



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Sack ■ Gromes

Schonende Traumatherapie

Martin Sack ■ Barbara Gromes

Schonende Traumatherapie

Ressourcenorientierte
Behandlung von
Traumafolgestörungen

2., überarbeitete Auflage

Prof. 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

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.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung des Gemäldes Kairouan (III) von August Macke

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-40050-2

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort

Die Behandlung von Patienten¹ mit Traumafolgestörungen hat in den letzten Jahren eine zunehmend stärkere Beachtung und Professionalisierung erfahren. Eine überwältigend große Zahl von Befunden aus der biologisch orientierten Forschung zu Krankheitsursachen unterstützt die Ansicht, dass insbesondere kindliche Traumatisierungen – einschließlich schwerer Formen von Vernachlässigung – Hauptrisikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen sind. So besteht inzwischen Konsens, dass Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend Hauptrisikofaktor für die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind. Kindliche Traumatisierungen erhöhen aber auch das Risiko im weiteren Lebensverlauf körperliche Erkrankungen zu entwickeln, beispielsweise Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen oder Diabetes Mellitus. Inzwischen ist nicht mehr die Frage, ob Traumatisierungen krank machen können, sondern vielmehr, wie groß die Chancen sind, durch adäquate Behandlung eine Normalisierung psychischer Traumafolgebelastungen sowie der körperlichen Stressregulation und der damit verbundenen Belastungen für den Organismus zu erreichen. Traumakonfrontative Behandlungen haben nachweislich eine hohe Wirksamkeit und sollten deshalb bei Patienten mit entsprechender Symptomatik vorrangig zum Einsatz kommen.

Dieses Buch gibt konkrete Anleitung für eine an individuellen Behandlungsnotwendigkeiten ausgerichtete Therapie von Traumafolgestörungen. Schonende Traumatherapie ist ein Konzept zur Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen, welches gezielt persönliche und interpersonelle Ressourcen für die Verarbeitung und Bewältigung von Traumafolgestörungen einbezieht. Ressourcenorientierte Behandlungsmethoden machen es möglich, auch mit weniger stabilen Patienten, beispielsweise bei komplexen Traumafolgestörungen, die evidenzbasiert wirksamen konfrontativen Techniken einzusetzen.

Für die zweite Auflage wurde der gesamte Text von uns durchgesehen und überarbeitet. Änderungen der Klassifikation posttraumatischer Störungsbilder im amerikanischen System DSM-5 und die neuen, ab 2022 verbindlich gültigen Diagnoserichtlinien der WHO (ICD-11) wurden berücksichtigt. Das Kapitel zur Ressourcenaktivierung wurde komplett überarbeitet und erweitert, um noch mehr Anregungen für die therapeutische Praxis zu geben. Ein Kapitel zu grundsätzlichen Aspekten der Behandlung von Patienten mit Dissoziativen Störungen ist neu hinzugekommen.

1 Der Lesbarkeit halber verwenden wir folgend die männliche Form. Gemeint sind immer und mit jedem Respekt, Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

Wir sind traurig, dass unser Freund und Mitautor Wolfgang Lempa zwischenzeitlich verstorben ist und die zweite Auflage nicht mehr mitgestalten konnte. Sicherlich wäre es auch für ihn eine große Freude gewesen zu erleben, wie fruchtbar sich unser gemeinsames Konzept entwickelt hat.

Martin Sack und Barbara Gromes im Mai 2020

Inhalt

1 Warum schonende Traumatherapie?	1
1.1 Das konventionelle Modell der Traumatherapie	2
1.2 Ein neues Modell zur Behandlung von Traumafolgesymptomen	4
1.3 Besonderheiten bei der Behandlung von Traumafolgestörungen	7
2 Vom Störungsmodell zur Behandlungsplanung	10
2.1 Definitionen von Traumatisierungen	11
2.2 Wie entstehen Traumafolgestörungen?	15
2.3 Störungsmodelle	17
2.4 Gedächtnisforschung und Traumatherapie	26
2.5 Therapiekonzept zur Modifikation traumatischer Erinnerungen	30
3 Diagnostik von Traumafolgestörungen	32
3.1 Wichtige diagnostische Bereiche	33
3.2 Diagnostik und Anamneseerhebung	37
3.3 Diagnostik dissoziativer Störungen	44
3.4 Ressourcendiagnostik	49
3.5 Fragebogenscreening und Interviewdiagnostik	50
4 Ressourcenaktivierung als therapeutische Zielsetzung	60
4.1 Ausgangssituation	61
4.2 Chronifizierung von Traumafolgesymptomen	64
4.3 Grundlagen, Diagnostik, Planung und Ziele	67
4.4 Methoden	80
5 Behandlung von Traumafolgestörungen	119
5.1 Spezifische Behandlungsstrategien	121
5.2 Grundsätze einer schonenden Traumatherapie	133

6 Schonende konfrontative Behandlungstechniken	137
6.1 Förderung des Gegenwartsbezugs	138
6.2 Gezieltes Dosieren der Belastung	145
6.3 Aktive Förderung von Bewältigungserfahrungen	156
7 Praxis der schonenden Traumatherapie	169
7.1 Durchführung der Behandlung	170
7.2 Anpassen der Behandlung an individuelle Bedingungen und Bedürfnisse	201
7.3 Integration und Wiederanknüpfen	210
8 Behandlung von Patienten mit dissoziativen Störungen	217
8.1 Akute und chronische Dissoziation	218
9 Lösungen für Behandlungsprobleme	232
9.1 Vermeidbare ungünstige Entwicklungen	232
9.2 Was tun bei fehlendem Therapieerfolg?	235
10 Fazit	239
Literatur	241
Sachverzeichnis	249

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	4
	Kombination aus konfrontativer und stabilisierender Behandlung	4
	Grundsätze der schonenden Traumatherapie	5
	Erste Ansätze für eine Erweiterung der konventionellen Traumatherapie ..	6
1.3	Besonderheiten bei der Behandlung von Traumafolgestörungen	7
	Ambivalenz zwischen Auseinandersetzung und Verdrängung	7
	Das Thema Trauma in den Medien	8

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 Traumfolgestörungen 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 aber 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 und Flatten et al. 2013) 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 Distanzierungs-fähigkeit von der traumatischen Erinnerung zu. Dementsprechend wurde beson- ders 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 trauma- tischer Erinnerungen gewarnt und das Behandlungsprinzip Konfrontation wie- der 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 herausgehoben: »Die Konfrontation mit dem Trauma ist eine Maßnahme unter vielen, vielen anderen und hat in den seltensten Fällen Vorrang« (Reddemann 2004, S. 108).

Konträr zur psychodynamischen Auffassung wird in der **verhaltenstherapeu- tischen Behandlungsstradition** die konfrontative Behandlung von Traumafolge- störungen von jeher klar als Behandlungsstrategie der ersten Wahl benannt (Foa u. Kozak 1986). Allerdings setzen auch Verhaltenstherapeuten diese Behan- lungsmaxime vergleichsweise selten um (Cahill et al. 2006). Offenbar scheuen sich Psychotherapeuten generell, konfrontative Behandlungstechniken einzuset- zen, obwohl die empirische Evidenz eindeutig dafür spricht. Im Zweifelsfall wer- den 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 tat- sächlich zu einer signifikanten Befundbesserung, z. B. bei depressiven Sympto- men, und auch zu einer Verbesserung im allgemeinen Funktionsniveau (Lampe et al. 2008; Cloitre et al. 2002; Cloitre u. Cohen 2006; Sachsse et al. 2006). Die stabilisierende Behandlung erweist sich allerdings als nicht ausreichend wirksam zur Reduktion der spezifischen Traumafolgesymptomatik (z. B. von intrusiven Symptomen).

Stabilisierende Behandlung kann die Symptomatik zwar etwas reduzieren und die Alltags- funktionalität verbessern – Patienten sind dann aber noch nicht beschwerdefrei und be- nötigen weitere traumaspezifische Behandlung.

Da eine konfrontative »Traumabearbeitung«, bedingt durch die notwendige Ak- tualisierung der belastenden Erinnerungen, insbesondere bei schweren Gewalt- erfahrungen und sexueller Gewalt in der Kindheit potenziell eine Destabili- sierung mit Krisen und Überlastung des Patienten auslösen kann, kommen evidenzbasierte konfrontative Therapiestrategien 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 zu geringe Umsetzung der evidenzbasierten Strategien zur Behandlung von Traumafolgestörungen nicht ein Problem mangelnden Wissens über die entsprechenden Behandlungsverfahren, und zwar unabhängig von der konfrontativen Behandlungsmethode bzw. den therapie-schulenorientierten Konzepten. Vielmehr liegt der Grund darin, dass die existierenden konfrontativen Behandlungstechniken bei relativ instabilen Patienten nur eingeschränkt eingesetzt werden können. Eine sichere und dosierte Anwendung konfrontativer Behandlungen kann bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen dann erschwert möglich sein, wenn die Behandlung initial auf die Bearbeitung von vergangenen Traumatisierungen fokussiert.

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 (► Kap. 7.2).

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 Überlegungen zur Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie (Grawe u. Grawe-Gerber 1999) und von Antonovskys Konzept gesundheitsprotektiver Ressourcen (Antonovsky 1987) wurde seit den 1990er Jahren verstärkt eine gezielte **Förderung von Bewältigungsressourcen** thematisiert (Sack u. Lamprecht 1998). Daher war es naheliegend, 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 Seiten der Persönlichkeit wurden als ressourcenorientierte Behandlungstechniken von Reddemann (Reddemann 1996) und Sachsse (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 Arntz und Wertmann sowie Smucker und Kollegen eingebracht (Arntz u. Wertmann 1999; Smucker et al. 1995; Smucker et al. 1999). 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 sowie Hofmann und Sack führten den Begriff schonende **Traumabearbeitung** ein, um eine auf die individuellen Bedürfnisse von traumatisierten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zugeschnittene konfrontative Behandlung zu beschreiben (Wöller 2006a; Hofmann & Sack 2006). Die Autoren weisen auch darauf hin, dass konfrontative Behandlungstechniken mit Techniken zur Ressourcenaktivierung kombiniert werden können. Von verschiedenen Autoren wurde angeregt, 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 (Rost 2008, 3. Aufl. 2014) 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 trauma-

tische 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 zu sehr auf Mitteilung und fragt er zu insistierend nach, wird er schnell als grenzverletzendes und unempathisches Gegenüber empfunden. Es ist immer wieder eine Herausforderung, die für den Therapiefortschritt förderliche optimale Dosierung von aufdeckenden und konfrontativen Behandlungsstrategien zu finden. Möglicherweise liegt es auch an dieser speziellen Problematik, dass konfrontative Behandlungstechniken vergleichsweise selten eingesetzt und von Patienten und Therapeuten gerne umgangen werden.

Das Thema Trauma in den Medien

Ambivalente Reaktionen – zugleich fasziniert und abgestoßen zu sein – sind aber auch über den psychotherapeutischen Rahmen im engeren Sinne hinaus typisch für den Umgang mit dem Thema Trauma. In den Medien wird auf eine geradezu intrusive Weise über Traumatisierungen berichtet. Es wird kaum ein Detail ausgelassen – ohne jedoch das eigentliche Leiden der Betroffenen tiefer zu thematisieren. Betroffenheit wird, wenn überhaupt, nur kurz gezeigt und als peinlich oder zu privat empfunden. Letztlich kommt es zu keiner über die Befriedigung von Neugier hinausgehenden Auseinandersetzung mit der konkreten Not der traumatisierten Opfer in der öffentlichen Berichterstattung. Auch hier finden wir also diese eigentümliche Polarität wieder: ein von Vermeidungsverhalten gekennzeichnete Umgang mit den Belastungen der Opfer, während gleichzeitig ein großes Interesse an Berichten über traumatische Ereignisse besteht. Häufig findet eine Gratwanderung zwischen sachlicher Berichterstattung, dem Schutz von Persönlichkeitsrechten und Voyeurismus statt. Zu bedenken ist auch, dass die Berichterstatter häufig emotional durch das belastet sind, was sie erfahren und erleben (Czech 2004).

Bezeichnend ist auch, wie drastisch und in welchem Ausmaß Gewalt und

Trauma in Film und Fernsehen dargestellt werden. Kaum ein anderes Thema scheint ähnliche Aufmerksamkeit und Interesse hervorzurufen. Überspitzt gesagt: Der Filmindustrie à la Hollywood würde ohne das Thema Trauma etwas fehlen und viele Regisseure und Schauspieler wären arbeitslos. Zugleich werden manchmal auch sehr einfühlsame und im positiven Sinne Betroffenheit weckende künstlerische Darstellungen von traumatischen Erfahrungen produziert, die eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit sonst eher gemiedenen Themen, z. B. dem Holocaust, voranbringen.

Um traumatische Erfahrungen – in welcher Form auch immer – aufzuarbeiten, scheint es also notwendig, einer Tendenz zum Vermeiden entgegenzuwirken. Das Aufarbeiten bewegt sich häufig an der Grenze des für den Patienten Zumutbaren und es ist oft nicht leicht zu erkennen, ob die konfrontative Auseinandersetzung eine Belastung und Überforderung hervorruft oder förderlich und entlastend wirkt. Vielleicht macht diese Spannung zwischen zu viel und zu wenig und der Aufwand, der betrieben werden muss, um der Tendenz zur »Flucht« vor dem Trauma entgegenzuwirken, einen Teil der psychischen Belastung aus, der Traumatherapeuten ausgesetzt sind. Die Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen kostet umso mehr Kraft und Mühe, je belastender und je weniger gut steuerbar die Bearbeitung traumainduzierter Symptome ist. Auch wenn Mitgefühl und empathisches Anhören erschütternder Berichte über Traumatisierungen belastend sein können, entschädigt der Erfolg der Behandlung für den investierten Aufwand. Es ist immer wieder faszinierend zu erleben, dass durch gut geplante und gezielte psychotherapeutische Interventionen auch bei chronifizierten Traumafolgesymptomen Entlastung und Symptomreduktion erreicht werden können.

2 Vom Störungsmodell zur Behandlungsplanung

Inhalt

2.1	Definitionen von Traumatisierungen	11
2.1.1	Grenzen der aktuellen Traumadefinitionen	12
2.1.2	Vorschlag für eine erweiterte Traumadefinition	13
2.2	Wie entstehen Traumafolgestörungen?	15
2.2.1	Peritraumatische dissoziative Stressreaktionen	16
2.3	Störungsmodelle	17
2.3.1	Angstmodell	19
	Folgen von Angst bei Traumata	20
2.3.2	Modell der gestörten Informationsverarbeitung	22
	Folgen einer gestörten Informationsverarbeitung bei Traumata	24
2.4	Gedächtnisforschung und Traumatherapie	26
2.4.1	Erinnerungsprozesse	27
2.4.2	Modifikation von Traumaerinnerungen	27
	Pharmakologie und Traumaerinnerungen	29
2.5	Therapiekonzept zur Modifikation traumatischer Erinnerungen	30

Psychotherapeutische Behandlungsmethoden sollten auf einem Störungsmodell gründen, das wiederum auf fundierten, durch Forschungsergebnisse belegten Grundlagen aufbaut. Dies gilt auch für die in diesem Buch vorgestellten schonenden Therapiestrategien zur Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen. Im Folgenden werden wir daher, ausgehend von einer an die Bedürfnisse der psychotherapeutischen Praxis angepassten Definition von Traumatisierungen, die Grundlagen eines auf neurobiologischen Befunden basierenden Störungsmodells von Traumafolgestörungen vorstellen. Befunde der Gedächtnisforschung haben das Verständnis von Traumafolgestörungen in den letzten Jahren erheblich erweitert und unterstützen die Hypothese, dass Traumatisierungen zu einer Störung der Informationsverarbeitung führen können. Dieses Störungsmodell hat demnach direkte Implikationen für die Behandlungsplanung.

2.1 Definitionen von Traumatisierungen

Traumatisierungen sind erschütternde und schockierende Extremerfahrungen. Überwiegend kennzeichnet starke Angst, oft Todesangst, das traumatische Erleben. Doch können auch andere Wahrnehmungen als extrem belastend oder bedrohlich im Vordergrund stehen: Ohnmacht und Hilflosigkeit, das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, die Angst um Angehörige oder starke körperliche Schmerzen. So unterschiedlich die Reaktionen auf traumatische Belastungen sind, so verschieden sind die individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung und Verarbeitung. Als wichtigste Einflussfaktoren auf den Verlauf der Bewältigung lassen sich traumatische Vorerfahrungen, individuelle Ressourcen und soziale Unterstützung benennen.

Wenn die Belastungen und die Bewältigungsmöglichkeiten so unterschiedlich sind, wie lässt sich dann allgemeingültig definieren, was genau ein Trauma ausmacht? Was für den einen Menschen eine traumatische Extremerfahrung darstellt, kann für den anderen eine Situation sein, für die Bewältigungsstrategien vorhanden sind, besonders wenn die betroffene Person auf die Situation vorbereitet war. Es ist dementsprechend sinnvoll, **objektive Bedingungen** eines Traumas von **subjektiven Bedingungen** zu unterscheiden. Eine traumatische Situation ist definitionsgemäß dann als objektiv vorhanden zu bezeichnen, wenn das Ereignis auch für andere Menschen eine extreme Belastung hervorrufen würde. Ein Angriff mit Waffengewalt etwa würde dieses Kriterium erfüllen, eine Mobbing-situation am Arbeitsplatz hingegen nicht in jedem Fall. Ergänzend zur objektiven Definition sind auch subjektive Bedingungen einer Traumatisierung beschreibbar, etwa das Erleben von extremer Angst, Hilflosigkeit oder Ohnmacht. Mit der Festlegung von objektiven und subjektiven Kriterien einer Traumatisierung soll einem inflationären Gebrauch des Traumabegriffs vorgebeugt werden.

Entsprechend sieht die Definition einer Traumatisierung nach DSM-IV im Sinne des Kriterium A der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vor, dass sowohl das objektive (A1) wie das subjektive Kriterium (A2) erfüllt sein müssen (American Psychiatric Association 2000):

Definition einer traumatischen Situation nach DSM-IV

Die betroffene Person war einer Situation ausgesetzt, in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren:

- Die Person war selbst oder als Zeuge mit einem Ereignis konfrontiert, das den Tod, Todesbedrohung oder eine ernsthafte Bedrohung der physischen Integrität von sich selbst oder anderen Menschen zum Inhalt hatte (Kriterium A1).
- Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen (Kriterium A2).

Auch das Zeuge-Werden von einer Bedrohungssituation gegen »Leib und Leben« eines anderen Menschen ist in den **DSM-IV-Kriterien** als objektives Trauma-kriterium berücksichtigt. Wie stark ein traumatisches Ereignis auf Zeugen wirkt,

hängt erfahrungsgemäß stark von deren Vulnerabilität ab. Wie bei einem unmittelbar am eigenen Leib erfahrenen Ereignis, wirken auch hier die traumatische Situation und Faktoren, die durch die Persönlichkeit oder Vortraumatisierungen bedingt sind, zusammen. Wenn etwa eine durch traumatische Erfahrungen vorbelastete Person Unfallopfer oder Zeuge eines Unfalls wird und in der Folge Belastungssymptome entwickelt, lässt sich manchmal nur schwer eine eindeutige kausale Zuordnung zu einem traumatischen Ereignis vornehmen. Im Falle von Begutachtungen kann dies Probleme verursachen.

Die Definition einer traumatischen Situation nach **ICD-10** bzw. **ICD-11** bezieht die Zeugenschaft nicht explizit mit ein. Insgesamt bleibt aber mehr Spielraum für Interpretationen, da die subjektive Reaktion mit Angst nicht Teil der Kriterien ist. Das Trauma wird nach ICD-10 Definition als Ereignis kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß definiert, das bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde (World Health Organization 1992), im Entwurf der ICD-11 ist ein Trauma als Ereignis von extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur definiert (Maercker 2019).

2.1.1 Grenzen der aktuellen Traumadefinitionen

Als objektives Kennzeichen für eine Traumatisierung stellen die Definitionen der Diagnoseklassifikationen die Bedrohung der körperlichen Integrität in den Vordergrund. Man mag sich fragen, ob beispielsweise sexuelle Gewalt, der ein Kind ausgesetzt ist, nicht mindestens in gleicher Weise eine Bedrohung der physischen wie auch der psychischen Integrität darstellt und wieso die drohende psychische Schädigung dann nicht ebenso ausdrücklich zu den objektiven Kriterien einer Traumatisierung zählt. Entwicklungstraumatisierungen in Form wiederholter psychischer, physischer und sexueller Gewalt, die an Kindern verübt werden, sind in den Traumakriterien nach DSM-IV und ICD-10 nicht explizit enthalten, obwohl Betroffene mit den entsprechenden Folgen einen großen Teil der hilfesuchenden Patienten in der psychotherapeutischen Praxis ausmachen (Roth et al. 1997).

Zusammenfassend lässt sich feststellen: In den gültigen Definitionen finden psychische Traumatisierungen in der Kindheit und die daraus resultierenden Folgen für die Entwicklung noch zu wenig Berücksichtigung. Es ist unstrittig und durch viele Forschungsbefunde gut belegt, dass **Vernachlässigung und psychische Gewalt** in vulnerablen Entwicklungsphasen zu schweren Folgeschäden führen können (MacMillan et al. 2001; Egle et al. 2002). Angesichts der hohen Prävalenzzahlen – beispielsweise von sexuellen Traumatisierungen oder körperlicher Gewalt gegen Kinder – und den daraus entstehenden hohen Kosten für das Gesundheitssystem (Solomon u. Davidson 1997) ist dies unverständlich. Eine notwendige Erweiterung der Definition von Traumatisierung und Traumafolgestörungen macht die Systematik zwar etwas unübersichtlicher, die Traumadefinition wäre jedoch vollständiger und realitätsnäher. Zudem würde die Anerkennung von schweren Störungen durch Traumatisierungen in der Kindheit gesellschaftlich verankert.

2.1.2 Vorschlag für eine erweiterte Traumadefinition

In bestimmten Fällen ist es also notwendig, eine Erweiterung der Traumadefinition vorzunehmen. Spätestens wenn die Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung komplexer Traumafolgestörungen gestellt werden muss, kommt man nicht darum herum, sich mit den verschiedenen Formen von körperlicher oder seelischer Vernachlässigung und Gewalt in der Kindheit zu beschäftigen.

Vernachlässigung ist leider kein seltener Tatbestand und kann gravierende psychische und psychosomatische Symptome verursachen. Die vorsätzliche Vernachlässigung der kindlichen Grundbedürfnisse wird auch als passive Misshandlung, also als passive Anwendung von Gewalt, bezeichnet. Verlässliche Zahlen zur Häufigkeit von schwerer Vernachlässigung im Kindesalter liegen für Deutschland nicht vor. Erhebungen aus den USA kommen zu dem Ergebnis, dass bis zu ca. 5 % aller Kinder von Vernachlässigung betroffen sind und dass es sich dabei um die häufigste Form von Kindesmisshandlung überhaupt handelt (Breslau et al. 1998). Ähnlich hohe Prävalenzraten werden bezüglich psychischer Gewalt durch Anschreien, Beschimpfen, Demütigen und Entwerten berichtet (Engfer 1997).

Psychische Gewalt im Sinne emotionaler Misshandlungen kennzeichnet ein wiederkehrendes Muster feindseliger, ablehnender, schädigender, einschüchternder und verbal herabwürdigender Interaktionen, die eine negative Grundeinstellung gegenüber dem Kind widerspiegeln. Bezugspersonen nehmen eine aktiv feindselige Haltung ein und drängen Kinder durch die Anwendung von psychischer Gewalt in eine Sündenbockrolle. Kinder dienen den Erwachsenen als Objekt, um aggressive Impulse abzureagieren. Betroffenen Kindern und Jugendlichen wird durch Schmähungen, Herabsetzungen, Lächerlichmachen, Einschüchtern oder Ignorieren vermittelt, dass sie wertlos, fehlerhaft, ungeliebt oder ungewollt sind (Herrmann 2005). Ähnlich wie bei emotionaler Vernachlässigung entsteht eine massive Störung der emotionalen Bindung an die Bezugspersonen und in deren Folge ängstliches Verhalten, Misstrauen, Rückzug oder Aufsässigkeit bzw. Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen überhaupt. Typische Folge ist auch die anhaltende und starke Verunsicherung des Selbstwerts und des Rechts, die eigene Meinung und die eigenen Bedürfnisse zu vertreten.

Ein weiteres, nicht unter die klassische Definition von Traumatisierungen fallendes Problem ist die **chronische Nicht-Verfügbarkeit** bzw. **emotionale Abwesenheit** der primären Bezugspersonen. Diese erlebt das Kind, wenn die Eltern beispielsweise alkohol- oder drogenabhängig sind oder die signifikante Bezugsperson an einer schweren psychischen Erkrankung, etwa einer Psychose, leidet und dem Kind keine Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegenbringen kann. Bereits im Verhaltensexperiment mit gesunden Kleinkindern wird die Abwesenheit der Bezugsperson in einer verunsichernden Umgebung mit starker Angst beantwortet (Brisch 2008). Entsprechend pathogen sind Situationen fehlender Rückversicherung und fehlender Unterstützung, wenn diese wiederholt und über einen längeren Zeitraum auftreten. Ein dauerhaft verunsicherndes oder fehlen-

des Beziehungsangebot durch schwer beeinträchtigte Eltern oder ein inkonstantes Beziehungsangebot durch ständig wechselnde Betreuungspersonen schaffen für das Kind ungünstige und zugleich extrem belastende Entwicklungsbedingungen. Die Beziehungsunsicherheit sowie die fehlende Rückmeldung des Gegenübers verhindern, dass das Kind in ausreichendem Maße entwicklungsrelevante Erfahrungen von liebevoller Spiegelung des Erwachsenen und wechselseitiger Abstimmung (Kontingenz) macht (Fonagy et al. 2007). Die fehlende Geborgenheit versetzt es in einen dauerhaften Spannungszustand und verschiebt zugleich die Rollen innerhalb der Familie. Kinder, die über einen längeren Zeitraum derart mangelhaften Entwicklungsbedingungen ausgesetzt sind, reagieren mit desorganisiertem Bindungsmuster und einer unzureichenden Fähigkeit zur Affektregulation.

Auch im späteren Leben bleiben auf diese Weise in der Kindheit vorgeschädigte Erwachsene besonders **vulnerabel** für **Dysregulationen**. Die Selbstregulation und der Umgang mit äußeren Stressoren im Alltag sind erschwert. Besonders schwere, wiederkehrende emotionale Belastungen entstehen häufig durch Probleme in engen zwischenmenschlichen Beziehungen, z. B. bei Konflikten und Trennungssituationen innerhalb einer Partnerschaft oder durch Konflikte am Arbeitsplatz.

Fallbeispiel

Frau B. und ihre 2 Jahre jüngere Schwester wurden von der alleinerziehenden, alkoholkranken Mutter in der Wohnung eingeschlossen, wenn diese in die Kneipe ging, um zu trinken. Die Patientin schildert, dass sie extreme Angst gehabt habe, dass die Mutter nicht wieder zurückkehren würde und dass sie und ihre Schwester verhungern müssten. Das Geld sei sehr knapp gewesen, da der Alkoholkonsum der Mutter Vorrang hatte. Auch tagsüber habe die Mutter getrunken. Das Essen habe immer nur aus Marmeladenbroten bestanden. Sie und ihre Schwester seien in der Schule wegen ihrer altmodischen und abgetragenen Kleider oft gehänselt worden. Sie könne sich eigentlich überhaupt nicht daran erinnern, Unterstützung und Trost durch die Mutter erfahren zu haben. Vielmehr habe sie sich um die Mutter gesorgt und auf sie achtgegeben. Schon als Kind habe sie öfter daran gedacht, sich das Leben zu nehmen.

Der biografische Bericht dieser Patientin macht nochmals eindrücklich deutlich, dass chronisch fehlende emotionale Zuwendung und Vernachlässigung, besonders im frühen Kindesalter, anhaltende Zustände extremer Angst, Hilflosigkeit und Verzweiflung auslösen können. Auch chronische dissoziative Symptome können auf dem Boden von Vernachlässigungserfahrungen entstehen (Lyons-Ruth 2003). Schon unter alltäglichen Stresssituationen können dann dissoziative Schutzreaktionen einsetzen und beispielsweise Symptome von Depersonalisation, Derealisation oder Amnesien auslösen. Insgesamt prädestinieren Vernachlässigungstraumatisierungen und psychische Gewalt in der Kindheit zur späteren Entwicklung von gravierenden psychischen Erkrankungen, wie z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Schore 1994).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Kinder in frühen Entwicklungsphasen, in denen sie auf eine unterstützende und haltgebende Interaktion mit den

primären Bezugspersonen angewiesen sind, durch Vernachlässigung und sexuelle Gewalt besonders verletzlich sind. Erwachsene verfügen über vergleichsweise wesentlich effektivere interne und externe Kompensationsmechanismen. Aus diesen Gründen halten wir es für notwendig, die Traumadefinition um Traumatisierungen durch schwere Formen von Vernachlässigung und psychischer Gewalt in der Kindheit zu erweitern. Diese Traumadefinition ist den praktischen Bedürfnissen der Behandlung von Patienten mit Folgen kindlicher Traumatisierungen angepasst und hat sich in unserer Arbeit bewährt.

Vorschlag für eine Ergänzung der Traumadefinition

Die betroffene Person war Situationen ausgesetzt, in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren:

- Die Person war in ihrer Kindheit wiederholt Situationen emotionaler oder körperlicher Vernachlässigung ausgesetzt oder wurde wiederholt vorsätzlich und ohne Grund entwertet, gedemütigt oder angeschrien.
- Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Zusätzlich zu der in den aktuellen Klassifikationssystemen beschriebenen Bedrohung der eigenen körperlichen Integrität durch Gewalt in sexualisierter oder anderer Form bzw. durch Unfallereignisse oder andere äußere Schädigungsformen sind somit auch wiederholte und schwere Vernachlässigung sowie psychische Misshandlung in der Kindheit als objektive traumatische Ereignisse zu werten.

2.2 Wie entstehen Traumafolgestörungen?

Traumatisierungen lösen individuell sehr unterschiedlich ausgeprägte Reaktionen aus. Ob eine belastende Erfahrung pathogene Auswirkungen zeigt und psychische Folgeschäden entstehen, hängt in starkem Maße vom subjektiven Erleben der Situation und von den individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten der betroffenen Person ab. Einen objektiven Schweregrad als alleinigen Maßstab und einziges Kriterium für eine Traumadefinition zugrunde zu legen, scheint daher unmöglich und wenig sinnvoll. Alternativ schlagen wir vor, die **subjektive Reaktion** auf ein belastendes Ereignis als Basis für die Definition von Traumatisierungen zu verwenden. Ein belastendes Ereignis wäre demnach dann als Trauma zu bezeichnen, wenn im eindeutigen Zusammenhang mit einer auslösenden, objektiven Belastung Anzeichen für eine Überforderung der Bewältigungsmöglichkeiten bei einer betroffenen Person vorliegen. Ob sich infolge dieser Überforderung eine Traumafolgestörung ausbildet, hängt entscheidend von den individuellen Kompensationsmöglichkeiten und nicht zuletzt den psychosozialen Ressourcen ab.

Psychische Traumafolgen entstehen durch ein Zusammenwirken von Extrembelastungen, subjektivem Erleben und persönlicher Vulnerabilität.

Bei der Entstehung von Traumafolgestörungen ist die subjektive Reaktion auf die erlebte traumatische Belastung und die daraus resultierende Symptomatik entscheidend:

Ätiologie von Traumafolgestörungen aus klinischer Sicht

Eine Traumafolgestörung entsteht, wenn:

- während des traumatischen Ereignisses dissoziative Schutzreaktionen auftreten (**peritraumatische Dissoziation**),
- die Verarbeitung der traumatischen Erfahrung nur unvollständig gelingt (**Störung der Informationsverarbeitung**),
- intrusive Symptome, Angstsymptome oder andere unmittelbar auf das traumatische Ereignis bezogene Beschwerden auftreten (**traumaassoziierte Symptomatik**) und
- die traumaassoziierte Symptomatik zu einer Einschränkung wichtiger Alltagsfunktionen oder der Lebensqualität führt (**deutliche Einschränkung der Gesundheit**).

Forschungsbefunde belegen, dass die objektive Schwere des Traumas einen geringeren Einfluss auf posttraumatische Symptome hat als die subjektiven Reaktionen (Fujita u. Nishida 2008). Gleichzeitig enthält das vorgeschlagene Modell zur Entstehung von Traumafolgestörungen die wesentlichen ätiologischen Elemente, die zu einer Störung der Informationsverarbeitung führen. Kindheitstraumatisierungen wie Vernachlässigung oder psychische Gewalt, z. B. durch Anschreien und Beschimpfen, sind in die Kriterien als auslösende Bedingungen miteingeschlossen, sofern die Traumatisierung einen Schweregrad erreicht hat, der dissoziative Schutzmechanismen ausgelöst hat.

Die Behandlungsbedürftigkeit richtet sich nach den real vorhandenen Traumafolgen, nicht nach der Traumatisierung selbst. Wenn eine relevante Einschränkung von bedeutsamen Alltagsfunktionen wie etwa der Arbeitsfähigkeit oder Probleme mit der Selbstfürsorge vorliegt, oder die Lebensqualität in deutlichem Maße durch die Symptomatik eingeschränkt ist, besteht objektiv gesehen ein Behandlungsbedarf.

2.2.1 Peritraumatische dissoziative Stressreaktionen

Ein Kennzeichen für die psychische Überforderung während einer traumatischen Situation ist das Auftreten von dissoziativen Stressreaktionen. Eine **Peritraumatische oder primäre Dissoziation** ist eine biologisch determinierte Schutzreaktion, die bei hoher subjektiver Belastung im Rahmen von traumatischen Erfahrungen unwillkürlich einsetzt und insofern nicht steuerbar oder kontrollierbar ist. Umgangssprachlich werden dissoziative Reaktionen häufig als »Unfallschock« bezeichnet. Teile des Erlebens (z. B. Angst oder körperliche Schmerzen) werden

situativ und belastungsabhängig aus der Wahrnehmung ausgeblendet, weil die Fülle bzw. Stärke der aversiven Reize die emotionale und neuronale Verarbeitungskapazität des Betroffenen übersteigt. Die spätere narrative Verarbeitung der belastenden Erinnerung wird erschwert, wenn die traumatische Erinnerung durch dissoziative Stressbewältigungsmechanismen an Kohärenz verloren hat oder fragmentiert ist (Hopper u. van der Kolk 2001).

Peritraumatische Dissoziation ist vermutlich ein zentraler pathogener Mechanismus für die Entstehung von Traumafolgestörungen, da sie für den Kohärenzverlust der einzelnen Erinnerungsqualitäten der traumatischen Erinnerung bis hin zur Fragmentierung von sensorischen und sensomotorischen Teilen der Erinnerung verantwortlich ist (Peltonen et al. 2017, Demarble et al. 2018). Die empirische Befundlage bezüglich des prädiktiven Wertes der peritraumatischen Dissoziation für die Entwicklung von Traumafolgesymptomen ist jedoch nicht einheitlich (van der Velden u. Wittmann 2008). Dies liegt vermutlich auch daran, dass bei den Studien manchmal erst mehrere Wochen *nach* dem Ereignis nach dissoziativen Symptomen *während* des Traumas gefragt wurde. Nach therapeutischer Erfahrung sind dissoziative Schutzreaktionen während der traumatischen Situation von hoher Bedeutung für die Entwicklung von Folgesymptomen. Im Rahmen einer konfrontativen Behandlung der Traumaerinnerung kann es gelingen, die peritraumatische Dissoziation rückgängig zu machen und die abgespaltenen Wahrnehmungsanteile – beispielsweise stark belastende Emotionen – wieder zu einem kohärenten Wahrnehmungsbild zusammenzufügen (► Kap. 7.2.1).

2.3 Störungsmodelle

Im Folgenden sollen Modelle zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Symptomen aufgrund traumatischer Belastungen vorgestellt werden. Dabei leitet uns die Überzeugung, dass die Indikation zu einer psychotherapeutischen Intervention weder allein diagnosespezifisch noch therapieschulenspezifisch erfolgen sollte. Unserer Erfahrung nach ist es sinnvoll, therapeutische Strategien aus einem modellhaften Verständnis des vorliegenden Störungsbildes abzuleiten, und dann an die individuelle Situation des Patienten angepasst einzusetzen. Die für die Behandlung von Traumafolgestörungen relevanten Störungsmodelle sind übergreifende und empirisch fundierte Konzepte, aus denen sich konkrete therapeutische Strategien begründen lassen. Die Unterscheidung von Traumafolgestörungen in primäre und sekundäre Traumafolgesymptome ist eine wichtige Differenzierung (► Tab. 2-1).

Tab. 2-1 Kategorisierung von Traumafolgesymptomen

Primär posttraumatische Symptomatik	
<ul style="list-style-type: none"> • intrusive Symptome • traumaassoziierte Ängste • dissoziative Reaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Übererregbarkeit • triggerbare körperliche Stressreaktionen • etc.
Sekundär posttraumatische (traumakompensatorische) Symptomatik	
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidungsverhalten • sozialer Rückzug • Scham • Schuldgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertprobleme • Suchtmittelkonsum • Zwangshandlungen • etc.

Definition von primären und sekundären Traumafolgesymptomen

Mit dem Begriff **primäre Traumafolgesymptomatik** werden die direkten Folgen einer unzureichenden Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses bzw. der mit der traumatischen Erinnerung assoziierten Angst beschrieben. **Sekundäre** – traumakompensatorische – **Symptome** sind in Reaktion auf die primären Traumafolgen entstandene Anpassungsleistungen, die kurzfristig Entlastung, längerfristig aber negative Konsequenzen und Einschränkungen mit sich bringen.

Die Einteilung in primäre und sekundäre Traumafolgesymptome erlaubt bereits eine Vorauswahl der infrage kommenden Behandlungsstrategien. Im Fall der primären Traumafolgesymptomatik steht die Symptomatik in direktem Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis, welches in einer nicht ausreichenden Art und Weise verarbeitet wurde. Die Behandlung sollte entsprechend auf eine Reduktion der primären Traumafolgesymptomatik zielen. Der häufig gebrauchte Begriff »Traumabearbeitung« beschreibt diesen Zusammenhang bzw. dieses therapeutische Ziel leider nicht exakt genug. Die Formulierung »Behandlung von Traumafolgestörungen« verweist auf die zu behandelnde Problematik und gibt die Richtung vor: Es geht um die Therapie der primären Traumafolgesymptomatik durch Bearbeitung der traumatischen Erinnerung sowie der Korrektur der durch die traumatische Erfahrung primär eingepprägten Wahrnehmungsverzerrungen und Fehlinterpretationen.

Ein entscheidender Grundsatz einer »schonenden Traumatherapie« lautet: Die Behandlung der Traumafolgestörungen zielt nicht auf Vergangenes, sondern auf eine Veränderung von aktuell bestehenden Symptomen – wobei Vergangenes gezielt einbezogen wird, solange es der Linderung von Beschwerden, der Verarbeitung und der Integration des Erlebten in der Gegenwart dient.

Traumatherapie ist keine Bearbeitung von Erinnerungen der Vergangenheit, sondern richtet sich immer auf die in der Gegenwart bestehende Symptomatik.

Im Folgenden sollen die beiden wichtigsten ätiologischen Konzepte zum Verständnis der primären Traumafolgesymptomatik näher betrachtet werden: das Angstmodell der Traumafolgestörungen und das Modell der gestörten Informationsverarbeitung.

2.3.1 Angstmodell

Es liegt nahe, Traumafolgestörungen als Angsterkrankungen zu verstehen. Persistierende Angstsymptome sind eine typische Folgeerscheinung nach traumatischen Erlebnissen. Schon die, historisch gesehen, ersten Modelle von Traumafolgestörungen knüpfen an diesen Zusammenhang an. Zunächst als organische Erkrankung im Sinne einer »Nervenerschütterung« konzeptualisiert, beschreibt beispielsweise Oppenheim in seinem Buch über »traumatische Neurosen« eindrücklich eine gesteigerte Reizbarkeit und Ängstlichkeit sowie durch Auslöse-reize provozierbare Angstattacken bei Opfern von Eisenbahn- und Arbeitsunfällen (Oppenheim 1889).

Traumatische Ereignisse gehen in der Regel mit extremer Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen, körperlichen Schmerzen und anderen aversiven Reizen einher. Definitionsgemäß erreicht ein Ereignis dann traumatischen Charakter, wenn es während der Situation zu einer Überflutung mit aversiven Reizen kommt. Das Angstmodell der Traumafolgestörungen geht davon aus, dass sich extreme Stress-situationen in Form einer Angststruktur einprägen können (Foa u. Kozak 1986). Es handelt sich dabei um eine auf die spezifische Situation bezogene, erlernte (konditionierte) Angst. Charakteristisch hierfür ist die Auslösbarkeit von Angstreaktionen durch Erinnerungen, beispielsweise während des verbalen Berichts über das traumatische Geschehen.

Das Angstmodell ist das zeitlich gesehen erste und daher sicherlich am weitesten verbreitete und empirisch am besten untersuchte Störungsmodell von Traumafolgestörungen (Rothbaum u. Davis 2003). Der folgende Kasten gibt einen kurzen Überblick über die Ätiologie von Traumafolgestörungen nach diesem Modell:

Ätiologie der Traumafolgestörungen nach dem Angstmodell

- Während des Traumas kommt es zu einer Überflutung mit **aversiven Reizen**, die zur Ausbildung einer traumaassoziierten **Angststruktur** führt.
- Die Angststruktur wird durch **Auslösereize** (sog. Trigger) und durch intrusives Wiedererleben aktiviert.
- Es resultiert **Vermeidungsverhalten**, was die weitere Verarbeitung der traumatischen Angst erschwert.
- Die Angst **generalisiert** zunehmend (z. B. generelle Angst vor Menschen).
- **Sekundäre Symptome** (z. B. sozialer Rückzug, depressive Symptome, Selbstwertprobleme) entstehen in Reaktion auf die Angstsymptomatik.