

Psychotraumatologie

Geschichte-Krankheitsbilder-Therapieansätze

Ursula Gast

Überblick:

Das wissenschaftliche und klinische Interesse an der Psychotraumatologie hat in den letzten Jahren in Deutschland einen enormen Aufschwung erfahren. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Häufigkeit und Folgen psychischer Traumata führen zu einem neuen Verständnis der verschiedenen Traumafolgestörungen. Im Vortrag wird ein kurzer Abriss über die **Geschichte der Psychotraumatologie** gegeben und überlegt, warum die Erkenntnisse hierüber nicht kontinuierlich, sondern mit Sprüngen und Brüchen verlaufen. Es werden die **verschiedenen Traumafolgestörungen** (einfache und komplexe posttraumatische Belastungsstörung und dissoziative Störungen) sowie traumaassoziierte Störungsbilder (Sucht, Angst, Depression) mit ihrem Symptomspektrum vorgestellt. Zudem werden **psychotherapeutische Behandlungsansätze** beschrieben, durch welche die Symptome gelindert und die betroffenen Menschen in ihrem Heilungsprozess unterstützt werden können. Insbesondere wird auch der Behandlungsansatz in der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld beschrieben, in dem ein phasen- und ressourcenorientiertes Vorgehen sowie die psychodynamisch imaginative Traumatherapie von Luise Reddemann zum Tragen kommen.

Einführung:

Die Anerkennung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als offizielle Diagnose in der psychiatrischen Nomenklatur im Jahre 1980 führte geradezu zu einer Explosion verschiedenster wissenschaftlicher Untersuchungen zu dem Thema, wie Menschen auf überwältigende Geschehnisse reagieren. Es zeigte sich, dass Gewalterfahrungen das seelische, körperliche und soziale Gleichgewicht eines Menschen erheblich stören und zu gesundheitlichen Problemen unterschiedlicher Art und Ausprägung führen können.

Mit diesen Erkenntnissen geriet die Wahrnehmung von Gewalt als wichtiger Faktor für gesundheitliche Störungen zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Kostenträger. Auch führte diese veränderte Wahrnehmung zu einem neuen Verständnis und einer veränderten Einschätzung verschiedener Krankheitsbilder (so z.B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die inzwischen als komplexe posttraumatische Belastungsstörung angesehen werden kann). Inzwischen belegen eine Reihe von Studien zur Risikoforschung, dass häusliche Gewalt weltweit als eines der größten Gesundheitsprobleme vor allem für Frauen und Kinder gilt. Neben akuten körperlichen und seelischen Verletzungen kommt es häufig zu chronischen, psychischen und psychosomatischen Beschwerden.

Während für die Behandlung körperlicher Verletzungen in Deutschland ein gutes medizinisches Versorgungsnetz zur Verfügung steht, gilt dies für seelische Störungen noch nicht. Die bislang unzureichende Versorgungslage hängt unter anderem damit zusammen, dass psychische Erkrankungen insgesamt einer gesellschaftlichen Tabuisierung unterliegen. Zusätzlich wird der gesellschaftliche und wissenschaftliche Diskurs über Traumafolgestörungen von einer spezifischen Dynamik Verdrängens und Vergessens geprägt. Diese Dynamik wurde von Frau Professor Judith Herman, amerikanische Psychiaterin an der Harvard Medical School und Pionierin auf dem Gebiet der Psychotraumatologie sehr anschaulich beschrieben und soll im Folgenden genauer dargestellt werden.

Geschichte der Psychotraumatologie – Wissenschaft und Wissensverlust

Gewalttaten verbannt man aus seinem Bewusstsein - das ist eine normale Reaktion. Gewalttaten lassen sich jedoch nicht einfach vergessen und begraben. Dem Wunsch, etwas schreckliches zu verleugnen steht die Gewissheit gegenüber, dass Verleugnung auf Dauer unmöglich ist. Dieser Konflikt zwischen dem Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen und dem Wunsch, sie laut auszusprechen, ist die zentrale Dialektik des psychischen Traumas. So lautet

die These von Judith Herman in ihrem Buch „Trauma and recovery“, zu deutsch „Narben der Gewalt“. Häufig taucht die Geschichte des Traumas nicht als Erzählung, sondern als Symptom auf, eine Erkenntnis, die bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts von verschiedenen Psychiatern beschrieben wurde. Die Symptome psychischen Leidens bei traumatisierten Patienten weisen dabei häufig auf die Existenz eines unaussprechlichen Geheimnisses hin - und lenken gleichzeitig davon ab.

Je größer die gesellschaftliche Solidarität mit den Opfern, desto größer die damit verbundenen Unterstützung beim Heilungsprozess. Problematisch wird es jedoch mit der Solidarität, wenn die Interessen der Opfer und der Gesellschaft divergieren. Wissenschaftler und Therapeuten werden in eine Dynamik des Sichtbar-Machens und des Vergessens mit hineingezogen. Psychologische Traumatisierungen zu untersuchen, so beschreibt Herman, bedeutet eine Auseinandersetzung sowohl mit der Verletzlichkeit des Menschen als auch mit dem Potential des Bösen in ihm. Sind traumatische Ereignisse von Menschen gemacht, geraten diejenigen, die Zeugnis darüber ablegen, in einen Konflikt zwischen Opfern und Tätern. Es ist moralisch unmöglich, in diesem Konflikt neutral zu bleiben. Der Zuschauer ist gezwungen, Partei zu ergreifen. Dabei ist es verlockend, die Partei des Täters zu ergreifen. Alles was der Täter braucht, ist, dass der Zeuge nichts tut. Damit appelliert er an den allgemeinen Wunsch, das Böse nicht zu sehen, zu hören und zu benennen. Das Opfer hingegen fordert Handlung, Engagement und Erinnern. Nach jeder Gräueltat kann man ähnliche vorhersagbare Entschuldigungen hören: Es ist gar nichts passiert. Das Opfer lügt oder bildet sich die Vorfälle ein, das Opfer hat es selber provoziert, und ohnehin ist es Zeit, zu vergessen und vorwärts zu blicken. Je mächtiger der Täter, um so eher hat er das Vorrecht, die Wirklichkeit zu definieren. In Abwesenheit von sozialer Kontrolle und starker politischer Menschenrechtsbewegungen tritt an die Stelle der aktiven Zeugenschaft unvermeidlich der aktive Prozess des Vergessens. Verdrängung, Abspaltung, Verleugnung sind Phänomene sowohl des sozialen wie des individuellen Bewusstseins.

Seit Bestehen der Psychiatrie und Psychotherapie als Wissenschaft kann man diese Dynamik im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess verfolgen: Dies gilt für die verschiedensten Formen von Traumatisierungen und betrifft sowohl die Folgen von Kriegstraumatisierungen als auch staatlich sanktionierte und innerfamiliäre Gewalt. Das Trauma, insbesondere das Kindheits-trauma, wurde bereits sehr früh als entscheidender ätiologischer Faktor für Symptome und Störungen angenommen (Im weiteren nach Herman 2003).

1859 beschrieb der französische Psychiater Briquet Patientinnen und Patienten mit hysterischen Symptomen und nahm bei einem großen Teil seiner Patienten traumatische Erlebnisse als Ursache der Erkrankung an. Sexueller Missbrauch von Kindern wurde während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von Wissenschaftlern wie dem Gerichtsmediziner Tardieu gut dokumentiert. Unmittelbar nachdem der sexuelle Missbrauch als Problem identifiziert war, erfolgte eine Gegenbewegung: Es erschien die Abhandlung des Psychiaters Fournier, der die *pseudologica phantastica* bei Kindern beschrieb. Er warf die Frage der möglichen Fehlerinnerungen auf und nahm an, dass diese Kinder ihre Eltern fälschlicher Weise des Inzest beschuldigten. Auch der berühmte Neurologe Charcot erforschte den Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und hysterischen Symptomen. Seine Schüler Janet und Babinski gingen dabei entgegengesetzte Wege: Babinski reduzierte hysterische Phänomene auf Simulation und Suggestibilität und stellte damit Weichen für eine problematische Behandlung der späteren Kriegsneurosen.

Janet (1989) entwickelte eine bis heute gültige Theorie über die Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen und beschrieb die Unfähigkeit der Integration des traumatische Ereignisses in bestehende kognitive Strukturen. Durch unzureichende Integration werden Erinnerungen an die traumatischen Erfahrungen vom Bewusstsein und der Willenskontrolle abgespalten – dissoziiert. Janet stellte fest, dass die betroffenen nicht in der Lage waren, narrative Erinnerungen in Form von einer persönlichen Geschichte über das traumatische Ereignis hervorzubringen. Statt dessen dominierten bei Konfrontation mit Erinnerungsauslösern überwiegend somatosensorische Repräsentationen des Traumas - z.B. in Form von somatoformen

psychogenen Schmerzen und Lähmungen oder Flash-back-Erlebnissen. Trotz des enormen Umfangs seines wissenschaftliche Werkes, trotz verbreiteter wissenschaftlicher Anerkennung, geriet Janets Modell der Dissoziation fast 100 Jahre in Vergessenheit.

Statt dessen setzte sich die von Sigmund Freud begründete Psychoanalyse und das damit verbundene Modell der Verdrängung durch. Auch Freud wurde in die Dialektik des Traumas, in den Spannungsbogen der Täter-Opfer-Dyade hineingezogen (siehe auch Krutzenbichler 2003). Auch er lernte bei Charcot in Paris und kannte die gängigen Theorien der Hysterie. Auch seine Patientinnen berichteten über sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte. Als er 1897 im Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien in seinem Vortrag „Zur Ätiologie der Hysterie“ sexuelle Traumatisierungen als Quelle der späteren Neurose angab, stieß er auf eisiges Schweigen und offene Ablehnung durch seine Kollegen. Freud verfolgte daraufhin das Konzept der Dissoziation nicht mehr, sondern entwickelte als neue Theorie das Modell der intrapsychischen Konflikte und der Verdrängung, insbesondere der kindlichen Sexualverdrängung. Obwohl das Modell der Psychoanalyse wichtige Erklärungsmöglichkeiten zum Verständnis der neurotischer Symptome bietet und allgemein anerkannte Behandlungsansätze daraus entwickelt wurden, kann aus der historischen Perspektive nicht geleugnet werden, dass Freud sich an dieser Stelle irrte, und dass er dem Zeitgeist entsprechend auf die anstößigste aller Theorien, nämlich der Inzest-Genese verzichtete. Möglicher Weise, so vermutet Herman (s.o.), war aber auch nur so, mit diesem gesellschaftlichen Kompromiss, die Etablierung der neuen Disziplin, nämlich der Psychotherapie und Psychoanalyse möglich.

Drohende gesellschaftliche Ächtung bewirkten, dass Freud seine Thesen widerrief, dass hysterische Symptome auf frühe sexuelle Traumatisierungen zurückzuführen seien. Somit verfolgte er die Trauma-These nicht mehr und entwickelte ein anderes Erklärungsmodell, nämlich dass des konflikthaften Erlebens und den Mechanismus der Verdrängung bei sozial un-

erwünschten Phantasien und Impulsen. Der Versuch seines Schülers und späteren Rivalen Ferenzi, die Bedeutung kindlicher sexueller Traumatisierung erneut aufzugreifen, scheiterte an der Agitation psychoanalytischer Kollegen und blieb somit ohne gesellschaftliche Resonanz (siehe Krutzenbichler 2000).

Eine neue Besinnung auf die Erkenntnisse Janets wurden durch zwei wichtige gesellschaftliche Bewegungen begünstigt: Durch die Bürgerrechtsbewegung, die die posttraumatische Belastungsstörung als großes Problem der Kriegsveteranen im Vietnamkrieg erkannte und durch die Frauenbewegung, durch welche das Ausmaß der häuslichen Gewalt in das öffentliche Bewußtsein gelangte.

Trauma, Dissoziation und die Zuordnung verschiedener Psychotraumastörungen

Trauma wird definiert als extrem belastende, überwältigende Erfahrungen, die in der Regel mit Todesangst und Vernichtungsgefühl einhergehen. Traumatische Erfahrungen überfordern die normalen Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen eines Menschen und können nicht in den üblichen Erfahrungshintergrund integriert werden.

Der psychologische Begriff Dissoziation bedeutet im weitesten Sinne Trennung, Auflösung und ist damit das Gegenteil von Assoziation, d.h. Verbindung und Verknüpfung. Dissoziation stellt eine unwillkürliche Reaktion des Menschen auf belastende oder traumatische Erfahrungen dar, die zu einer Veränderung bzw. einem Rückzug von Bewusstsein führt, die einströmenden Reize reduziert und den Effekt überwältigender Emotionen vermindert.

Dissoziation wird somit zum wichtigen Schutzmechanismus für Menschen in traumatischen Situationen. Es ist jedoch gleichzeitig ein sehr drastischer Notmechanismus, der nachhaltige

Schäden in Form von posttraumatischen Symptomen hinterlassen kann. Diese äußern sich unter anderem und vereinfacht ausgedrückt in einem charakteristischen Wechsel hinsichtlich der Erinnerungsqualität an das Trauma: Es gibt sowohl ein „Zu viel“ oder „Zu intensiv“ in Form von sich aufdrängenden Erinnerungsbildern und den damit verbundenen Emotionen und Körperwahrnehmungen als auch ein „Zu wenig“ oder „Zu unwichtig“ in Form von innerer Abgestumpftheit und Taubheit.

Kommt es zu wiederholten und länger anhaltenden Traumatisierungen, insbesondere in der Kindheit, kann sich die dissoziative Reaktion verfestigen und „einschleifen“. Die normalerweise integrative Funktion des Bewusstseins wird unterbrochen und gestört. Hiervon kann das Gedächtnis in Form von Gedächtnisstörungen (dissoziative Amnesie) betroffen sein, ebenso die Wahrnehmung in Form von Entfremdungserleben dem eigenen Körper oder der Umwelt gegenüber (Depersonalisation oder Derealisation).

Das Modell der Strukturellen Dissoziation von Nijenhuis et al. (2003) stellt einen vielversprechenden Ansatz dar, um den Zusammenhang von posttraumatischen und dissoziativen Störungen zu verstehen. Die Autoren gehen davon aus, dass sich die Dissoziation, also die „Nicht-Verbindung“, an bestimmten Sollbruchstellen des mentalen Systems vollzieht, und zwar entlang kleiner „Spalten“, die es natürlicherweise zwischen den angeborenen emotionalen Systemen und den Subsystemen gibt. Danach können drei Ebenen der strukturellen Dissoziation aufgezeigt und die verschiedenen Störungen auf einem Continuum angeordnet werden, wobei immer komplexere Erfahrungsbereiche aus dem Alltagserleben abgespalten werden. Bei der einfachen PTBS wird im Sinne der primären Dissoziation das traumatische Ereignis abgespalten, während bei komplexen Traumafolgestörungen umfangreiche emotionale Systeme aus dem alltäglichen Selbsterleben abgetrennt werden (sekundäre Dissoziation bei komplexer PTBS). Bei der tertiären Dissoziation schließlich entwickeln sich zwei verschiedene Formen von Selbstzustände im Sinne einer „alltagstauglichen“ und einer traumatisierten „Person“, wie dies bei der Dissoziativen Identitätsstörung der Fall ist (siehe auch Wöller et al. in Flatten et al. 2004).

Symptommuster der verschiedenen Posttraumatischen Belastungsstörungen:

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Als mögliche traumatische Erfahrungen werden in den psychiatrischen Manualen folgendes benannt:

Alle Formen von körperlicher und sexueller Gewalt, auch in der Kindheit; Vergewaltigungen, gewalttätige Angriffe, Kriegshandlungen, Folterungen, Gefangenschaft, Naturkatastrophen, Unfälle oder auch plötzliche Konfrontation mit eigener schwerer oder unheilbarer Krankheit. In der Regel kommt es zunächst zu einer **akuten Belastungsreaktion** mit einer Vielzahl möglicher Symptome: Unruhe, Reizbarkeit, psychomotorische Übererregung oder Verlangsamung, Apathie, Rückzug, Schreckreaktionen, Angst, Depressionen, eingeengte Gefühlslage, Verwirrheitszustände, Schmerzsymptome, funktionelle Magen-Darm-Beschwerden, aggressive und feindselige Reaktionen bis hin zu paranoiden Reaktionen werden beschrieben. Im Idealfall klingen alle diese Symptome spontan wieder ab. Dies bedeutet, dass nicht jede Gewalt, nicht jedes schreckliche Erlebnis später auch zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führt. Viele Menschen entwickeln ausreichend Selbstheilungskräfte und finden soziale Unterstützung, die es ihnen ermöglichen, auch schreckliche Erlebnisse zu integrieren. Wenn ein Trauma jedoch zu schwerwiegend ist, oder wenn keine soziale Unterstützung zur Verarbeitung des Erlebten zur Verfügung steht, kann es zu Folgereaktion in Form von beeinträchtigenden und behandlungsbedürftigen Symptomen kommen. Für die Forschung und klinische Praxis ist es wichtig herauszufinden, welche Faktoren dazu führen, dass eine manifeste PTBS entsteht, weil man gegebenenfalls entsprechende Risikopatienten herausfinden und durch frühzeitige Behandlung den Verlauf günstig beeinflussen kann.

Folgende Symptome kennzeichnen eine akute Posttraumatische Belastungsstörung:

- Sich aufdrängende belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma, Intrusionen in Form von wiederkehrenden Bildern und Alpträumen, Nachhall-Erinnerungen (flash-backs), daneben Erinnerungslücken (Amnesie).

- Übererregungssymptome mit der Unfähigkeit, sich zu entspannen, häufig verbunden mit Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrter Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen
- Affektintoleranz in Form von Überempfindlichkeit gegenüber Gefühlen. Gefühle können häufig schwer ausgehalten werden, weil sie in heftiger und schmerzlicher Intensität vorkommen.
- Vermeidungsverhalten gegenüber Trauma-assoziierten Stimuli: Traumatisierte Menschen versuchen alle Reize zu vermeiden, welche sie an das Trauma erinnern.
- Emotionale Taubheit, die zu einem sozialen Rückzug, zu Interessenverlust und innerer Teilnahmslosigkeit führen kann.

Posttraumatischen Symptomen können auch mit Verzögerung auftreten, (z.B. im Anschluss an eine zusätzlichen Belastung), wodurch die Diagnosestellung erschwert sein kann, weil der Zusammenhang zum auslösenden Trauma nicht erkannt wird.

Die in medizinischen Manualen (ICD-10 und DSM-IV) formulierten Kriterien, die oben vorgestellt wurden, decken allerdings das in der klinischen Praxis beobachtbare Spektrum traumabedingter Störungen nicht vollständig ab. Aus diesem Grund wurde verschiedentlich Kritik an dem eng gefassten PTBS-Konzept in ICD-10 und DSM-IV geübt. Diese Kritik versucht dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Langzeitfolgen nach Traumatisierungen in Kindheit und Jugend, oder auch bei Extrentraumata wie Folter oder Konzentrationslagerhaft weit über die in ICD-10 und DSM-IV definierte Symptomatik hinausgehen und die Persönlichkeit der Betroffenen in nachhaltiger und umfassender Weise verändern können. Die Klinik zeigt, dass diese Opfer häufig nicht die oben beschriebene Kernsymptomatik der PTBS entwickeln, sondern andere Symptombildungen im Vordergrund stehen können.

Herman (1992a) hat hierfür den Begriff der „Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“ (complex PTSD) vorgeschlagen und einen sehr umfassenden Kriterienkata-

log erarbeitet der in der Tabelle zusammengefaßt ist. Er ist charakteristisch für durch Mitmenschen verursachte Traumatisierungen. Es kommt unter anderem zu einer generellen Störung in der Regulierung der Gefühlsintensität, wodurch Gefühle unangenehm oder überwältigend heftig erlebt werden. Starke Stimmungsschwankungen, Selbstschädigendes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Identitätsprobleme, mißtrauische Grundhaltung und eine Veränderung der inneren Wertesysteme, eine gestörte Wahrnehmung der eigenen Person und/oder des Täters können auftreten. (siehe Tabelle).

Tab.: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen

A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

- (1) chronisch Regulationsstörung der Affekte
- (2) Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
- (3) selbstdestruktives und suizidales Verhalten
- (4) Schwierigkeit, sexuelles Sich-Einlassen und Kontaktverhalten zu modulieren
- (5) impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- (1) Amnesie
- (2) Dissoziation

C. Somatisierung

D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- (1) Änderung in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- (2) Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: Verzerrte Einstellungen und Idealisierungen des Schädigers
- (3) Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen:
 - (a) Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten
 - (b) die Tendenz, erneut Opfer zu werden
 - (c) die Tendenz, andere zum Opfer zu machen

E. Veränderungen in Bedeutungssystemen

- (1) Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- (2) Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen

Auch gibt es trauma-assoziierte Störungsbilder, die – neben oder anstelle von akuter oder komplexer PTBS – auftreten können. Zu diesen gehören folgende (Siehe Wöller et al. in Flaten et al. 2004):

1. Depressive Störungen
2. Dissoziative Störungen
3. Somatisierungsstörung bzw. Konversionsstörungen, insbesondere somatoforme Schmerzstörungen
4. Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen
5. Ess-Störungen, insbesondere Bulimia nervosa
6. Angsterkrankungen
7. Substanzmissbrauch
8. Körperliche Erkrankungen

Diese Symptomvielfalt und unterschiedliche Art und Weise der Ausprägung posttraumatischer Folgeerkrankungen erschweren häufig die Diagnose. Für den Kliniker ist es daher wichtig, diese verschiedenen Ausprägungsformen zu kennen und gegebenenfalls an eine posttraumatische Genese zu denken. Auch sollte die Erfragung traumatischer Erfahrungen in die alltägliche Anamneseerhebung aufgenommen werden, da PatientInnen und Patienten nicht spontan über ihre traumatischen Erfahrungen sprechen.

Therapieansatz:

Die Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld ist eine der ersten Kliniken, die in Deutschland ein spezifisches Behandlungskonzept für Psychotraumastörungen entwickelt haben. Die Traumazentrierte imaginative Therapie (Reddemann und Sachsse) basiert auf einer **psychodynamischen** Herangehensweise, in welche Interventionstechniken aus verschiedene anderen Therapierichtungen integriert werden. Insbesondere nutzt sie **imaginative** Techniken als wichtige Bewältigungsmöglichkeit von traumatischem Stress. Zudem berücksichtigt sie ein **phasenorientiertes** und **ressourcenorientiertes** Vorgehen.

Phasen der Therapie

Bei der Behandlung von Traumafolge-Erkrankungen hat sich ein phasenorientierter Ansatz mit den drei Phasen der Stabilisierung, Traumabearbeitung und Neuorientierung bewährt. Bei komplexen und lang-anhaltenden Traumata und bei solchen, die im Laufe der kindlichen Entwicklungsphase erlitten wurden, spielt die Stabilisierungsphase thematisch und zeitlich die größte Rolle. Die Therapien können entsprechend langwierig sein, da in diesen Fällen für die Stabilisierungsphase mit Zeiträumen von Jahren gerechnet werden muss.

Stabilisierung

In der Phase der Stabilisierung zielt die Therapie darauf ab, die PatientInnen dabei zu unterstützen, dass sie wieder Kontrolle über ihre Gefühle, Erinnerungen, Gedanken und ihr Verhalten erlernen, sowie eine einheitliche und angemessene Wahrnehmung von sich selbst erlangen. Einige zentrale Punkte der Stabilisierungsphase werden im Folgenden genauer benannt:

Bei der Vereinbarung der Behandlungsziele zu mehr Selbstkontrolle ist es notwendig, den PatientInnen zu erklären, auf welchem Wege und mit welchen Arbeitsmitteln diese erreicht werden können. Eine **transparente Darstellung der Therapiemethode** fördert eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung und vermittelt den PatientInnen auch eine realistische Vorstellung hinsichtlich der Prognose ihrer Erkrankung. Aufgrund der zurückliegenden Willkürerfahrungen konnten viele PatientInnen kein Gefühl für eigene Gestaltungsmöglichkeiten oder Selbstwirksamkeit entwickeln. Dies macht sich in der Therapie häufig durch ein ratloses und abwartendes Verhalten mit hohen Erwartungen an Aktivitäten der Therapeutin bemerkbar. Von daher ist es besonders wichtig, die PatientInnen zu einer aktiven Mitarbeit zu gewinnen. Wissensvermittlung und Information über Trauma und Traumafolgen helfen den PatientInnen, ihre Symptome als solche zu erkennen und realistischer einzuschätzen.

Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung:

Viele PatientInnen mit komplexen Posttraumatischen Störungen haben von frühester Kindheit an schwere Beziehungstraumatisierungen erlebt und haben daher große Schwierigkeiten, sich auf eine vertrauensvolle Beziehung einzulassen. Sie sind in einem Familiensystem mit Gewalt und Willkürerfahrung groß geworden, in denen sie wenig Möglichkeiten hatten, ein Gefühl von Selbstbestimmtheit oder Selbstkompetenz zu entwickeln. Ein zuverlässiger therapeutischer Rahmen mit klaren, überschaubaren Regeln ist daher wichtige Voraussetzung, damit die PatientInnen ein Gefühl für Sicherheit und Vertrauen in der therapeutischen Beziehung entwi-

ckeln können. Häufig ist es sinnvoll oder notwendig, dass TherapeutInnen die auftretenden Schwierigkeiten, sich auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit einzulassen, mit den PatientInnen offen ansprechen. Die Kenntnis von Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, die sich in der therapeutischen Beziehung entwickeln, helfen der Therapeutin und auch den PatientInnen, alte Muster zu erkennen, welche die aktuelle Beziehungsgestaltung in unangemessener Weise belasten. Verzerrende Übertragungsmuster müssen immer wieder reflektiert werden, um Reinszenierungen möglichst zu vermeiden.

Die Arbeit an der **äußeren und inneren Sicherheit** der PatientInnen ist zu Beginn der Behandlung ein weiteres wichtiges Thema. Hierbei muss auch auf aktuelle Gefährdungen, zum Beispiel durch weiterhin bestehende Täterkontakte oder missbräuchliche Beziehungen geachtet werden und darauf hin gearbeitet werden, diese zu beenden. Denn ein Mensch kann nicht gesund sein, wenn er weiterhin Gewalt ausgesetzt ist. Auch Gewalt gegen sich selbst muss unterbunden werden. Deshalb werden zur Gewährleistung der inneren Sicherheit Absprachen hinsichtlich Suizid und Selbstverletzungsimpulsen getroffen.

Weitere Elemente helfen den Betroffenen, Wirksamkeit und Handlungsfähigkeiten im Umgang mit sich selbst zu erlernen (nach Reddemann und Sachsse 2000):

- Lernen, sich sicher(er) zu fühlen und wahrzunehmen, welche Maßnahmen dafür erforderlich sind.
- Wissen und Information über Trauma und Traumafolgen
- Erlernen von Ich-stärkenden Imaginationen, die ein Gegengewicht zu negativen inneren Bildern schaffen
- Arbeit an den Affekten: Gefühle müssen bewusst wahrgenommen, benannt und ausgehalten werden. Hier helfen Achtsamkeitsübungen, um im Hier und Jetzt und über eine bewusste Körperwahrnehmung wieder Zugang zum eigenen Gefühle zu bekommen und diese auch zu regulieren lernen
- Lernen, Bedürfnisse **zu beachten**. Diese Fähigkeit ist vielen traumatisierten Menschen abhanden gekommen, oder sie haben es nie erlernen können, wenn sie in Familien aufgewachsen sind, in denen ihre kindlichen Bedürfnisse nicht beachtet und darüber in Grenzen verletzender Weise hinweg gegangen wurde.
- Lernen, sich **selbst beruhigen** können. Auch dies haben sie häufig nicht lernen können, weil beruhigende und tröstende Beziehungspersonen nicht (oder nicht ausreichend) zur Verfügung standen.

Ein wichtiges Hilfsmittel, **Selbstberuhigung und Selbsttröstung** zu erlernen, ist die Arbeit mit der imaginären „inneren Bühne“, auf welcher der Erwachsene von heute dem traumatisierten Kind von damals begegnet, seine Not angemessen wahrnimmt und ihm Information, Trost und Unterstützung bietet. Hierdurch lernen PatientInnen auch, differenzierter wahrzunehmen, ob es sich im Hier und Jetzt um eine reale Angst handelt, oder ob es eine „alte“ Angst ist, die das „innere Kind“ aus einer früheren bedrohlichen Situation noch mit sich trägt. Die fürsorgliche Zwiesprache mit dem „inneren Kind“ führt häufig zu einer raschen Entlastung und Beruhigung.

Symbolische Hilfsmittel unterstützen den Prozess, innere Sicherheit zu erlangen. So werden PatientInnen angeleitet, einen „**Notfallkoffer**“ zusammenzustellen, den sie mit all den Dingen füllen, die ihnen erfahrungsgemäß bisher geholfen haben. Sie können hierüber eine Liste erstellen, die sie bei sich zu tragen, um in Situationen innerer Bedrängnis nachzuschauen, was sie jetzt hilfreiches für sich tun können.

Ein weiteres wichtiges Element in der Stabilisierungsphase ist die Aktivierung von inneren **Ressourcen**, also das Auffinden innerer Kraftquellen und Stärken. **Imaginationsübungen (Reddemann 2000)** helfen, hierzu wieder einen besseren Zugang zu finden. In diesen Übungen werden PatientInnen angeleitete, hilfreiche Bilder in sich zu entwickeln, die in ihnen Gefühle von Sicherheit und Wohlbehagen erzeugen. Bei der Übung vom **inneren sicheren Ort** wird die Patientin eingeladen, sich in einer Phantasieübung einen Ort vorzustellen und so auszugestalten, dass sie sich sicher, behaglich und geborgen fühlen kann. Die Übung von **inneren Helfern** wird die Wahrnehmung auf unbewusste Prozesse gerichtet und die Möglichkeit eröffnet, in sich selbst bereits einen Lösungsweg für die jetzigen Probleme zu tragen. Diese und viele weitere Übungen beschreibt Frau Reddemann in Ihrem Buch „Imagination als heilsame Kraft“.

Eine weitere Möglichkeit, ein besseren Zugang zu inneren Kraftquellen zu erhalten, ist das Führen eines **Freudentagebuch**.

Viele traumatisierte Menschen können von den hier skizzierten Stabilisierungsmethoden gut profitieren. Sie erfahren hierdurch eine deutliche Linderung der Symptome, ein besseres Gespür für ihre eigenen Gestaltungsmöglichkeit und einen Zuwachs an Lebensqualität. Ihr Be-

finden kann sich durch diese Therapiemethoden soweit verbessern, dass weitere Behandlungsschritte nicht mehr erforderlich sind.

Für andere PatientInnen kann es notwendig sein, in eine weitere Behandlungsphase einzutreten, nämlich die der Traumaexposition. Voraussetzung ist hierfür, dass die Phase der Stabilisierung erfolgreich durchlaufen wurde und die Möglichkeiten zur Selbstkontrolle und Selbsttröstung ausreichend zur Verfügung stehen.

Traumabearbeitung

Ziel der **Traumabearbeitung** ist eine Transformation durch Entgiftung der traumatischen Erinnerungen durch kognitive und emotionale Umstrukturierung. Die kausale Methode ist eine kontrollierte Traumakonfrontation und Traumaexposition. Die wesentlichen Elemente hierbei sind das geplante und gezielte innere Aufsuchen des Traumas, gesteuerte Begegnung mit bewusst herbeigeführter Dissoziation, Abreaktion und innerer Selbsttröstung. Bei sehr komplexen Traumatisierungen kann die Traumabearbeitung einschließlich der Abreaktion nur in kleinen Schritten erfolgen und muss sehr gut vorbereitet sein. Eine Weiterentwicklung der strukturierten Traumabearbeitung ist die Integration des EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing von Shapiro 1998). Diese Methode erweist sich als nützlicher Baustein, um das traumatische Material in einer behutsamen, aber nachhaltigen Weise zu verarbeiten. Vor der eigentlichen Traumaexposition müssen zusätzliche Techniken zur besseren Kontrolle über die traumatischen Erinnerungen eingeübt werden (Stoppen von flash-backs, Tresorübung).

Trauer und Neubeginn

Die nachintegrative Phase ist die der Trauerarbeit und des Neubeginns. Neben der Trauer um eine zerstörte Kindheit und die erlebten Verletzungen stellt auch die Verarbeitung von Schuld und Scham ein wichtiges Thema dar. Die Patienten müssen außerdem in ihrem innerpsychischen Erleben und Reagieren sowie im sozialen Verhalten ein völlig verändertes Selbst- und Lebensgefühl gewinnen und hierbei neue Bewältigungsstrategien aufbauen. Schließlich geht es um eine Zukunftsorientierung, um trotz des Traumas und den damit verbundenen Einschränkungen ein neues Leben aufzubauen. Grundsätzlich ähnelt diese nachintegrative Phase stärker den sonst üblichen tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien, sie ist vornehmlich konflikt- und beziehungsorientiert. Diese Behandlungsphase sollte überwiegend im ambulanten Rahmen erfolgen.

Literatur:

- Flatten G., Gast U., Hofmann, A., Liebermann P., Reddemann L., Siol T., Wöller W., Petzold E.R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Schattauer Stuttgart.
- Hermann J.L. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Junfermann Paderborn.
- Reddemann L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientiertem Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
- Reddemann L. & Sachsse U. (2000). Traumazentrierte imaginative Therapie. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. (S. 250-270). Schattauer Stuttgart.
- Reddemann L., Dehner-Rau C. (2004). *Trauma Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen*. TRIAS Stuttgart.