- **Traumatischer Stress** hat eine **unspezifische schädigende Wirkung** (Sugaya et al., 2012) und kann im Prinzip jede psychische Störung zur Folge haben.
- Es gibt einen **Dosis-Effekt** zwischen der Anzahl der belastenden Faktoren und der Schwere und Komplexität der Symptomatik (Komorbidität) (Briere, 2008; Greeson et al., 2013; Jonkmann, 2013).

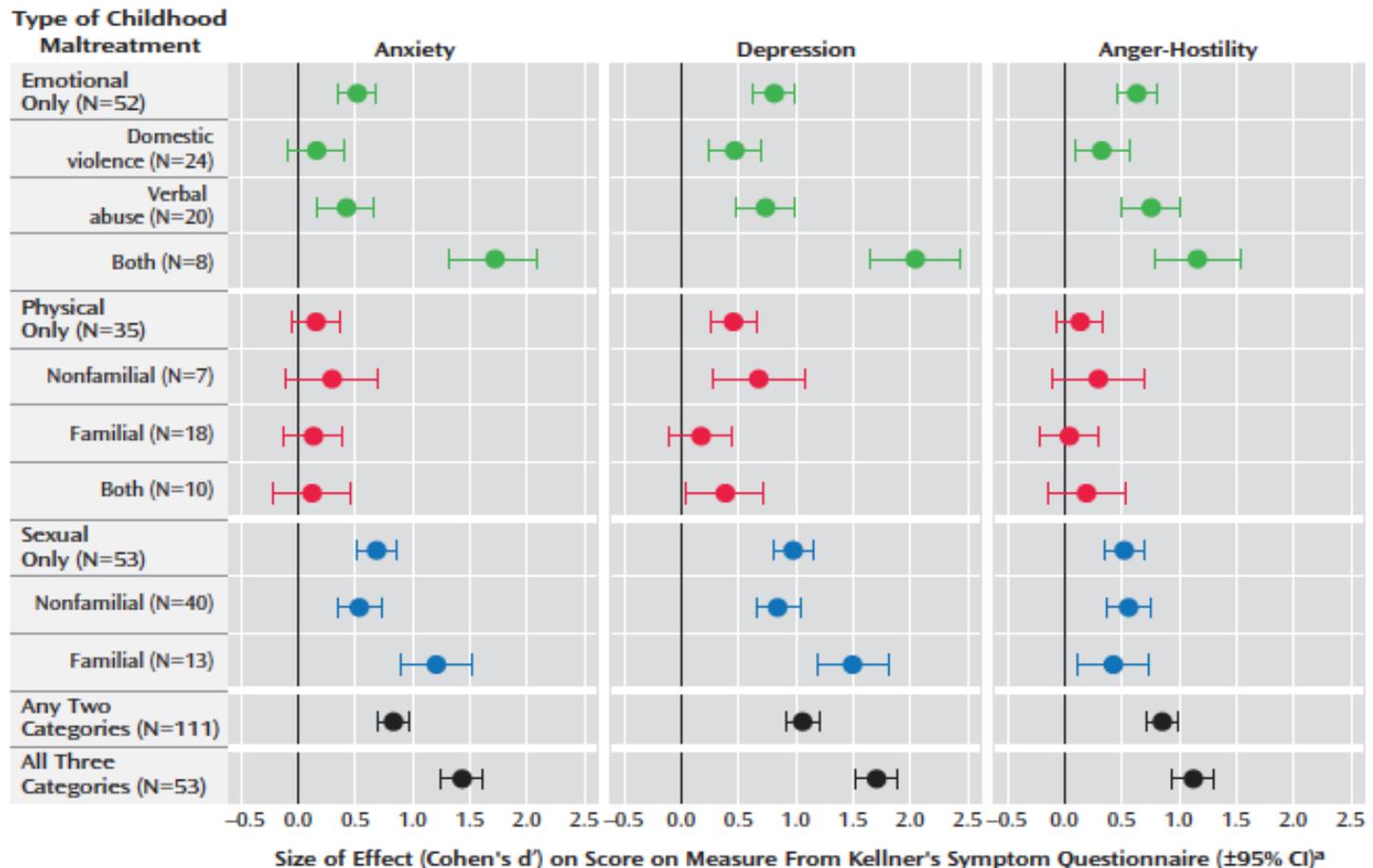
Bad Input -> Bad Outcome

Forschungsergebnisse 3

- Es gibt **keinen spezifischen Zusammenhang** zwischen bestimmten belastenden Erfahrungen und spezifischen Pathologien (Smith, Ireland & Thornberry, 2005).
- Für ganz viele Störungsbilder (Depression, Sucht, bipolare Störungen, Störung des Sozialverhaltens) gibt es eine **Untergruppe**, die **“Interpersonelle Gewalterfahrungen”** in der Kindheit erlebt hat und die ein schwereres Störungsbild aufweist und nicht gut auf traditionelle Behandlungsansätze anspricht (Teicher & Samson, 2103).

Interpersonelle Gewalterfahrungen haben unterschiedliche schwere Folgen (Teicher, 2006)

FIGURE 3. Effects of Childhood Maltreatment on Ratings of Anxiety, Depression, and Anger-Hostility of 554 Young Adults



Forschungsergebnisse 4

- Es existieren **Phasen großer Vulnerabilität** (frühe Kindheit und Adoleszenz) für chronischen interpersonell bedingten Stress.
- Menschen sind (genetisch) **unterschiedlich anfällig für chronischen Stress** (Caspi et al., 2003). aber alle reagieren bei steigender Belastung irgendwann mit Pathologien. (N=17 100% PTBS)
- Mit hohem Stress verbundene Erfahrungen führen zu dysfunktionalen **epigenetischen Veränderungen**, die transgenerational vererbt werden können (Klengel et al., 2013).

Ackermann - Studie (1998) 1

Welche Diagnosen erhalten Kinder mit Misshandlung und sexuellem Missbrauch ?

Die Kinder bekamen im Durchschnitt 2,8 verschiedene Diagnosen

Trennungsangst/Überängstlichkeit	59 %
Störung des Sozialverhaltens/ Oppositionelles Verhalten	57 %
Phobien	36 %
PTBS	36 %
ADHS	29 %

Ackermann - Studie (1998) 2

Welche Diagnosen erhalten Kinder mit Misshandlung und sexuellem Missbrauch ?

Jungen		Mädchen	
Störungen des Sozialverhaltens	67 %	Trennungsangst/ Überängstlichkeit	79 %
ADHS	67 %	Phobien	58 %
Oppositionelles Verhalten	64 %	PTBS	53 %
Trennungsangst	59 %	Oppositionelles Verhalten	47 %

Störungen des Sozialverhaltens eine Traumafolgestörung ?

Störung des Sozialverhaltens

Komplextraumatisierung

(Developmental Trauma Disorder)

Mangelnde Affekttoleranz und -regulation

(Dysfunktionaler Umgang mit Ärger)

Impulsives Verhalten

(als Ausdruck hoher Reaktivität auf traumabedingte Auslöser)

Pro-aktives kaltes aggressives Verhalten (Psychopathy)

(als Folge von Numbing-Prozessen)

Versuche autonomer Stressregulierung

(Substanzmissbrauch, Risikoverhalten, Promiskuität)

Verzerrte Wahrnehmung

i. S. einer generalisierten Attribuierung von Feindseligkeit

(Bedrohungsgefühl, mangelnde Empathie)

Dysfunktionales Weltbild

(Negatives Selbstbild, fehlende Zukunftsperspektive, Hoffnungslosigkeit)

Das stressor-kompensatorische Schema (Symptom)

Die mit der belastenden Situation zusammenhängenden Gedächtnisinhalte (Wahrnehmungen, Gefühle, Denken) werden im sogenannten Stressor-Schema abgespeichert.

Das symptomatische Verhalten eines traumatisierten Menschen dient dem Ziel die wahrgenommene Bedrohung zu minimalisieren und den inneren Stress zu regulieren (Überlebensmuster!)

Das stressor-kompensatorische Schema (Symptom)

Stressor-kompensatorisches Schema

**Der Mensch verhält sich so, dass das Stressor-Schema
möglichst selten aktiviert wird**

Funktioniert die Vermeidung nicht richtig, entwickelt das Kind weitere Symptome (Essstörungen, Zwänge), die nur dazu dienen, die Abkapselung des Stressor-Schemas aufrecht zu erhalten.

Symptomatik als stressor-kompensatorisches Schema

Die Kompensation kann darin bestehen, dass die Symptomatik *hilft*

- ***ein Kontrollgefühl zu empfinden.***
Dies ist bei Zwangsstörungen und bei der Anorexie offensichtlich, kann aber auch bei vielen anderen Störungsbildern beteiligt sein.
- ***belastende Gefühle direkt zu vermeiden.***
Hier sind Angststörungen aller Art gemeint, die kein ausgeprägtes gegenregulatorisches Coping-Verhalten beinhalten.
- ***das Fühlen und Spüren an sich zu betäuben.***
Dissoziative Symptome, depressive Zustände und Suchtmittelmissbrauch bringen es mit sich, dass belastendes Erleben nicht mehr gespürt wird.
- ***eine unmittelbare Spannungsabfuhr zu bewirken.***
Hierzu zählen Impulskontrollstörungen jeglicher Art und spezifische Formen von Störung des Sozialverhaltens.
- ***eine ständige Suche nach einer Wiederholung einer „guten Erfahrung“ aufrecht zu erhalten.***
Dies steht paradigmatisch für Verhaltenssuchte (Rauchen, Spielsucht, etc.).
- ***eine große Komplexität zu entwickeln, die dem Klienten eine größere Vielfalt von kompensatorischen Handlungsmöglichkeiten bietet.***

Der Blick des Therapeuten richtet sich nicht in erster Linie auf die Phänomenologie der Symptomatik sondern ihre *Funktion* als Stressor-Kompensatorik. Oder wie Ross (2007; s 201) es ausdrückt „ Das Symptom ist *nicht* das Problem.“

PTBS und Sucht - Behandlung

Aktuelle Empfehlung: PTBS frühzeitig in die Behandlung der Sucht einbeziehen, jedoch eher im Sinne stabilisierender Maßnahmen (DeGPT)

Im Kontrast zu den aktuellen Leitlinien, nach denen traumafokussiertes Arbeiten empfohlen wird

Studien schließen eine komorbide Suchterkrankung jedoch häufig aus

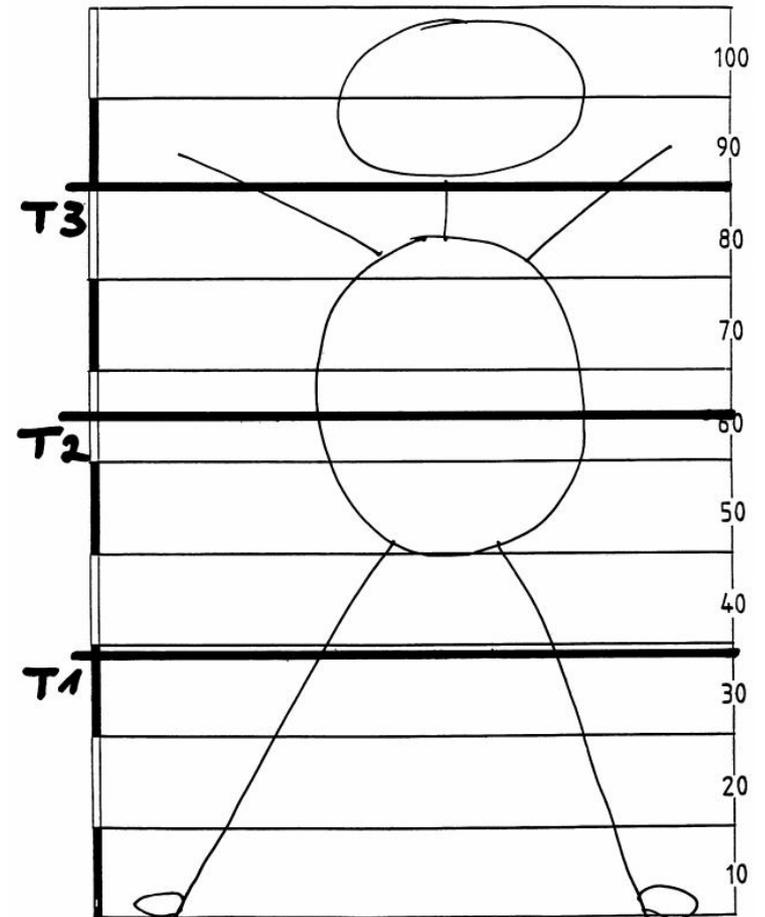
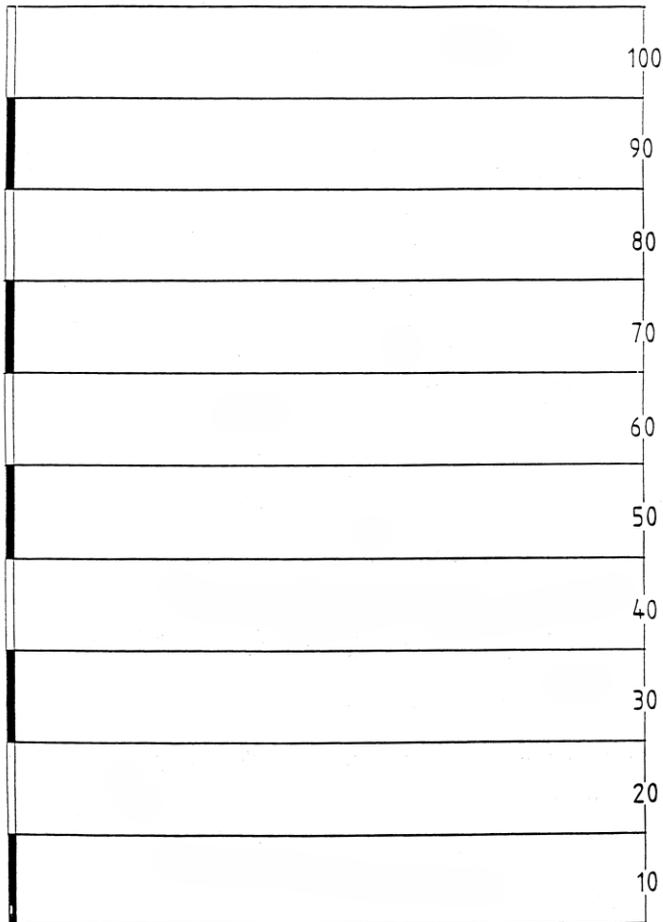
Sucht wird immer noch als Kontraindikation für eine traumakonfrontative Behandlung genannt

Nachgeordnete Traumabehandlung auch nicht sinnvoll, da Rückfällen Vorschub geleistet wird. (D. Kunzke)

Eine unbehandelte Abhängigkeitserkrankung lässt früher oder später jede Traumatherapie scheitern

Stressorbasierendes Verstehensmodell

STRESSBAROMETER

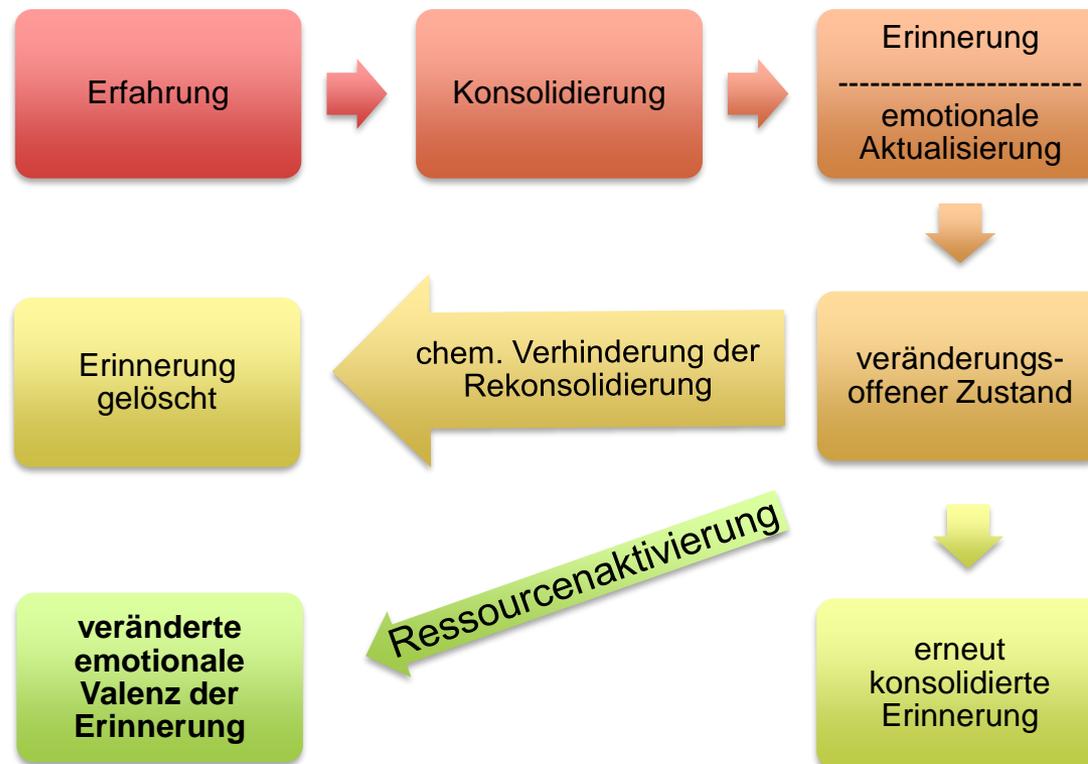


Gedächtnis Rekonsolidierung

„Mit dieser Sichtweise wird **Psychotherapie** als ein Prozess verstanden, der nicht nur neue Erfahrungen ermöglicht, sondern er **verändert auch die Bedeutung alter Erfahrungen in fundamentaler Weise durch Veränderung unser Erinnerungen.**“

(Lane et al., 2015)

Veränderung von Erinnerungen (Nadel et al., 2012)



Gedächtnisrekonsolidierung



Effekte einer rekonsolidierungsorientierten Psychotherapie

- Emotionale Nicht-Reaktivität (auf Trigger)
- Verschwinden der Symptomatik
- Dauerhafte Anstrengungslosigkeit im Umgang mit dem zuvor belastenden Material

Gedächtnis Rekonsolidierung

„...**memory reconsolidation** is the primary mechanism underlying EMDR`s effects.“

Francine Shapiro (2007a). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective.

Extinktion

Extinktionslernen ist ein aktives Umlernen bei dem die alte Gedächtnisspur erhalten bleibt, aber durch eine zweite konkurrierende Lernerfahrung, die durch wiederholtes Üben aufgebaut werden muss, gehemmt wird. Therapie wird somit nach dem Extinktions-Prinzip als Aufbau von hemmenden Prozessen konzipiert.

Aktivierung gegenregulatorischer Prozesse

Unterscheidung

Extinktion vs Rekonsolidierung

In bildgebenden Verfahren konnte gezeigt werden, dass bei Rekonsolidierungsprozessen tatsächlich die Gehirnareale aktiviert und verändert werden, in denen die Erinnerung gespeichert sind und andere hemmende Areale wie der präfrontale Cortex, der bei der Extinktion eine große Rolle spielt, nicht aktiviert wird (Schiller et al., 2010; Agren et al., 2012; Rüegg, 2015).

Allgemeine Wirkfaktoren (Grawe, 1998, 2004)

- Nach Grawe & Grawe-Gerber (1999) sind die Wirkfaktoren einer gelingenden Psychotherapie:
- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Problembewältigung
- Therapeutische Klärungsarbeit

Dies auf der Grundlage einer gelungenen therapeutischen Beziehung bzw. eines guten Rapports.

Grawe (1998)

„Wenn es in einer Therapiesitzung zu Problemaktualisierungen kommt, die mit starken negativen oder aversiven Gefühlen und Körperempfindungen verbunden sind, dann wird es nur dann zu einem produktiven Sitzungsergebnis kommen, wenn gleichzeitig mit den Problemen in starkem Ausmaß auch Ressourcen der Klientin aktiviert sind/werden.“

Traumazentrierte Therapieansätze

- **Tf-KBT (Traumafokussierte Kognitiv-behaviorale Therapie)**
(Cohen, Mannarino, Deblinger)
- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**
(Shapiro)
- **PC (Progressive Counting)** (Greenwald)
- **Hypnotherapie** (Frederic, Phillipps)
- **SE (Somatic Experience)** (Levine)
- **EST (Ego State Therapie)** (Watkins, Hartman)
- **TRIMB (Trauma Recapitulation with Imagination Motion and Breath)** (Ellen Spangenberg)
- **PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie)**
(Reddemann)
- **IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy)**
(Schmucker)

Kernelemente der Traumatherapie

- **Sicherer und strukturierter Rahmen** (Bedrohungsfreiheit)
- **Traumasppezifisches Beziehungsangebot**
 - Klientenzentrierte Grundhaltung (C. Rogers)
 - Komplementäre Beziehungsgestaltung (K. Grawe)
- **Informierte und motivierte Klienten** (+Bezugspersonen)
 - Gemeinsames Verstehensmodell (Splitter im Finger)
 - Informed Consent (begründigte Vereinbarung über Ziele Vorgehen)
 - *Gangwechsel* bei Vermeidungsverhalten
- **Ressourcenorientierten Vorgehen** (Bipolarität, Dualer Fokus)
- **Stressorbasierter Behandlungsplanung** (Hot Spot)

Trauma first

„Suche nach Traumata, belastenden Erfahrungen und Punkten emotionaler Stagnation und wende traumazentrierte Verfahren unabhängig von der Diagnose an.“ (Tinker, 2000)

Adaptive Information Processing – die Arbeitshypothese im EMDR

- „Nach dem AIP-Modell existiert ein angeborenes physiologisches System, das der Verarbeitung belastender Informationen zwecks Adaption und funktionaler Integration dient.“
- „Das AIP-Modell stellt aktuell noch eine neurophysiologisch orientierte Hypothese dar, die mit dem heutigen Kenntnisstand noch nicht wissenschaftlich verifiziert werden kann.“ (Shapiro, 2001)

Traumatherapie = Nachverarbeitung subjektiv bedeutsamer Stressoren

Belastende Lebenserfahrung + maladaptiver
Verarbeitungsprozess = dysfunktional
gespeicherte Erinnerung mit Stressorqualität
(subjektiv bedeutsamer Stressor)

Behandlungsplan

- Entwickeln Sie eine stressorbasierte diagnostische Hypothese.
- Prüfen Sie, ob die Voraussetzungen für eine traumazentrierte Psychotherapie gegeben sind:
 - Gewährleisten Umfeld und Bezugspersonen eine ausreichende Stabilität, Unterstützung und Veränderungsbereitschaft?
 - Ist der Patient psychisch bereit für Traumaaarbeit?
- Integrieren Sie die Trauma-Arbeit in einen umfassenden Behandlungsplan.
- Konkretisieren Sie die Behandlungsziele, wählen Sie Targets aus und legen Sie gemeinsam mit dem Patienten die Reihenfolge der Themen fest.

Behandlungsplanung

1. Anamnese und Behandlungsplanung
2. Vorbereitung und Stabilisierung
3. Aktualisierung und Einschätzung
4. Durcharbeiten (abhängig vom Verfahren)
5. Korrigierende Erfahrung
6. Integration
7. Überprüfung

Learning how to ask

- Why, when and how to ask about childhood abuse

John Read, Paul Hammersley, Thom Rudegeair
Advances in Psychiatric Treatment Feb 2007, 13 (2) 101-110;

- Patienten sprechen ungern darüber und haben wenig Veränderungshoffnung
- Therapeuten fragen nicht nach (Angst vor Retraumatisierung)

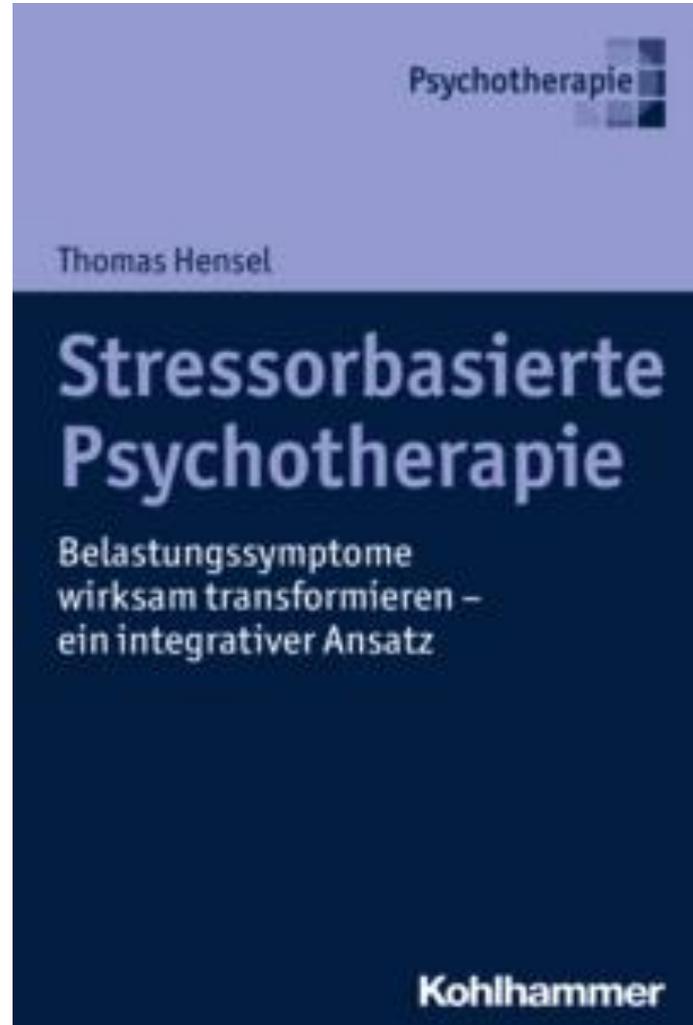
<http://apt.rcpsych.org/content/13/2/101.full-text.pdf+html>

Learning how to ask

- Essener Traumainventar (ETI, ETI-J) / Testzentrale
- Screening „Impact of Event Scale“
- Arbeitsblatt „Belastende Ereignisse“
- PROPS und CROPS
- Substanzbezogene Diagnosemanuale
- Eher allgemein „ICD-10-Symptom-Rating“

Merke: Die Indikation orientiert sich nicht in erster Linie an Diagnosen, sondern am Konzept der Traumafolgestörung und der Stressorbasierung.

Das Buch zum Vortrag!



Vielen Dank für eure Aufmerksamkeit!

www.peter-niederhuber.de

Kindle: Ihre ... Markierungen WordPress Ho...net Hosting SoSci Survey ... durchführen 1&1 Control-Center DVP Google Maps Save to Mendeley post to del.icio.us Feldolling / Mangfall

Psychother... Einladungen... Favoriten Senior Expe... Yager Code... Petitionen:... Kopfzeile mi... Zur Website... Fortbildung... Seite wurde... p... +

Peter Niederhuber

Supervision und Workshops ▾ Therapie Aktuelles Kontakt Materialien Über mich

Telefonische Sprechzeiten: Montag und Mittwoch von 9:00 bis 11:00 Uhr Tel. 08031 2471932
[Termine nach Vereinbarung - privat und alle Kassen](#)

... mehr über unsere Therapieangebote erfahren

TRAUMA & PTSD (ADHD) PHOBIAS

traumafolgenorientierte reiner