

1 Einführung – grundsätzliche Überlegungen zur Traumakonfrontation und -integration

Getraud Müller

1.1 Einleitung

Im alten Griechenland wurde einst das Orakel gefragt, was die durch einen Speer verursachte, seit langem eiternde Wunde des Königs Telephos heilen könne. Die Antwort lautete: »der, der verwundet hat, soll auch heilen« (Rose, 2003, S. 224). Tatsächlich führten schließlich Eisenspäne eben dieser Waffe in Form einer Wundauflage zu einer zügigen Heilung des chronischen Geschwürs. Dies erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich – das einst traumatisierende Agens wird zur Heilung benötigt. Ähnliches geschieht, wenn Patientinnen, die psychisch verwundet wurden, im Rahmen einer Konfrontation mit ihren Traumaerinnerungen Linderung ihrer psychischen Schmerzen erfahren – sie stellen sich noch einmal dem, was sie vielleicht am meisten fürchten und vermeiden.

Im ersten Kapitel soll diesem Paradox nachgegangen werden und es sollen theoretische Grundlagen für »Traumakonfrontation« und »Traumaintegration« gelegt werden, die dann im Zuge der Vorstellung verschiedener Traumakonfrontationsmethoden in den folgenden Kapiteln in praktische therapeutische Handlungsanweisungen umgesetzt werden. Theoretische Grundlagen der Psychotraumatologie werden verkürzt und nur insoweit dargestellt, als sie für das Verständnis der Wirkung von Traumaexposition notwendig sind. Da es noch kein vollständiges Theoriegebäude zu dieser Thematik gibt, werden sicherlich viele Fragen offenbleiben – zukünftige Forschergenerationen werden also noch ausreichend zu tun haben.

1.2 Trauma, Traumakonfrontation, Traumatherapie – Begriffsbestimmungen

1.2.1 Psychisches Trauma

Die in Deutschland wohl meistzitierte Definition für ein psychisches Trauma lautet:

»Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.« (Fischer & Riedesser, 2003, S. 82).

Die Autoren betonen, dass diese Paradoxie, nämlich in existenzieller Bedrohung nicht adäquat handeln zu können, nicht nur in seiner subjektiven und objektiven, sondern auch in seiner individualistischen und sozialen Dimension, sowie seiner Entwicklung im Laufe der Zeit, also dynamisch, gesehen werden müsste. Traumatische Ereignisse, wie z. B. Umweltkatastrophen oder Gewalterlebnisse können zu Krankheitssymptomen führen, die entweder spontan ausheilen oder aber wegen erheblicher Beeinträchtigungen zu krankheitswertigen Störungen führen.

1.2.2 Traumafolgestörungen

Traumatische Ereignisse können (müssen aber nicht!) zu Symptomen bzw. zu unterschiedlichen Krankheitsbildern führen, wobei es bei einmaliger Traumatisierung (Monotrauma) seltener zu krankheitsrelevanten Störungen kommt, wie z. B. zu einer Anpassungsstörung oder einer ggf. mit zeitlicher Latenz auftretenden posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit Symptomen der Übererregung, Vermeidung bzw. Intrusionen, wie Alpträumen oder Flashbacks. Mehrfachtraumatisierungen, insbesondere wenn sie in der Kindheit durch nahe Bezugspersonen verursacht werden, führen zu komplexeren Störungsbildern, die neben den Symptomen der PTBS nicht nur zu Störungen im interpersonellen und affektiven Bereich, wie z. B. Beziehungsstörungen oder Depressionen, sondern auch zu negativen Veränderungen des Selbstkonzepts führen (Reddemann & Wöller, 2017). Auch Folgen für die körperliche Stressregulation sollten Beachtung finden. Von den primären, also bei der Traumatisierung direkt durch die Überflutung des Informationsverarbeitungssystems entstandenen Folgen wie Übererregung, können sekundäre, traumakompensatorische, abgegrenzt werden, wie z. B. Suchterkrankungen oder Vermeidungsverhalten.

1.2.3 Traumapsychotherapie

Bereits seit Pierre Janet (van der Hart, Brown & van der Kolk, 1989) wird die Traumapsychotherapie in die drei Phasen Stabilisierung, Konfrontation und Integration der traumatischen Erfahrung in die Lebensgeschichte (Trauer und Neuorientierung) eingeteilt. Ulrich Sachsse (2009a) definiert *Stabilisierung* als das Erlernen der Fähigkeit Erregungsniveau, Affekte und dissoziatives Verhalten kontrollieren, sowie verletzten innere Anteile trösten zu können. *Traumakonfrontation/-exposition* wird insbesondere in der Verhaltenstherapie wie folgt definiert (Boos, A., 2014): Ein möglichst lebendiges und detailgetreues Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses über einen längeren Zeitraum hinweg in der Vorstellung (in sensu).

Natürlich wäre auch eine Exposition in vivo denkbar. Im Gegensatz zum hier erwähnten »längeren Zeitraum« definieren Reddemann & Wöller (2017, S. 66) »schonender«: »Eine detaillierte Auseinandersetzung mit einer traumatisierenden Erfahrung als eine wohldosierte Konfrontation mit den traumatischen Szenen«. Einige Experten führen aus, dass der Begriff »Traumakonfrontation« schlichtweg falsch oder zumindest unscharf sei, da man ja keine Konfrontation mit einem vergangenen Trauma durchführen könne. Stattdessen komme es nur zu einer Begegnung mit inneren Sinnesindrücken, Gefühlen, Körpersensationen, also eigentlich

»mit Phantomen, Hirngespinnsten, inzwischen dysfunktionalen Gerhirn-Engrammen« (Sachsse 2010, S.X). Wobei »Hirn-Engramme« zu kurz greift (»Reductive Physicalism«), ist doch der Mensch bzw. sind doch des Menschen Erinnerungen mehr als in der Materie Gespeichertes! (Nijenhuis, 2015). Durch die Konfrontation mit diesen Erinnerungen soll u. a. Traumatisches *prozessiert* werden. Hierunter versteht man die Verknüpfung von Informationen, die bisher getrennt gehalten wurden, so dass Verstehen möglich wird. Ein Prozess, der sich ggf. auch nach der Therapiestunde fortsetzt (Huber, 2011).

In der letzten *Therapiephase des Trauerns und Neubeginnens* geht es vor allem um die Akzeptanz des Erlittenen und die Trauer um traumabedingte Einschränkungen (Reddemann & Wöller, 2017). Eines der wichtigsten Ziele der gesamten Traumatherapie ist die *Integration*, nämlich der

»Prozess der völligen Akzeptanz oder vielleicht besser Assoziation aller dissoziierten Aspekte, wie Gedanken, Gefühle, Ängste, Kognitionen, Erfahrungen, Gedächtnisinhalte. Diese Aufnahme des Abgespaltenen ins normale Bewusstsein kann innerhalb einer Therapie erfolgen, ist aber auch ein Prozess im Rahmen der natürlichen (spontanen) Traumaheilung« (Downing, 2003, Übersetzung der Autorin).

1.3 Theoretische Erwägungen zur Wirkungsweise der Traumakonfrontation

1.3.1 Furchtstrukturmodell – Wirkprinzip der Konfrontation: Habituation

Die eigene Sicherheit bedrohende Ereignisse, die eine intensive psychophysiologische Erregung auslösen, führen zur Ausbildung von Furchtstrukturen (Foa & Kozak, 1986), also Nervennetzwerken, die den bedrohlichen Stimulus ebenso beinhalten, wie kognitive und emotionale Elemente sowie körperliche Reaktionen. Triggerreize bzw. intrusives Wiedererleben führen über eine Teilaktivierung des Furchtnetzwerkes zu einem unkontrollierten Anstieg der Symptomatik, was durch Vermeidungsverhalten (kurzfristig) verhindert werden kann. Bei der Konfrontation mit den Erinnerungen an das traumatische Erleben über 10 bis 15 Minuten kommt es zu einer vollständigen Aktivierung des Furchtnetzwerkes und zunächst zu einer starken Angstreaktion, die dann aber wieder abnimmt. Letztendlich wird die Furchtstruktur gelöscht. Gleichzeitig werden Informationen, die mit denen der Furchtstruktur inkompatibel sind, z. B. die sichernde Anwesenheit der Therapeutin, integriert, was zu einem Nachlassen der traumassozierten Gefühle durch Gewöhnung (Habituation) führt. Ziel von Exposition ist letztendlich, dass die Betroffenen die gegenteilige Erfahrung machen, also dass Befürchtetes (z. B. ich werde sterben) nicht eintritt, Angst ausgehalten werden kann und abnimmt (für eine zusammenfassende Darstellung vgl. Boss, 2014, S. 35). Das Neulernen bei diesem Extinktionsmodell geht also über den Aufbau gegenregulatorischer Prozesse. Eine aktive

Hemmung aversiver, impliziter Gefühlszustände soll durch Wiederholungen aufgebaut werden – es handelt sich also eigentlich nicht um eine Löschung, sondern um zusätzliches, gegenregulatorisches Lernen – hier: Angst kann ausgehalten werden. (Hensel, 2017).

1.3.2 Traumagedächtnismodell – Wirkprinzip der Konfrontation: Integration und Verortung bzw. Vergeschichtlichung, Symbolisierung, Bildung eines Narrativs

Durch das hohe Erregungsniveau, das beim Abspeichern von traumatischer Erinnerung herrscht, kommt es zur Bildung verschiedener sensorischer, emotionaler, kognitiver und körperlicher Erinnerungsfragmente im implizite Gedächtnis, die im weiteren Verlauf durch Triggerreize erneut aktiviert werden können und nicht mit funktionalen Gedächtnisinhalten vernetzt sind, weshalb sie nicht überarbeitet oder verändert werden können. (Van der Kolk, Burbidge & Suzuki, 1998). Gleichzeitig werden das Sprachzentrum und die Aktivität des Hippocampus gehemmt, so dass eine zeitliche und räumliche Einordnung des Erlebten ebenso wenig gelingt, wie die Konstruktion eines Narrativs (Van der Kolk et al. 1998). Auch können Teile des Geschehens nicht erinnert werden (peritraumatische Dissoziation); andere werden, mitverursacht durch den hohen Adrenalin Spiegel während der Traumatisierung, ins Gedächtnis scheinbar unveränderlich »eingebrennt« und verändern sich durch nachfolgende Erfahrung nicht. (Van der Kolk et al., 1998). Mittels der Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen werden dysfunktional gespeicherte, kompartimentierte Erinnerungen, wie die Teile eines Puzzles wieder zusammengesetzt (Prozession), zu einem Ganzen integriert (Integration) und ins semantische Gedächtnis übernommen, ein Narrativ wird ermöglicht, die Abspeicherung ins Dort und Damals gelingt.

1.3.3 Das Modell der Gedächtnisrekonsolidierung: Wirkprinzip der Konfrontation: Modifikation, Tilgung von »dysfunktionalen« Gedächtnisinhalten

Bisher war man der Meinung, dass unter hoher emotionaler Aktivierung Erlerntes, das im impliziten Gedächtnis gespeichert wird, also dem Bewusstsein nicht zugänglich ist, nur sehr schwer bis gar nicht veränderbar sei (► Kap. 1.3.2, der wie »eingebrenntes« Traumagedächtnisinhalt). Dem widersprechen neuere, durch Experimente an Tieren und Menschen gewonnene Forschungsergebnisse: Emotional Erlerntes, das im impliziten Gedächtnis, also im Unbewussten gespeichert ist, kann getilgt werden, wenn der zu ändernde Gedächtnisinhalt 1) aktiviert wird, 2) gleichzeitig eine Erfahrung angeboten wird, die in Diskrepanz zum vormaligen Erlernten steht und zuletzt 3) eine Modifikation durch das Hinzufügen von etwas Neuem, Anderen erreicht wird (Ecker, Ticic & Hulley, 2016). Dies wäre beispielsweise beim klassischen EMDR-Protokoll (Shapiro, 1998) gegeben: Es wird ein Hotspot der traumatischen Erinnerung aufge-

rufen, z. B. der körperliche Angriff (= Aktivierung des Gedächtnisinhaltes), es wird die damalige Kognition »Ich sterbe« und die wünschenswerte Kognition z. B. »Ich lebe!« erarbeitet (= Diskrepanzerzeugung) und im Laufe der Prozessierung werden weitere Ressourcen »eingewebt« (= Hinzufügen von Neuem). Für die praktische Anwendung wichtig ist, dass sich die Rekonsolidierung nur auf den anvisierten, zum jetzigen Zeitpunkt dysfunktionalen Inhalt bezieht (im Beispiel die Kognition »Ich werde sterben«), andere Gedächtnisinhalte also nicht gelöscht werden und die Erinnerungen des expliziten Gedächtnisses davon unberührt bleiben. Das bedeutet, dass z. B. das traumatische Geschehen, hier der Überfall, erinnert werden kann, ebenso, dass wahrscheinlich Angst empfunden wurde, aber die Angstreaktion wird nicht mehr ausgelöst (Ecker et al., 2016). Wichtig ist, dass es bei der Gedächtnisrekonsolidierung, also beim Überschreiben der »dysfunktionalen« Information, nur einer kurzen Exposition mit moderatem Arousal bedarf und die Symptomreduktion oft unmittelbar erfolgt und anstrengungsfrei aufrechterhalten werden kann. Dies steht im Gegensatz zum Extinktionslernen, das u. a. beim Furchtstrukturmodell (► Kap. 3.1) zugrunde liegt: Hier ist zum Aufbau gegenregulatorischer Prozesse – das neu Gelernte steht ja in Konkurrenz zu alten Gedächtnisinhalten – eine lange Exposition mit hohem Arousal und mehreren Wiederholungen erforderlich und die Symptomreduktion erfolgt nur allmählich (Hensel, 2017).

1.3.4 Das Modell der Strukturellen Dissoziation – Wirkprinzip der Konfrontation: Integration traumatisierter Persönlichkeitsanteile

Definiert man Konfrontation als ein möglichst lebendiges und detailgetreues Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses über einen längeren Zeitraum hinweg in der Vorstellung (► Kap. 1.2.3), so würde dieses dritte Modell nicht aufgenommen werden können, da es bei ihm um die (tröstende, liebevolle) Begegnung mit einem traumatisierten Selbstanteil geht. Lässt man aber auch die Begegnung mit einem *Teil* des traumatischen Erlebnisses in der Vorstellung gelten, hier also die Begegnung mit dem Selbstanteil, der das Trauma erleiden musste, so wäre diese Betrachtungsweise eine fruchtbare Ergänzung. Den theoretischen Hintergrund bildet die Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit: Infolge der Traumatisierung bilden sich Persönlichkeitsanteile aus, die Erinnerungen an das traumatisierende Ereignis in sich tragen – es handelt sich um psychobiologische Systeme, die ein Selbstempfinden haben und innerhalb der Gesamtpersönlichkeit nicht ausreichend integriert sind (Van der Hart, Ellert, Nijenhuis, & Steele, 2008). Im Extremfall sind sie unbewusst, in weniger gravierenden Fällen will das Alltags-Ich (anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil, ANP, Van der Hart, et al. 2008) mit den traumatisierten jüngeren Anteilen »nichts zu tun haben«, es will diese Anteile meiden, weil sie an das Trauma erinnern, von diesem »beschmutzt« sind. Regt man die tröstende Hinwendung zu diesen abgespaltenen Ego-States durch das innere Team, das Alltags-Ich oder Innere Helfer an (z. B. PITT ► Kap. 7, Katathym Imaginative Psychotraumatherapie ► Kap. 8, Ego-State-Therapie ► Kap. 3) so kommt es ebenfalls zu einer Integration, nämlich der des traumatisierten Selbstanteils.

Kernaussage

Neben dem klassischen Modell der Habituation und dem Extinktionsmodell (► Kap. 1.3.1) existieren neuere Modellvorstellungen, die besagen, dass auch implizit unter hoher emotionaler Erregung eingespeicherte im Jetzt dysfunktionale Gedächtnisinhalte unter ganz bestimmten Bedingungen modifiziert werden können (► Kap. 1.3.3), und eine Assoziation mit den durch die traumatische Übererregung bei der Einspeicherung fragmentierten Gedächtnisinhalten möglich ist, wodurch letztendlich eine Speicherung als Narrativ im biographischen Gedächtnis erfolgt (► Kap. 1.3.2).

1.4 Traumakonfrontation als ein methodischer Teil im Gesamtsetting Traumatherapie

1.4.1 Notwendigkeit einer Stabilisierungsphase vor der Exposition?

Wie weiter oben ausgeführt (► Kap. 1.2.3), steht Traumakonfrontation nicht für sich alleine, sondern ist Teil eines Therapiekonzeptes, das häufig in drei Phasen (Stabilisierung, Konfrontation, Neubeginn) gegliedert wird. Hochgradig umstritten ist im Diskurs der Therapierenden und Forschenden, ob eine Stabilisierung vor der Konfrontationsphase überhaupt notwendig ist, wie lange diese Phase insbesondere bei komplextraumatisierten Menschen dauern sollte, und ob bereits Stabilisierung allein schon zum Ziel führen könne. Letztendlich geht es um die Frage, ob durch eine zu lange Stabilisierung die Exposition, deren Wirksamkeit gut belegt ist, verhindert oder unnötig hinausgezögert wird (Neuner, 2008; Boos, 2014) oder aber, ob es durch eine verfrühte Exposition bei nicht ausreichend stabilen Patientinnen, insbesondere bei Vorliegen einer komplexen PTBS zu Nebenwirkungen, wie z. B. Dissoziation oder Überflutung mit traumatischen Gedächtnisinhalten mit deutlicher Symptomverschlechterung kommen könnte (Reddemann & Wöller, 2017; Cloître et al. 2011). Eine Wurzel dieser noch umstrittenen Frage ist die Tatsache, dass es die Diagnose »Komplexe posttraumatische Belastungsstörung« in der ICD 10 (World Health Organization, 2000) noch gar nicht gibt (im ICD 11 wird sie aufgenommen) und daher diese schwerer kranke Patientengruppe noch weniger beforscht ist, als diejenige mit einer einfachen PTBS. Auch wurde erstere aus manchen Studien ausgeschlossen oder ist ggf. frühzeitig aus der Studie ausgeschieden (Drop-Out-Rate). Allerdings haben Cloître et al. (2010) in einer randomisierten kontrollierten Studie belegt, dass Patientinnen mit einer komplexen PTBS durch Vorschaltung eines Skillstraining bessere Behandlungseffekte durch Konfrontation erzielten als ohne diese. Auch die ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) empfiehlt in ihren Expert Con-

sensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults (Cloître, et al. 2012) eine Stabilisierungsphase. Bei den Recherchen zu diesem Thema fiel auf, dass einige Autorinnen und Autoren, die eher zu den Gegnerinnen und Gegnern (langer) Stabilisierungsphasen zu zählen sind, bei den Voraussetzungen für die Konfrontation Eigenschaften beschreiben, die ggf. erst durch stabilisierende ressourcenorientierte Therapie zu erwerben sind, so dass auf diese Weise stabilisierenden Arbeit quasi durch die Hintertür wieder auf die Bühne tritt. So schreibt Boos (2014), dass Patienten mit stark dissoziativen Symptomen vor der Konfrontation anti-dissoziative Skills lernen sollten, oder Hensel (2017) plädiert dafür, dass das Kind über ausreichend Ressourcen oder Skills verfügen sollte, um eine störungsfreies Prozessieren möglich zu machen. Der Autor bringt es auf den Punkt: Es kommt nicht auf die Länge der Phase an oder darauf, ob ein sicherer Ort imaginativ erarbeitet wurde, sondern darauf, ob die Patientin so gut auf die Prozessierungsarbeit vorbereitet ist, dass sie bei Kontakt mit belastendem Material assoziiert bleiben und den dualen Aufmerksamkeitsfokus in Gegenwart der Therapeutin aufrechterhalten kann (Hensel, 2017). Zusammenfassend geht es weniger um die Frage Stabilisierung vor Konfrontation »Ja« oder »Nein«, sondern darum, ob die Patientinnen stabil genug sind, die Konfrontationsarbeit in der von den Therapeutinnen ausgewählten Dosierung ohne schädigende Nebenwirkungen zu durchlaufen. Gut ist, wenn sich die Therapeutinnen immer bewusst sind, dass sie sich im Spannungsfeld von potenzieller Schädigung ihrer Patientinnen durch zu lange Stabilisierung d. h. gemeinsame Vermeidung von Exposition und zu früher Konfrontation mit dem Risiko erheblicher Destabilisierung der Kranken (Sachsse 2010) bewegt. Wesentlich scheint, dass neuronale Netzwerke, die Ressourcen beinhalten, deutlich aktiver sind als trauma-assoziierte (Sack, 2010).

In diesem Zusammenhang ist auch zu fragen, ob die beiden Therapiebausteine in der Praxis so trennscharf unterschieden werden können: Bei der Pendeltechnik (Sack, 2010), also wenn Patientinnen in kurzen Abständen in Gegenwart der Therapeutin zwischen einer belastenden Erinnerung, beispielsweise ihre Hilflosigkeit und dem gegenteiligen Ressourcenbild, also z. B. einer Situation vollständiger Bemächtigung hin- und herpendeln, finden beide »Phasen« fast gleichzeitig statt. Auch inhaltlich sind sie nicht so klar zu trennen, wie die Definitionen suggerieren, wirkt doch eine gute konfrontative Arbeit unmittelbar stabilisierend (Sack, 2010).

1.4.2 Weitere für die Konfrontationstherapie wichtige Settingvariablen

Da eine konfrontative Behandlung größtmögliche Sicherheit im Hier und Jetzt voraussetzt, sollte das ganze Therapiesetting dem entsprechen – das geht von finanzieller Absicherung der Therapie (stehen ausreichend Therapiestunden zur Verfügung?) über eine gute Diagnostik (hierbei muss z. B. auch die Struktur- und Bindungsdiagnose gestellt sein) bis zum Aufbau einer sichernden, haltenden Beziehung zur Therapeutin mit der Grundhaltung der Ressourcenorientierung und »parteilicher Abstinenz« (ausführlich vgl. z. B. Reddemann & Wöller, 2017 S. 33 ff.). Ein gemeinsam erarbeiteter, traumadaptierter Behandlungsplan ist selbstverständlich.

1.5 Indikationen, Kontraindikationen, Wirkungen, Nebenwirkungen der Traumakonfrontation

1.5.1 Indikationen/Kontraindikationen

Logischerweise sind Indikationen krankheitswertige Traumafolgestörungen – und nicht »das Trauma« (Sack, 2010) –, die durch eine konfrontative Behandlung gebessert werden können, wie »traumareaktiv definierte Zustände von intrusivem Wiedererleben und affektiver Überflutung sowie die häufig daraus resultierenden Verhaltensänderungen« (Flatten et al. 2013, S. 74).

Laut der S3-Leitlinie gilt: Eine ausreichende innere oder äußere Sicherheit der Patientin ist Voraussetzung für eine Expositionsbehandlung. Weiterhin natürlich die Zustimmung der gut informierten Patientin. Absolute Kontraindikationen sind: Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko, akute Suizidalität und akute Psychose. Relative Kontraindikationen: Mangelnde Affekttoleranz, schwere Dissoziationsneigung, unkontrolliertes autoaggressives Verhalten, mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis und eine hohe psychosoziale oder körperliche Belastung (Flatten et al. 2013, S. 81).

Neben den für viele unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren geltenden Kontraindikationen psychotisches Erleben und Suizidalität, gilt für die Traumakonfrontation noch eine spezifische absolute Kontraindikation, nämlich die des Täterkontaktes mit Traumatisierungsrisiko. Diese ergibt sich schon allein aus der Tatsache, dass »dysfunktionales« Verhalten, wie erhöhte Vigilanz, das ggf. durch die Traumakonfrontation bearbeitet werden soll, ja für eine Klientin mit Täterkontakt noch funktional ist. Eine Klientin, die weiterhin Übergriffen ausgesetzt ist, braucht ggf. ihre Fähigkeit zur Dissoziation, die sich durch die konfrontative Arbeit verringern würde, um die Übergriffe besser zu überstehen. (Sachsse, 2009b).

Die Begründung für die relativen Kontraindikationen ist nicht schwer zu erschließen – es geht letztendlich um ausreichende Stabilität, eine Konfrontation mit traumatischem Material ohne anhaltende Dissoziation bzw. Exazerbation von Komorbiditäten (Flatten et al., 2013) durchstehen zu können. Spangenberg (► Kap. 9) führt als relative Kontraindikationen zusätzlich eine bestehende Schwangerschaft an, da sich die Belastungen, die durch die Exposition ausgelöst werden können, auch auf das ungeborene Kind übertragen könnten. Auch warnt sie vor Prozessarbeit an einem Trauma während eines laufenden Gerichtsverfahrens, das dieses Trauma zum Inhalt hat, um sich nicht dem Vorwurf der Produktion eines »False Memories« auszusetzen.

1.5.2 Wirkungen und Nebenwirkungen

Allgemein gesprochen soll durch die Traumasynthese infolge der Expositionsbehandlung »die traumatische Erfahrung erinnerbar werden [...] ohne dass durch die Erinnerung Symptome ausgelöst werden.« (Sachsse, 2009b). Wirksamkeitsnachweise

sind vor allem für die kognitive Verhaltenstherapie und EMDR erbracht worden (► Kap. 1.6.3).

Bei der Recherche zu Nebenwirkungen von Konfrontationsbehandlungen fiel auf, dass diese von einigen Autoren kaum erwähnt werden (z. B. Tagay, Schlottbohm, & Lindner, 2016; Boos, 2014). Auch findet man den Hinweis, dass »eine systematische Forschung zur Frage der Risiken und Nebenwirkungen der als wirksam identifizierten Verfahren fehlt« (Flatten et al., 2013, S.75; vgl. auch Neuner, 2015, S.431).

Nun gibt es in der Medizin die alte Weisheit: »Alles, was wirkt hat auch Nebenwirkungen«, da ja Wirkungen und Nebenwirkungen manchmal gekoppelt sind: So wird eine Patientin, die Schmerzmittel einnimmt, keine Schmerzen mehr verspüren, aber natürlich auch Warnsignale, die von Schmerzen ausgehen, nicht mehr wahrnehmen, also ggf. verspätet ärztliche Hilfe aufsuchen. Gibt es solche spezifischen, an die Wirkung gekoppelten Nebenwirkungsphänomene auch bei der Expositionsbehandlung? Wenn Traumasynthese die auch schützende Dissoziation aufhebt, könnten Patientinnen in größere Konflikte mit nahen Bezugspersonen gestürzt werden, wenn sie während der Konfrontation z. B. die Tatbeteiligung der Mutter am Geschehen erstmals erkennen oder aus der vollständigeren Wahrnehmung des Unfassbaren heraus, heftige Sinnfragen aufgeworfen werden, die die Patientin in eine ggf. suizidale Krise stürzen können (Sachsse, 2009b). Diese Art der Nebenwirkungen bezeichnet Neuner (2015, S.430 f.) als »ambivalent«, da ein realistischer Blick auf nahe Beziehungen ja auch durchaus positive Folgen haben könnte.

Weiterhin ist das Prozessieren sehr anstrengend, was evtl. in den nächsten zwei Folgetagen durch spontanes Nachprozessieren noch weiterhin spürbar wird und zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Befindens führen kann (Reddemann & Wöller, 2017).

Eine andere Art von Nebenwirkungen sind diejenigen, die entstehen, wenn ein Verfahren nicht *lege artis* eingesetzt wird, also z. B. eine Nichtbeachtung von Kontraindikationen. Im Falle der Traumakonfrontation wäre dies z. B. eine fehlende Passung zwischen der Stabilität der Patientin und der Belastung durch das gewählte Verfahren. Dies könnte zu Überflutung mit traumatischen Material und Dekompensation führen, wie Einsetzen selbstverletzenden Verhaltens oder eines Suchtmittels, zur »Bewältigung« des Nichtaushaltbaren insbesondere bei komplextraumatisierten Patientinnen, bis hin zu einer schweren suizidalen Krise. Wobei außer der Studie von Pitmann et al. (1991), der nach einer traumakonfrontativen Behandlung als Nebenwirkungen Rückfall in Alkoholabhängigkeit, Verschlimmerung einer Depression und Panikstörungen beschreibt, kaum belastbare Literaturhinweise zu dieser Art von Nebenwirkungen zu finden sind (Neuner, 2015). Berichte von Klinikern über solche »katastrophal verlaufenden Einzelfälle« finden sich hingegen (Sachsse, 2010).

1.6 Zur Frage der Dosierung der Traumakonfrontation

1.6.1 Theoretische Vorüberlegungen

Um nochmals die eingangs dargestellten Metapher aufzugreifen – in diesem Kapitel stellt sich die Frage, ob man mit dem Speer, der die Wunde schlug, nochmals zustechen muss oder ob auch eine Auflage aus Eisenspänen (wie viele?) der Waffe ausreichend ist, um eine Heilung der Wunde zu erreichen. Wenn man von der Prämisse ausgeht, dass man die Patientinnen mit der geringstmöglichen Belastung und dem kleinsten Risiko bei ihrer Heilung unterstützen soll, so würde man die Methode wählen, die mit der geringsten potenziellen Schädigung den größtmöglichen Nutzen hervorbringt. Da es »weiterhin eine ungeklärte Forschungsfrage ist, wie viel Konfrontationsdosis notwendig ist« (Boos, 2014, S. 51), sollen hier zumindest einige theoretische Überlegungen folgen:

Wenn der heilsamen Wirkung von traumabedingtem Leiden die Theorie des Traumagedächtnisses (► Kap. 1.3.2.) bzw. der Gedächtniskonsolidierung (► Kap. 1.3.3.) zugrunde liegt, erübrigen sich prolongierte Expositionen mit vielen Wiederholungen nach dem Habituation/Extinktions-Paradigma (► Kap. 1.3.1.). Die oben erwähnte gut erwiesene Wirksamkeit nicht nur der prolongierten Exposition sondern auch von EMDR stützt diese Annahme. Hält man sich akribisch an das Traumagedächtnismodell (► Kap. 1.3.2.) so müsste man (alle?) Erinnerungsfragmente wie die Teile eines Puzzles zu einem kompletten Bild in mühsamer Kleinarbeit zusammensetzen. Wendet man das Gedächtniskonsolidierungsmodell an, so genügt eine Aktivierung des Traumnetzwerkes (wie intensiv? An welchem »Ende«?) mit anschließender Diskrepanzerzeugung und Modifikation, oder um mit Ellen Spangenberg's Worten zu sprechen (► Kap. 9): Es reicht aus, die große Zehe kurz ins kalte Wasser zu halten....

Wollte man die »niedriger dosierten« Konfrontationsmethoden, wie TRIMB als solche anerkennen, müsste man übrigens auch die oben erwähnten Definition von Reddemann & Wöller (2017, S. 66) für Konfrontation wie folgt ändern: Eine detaillierte Auseinandersetzung mit einer traumatisierenden Erfahrung als eine wohlđosierte Konfrontation mit den traumatischen Szenen *bzw. Teilbereichen hiervon*.

Soweit die logischen, theoretischen Überlegungen. Die Kunst in der Praxis ist es nun, die Aktivierung der Traumanetzwerke so zu dosieren, dass die Patientinnen keine gravierenden Nebenwirkungen erleiden, also nicht unkontrolliert belastenden Erinnerungen ausgesetzt sind und deshalb gegebenenfalls anhaltend dissoziieren müssen und trotzdem von der Behandlung profitieren. Hierfür wurden unterschiedliche Dosierungstechniken entwickelt:

1.6.2 Dosierungstechniken

Distanzierung

Das Wort (von lateinischen »Distancia« = Abstand) bedeutet von jemanden/etwas abrücken (Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion, 2000, S. 349). Im Rahmen der