



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Traumafolgestörungen durch politische Inhaftierung und deren Behandlungsmöglichkeiten

Magdeburg, 26.11.2021

Prof. Dr. Heide Glaesmer

Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische
Psychologie und Medizinische Soziologie

TRAUMATISCHE ERFAHRUNGEN

Tabelle 1. Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse*

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
Akzidentielle Traumata	<ul style="list-style-type: none">• Schwere Verkehrsunfälle, berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr)• Kurz dauernde Katastrophen	<ul style="list-style-type: none">• lang andauernde Katastrophen (Erdbeben, Überschwemmung)• technische Katastrophen
Interpersonelle Traumata („man made“)	<ul style="list-style-type: none">• Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigungen)• Kriminelle und körperliche Gewalt• Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	<ul style="list-style-type: none">• Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter• Kriegserleben, Geiselhaf, Folter, politische Inhaftierung

*modifiziert nach Maercker (2009)

Interpersonelle und langfristige Traumata sind besonders schwerwiegend

FOLGEN TRAUMATISCHER ERFAHRUNGEN

Traumatische Erfahrungen

Klassische Traumafolgestörungen

Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung/komplexe PTBS

Weitere psychische Störungen als direkte Traumafolgen oder als komorbide Störung zur PTBS

Dissoziative Störungsbilder, somatoforme Störung, substanzbezogene Störungen, (emotional instabile Persönlichkeitsstörung), affektive Störungen, (Essstörungen), suizidales Erleben und Verhalten

Körperliche Erkrankungen, demenzielle Veränderungen, Alterungsprozesse, Mortalität

Langfristige Veränderungen jenseits psychischer Störungen

Bindungsmuster, Ängstlichkeit, Gefühl von Unsicherheit und Gefahr, Emotionsregulationsstrategien, Shattered World Assumptions, Unrechtserleben

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (ICD-10, F43.1)

Drei Symptomcluster: schmerzhaftes Wiedererleben, Vermeidung
Übererregung

- wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder in Träumen/Alpträumen
- andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit,
- Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber
- Vermeidung von Hinweisreizen, die an das Trauma erinnern
- vegetative Übererregtheit und Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen
- beginnt verzögert, Wochen bis maximal 6 Monate nach dem Ereignis

ANDAUERENDE PERSÖNLICHKEITSÄNDERUNG NACH EXTREMBELASTUNG (ICD-10, F62.0)

- Belastung von so extremer Natur, das eine Vulnerabilität der Person als Erklärung für die tiefgreifenden Auswirkung nicht ausreicht (Folter, Konzentrationslager, Geiselnahme, Gefangenschaft)
- PTBS kann vorausgehen, dann chronische, irreversible Folge der Belastung
- andauernde Persönlichkeitsveränderung (mind. 2 Jahre),
- sollte fremdanamnestisch bestätigt werden
- nicht auf vorher bestehende Persönlichkeitsstörung oder andere psychische Störung zurückzuführen

ANDAUERNDE PERSÖNLICHKEITSÄNDERUNG NACH EXTREMBELASTUNG (ICD-10, F62.0)

Diagnostische Merkmale

- feindliche, misstrauische Haltung der Welt gegenüber
- sozialer Rückzug
- Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit
- chronisches Gefühl der Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein
- Entfremdung

ICD-11: PTBS UND KOMPLEXE PTBS

- eigenes Kapitel „Trauma- und stressbezogene Störungen“
- PTBS vereinfachte Kriterien im Vergleich zu ICD-10
- Einführung der komplexen PTBS (k-PTBS) anstelle der F62.0
- PTBS und k-PTBS können nicht gemeinsam auftreten
 - PTBS: (1) Wiedererleben in der Gegenwart, (2) Vermeidung von Hinweisreizen/Erinnerungsanlässen, (3) persistierende Wahrnehmung erhöhter Gefahr, z.B. in Form von erhöhter Wachsamkeit/gesteigerter Schreckreaktion
 - K-PTBS: (4) Schwere und tiefgreifende Probleme der Affektregulation, (5) Negatives Selbstkonzept: Andauernde Ansichten über sich selbst als vermindert, unterlegen oder wertlos, verbunden mit schweren und tiefgreifenden Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen in Verbindung mit dem traumatischen Ereignis, (6) Beziehungsstörungen: Andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen oder im Gefühl der Nähe zu anderen

BEHANDLUNGSANSÄTZE

- Traumafokussierte Verfahren sind Methode der ersten Wahl (Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis), z.B. TfkVT, EMDR, NET ...
- Psychopharmakotherapie sollte weder alleinige noch primäre Behandlung sein, wenn Psychopharmakotherapie dann Sertralin, Paroxetin, Venlafaxin; keine Benzodiazepine
- Behandlung der K-PTBS durch Kombination traumafokussierter Verfahren, sowie durch Techniken zur Unterstützung der Emotionsregulation, zur Verbesserung der Beziehungsstörungen und dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster

GRADE DER KOMPLEXITÄT DER TRAUMAFOLGESTÖRUNG

GRAD 1

PTBS ohne
Komorbidität

GRAD 2

PTBS mit
Komorbidität
trauma-
kompensatorische
Symptomatik

z.B.
substanz-
bezogene
Störungen,
Angststörungen,
Depressionen

GRAD 3

PTBS +
persönlichkeits-
prägende
Symptomatik

z.B. K-PTBS,
Borderline-
persönlichkeits-
störungen

GRAD 4

PTBS +
komplexe
dissoziative
Störung

Amnesien,
Fragmentierung,
Identitätsstörung

Sack M, Sachsse U, Schellong J (2013). Komplexe Traumafolgestörungen – Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung, Schattauer Verlag.

SUBSTANZBEZOGENE STÖRUNGEN

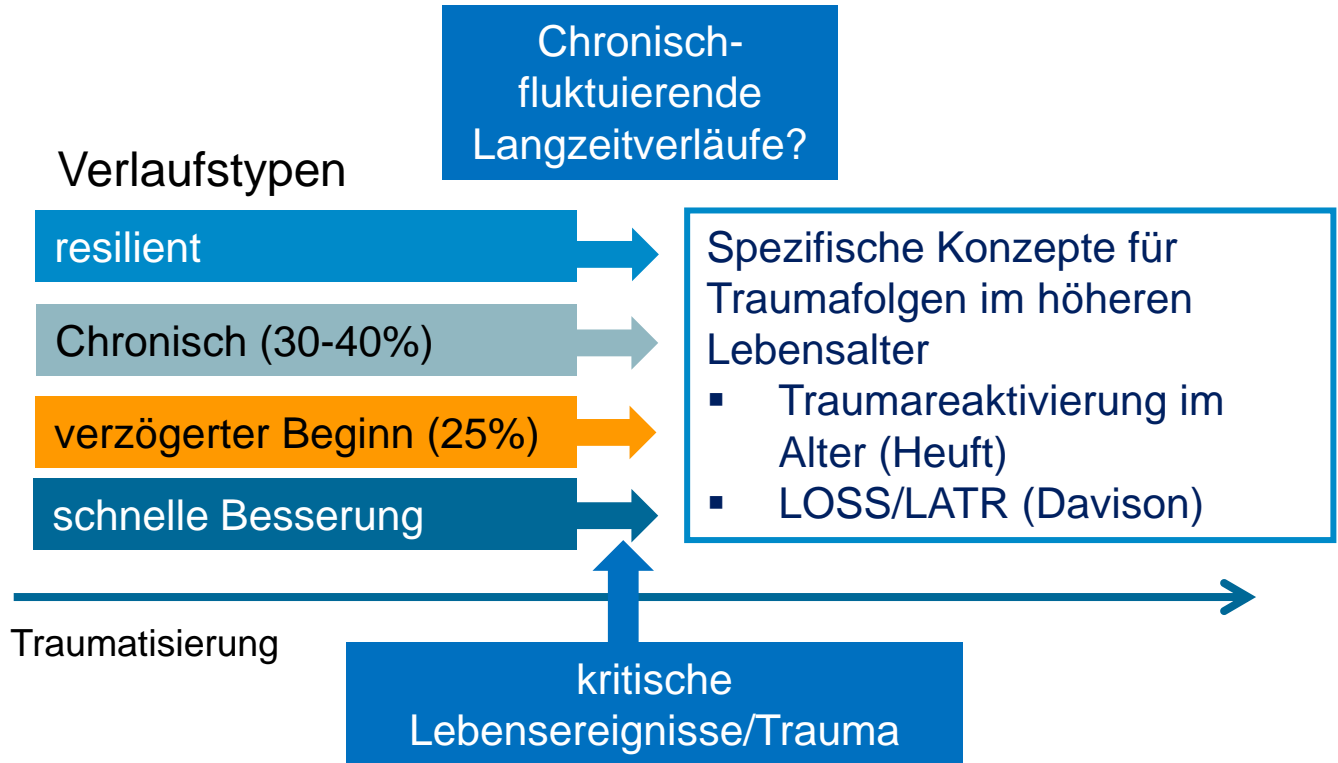
- hohe Komorbidität von Traumatisierungen und Traumafolgestörungen (v.a. PTBS, K-PTBS) mit substanzbezogenen Störungen
- häufig geht die Traumafolgestörung der substanzbezogenen Störung voraus
- Suchtmittelkonsum als Selbstbehandlung der PTBS-Symptomatik
- früherer Beginn, höherer Schweregrad der Suchterkrankung
- Behandlung deutlich schwieriger, mit mehr Behandlungsabbrüchen und mit schlechteren Behandlungserfolgen

SUBSTANZBEZOGENE STÖRUNGEN

- Evidenz für traumafokussierte Behandlung der PTBS + Suchtbehandlung, aber Studienlage ist begrenzt (Roberts et al., 2016)
- Programm „Seeking Safety“ (Najavits et al., 1993, dt. Version Schäfer et al., 2008), nicht-trauma-fokussiertes integratives Behandlungsprogramm für PTBS mit Suchterkrankungen
 - Integriert Behandlung von Substanzmissbrauch und PTBS
 - „Sicherheit“ als übergeordnetes Ziel
 - jede Sitzung enthält Bausteine für beide Störungsbilder
- Evidenz zur Reduktion der Symptomatik aus nordamerikanische Studien
- allgemein gute Akzeptanz



Lebensspannenperspektive auf Traumafolgen



POSTTRAUMATISCHES WACHSTUM

- Posttraumatic Growth (Tedeschi & Calhoun, 2004): positive psychische (emotional, kognitiv) Veränderungen nach schweren Traumatisierungen
- Entsteht aus der Verarbeitung eines schweren traumatischen Ereignisses
- Entwicklung einer neuen positiven Selbst- und Weltsicht: neue Wertschätzung des Lebens und persönlicher Beziehungen, Bewusstwerdung eigener Stärken, Entdecken neuer Möglichkeiten, spirituelle Veränderungen
- Dualität von PTBS-Symptomatik und Posttraumatisches Wachstum
- „Disclosure“ unterstützt das Posttraumatische Wachstum

Zusammenfassung und Diskussion

Die Folgen traumatischer Erfahrungen

- sind vielfältig, langfristig und komplex
- gehen über psychische Störungen weit hinaus
- Traumata liegen biographisch zum Teil weit zurück, werden nicht berichtet und oft übersehen
- begleiten viele Betroffene über ihr Leben
- umfassen auch positive Entwicklungen (PTG)
- sollten nicht nur individuell betrachtet werden, sondern auch aus einer Perspektive des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft

-
- Bedeutung des Schweigens über Traumatisierungen, Tabuisierung, Abwehr von Schuld und Verantwortung
 - Bedeutung des Umgangs der Gesellschaft und des sozialen Umfeldes
 - Aufarbeitung, Wiedergutmachung und Bewältigung
 - Anerkennung des Unrechts und des daraus entstandenen Leides
 - strafrechtliche Konsequenzen und Rehabilitierung



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

VIELEN DANK

Prof. Dr. Heide Glaesmer

Universität Leipzig

Abteilung für Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie

T +49 341 97-18811

E-Mail: Heide.Glaesmer@medizin.uni-leipzig.de