

Martin Sack



Schonende Traumatherapie

Ressourcenorientierte Behandlung
von Traumafolgestörungen

Mit einem Geleitwort von Ulrich Sachsse

Martin Sack

Schonende Traumatherapie

This page intentionally left blank

Martin Sack

Schonende Traumatherapie

Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen

Unter Mitarbeit von
Barbara Gromes
Wolfgang Lempa

Mit einem Geleitwort von
Ulrich Sachsse

Mit 6 Abbildungen und 15 Tabellen

 **Schattauer**

PD Dr. med. Martin Sack

Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstraße 3, 81675 München
m.sack@tum.de
www.martinsack.de

Dipl.-Kunsttherapeutin Barbara Gromes

Psychotherapeutische Praxis
für Traumatherapie und Kunsttherapie
Nussbaumstraße 8, 80336 München
info@barbara-gromes.de
www.barbara-gromes.de

Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych.**Wolfgang Lempa**

Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstraße 3, 81675 München
w.lempe@tum.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2010 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Kristina Mohr, Alina Piasny

Umschlagabbildung: Michael Lauterjung, „Herrschaftliches Anwesen“, Mischtechnik auf Holz, 200 × 200 cm, 1989, courtesy: Burkhard Eikelmann Com

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: Druckerei Himmer AG, Steinerne Furt 95, 86167 Augsburg

ISBN 978-3-7945-2648-2

Geleitwort

„Primum nil nocere, secundum cavere, tertium sanare“ lautet ein lateinisches Zitat in Gänze. „Zuerst einmal nicht schaden; zweitens vorbeugen; drittens heilen.“ Dieser Spruch zeugt von Realismus, Lebenserfahrung und Demut gegenüber dem therapeutischen und ärztlichen Wirken. Ursprünglich stammt diese Handlungsanweisung für den Arzt schon aus den Hippokratischen Schriften: „(Man soll) im Hinblick auf Krankheiten (in) zwei(erlei Hinsicht) verfahren: zu nützen oder nicht zu schaden.“

„Ins Lateinische geriet diese Weisheit durch Scribonius Largus, Hofarzt des Kaisers Tiberius Claudius Nero Caesar Drusus, der rund 50 Jahre nach Christi Geburt in Rom herrschte. Die römische Schadensverhütungsregel ist nachvollziehbar. Ärzte standen schon immer im Ruf, sich mit allerlei giftigen Substanzen auszukennen, also gerieten sie bei mysteriösen oder prominenten Todesfällen in Verdacht – und wurden trotzdem nie dafür belangt. [...] Der Ruf als Auftragskiller aber war verheerend. Um das Image der römischen Mediziner aufzupolieren, empfahl Largus seinen Kollegen mit dem ‚Primum nil nocere‘ eine vertrauensbildende Parole.“ (<http://www.zeit.de/2005/15/M-Hypokrates>)

Da ist doch der heutige Ruf der Mediziner geradezu glänzend!

Es kann heute keinen Zweifel mehr geben, dass Traumatisierungen wie Deprivation, physische Gewalt und sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend zu schweren Traumafolgestörungen, zu Krankheitsbildern vom Phänotypus der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Antisozialen Persönlichkeitsstörung und anderen, schwerwiegenden und schwer behandelbaren Störungsbildern wie Depressionen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen oder Suchtkrankheiten im Erwachsenenalter in erheblichem Umfang beitragen. Die wissenschaftliche Datenlage ist klar: In allen Kulturnationen der westlichen Hemisphäre beträgt das Ausmaß einmaliger sexualisierter Gewalt bei der weiblichen Population bis zum 16. Lebensjahr 20 bis 25%, die schweren Fälle mit wiederholter, gewalttätiger Überschreitung der Körpergrenzen meist im familiären Nahfeld betreffen 4 bis 8%. Jungen haben unter physischer Gewalt zu leiden, zu ca. 1% auch unter schweren Formen sexualisierter Gewalt. Mindestens die Hälfte der so Geschädigten entwickeln als Erwachsene gravierende Traumafolgestörungen. Die Frage, welche Form der Kriminalität gegen Kinder und Jugendliche besonders schädlich ist, ob etwa sexualisierte Gewalt eine Sonderstellung einnimmt, kann bisher nicht schlüssig beantwortet werden. Traumafolgestörungen bedürfen einer traumazentrierten Psychotherapie.

Traumazentrierte Psychotherapie hat eine lange Geschichte, die ihre Wurzeln im Arbeitskreis um Jean Martin Charcot in Paris hat. Charcots Mitarbeiter Pierre Janet war es, der die Meinung vertrat, dass schwere Hysterikerinnen alle unter Traumafolgestörungen litten. Er hat ein Vorgehen entwickelt, das später

von Judith Herman aufgegriffen wurde: Die Patientinnen bedürfen zunächst einer Stabilisierung, dann einer gesteuerten Begegnung mit dem Trauma, anschließend ist Trauer und Neuorientierung erforderlich. Bis 1897 arbeitete auch Sigmund Freud mit diesem Denken und diesem Vorgehen. In seinem Werk „Studien über Hysterie“ ist ein ausführliches Therapiekapitel enthalten. Sein therapeutisches Vorgehen ist in vielem deckungsgleich mit dem, was heute als hypnotherapeutische Regressionstherapie angewendet wird. Aufbauend auf diesem Grundmuster sind verhaltenstherapeutische und psychodynamische Traumatherapieverfahren entwickelt worden, deren Wirksamkeit inzwischen empirisch überzeugend belegt ist.

Wozu dann dieses Buch? Warum „schonende“ Traumatherapie? Kann traumazentrierte Psychotherapie traumatisierten Menschen auch schaden? Psychotherapie gleich welcher Provenienz hat diese Frage bisher eher gemieden.¹ Traumazentrierte Psychotherapie kann in Anspruch nehmen, sich schon sehr früh damit auseinandergesetzt zu haben, ob ihre Vorgehensweisen Patientinnen und Patienten auch schaden könnten. Dieses Verdienst ist aber nicht alleine darauf zurückzuführen, dass die Protagonisten dieser Verfahren ihren Kollegen moralisch überlegen waren, sondern zu einem großen Teil darauf, dass die Auseinandersetzungen mit traumazentrierten Psychotherapieverfahren zumindest in den USA und in Großbritannien lange Zeit auch ein Politikum waren.

1. Schädigungen durch inadäquate Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie Erwachsener ist eine spezifische Arbeitsbeziehung. Auch im üblichen Arbeitsleben tendieren Menschen dazu, unter Stress zu regredieren. Dann wird die Arbeitsatmosphäre adoleszent, pubertär oder infantil. Ist schon im Alltagsleben eine Arbeitsbeziehung unter Stress regressionsanfällig, so gilt dies für eine Psychotherapie umso mehr. Viele unserer Patienten sind permanent, sehr viele zumindest passager nicht in der Lage, im Rahmen einer Psychotherapie eine erwachsene Arbeitsbeziehung aufrechtzuerhalten. Mit einiger Übung werden auch Anfänger in der Psychotherapie bald merken, ob sie aktuell quasi einem Kleinkind, einem Schulkind, einem Jugendlichen, einem Adoleszenten oder einem erwachsenen Arbeitspartner gegenüber sitzen. Inzwischen ist es das Ziel fast aller psychotherapeutischer Behandlungsmethoden, die Arbeitsebene bei Patienten mit niedrigem Strukturniveau in einem so erwachsenen Zustand (State) wie irgend möglich so lange wie

1 Heft 1/2009 der Zeitschrift „Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie – PTT“ widmet sich der Frage: „Kann Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen schaden?“

irgend möglich aufrechtzuerhalten, um die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten möglichst wenig zu beeinträchtigen. Nil nocere!

Ausschließlich auf einer Arbeitsebene ist Veränderung in der Psychotherapie aber wahrscheinlich nicht erreichbar. Sonst wäre Psychotherapie etwa ein Sokratischer Dialog, der ja auch sehr anregend und sogar verändernd sein kann, weil er wichtige Einsichten bringt, aber meist eben doch nicht genug verändert. Psychotherapie als Veränderungsversuch kann wohl nur dann wirksam werden, wenn sie *state dependent learning* ist. Es ist erwiesen, dass viele Lernerfahrungen und Beziehungserfahrungen sehr eng mit dem Zustand verbunden bleiben, in dem sie gelernt worden sind. Diese emotionale Konditionierung bedeutet, dass eine Veränderung in der Psychotherapie nur möglich wird, wenn beides verändert wird: Die Erfahrung und der Kontext, die Erfahrung im Kontext, Stimuli und Kontextvariablen. Wir sind mit einem ersten Zielkonflikt konfrontiert: Ohne Regression erreichen wir nicht jene States, die es zu verändern gilt. In sehr regressiven oder dissoziativen Zuständen sind unsere Patienten aber nicht mehr therapeutisch arbeitsfähig. Nil nocere!

Es ist klinisches Alltagswissen, dass es veränderungsfördernde und veränderungsbehindernde States gibt. Der erste psychotherapeutisch veränderungsfördernde State ist die Anwesenheit der therapeutischen Bezugsperson. Wenn Sie Ihren Beruf nicht völlig verfehlt haben, dann wird Ihre Anwesenheit für Ihre Patienten fast immer per se beruhigend wirken. Dies hat biologische Wurzeln. Gerald Hüther weist auf Medikamentenversuche hin, bei denen ein Affe im Käfig einem Raubtier außerhalb des Käfigs ausgesetzt war. Der Affe hatte Angst, und diese Angst wurde durch Medikamente weniger. Zum Vergleich wurde ein zweiter Affe ohne Medikamente in den Käfig gesperrt, und überraschenderweise hatte dieser auch nicht so viel Angst. Klugerweise wurde beim ersten Affen daraufhin das Medikament weggelassen, und das Ergebnis war eindeutig: befreundeter Mit-Affe ist wirksamer als Medikament. Wir sind Herdentiere, und die Anwesenheit befreundeter Anderer aus der Horde, Herde oder Familie wirkt primär beruhigend. Die Anwesenheit eines vertrauten Menschen ist auch außerhalb therapeutischer Beziehungen eines der wichtigsten stabilisierenden Elemente. Ein befreundeter Mit-Mensch ist ein besonders wirksames Anxiolyticum und Antidepressivum. Thomas Insel stellt sogar die Frage „Is Attachment an Addictive Disorder?“ und beantwortet diese Frage mit einem „Im Prinzip Ja“. Und das stellt uns vor einen zweiten Zielkonflikt: Ohne Bindung wird Psychotherapie nicht wirksam, das belegt die Ergebnisforschung eindrucksvoll. Andererseits kann die therapeutische Beziehung gerade bei schwer bindungsgestörten Menschen zum Suchtmittel werden – vermutlich nicht nur metaphorisch. Nil nocere!

Bei einer größeren Patientengruppe wird rasch deutlich, dass die Inhalte zwischenmenschlicher oder psychotherapeutischer Gespräche für etwa 24 bis 48 Stunden präsent und wirksam bleiben und dann „wieder weg“ sind. Dies ist häufig bei Patientinnen und Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, komplexen Traumafolgestörungen oder dissoziativen Zuständen der Fall. Bei

ihnen kann nicht einfach vorausgesetzt werden, dass Gesprächsinhalte aus der Beziehungssituation sicher mitgenommen und dann auch behalten werden können. Gerade für diese Klientel hat die Anwesenheit therapeutischen Personals dann den Charakter eines nur akut wirksamen Suchtmittels, wird also zu einer Beziehungsfalle. Diese Patienten behalten: „Es ging mir schlecht, jemand war für mich da, da ging es mir besser.“ Das führt zu langfristigen, manchmal lebenslangen Abhängigkeiten von Therapeutinnen und Therapeuten, Stationen und Kliniken. Nil nocere!

Allenthalben wird überlegt, wie man in diesem Dilemma einen Schritt weiterkommen könnte. Gerade die traumazentrierte Psychotherapie hat hier in den letzten Jahren Pionierarbeit geleistet. Regressive Zustände werden durch Arbeit mit dem State des Inneren Kindes behandelt, bei der immer die innere erwachsene Elternfunktion aktiviert bleiben soll. Durch differenzierte Techniken gelingt es, den pathologischen Trauma-State bei der Traumaexposition zu aktivieren und gleichzeitig den Erwachsenen-State, die Arbeitsfähigkeit, aufrechtzuerhalten. Dadurch sind Entwicklungen möglich geworden, die in der Vergangenheit so nicht erreichbar waren.

Der Umgang mit den States des Patienten liegt in der Verantwortung der Therapeutinnen und Therapeuten. Insbesondere dann, wenn wir in einer Psychotherapie nicht nur begleiten, stabilisieren oder betreuen wollen, sondern Veränderungen herbeiführen möchten, werden wir um die Aktualisierung veränderungsrelevanter States im Rahmen der Therapie nicht umhinkommen. Die meisten psychotherapeutischen Verfahren verfügen auch über gute Techniken und Methoden, um States auszulösen, in denen Psychotherapie wirksam werden kann. Nicht alle psychotherapeutischen Verfahren haben in der Vergangenheit aber ausreichend reflektiert, wie solche States sicher wieder beendet werden können. Psychotherapeuten wurden dann zu Zauberlehrlingen, die jene Geister nicht mehr los wurden, die sie riefen. Es gibt inzwischen Methoden, Psychotherapie antiregressiv zu gestalten und Menschen aus regressiven Zuständen herauszuholen. Diese Methoden müssen in einer Therapie genau so sicher verfügbar sein wie diejenigen Techniken, um regressive oder pathologische States auszulösen oder auch nur zuzulassen. Nil nocere!

Hilfreich bei der Regulation regressiver oder pathologischer States zur Aufrechterhaltung der Arbeitsbeziehung kann sein, bewusst jene therapeutische Bühne zu wählen, auf der sich die Pathologie darstellen und inszenieren soll. Am natürlichsten ist es sicherlich, wenn sich therapeutische Arbeitsbeziehung und Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung in ein und derselben Dyade ganz natürlich darstellen. Diese Methode der therapeutischen Arbeit ist aber gleichzeitig auch besonders schwierig. Die therapeutische Ich-Spaltung, das Einnehmen einer Metaebene und das distanzierte Betrachten des eigenen Interaktionsverhaltens erfordert viel seelische Reife und die Möglichkeit, sich vom aktuellen Stresslevel jederzeit zu distanzieren und eine kognitive Ebene einzunehmen. Viele Therapieverfahren erleichtern sich die Arbeit, indem sie ritualisiert und

institutionalisiert einen Erlebnis- und Erfahrungs-Raum von einem Arbeits-Raum in der Therapie trennen, etwa durch die Arbeit mit Imaginationen oder mit Spielelementen. Psychotherapie mit einem solchen dritten Raum ist nichts anderes als die Anwendung von Erfahrungen der Spieltherapie bei Erwachsenen.

2. Schädigungen durch überflutende Traumaexpositionsbehandlung

Immer wieder wird diskutiert, ob Menschen mit intrusiven Symptomen, häufig überlagert und abgewehrt durch dissoziative Symptombildungen, nicht am besten durch eine möglichst rasche Traumaexpositionsbehandlung zu helfen ist. Diese Diskussion wird gegenwärtig kontrovers geführt, seitdem der Artikel „Stabilisierung und Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos?“ von Neuner in der Zeitschrift „Verhaltenstherapeut“ die Notwendigkeit von Stabilisierung in Frage stellt. In dem Artikel wird deutlich, dass der Autor kaum über klinische Erfahrungen mit jenem Klientel verfügt, zu dem er publiziert. Es ist nicht nachvollziehbar, dass damit auch eine empirisch besonders gut belegte Stabilisierungsform, die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan praktisch für entbehrlich erklärt wird. Die Tendenz dieses Artikels ist für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen potenziell schädlich. Allen Klinikern, die komplex traumatisierte Patienten behandelt haben, sind katastrophal verlaufende Einzelfälle bekannt, bei denen eine zu rasche Traumaexposition zu deutlichen Verschlechterungen geführt hat. Ohne Stabilisierung, ohne Ressourcenaktivierung werden Traumaexpositionsbehandlungen zu Retraumatisierungen. Nil nocere!

Diese klinischen Erfahrungen haben andererseits dazu geführt, dass die Therapien vieler traumatisierter Menschen in einem Schonklima permanenter Stabilisierung stagnieren. Traumaopfer und Traumatherapeut lähmen sich gegenseitig in ihrer Angst vor der destruktiven Intensität der Intrusionen. Stabilisierende Traumatherapie pervertiert zum gemeinsamen Vermeidungsverhalten. Werden Traumaintegration und Traumasynthese nicht rechtzeitig so durchgeführt, wie das ethisch vertretbar ist, wird die Leidenszeit verlängert oder es werden den Patienten wirksame Therapieschritte ganz vorenthalten, die hilfreich sind. Nil nocere!

Vielleicht ist es an dieser Stelle wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine Traumaexposition natürlich gar keine Traumaexposition ist. Traumaexposition respektive Traumakonfrontation ist eine Form der therapeutischen Bearbeitung von Traumafolgestörungen. Das Trauma als solches ist historische Tatsache, unveränderbar und unbeeinflussbar. Mit dem Trauma als solchem kann gar nicht konfrontiert werden, solange wir keine Zeitreise wie der „Terminator“ machen können. Dem Trauma kann niemand erneut begegnen. Die PTBS ist zentral eine

Angsterkrankung, eine Angst vor der Angst. Konfrontiert wird mit inneren Bildern, Stimmen, Geräuschen, Gefühlen, Körpersensationen, Beziehungsverzerrungen, die Folgen des Traumas sind. Konfrontiert wird also mit Phantomen, Hirngespinnsten, inzwischen dysfunktionalen Gehirn-Engrammen.

Diese Unterscheidung mag auf den ersten Blick kleinkariert, beckmesserisch erscheinen. Sie ist für die Therapieplanung und -durchführung aber zentral. Die Metaphernforschung hat klar ergeben, dass unsere Metaphern unser Denken strukturieren. Wortwahl, Begriffswahl sind also alles andere als beliebig. Die feministische Forschung wird lästigerweise und richtigerweise nicht müde, immer wieder darauf hinzuweisen. Es ist bedeutsam, ob wir beten „Vater unser im Himmel“ oder „Mutter unser im Himmel“. Insofern ist das Ringen um die stimmigste Metapher immer ein Ringen um einen bedeutsamen Inhalt. Stabilisierung oder Ressourcenaktivierung? Traumazentrierte Psychotherapie oder schonende Bearbeitung der Traumafolgestörungen? Der Diskurs ist eröffnet.

Zudem verschiebt diese Perspektive den Behandlungsfokus auf die Gegenwart. Inwieweit ist es erforderlich und sinnvoll, so viele Traumata wie möglich aufzuarbeiten? Ist es nicht vielleicht richtiger, sich auf das zu beschränken und zu konzentrieren, was im Hier und Heute stört, Symptomwert hat? Wann ist Ressourcenaktivierung die beste und hinreichende Behandlung, wann geht es um eine psychodynamische Behandlung der Beziehungsverzerrungen und wann ist eine Traumaexposition zur Traumasyntese die beste „Stabilisierung“? Nil nocere!

3. Schädigung durch unvermeidbare Nebenwirkungen von Traumaexpositionen

Auch wenn Traumaexpositionen gut vorbereitet und gut ausgebildet lege artis durchgeführt werden, können die Nebenwirkungen dieses Vorgehens Schaden anrichten. Durch Traumaexposition wird nicht selten eine Amnesie rasch reduziert oder aufgehoben, Dissoziation beendet und die Fähigkeit zum Dissoziieren massiv geschwächt, die bisherige Welt- und Selbst-Sicht fundamental in Frage gestellt und verändert, die Sicht wichtiger, naher Bezugspersonen deutlich verändert und die Informationsverarbeitungsfähigkeit des Gehirns kurzfristig stark belastet.

Traumazentrierte Psychotherapie (von diesem Begriff, dieser Metapher werde ich persönlich mich sicher nicht so schnell trennen) wird zur Zwickmühle, wenn die erfolgreiche Aufarbeitung der Traumata aus der Vergangenheit zu nicht bearbeitbaren Loyalitätskonflikten im gegenwärtigen Beziehungsgefüge der Patienten führt. Die suffiziente Aufhebung der Amnesie führt nicht selten dazu, dass die Rollen aller Familienmitglieder bei den Traumatisierungen von den Patienten ganz neu gewichtet werden. Schon am Beginn der traumazentrierten Psychotherapie, erneut vor Beginn der Traumaexpositionen wird mit den Patienten zu diskutieren sein, dass eine traumazentrierte Behandlung nicht ohne Auswirkungen

auf ihre Familienbezüge bleiben wird. Dies gilt für jede Psychotherapie. Bei der traumazentrierten Psychotherapie mag aber die Hoffnung bestehen, man könne die alten Traumata aufarbeiten, ohne dass die gegenwärtigen Bezüge tangiert werden. Immer dann aber, wenn durch Traumaexposition eine vergangene Szene aktualisiert wird, aktualisiert sich auch die peritraumatische Lebenssituation. Die ist meistens problematisch gewesen, denn sonst hätte dieses Kind oder diese Jugendliche wahrscheinlich das Trauma im Schutz der Familie integrieren können. In einer optimalen Familienkonstellation wäre es wahrscheinlich nicht zur Entwicklung einer chronifizierten Posttraumatischen Belastungsstörung gekommen. Wenn also Traumata aus Kindheit und Jugend im Erwachsenenalter noch virulent sind, dann ist damit zu rechnen, dass die peritraumatischen familiären Lebensumstände nicht optimal waren. Diese Lebensumstände aktualisieren sich durch die Traumaexposition und belasten die aktuellen Bezüge. Traumaexposition führt dann zu intensiven Loyalitätskonflikten. Patienten mit engen sozialen Bindungen an ihre Herkunftsfamilie sollten mit den Therapeuten vor den Traumaexpositionen reflektiert haben, ob sie bereit sind, ihre aktuellen Bezüge konflikthaft werden zu lassen und möglicherweise zu gefährden. Manche Patienten sind nach Abschluss der Traumatherapie buchstäblich mutterseelenallein. Nil nocere!

Traumazentrierte Psychotherapie hat sich aufgrund der hohen gesellschaftlichen Relevanz von Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter schon früh mit ihrer Wirksamkeit und ihrer potenziellen Schädlichkeit befassen müssen. Schaden kann eine insuffiziente Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die kein Handlungsrepertoire erarbeitet, um Regressionen zu steuern. Schaden kann Traumaexposition ohne Mentalisierungsfähigkeit im Trauma-State. Schaden kann die Aufhebung von Amnesien und dissoziativen Copingstrategien. Worauf hier noch gar nicht eingegangen wurde: Schaden kann die therapeutische Kreation von Fehlerinnerungen (*false memories*), schaden können auch unreflektierte juristische Schritte. Nil nocere!

Je klarer und deutlicher die potenziellen Schäden sind, die einem Therapieverfahren immanent sind, umso einfacher wird es, die Wirksamkeit und den Nutzen zu maximieren und den Schaden zu minimieren. Eine gute Kenntnis von Risiken, Nebenwirkungen und potenziellen Schäden macht eine Psychotherapie wirksamer, nutzbringender und erfolgreicher. Bekanntlich ist nichts erfolgreicher als der Erfolg.

Warum sollten wir unsere Patienten und uns selbst dieses Erfolges berauben?

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse, Göttingen

Vorwort

Der Begriff „schonende Traumatherapie“ beschreibt eine therapeutische Haltung und eine Therapiestrategie: Die Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen soll unter bedarfsorientierter Nutzung ressourcenaktivierender Techniken so schonend wie möglich durchgeführt werden, ohne dabei an Wirksamkeit zu verlieren. Diesem Grundsatz folgend, bietet das vorliegende Buch einen systematischen Überblick über die Konzeption und den Einsatz ressourcenorientierter Strategien und Techniken zur Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen.

Das Konzept einer ressourcenorientierten Behandlung greift aktuell innerhalb der Traumatherapie diskutierte Entwicklungen auf. Daher finden sich viele Ideen zu einer schonenden Traumatherapie auch in anderen Publikationen. Stellvertretend für die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie sind die Veröffentlichungen von Luise Reddemann (1996) und Ulrich Sachsse (2004) zu nennen. Als Vertreter der verhaltenstherapeutischen Traumatherapie, die sich in besonderer Weise mit ressourcenorientierten Behandlungsstrategien auseinandergesetzt haben, seien Maryelen Cloitre (2006), Mervin Smucker und Kollegen (1995) sowie Anke Ehlers (1999) erwähnt. Die moderne Traumatherapie hat zudem unzählige Anregungen aus der Hypnotherapie geschöpft (Phillips et al. 2003), insbesondere hinsichtlich der Nutzung von Imagination als Ressource für die Behandlung: Die Arbeit auf der inneren Bühne, das Einbeziehen imaginärer Helfer und anderer Ressourcentechniken sowie die Arbeit mit Ich-Anteilen beruhen ganz wesentlich auf hypnotherapeutischen Therapieprinzipien, wie sie beispielsweise von Milton Erickson begründet und später von John G. Watkins (1997) im Rahmen der Ego-State-Therapie weiter ausdifferenziert wurden. Die Behandlung von Patienten mit dissoziativen Störungen wurde – basierend auf hypnotherapeutischen Techniken – durch den integrativen Ansatz Michaela Hubers (2003 und 2009) erheblich befördert. In jüngster Zeit wurde die Arbeit mit Ich-Anteilen auch durch die Schematherapie bekannt gemacht (Roediger 2009). Auch die Katathym-imaginative Psychotherapie hat Elemente aus der hypnotherapeutischen Tradition aufgegriffen und für die Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen in Form der symbolischen Konfrontation weiterentwickelt (Steiner u. Krippner 2006).

Dass es notwendig ist, so viele Techniken und Therapieschulen aufzuzählen, macht deutlich, dass ein therapieschulenorientiertes Denken wenig sinnvoll ist, wenn es um die Behandlung von Patienten mit chronischen und komplexen Traumafolgestörungen geht. Ein mehr oder weniger eklektizistisches, besser noch integratives Zusammenführen aller hilfreichen Therapietechniken und -strategien scheint erforderlich, um allen Erfordernissen der Behandlung entsprechen zu können. In diesem Buch wird daher ganz ausdrücklich ein integrativer Thera-

pieansatz vertreten. Eine Beschränkung auf einzelne Therapieverfahren ist aus unserer Sicht nachteilig, da dadurch viel therapeutisches Potenzial „verschenkt“ wird. Dies gilt besonders dann, wenn es um die Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen oder dissoziativen Störungen auf der Grundlage schwerer kindlicher Traumatisierungen geht.

Auf dem Weg zu dem in diesem Buch dargestellten Therapiekonzept haben wir viele Ideen aufgegriffen und assimiliert. In manchen Fällen war es nicht mehr zurückzuerfolgen, woher bestimmte Anregungen stammen und wer diese zuerst publiziert hat. Wir bitten um Nachsicht, falls wir versäumt haben sollten, Quellen zu zitieren, die verfügbar gewesen wären. Auch war es nicht unsere Absicht, in diesem Buch Therapiemethoden im Detail darzustellen, da für uns mehr die Wirkmechanismen und Grundprinzipien traumatherapeutischer Behandlung im Vordergrund standen. Eine aktuelle und umfassende Übersicht über verschiedene Therapiemethoden, die bei der Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen eingesetzt werden, findet sich in dem von Maercker (2009) herausgegebenen Handbuch.

Das Konzept einer schonenden Traumatherapie hat sich über eine längere Zeitspanne entwickelt. Ein wichtiger Anstoß war die Durchführung der in den Jahren 2003 bis 2006 von der Stiftung Opferhilfe Niedersachsen geförderten und später auch in München weitergeführten Fortbildungsreihe mit dem Titel „Update Traumatherapie“. Durch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem aktuellen Wissen über die Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen hatten wir Gelegenheit, in gemeinsamen Diskussionen mit den Weiterbildungsteilnehmern um möglichst präzise Begriffe und Definitionen zu ringen, Therapiestrategien zu verfeinern und zu präsentieren und Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen gemeinsam anzusehen und zu diskutieren. An dieser Stelle möchten wir Rahel Schüpp und Ulrike Beckrath-Wilking, von denen wir als kenntnisreiche und therapeutisch sehr erfahrene Diskussionspartnerinnen profitiert haben, herzlich für ihre Mitwirkung als Dozentinnen im „Update Traumatherapie“ danken.

Zwischenstationen auf dem Weg zur Entwicklung unseres therapeutischen Konzepts waren zunächst unpublizierte Skizzen zu einer „aktiv umstrukturierenden Traumatherapie“ mit dem Fokus auf einer positiven Modifikation der traumatischen Erinnerung. Später folgte ein weiter gefasster Entwurf zu einer Traumatherapie „light“ (Sack et al. 2005; 2007). Der damals absichtlich etwas provokativ gewählte Begriff Traumatherapie „light“ stieß allerdings aus nachvollziehbaren Gründen auf Kritik und wurde von uns daher wieder aufgegeben. Inzwischen finden wir den Begriff „schonende Traumatherapie“ als Bezeichnung für ein integratives therapeutisches Konzept, das die ressourcenorientierte Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen beschreibt, stimmig.

Als über viele Jahre kontinuierlich zusammenarbeitendes „Trio“ in der Weiterbildung zur schonenden Traumatherapie und zur Ressourcenaktivierung war es für uns (M.S., B.G., W.L.) eine spannende Erfahrung, zu erleben, wie sich un-

sere eigene therapeutische Arbeit durch die Auseinandersetzung mit ressourcenorientierten Ansätzen verändert hat. Die in diesem Buch dargestellten Konzepte bieten einen Zugewinn an Übersicht und Orientierung, so dass wir uns auch in schwierigen Therapiesituationen heute deutlich besser gewappnet fühlen. Krisen in der Behandlung lassen sich leichter bewältigen und die vielfältigen Möglichkeiten zur Ressourcenaktivierung machen die Behandlung auch für uns als Therapeuten besser steuerbar und weniger belastend.

Unser besonderer Dank gilt allen Weiterbildungsteilnehmerinnen und Weiterbildungsteilnehmern, die uns kritische Fragen gestellt, anregende Beiträge und Erfahrungsberichte gegeben und uns den praktischen Nutzen einer ressourcenorientierten Traumatherapie bestätigt haben. Wir möchten uns an dieser Stelle zudem sehr herzlich bei unseren Patientinnen und Patienten bedanken, die uns ihr Vertrauen geschenkt haben und von denen wir so vieles lernen durften. Dank gilt auch den Lektorinnen des Schattauer-Verlags, Frau Alina Piasny und Frau Kristina Mohr.

Ein Punkt, der uns noch besonders am Herzen liegt: Traumatisierte Menschen leiden nicht nur häufig an psychischen Symptomen, sondern auch vergleichsweise oft an den verschiedensten körperlichen Beschwerden. Dies betrifft gleichermaßen somatoforme Symptome und körperliche Erkrankungen mit klarer organopathologischer Grundlage. Traumatische Kindheitsbelastungen erhöhen dramatisch das Risiko, an koronarer Herzerkrankung, an Schlaganfall oder Diabetes mellitus zu erkranken (Fellitti et al. 1998). Die Häufigkeit von Suchterkrankungen, Suizidversuchen und anderen psychischen und psychiatrischen Erkrankungen ist ebenfalls nachweislich erhöht. Im Rahmen der zitierten großen Bevölkerungsstudie von Fellitti mit fast 10 000 Teilnehmern gaben 62 % aller Befragten mindestens eine relevante Kindheitsbelastung an. Die Prävalenz von sexuellen Traumatisierungen betrug in der gesamten Stichprobe 22 %. Diese Befunde sind alarmierend und müssen Anlass geben, alles gesellschaftlich Mögliche zu tun, um Vernachlässigung und Gewalt an Kindern zu verhindern und die Folgen so früh wie möglich zu behandeln.

München, im Frühjahr 2010

Martin Sack
Barbara Gromes
Wolfgang Lempa

Inhalt

1	Warum schonende Traumatherapie?	1
1.1	Das konventionelle Modell der Traumatherapie	2
1.2	Ein neues Modell zur Behandlung von Traumafolgesymptomen	5
1.3	Besonderheiten bei der Behandlung von Traumafolgestörungen	8
2	Vom Störungsmodell zur Behandlungsplanung	11
2.1	Definitionen von Traumatisierungen	12
2.2	Wie entstehen Traumafolgestörungen?	16
2.3	Störungsmodelle	19
2.4	Gedächtnisforschung und Traumatherapie	28
2.5	Therapiekonzept zur Modifikation traumatischer Erinnerungen	32
3	Diagnostik von Traumafolgestörungen	34
3.1	Wichtige diagnostische Bereiche	35
3.2	Diagnostik und Anamneseerhebung	39
3.3	Diagnostik dissoziativer Störungen	46
3.4	Ressourcendiagnostik	53
3.5	Fragebogenscreening und Interviewdiagnostik	54
4	Ressourcenaktivierung als therapeutische Zielsetzung	61
	Barbara Gromes	
4.1	Grundlagen	62
4.2	Chronifizierung von Traumafolgesymptomen	65
4.3	Ressourcenaktivierung	68
4.4	Methoden	74
5	Behandlung von Traumafolgestörungen	103
5.1	Spezifische Behandlungsstrategien	105
5.2	Grundsätze einer schonenden Traumatherapie	118
6	Schonende konfrontative Behandlungstechniken	123
6.1	Förderung des Gegenwartsbezugs	125
6.2	Gezieltes Dosieren der Belastung	132
6.3	Aktive Förderung von Bewältigungserfahrungen	144

7	Praxis der schonenden Traumatherapie	158
7.1	Durchführung der Behandlung.	159
7.2	Anpassen der Behandlung an individuelle Bedingungen und Bedürfnisse	192
7.3	Integration und Wiederanknüpfen.....	201
8	Lösungen für Behandlungsprobleme	209
8.1	Vermeidbare ungünstige Entwicklungen	209
8.2	Was tun bei fehlendem Therapieerfolg?	212
9	Fazit	217
	Literatur	219
	Sachverzeichnis	227

1 Warum schonende Traumatherapie?

Inhalt

1.1	Das konventionelle Modell der Traumatherapie.	2
	Konfrontative vs. stabilisierende Behandlung	2
	Nachteile einer rein stabilisierenden Behandlung	3
1.2	Ein neues Modell zur Behandlung von Traumafolgesymptomen	5
	Kombination aus konfrontativer und stabilisierender Behandlung	5
	Grundsätze der schonenden Traumatherapie	5
	Erste Ansätze für eine Erweiterung der konventionellen Traumatherapie	7
1.3	Besonderheiten bei der Behandlung von Traumafolgestörungen	8
	Ambivalenz zwischen Auseinandersetzung und Verdrängung	8
	Das Thema Trauma in den Medien	9

Das in diesem Buch vorgestellte Konzept einer ressourcenorientierten Behandlung von Traumafolgestörungen steht für ein neues Modell der Traumatherapie. Durch den Einsatz schonender konfrontativer Techniken können die evidenzbasiert wirksamen Prinzipien traumatherapeutischer Behandlungen unabhängig von bestimmten Therapieverfahren oder Therapieschulen auch bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen und dissoziativen Störungen angewendet werden. Da die Behandlung primär bei aktuellen Belastungssymptomen ansetzt, werden unkontrollierte regressive Entwicklungen begrenzt – die Therapie bekommt hierdurch eine klare Zielsetzung. Der Einsatz von Techniken zur Distanzierung und Dosierung der Belastung während der Aktualisierung traumatischer Erinnerungen ermöglicht eine situationsangemessene Anpassung an die individuelle Belastungstoleranz. Zudem lassen sich die vielfältigen Möglichkeiten zur Aktivierung von Bewältigungsressourcen nutzen, um zumindest auf der imaginären Ebene das nachholen zu können, was in der traumatischen Situation gefehlt hat, und um Erfahrungen von Bewältigung zu sammeln. Damit wird es möglich, schon in einem sehr frühen Therapiestadium direkt an der Traumafolgesymptomatik zu arbeiten. Längere vorbereitende Phasen einer stabilisierenden psychotherapeutischen Behandlung sind nur in Ausnahmefällen erforderlich. Die Therapie zielt von Anfang an auf eine Reduktion der Traumafolgesymptome.

Bislang stand die Traumatherapie im Ruf, schwierig und belastend zu sein – sowohl für Patienten als auch für Behandelnde. Nach unserer Auffassung hat dieses Image stark mit den Konzepten zu tun, die für die Behandlung entworfen werden, und mit den therapeutischen Methoden, die zur Anwendung kommen. Wir möchten an dieser Stelle nicht polarisieren, sondern deutlich werden lassen, aus welchen Überlegungen und Notwendigkeiten heraus eine Modifikation der bislang angewandten traumatherapeutischen Behandlungsstrategien erfolgen sollte. Wie lässt sich das bewährte, aus unserer Sicht allerdings inzwischen überholte konventionelle Modell der Traumatherapie beschreiben?

1.1 Das konventionelle Modell der Traumatherapie

Konfrontative vs. stabilisierende Behandlung

In der konventionellen Traumatherapie geht man von der Grundidee aus, dass es zur Behandlung der spezifischen Traumafolgesymptomatik notwendig ist, das in der Vergangenheit erlebte „Trauma“ auf **konfrontative Weise** zu bearbeiten. In den AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung wird dies beispielsweise deutlich herausgestellt: „Die Therapie der Wahl bei der PTSD ist die Rekonfrontation mit dem auslösenden Trauma mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen“ (Flatten et al. 2004, S. 6).

Die Forderung nach einer „Bearbeitung der symptomauslösenden Traumatisierung“ wird durch die empirisch nachgewiesene Wirksamkeit eindeutig unterstützt. Oft wird aber vergessen, dass immer nur im Rahmen der Therapie aktualisierte Erinnerungen an Traumatisierungen bearbeitet werden können und keinesfalls das „Trauma“ selbst. Hinsichtlich der Evidenzbasierung der Behandlungsempfehlungen ist zu berücksichtigen, dass die Studien fast ausschließlich mit Patienten, die unter nicht komplexen Traumafolgestörungen litten, durchgeführt wurden.

Allerdings kann die konfrontative Behandlung nicht uneingeschränkt bei allen Patienten direkt eingesetzt werden. Die AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (Flatten et al. 2004, S. 7 und 103) zählen u. a. die folgenden relativen **Kontraindikationen** auf:

- Instabile psychosoziale und körperliche Situation
- Mangelnde Affekttoleranz (ohne ausreichende Stabilisierung)
- Anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- Unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis

Aufgrund der potenziellen Belastung durch die Aktualisierung der traumatischen Erinnerung (Gefahr der affektiven Überflutung und Retraumatisierung) wird eine ausreichende **Stabilisierung** zur Voraussetzung der konfrontativen Behandlung gemacht.

Anhand dieser Kriterien müssen viele Patienten als nicht ausreichend stabil für eine konfrontative Behandlung von Traumafolgestörungen eingeschätzt werden. Bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen trifft dies erfahrungsgemäß besonders häufig aufgrund einer mangelnden Affekttoleranz oder einer anhaltenden schweren Dissoziationsneigung sowie mangelnder Distanzierungsfähigkeit von der traumatischen Erinnerung zu. Dementsprechend wurde besonders von Vertretern der **psychodynamischen Therapieschule** eine stabilisierende Behandlung bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen als wichtigster Behandlungsschritt in den Vordergrund gestellt (Reddemann u. Sachsse 1997). Damit einhergehend wird vor einer vorschnell eingesetzten Bearbeitung traumatischer Erinnerungen gewarnt und das Behandlungsprinzip Konfrontation wieder relativiert. So findet sich in den Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (Flatten et al. 2004, S. 105) auch die Aussage: „Zentrale Bedeutung kommt einem phasenorientierten Vorgehen zu. Traumabearbeitende Therapie setzt Stabilisierung voraus.“ Noch deutlicher wird der Stellenwert einer stabilisierenden Behandlung von Reddemann (2004, S. 108) herausgehoben: „Die Konfrontation mit dem Trauma ist eine Maßnahme unter vielen, vielen anderen und hat in den seltensten Fällen Vorrang“.

Konträr zur psychodynamischen Auffassung wird in der **verhaltenstherapeutischen Behandlungstradition** die konfrontative Behandlung von Traumafolgestörungen von jeher klar als Behandlungsstrategie der ersten Wahl benannt (Foa u. Kozak 1986). Allerdings setzen auch Verhaltenstherapeuten diese Behandlungsmaxime vergleichsweise selten um (Cahill et al. 2006). Offenbar scheuen sich Psychotherapeuten generell, konfrontative Behandlungstechniken einzusetzen, obwohl die empirische Evidenz eindeutig dafür spricht. Im Zweifelsfall werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Rahmen stabilisierende Behandlungstechniken eingesetzt und konfrontative Behandlungen seltener als indiziert durchgeführt.

Nachteile einer rein stabilisierenden Behandlung

Wie Forschungsergebnisse nahelegen, führt eine stabilisierende Behandlung tatsächlich zu einer signifikanten Befundbesserung, z.B. bei depressiven Symptomen, und auch zu einer Verbesserung im allgemeinen Funktionsniveau (Lampe et al. 2008; Cloitre et al. 2002; Sachsse et al. 2006). Allerdings sind die Behandlungseffekte vergleichsweise gering ausgeprägt. Die stabilisierende Be-

handlung erweist sich als nicht ausreichend wirksam zur Reduktion der spezifischen Traumafolgesymptomatik (z. B. von intrusiven Symptomen).

Stabilisierende Behandlung kann die Symptomatik zwar etwas reduzieren und die Alltagsfunktionalität verbessern – Patienten sind dann aber noch nicht beschwerdefrei und benötigen weitere traumaspezifische Behandlung.

Da die konfrontative „Traumabearbeitung“ mit Verfahren der konventionellen Traumatherapie potenziell eine Destabilisierung mit Krisen und Überlastung des Patienten und der therapeutischen Personals auslösen kann, kommen evidenzbasierte konfrontative Therapiestrategien – insbesondere bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen und dissoziativen Störungen – vergleichsweise selten zum Einsatz. Auch in der teilstationären und vollstationären Behandlung findet oft nur eine stabilisierende Behandlung statt. Dies bedeutet für viele Patienten, die mit der Hoffnung auf eine Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik in die stationäre Behandlung kommen, eine Enttäuschung. Sie werden wiederholt auf eine noch nicht ausreichende Stabilisierung verwiesen und die traumakonfrontative Behandlung bekommt den Rang einer sehr schwer zu bewältigenden und potenziell gefährlichen Aufgabe.

Der bisherige Standard in der Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen ist faktisch eine primär stabilisierende Behandlung.

Nach unserer Einschätzung ist die, unabhängig von der Zugehörigkeit zu bestimmten Therapieschulen, zu geringe Umsetzung der evidenzbasierten Strategien zur Behandlung von Traumafolgestörungen nicht ein Problem mangelnden Wissens über die entsprechenden Behandlungsverfahren. Vielmehr liegt der Grund darin, dass die existierenden konfrontativen Behandlungstechniken nur eingeschränkt bei relativ instabilen Patienten eingesetzt werden können. Eine sichere und dosierte Anwendung konfrontativer Behandlungen ist gerade bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen nur schwer möglich, wenn die Behandlung auf die Bearbeitung von vergangenen Traumatisierungen fokussiert ist.

Besonders wichtig erscheint es, die konfrontativen Behandlungstechniken in einer Weise flexibel an die individuelle Belastbarkeit anpassen zu können, die zu Erfahrungen von Bewältigung und Entlastung in jeder einzelnen Therapiesitzung führt, ohne dass die gesamte traumatische Belastung aktualisiert werden muss und ohne dass es zu einer Überforderung von Patient und Behandelndem kommt.

1.2 Ein neues Modell zur Behandlung von Traumafolgesymptomen

Kombination aus konfrontativer und stabilisierender Behandlung

Im Gegensatz zum konventionellen Modell der Traumatherapie, das die konfrontative Behandlung der Traumafolgestörung an strenge Indikationskriterien und eine ausreichende Stabilität des Patienten knüpft, geht das Behandlungsmodell der schonenden Traumatherapie davon aus, dass eine Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik im Prinzip bei allen Patienten möglich und sinnvoll ist. Der Begriff Stabilität hat weiterhin Bedeutung für die Therapie, wird jedoch nicht abgegrenzt als eine Phase des Behandlungskonzepts gesehen.

Stabilität ist ein Behandlungsziel und oft eine Voraussetzung, um Veränderung während der Behandlungsschritte zu ermöglichen.

Diesem neuen Paradigma liegt die Auffassung zugrunde, dass nicht primär vergangene Traumatisierungen, sondern ausschließlich Symptome oder Erinnerungen an Vergangenes, die sich in der Gegenwart aktualisieren, Gegenstand der Behandlung sind. Der wichtigste Grundsatz für die Bearbeitung von Traumafolgestörungen ist daher, dass zuerst die **gegenwärtige Symptomatik** behandelt wird (und eben nicht das „Trauma“) und dass ausreichend **Bewältigungsressourcen** vorhanden sind oder in der Therapiesitzung gezielt aktiviert werden.

Neuronale Netzwerke, die Erfahrungen von Ressourcen und Bewältigung repräsentieren, sollten deutlich stärker aktiviert sein als traumaassoziierte Netzwerke. Unter dieser Bedingung kann die Indikation zu einer konfrontativen Behandlung sehr viel weiter gestellt werden, da die Gefahr einer Überforderung viel geringer ausfällt als bei der klassischen Konzeption. Ein gezieltes Durcharbeiten traumatischer Erinnerungen macht nur dann Sinn, wenn es der Verarbeitung und Integration des Erlebten in die eigene Biografie dient und die gegenwärtige Traumafolgesymptomatik bereits ausreichend reduziert ist.

Grundsätze der schonenden Traumatherapie

Eine Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik ist bei allen Patienten sinnvoll und möglich, wenn folgende Punkte befolgt werden:

Grundsätze der schonenden Traumatherapie

- Stabilisieren und Durcharbeiten belastender (Alltags-)Erinnerungen bilden eine Einheit.
- Primärer Ansatzpunkt der konfrontativen Bearbeitung ist die im Alltag vorhandene Symptomatik.
- Bewältigungsressourcen werden bedarfsweise gezielt aktiviert.
- Bindungs- und Beziehungsstörungen und Störungen der Selbstregulation werden in der Therapie berücksichtigt und bearbeitet.
- Infolge traumatischer Kindheitserfahrungen vernachlässigte Grundbedürfnisse werden gezielt durch Selbstversorgung des Patienten nachgeholt.

Das Bearbeiten der aktuellen Traumafolgesymptomatik dient einer Reduktion von Symptomen im Alltag und dadurch direkt der Ich-Stabilisierung.

Nicht das Trauma, sondern die Traumafolgesymptomatik wird durch die Konfrontation mit symptomauslösenden Situationen oder anderen Auslösereizen im Alltag bearbeitet.

Aktuelle Erfahrungen und Probleme im Alltag eignen sich sehr gut als Einstieg zur Aktualisierung der Traumafolgesymptomatik. Das kann beispielsweise eine Situation sein, bei der durch einen Auslösereiz Erinnerungen an traumatische Ereignisse aufgetaucht sind und Angst oder eine körperliche Stressreaktion ausgelöst wurde. Genauso können auch Ängste und Befürchtungen vor zukünftigen belastenden Situationen für die Bearbeitung der Symptomatik herangezogen werden. Wenn bereits klar ist, welche traumatische Erfahrung auslösend für eine bestimmte Symptomatik ist und eine ausreichende psychische Belastbarkeit gegeben ist, kann diese Erfahrung natürlich auch direkt bearbeitet werden. Darüber hinaus kann eine Auseinandersetzung mit vergangenen traumatischen Erfahrungen natürlich immer dann sinnvoll sein, wenn das Erlebte besprochen und in eine narrative Form gebracht werden soll, um es in die eigene Biografie zu integrieren.

Patienten, die an den Folgen von Traumatisierungen in der Kindheit leiden, benötigen in aller Regel einen Therapieansatz, der über die Behandlung der spezifischen Traumafolgesymptomatik hinausreicht. Sehr häufig finden sich bei diesen Patienten in der Kindheit erworbene Bindungs- und Beziehungsstörungen, die mit einer Einschränkung der Lebensqualität einhergehen und entsprechend behandlungsbedürftig sind. Ein weiteres, mit kindlichen Traumatisierungen assoziiertes therapeutisches Thema ist der Aufbau einer ausreichenden Fähigkeit zur Selbstfürsorge und das Nachholen versäumter Entwicklungsbedürfnisse und Entwicklungsschritte (s. Kap. 7.2.2, S. 197 ff).

Erste Ansätze für eine Erweiterung der konventionellen Traumatherapie

Das in diesem Buch vorgestellte Modell einer schonenden Traumatherapie greift aktuelle Entwicklungen der Traumatherapie auf und führt diese zu einem einheitlichen Konzept zusammen. Ausgehend von Grawes und Grawe-Gerbers (1999) Überlegungen zur Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie und von Antonovskys (1987) Konzept gesundheitsprotektiver Ressourcen wurde seit den 1990er Jahren verstärkt über eine gezielte **Förderung von Bewältigungsressourcen** nachgedacht (Sack u. Lamprecht 1998). Daher war es nahe liegend, auch zu überlegen, wie die Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen durch Ressourcenaktivierung und schonende Techniken zur Bearbeitung belastender Erinnerungen verträglicher gestaltet werden könnte.

Die Bearbeitung der traumatischen Situation aus der Beobachterperspektive und die imaginäre Versorgung von belasteten Selbst-Anteilen wurden als ressourcenorientierte Behandlungstechniken von Reddemann (1996) und Sachsse (1998) schon bald in die **psychodynamische Traumatherapie** eingeführt. Beide Autoren machten ebenfalls bereits frühzeitig auf die Notwendigkeit eines umfassenden Behandlungskonzepts aufmerksam, das beispielsweise die Behandlung von Bindungs- und Beziehungsstörungen bei Patienten mit Traumafolgestörungen berücksichtigt. Die Förderung persönlicher Ressourcen sowie damit assoziierte Themen wie Selbstakzeptanz und die Fähigkeit, sich selbst beruhigen und trösten zu können, sind zudem integraler Bestandteil des Konzepts der psychodynamisch-integrativen Traumatherapie (Reddemann 2009).

Seitens der **Verhaltenstherapie** wurden ressourcenorientierte Behandlungsstrategien z. B. von Smucker und Kollegen (1995; 1999) eingebracht. So lässt sich die Veränderung des traumatischen Narrativs durch Umschreiben in eine Geschichte mit positivem Ausgang zur gezielten Förderung von Bewältigungserfahrungen im Rahmen konfrontativer Behandlungssitzungen nutzen. Erfahrungen aus der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen führten zu dem Vorschlag, den Anteil der Exposition zugunsten der Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen zu reduzieren (Ehlers u. Clark 2000). Auch die gezielte Verknüpfung der Erinnerung an die schlimmsten Momente des traumatischen Geschehens mit funktionaler Information (z. B. der Gewissheit, überlebt zu haben) oder mit Handlungen und Bewegungen, die während des Traumas nicht möglich waren, wurde im Sinne einer schonenderen Behandlung vorgeschlagen (Steil et al. 2009).

Wöller (2006) sowie Hofmann und Sack (2006) benutzen bereits den Begriff schonende **Traumabearbeitung**, um eine auf die individuellen Bedürfnisse von traumatisierten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zugeschnittene konfrontative Behandlung zu beschreiben. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass konfrontative Behandlungstechniken mit Techniken zur Ressourcenaktivierung kombiniert werden können. Von verschiedenen Autoren wurde vorgeschlagen,

speziell im Rahmen von EMDR-Behandlungen (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) eine Ressourcenperspektive in die Therapieplanung einzubeziehen (Ebner u. Rost 2006). So ist eine von Rost (2008) herausgegebene Publikation ausschließlich der Ressourcenarbeit mit EMDR und der Kombination von ressourcenorientierten mit traumabearbeitenden Behandlungsstrategien gewidmet. In ähnlicher Weise wurden Änderungen am EMDR-Standardprotokoll für die Behandlung von Patienten mit komplexer PTBS begründet und eingeführt. Als Ansatzpunkt für eine Bearbeitung der Traumafolgestörung bei diesen Patienten werden inzwischen klar die gegenwärtige Symptomatik oder in die Zukunft projizierte Ängste definiert (Hofmann u. Sack 2006).

1.3 Besonderheiten bei der Behandlung von Traumafolgestörungen

Ambivalenz zwischen Auseinandersetzung und Verdrängung

Traumatische Erinnerungen üben oft eine große Anziehungskraft aus: Gedanken an das Trauma, über Traumafolgen und erlittene Ungerechtigkeit oder über den Täter können im Erleben und Denken sehr viel Raum einnehmen und den Alltag dominieren. In manchen Fällen treibt ein starker innerer Druck Betroffene dazu, immer wieder über die Belastungen zu sprechen, auch wenn ihnen dies keine wirkliche Erleichterung verschafft oder sogar die posttraumatische Symptomatik verstärkt. Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die es vermeiden, über traumatische Erinnerungen zu sprechen oder sich mit Details des belastenden Geschehens auseinanderzusetzen. Dissoziative Symptome können zu einer nahezu kompletten Unterdrückung von emotionalen Reaktionen führen und Betäubung und Gefühllosigkeit auslösen. Mit anderen Worten: Patienten mit Traumafolgestörungen sind oft zwischen den Polen gefangen, entweder ihren Erinnerungen ausgeliefert zu sein und zu viel zu erleben oder Teile ihres emotionalen Erlebens auszublenden bzw. zu vermeiden und zu wenig von dem wahrzunehmen, was sie selbst bewegt und was in ihnen vor sich geht (van der Kolk 2002).

Es liegt somit in der Traumafolgesymptomatik selbst begründet, dass in Therapiesituationen so häufig eine Ambivalenz aufkommt: einerseits möchte der Betroffene am liebsten nichts damit zu tun haben, auf der anderen Seite wird er ständig von Erinnerungen überschwemmt und kann von dem Thema nicht loskommen. Diese Ambivalenz ist für Therapeuten „ansteckend“ und schafft Unsicherheit, ob es zuträglich ist, traumatische Erinnerungen zu explorieren und konfrontativ zu bearbeiten. Wenn sich der Therapeut zu sehr von den Vorbehalten seiner Patienten beeinflussen lässt, läuft er Gefahr, genau das Muster von Vermeiden und Ausblenden zu unterstützen, das letztendlich zur Chronifizierung der Traumafolgesymptomatik beiträgt. Drängt der Therapeut andererseits