

Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Psychotrauma¹

In der letzten Ausgabe des Psychotherapeuten (Band 47, Heft 1, Januar 2002) schreibt M. E. Beutel: "Gerade angesichts der stürmischen Entwicklung der Neurowissenschaften wäre es für Psychotherapeuten verhängnisvoll, an isolierten psychologischen Modellen der Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen festzuhalten", und weist dann auf die s. E. sehr viel zeitgemäßere Kombination von z.B. psychotherapeutischer mit psychopharmakologischer Behandlung hin.

Sind wir nicht hoffnungslos altmodisch, wenn wir uns heute fragen, wie das "psychologische Modell der Entstehung und Behandlung" von Psychotrauma der Gesprächspsychotherapie aussieht ?

Ich finde das nicht und werde mich in der nächsten Stunde darum bemühen, aufzuzeigen, daß ganz im Gegenteil das gesprächspsychotherapeutische Modell der Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen und speziell des Psychotraumas

1. kein isoliertes ist;
2. daß es gerade in diesem Rahmen - der Behandlung von Psychotrauma - auch mehr ist als die Grundlage für das Konzept eines Basisverhaltens für Psychotherapeuten unterschiedlicher Schulen und
3. auch mehr ist als ein Baustein von vielen in einem Repertoire von Interventionsmethoden, die bei der Behandlung von Psychotrauma angewendet werden.

Das gesprächspsychotherapeutische Modell der Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen ist aus der Abstraktion von Erfahrungen in psychotherapeutischen Prozessen abgeleitet worden. Es ist deshalb besonders bemerkenswert, in welchem Ausmaß es auch durch die Ergebnisse der modernen Neurowissenschaften als besonders sinnvoll bestätigt wird - vor allem wenn es um Konzepte der Behandlung von Psychotrauma geht.

Ganz konkret werde ich mich zunächst der Frage zuwenden,

(1) was ein Psychotrauma ist, und dann der Frage,

(2) wie die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person zu beschreiben ist, um dann

¹ Vortrag auf dem 2. Großen DPGG Forum, Berlin 27./28. April 2002. Version vom 21.4.02

(3) ausführen, wie eine traumatisierte Person - speziell gesprächspsychotherapeutisch - zu verstehen und daher zu behandeln ist.

In der Medizin versteht man unter einem Trauma eine Wunde, die durch die Einwirkung von Gewalt entstanden ist.

Unter einem Psychotrauma verstehen wir einen Schock im Sinne einer seelischen Erschütterung, ausgelöst durch "ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Erschütterung hervorrufen würde" (Weltgesundheitsorganisation 1991, ICD 10, S. 157).

Die Formulierung "bei fast jedem" ist wichtig. Sie unterscheidet das Psychotrauma von der Anpassungsstörung, die als Folge von subjektiv außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen oder besonderen Veränderungen im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben, angesehen werden.

Eine Anpassungsstörung kann nur dann diagnostiziert werden, wenn das belastende Ereignis oder die andauernde unangenehme Situation die primären und **ausschlaggebenden Kausalfaktoren** sind, ohne die die Störung nicht entstanden wäre.

Von einem Trauma soll zusätzlich nur dann gesprochen werden, wenn belastende Ereignisse oder Situationen **außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes** (kurz oder lang anhaltend) erlebt worden sind, die **fast jeden tief erschüttern** würden. Als solche gelten z.B. das " Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Mißbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können"(Flatten G. et al. 2001, S. 1 f).

Soviel zur traumatischen Erfahrung. Ich komme nun zur traumatischen Selbsterfahrung.

Die Erschütterung in einer potentiell traumatisierenden Situation sieht zunächst so aus: "Die Bauchmuskeln spannen sich reflexhaft an, ebenso die ganze Rücken- und Nackenmuskulatur. Die Nebennieren haben längst Adrenalin ausgeschüttet, der Puls schnellt hoch, das Gesicht rötet sich, die Hände werden schweißnaß. Die

Amygdala, der "Rauchmelder des Gehirns" (van der Kolk 1997) hat geschaltet: "Gefahr!" und den Körper in maximale Reaktionsbereitschaft versetzt: Kampf oder Flucht. Wir Menschen sind Säugetiere, und lange, bevor unser Frontalhirn dazu kommt", die Situation ins Auge zu fassen "und in Kooperation mit der Broca-Region zu entscheiden, welche Wortmetapher denn dieses Ereignis am treffendsten charakterisiert, ist der Körper - glücklicherweise - reflexhaft auf "Überlebensreaktion" umgeschaltet" (Reddemann u. Sachsse 1997, S. 115). "Traumatisierend wirkt ein Ereignis dann, wenn die natürlichen Reaktionsmöglichkeiten Kampf oder Flucht unmöglich sind. Im Kern jeder Traumatisierung findet sich die Erfahrung völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit. Im Tierreich ist diese Erfahrung des "inescapable shock" lebensgefährlich. Das läßt sich tierexperimentell nachweisen, und viele Jäger haben es auch schon beobachtet. Wenn etwa ein Kaninchen von einem Raubvogel angegriffen wird und nicht mehr fliehen kann, dann kann es passieren, daß das Tier tot ist, bevor der Vogel es erreicht. Das geht über den Totstellreflex als Überlebensversuch hinaus. Im Tierreich können Tiere sterben, um die Qual des Getötet-Werdens nicht zu erleiden. Es ist nur eine Assoziation, natürlich kein Beweis, aber manchmal haben wir in Therapien den Eindruck: Eine Patientin kämpft darum, schuldig oder wenigstens mitschuldig gewesen zu sein, nicht völlig hilflos, nicht nur ohnmächtiges Opfer gewesen zu sein, als wäre für sie das Erleben vollständigen Ausgeliefert-Seins lebensgefährlich" (Reddemann u. Sachsse, a.a.O., S. 115).

Die Selbsterfahrung in einer traumatisierenden Erfahrung ist also zunächst durch ein tödliches Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit von Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation von totaler Macht- und Hilflosigkeit bei voller körperlicher Aktivierung von Kampf- und Fluchtbereitschaft gekennzeichnet.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: In einer traumatisierenden Situation erlebt die Person, wie sie diese organismisch als eine Bedrohung bewertet. Die Bewertung erfolgt zunächst in der körperlichen Bereitstellung der Kampf- und Fluchtreaktionen, danach in einem u.U. tödlichen Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit dieser Reaktion in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

Die **akute Belastungsreaktion**, die nicht später als 20 Minuten nach dem belastenden Ereignis auftritt, beginnt typischerweise mit einer Art von "**Betäubung**": einer Bewußtseinseinengung und Einschränkung der Aufmerksamkeit, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiterer

Rückzug aus der Umweltsituation folgen bis hin zum Erstarren der gesamten Psychomotorik im Stupor, aber auch ein **Unruhezustand** und Überaktivität wie Fluchtreaktionen oder Fugue, sowie Depression, Verzweiflung und Ärger. Meist treten **vegetative Anzeichen panischer Angst** wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten auf. Die Symptome der akuten Belastungsreaktion klingen im allgemeinen innerhalb von Stunden bis Tagen wieder ab (Weltgesundheitsorganisation 1991, S. 155 f).

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Spätestens zwanzig Minuten nach dem traumatischen Ereignis beginnt das Erleben der akuten Inkongruenz. Es beginnt typischerweise mit dem Erleben einer Art von **"Betäubung"**. Bewußtseinseingengung und Einschränkung der Aufmerksamkeit dienen der Abwehr der Erfahrung. Es kommt zu einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Dieser Form der Abwehr, daß der Erfahrung der Zutritt zum Bewußtsein versperrt wird, können weitere folgen: ein weiterer **Rückzug aus der Erfahrungswelt** bis hin zu Stupor (Totstellreflex), aber auch ein **Unruhezustand** und Überaktivität wie **Fluchtreaktionen** oder Fugue, sowie **Depression**, Verzweiflung und **Ärger**. Die zum Erleben der akuten Inkongruenz gehörende Angst wird meistens nur in den **vegetativen Anzeichen panischer Angst** wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten erlebt. Die Symptome der akuten Inkongruenz klingen im allgemeinen innerhalb von Stunden bis Tagen wieder ab.

In den auf das Trauma folgenden vier bis acht Wochen ist das Erleben vor allem von einem Wechsel zwischen Intrusionen und Konstriktion gekennzeichnet.

In Phasen der Intrusion reaktualisiert sich die traumatische Situation. Man spricht auch von Flash-backs. Die traumatisierende Erfahrung erscheint im Bewußtsein. Intrusionen sind keine Erinnerungen, sondern erneutes Durchleben der Situation. Sie können auftreten, wenn man zur Ruhe kommt, vor dem Einschlafen oder in Form von Alpträumen, die einen aus dem Schlaf reißen. Die Szenen laufen wieder und wieder ab mit allen begleitenden Affekten und Körpersensationen. Intrusionen können aber auch ausgelöst - angetriggert - werden durch Reize, die an die belastende Situation erinnern. Das führt zu Vermeidungsverhalten, und da fast jeder Reiz ein Trigger sein kann, kann leicht alles zu vermeiden sein.

Im Wechsel mit Intrusionen werden Zustände von Konstriktion erlebt: Emotionale Betäubung, eine gewisse Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freundlosigkeit, Anhedonie, eine Art innerer Lähmung. Dann erreicht einen gar nichts mehr.

Gesprächspsychotherapeutisch ausgedrückt: In Intrusionen wird erlebt, wie die Abwehr gegen die traumatische Erfahrung immer wieder zusammenbricht, sich die Erfahrung unkontrolliert Zugang zum Bewußtsein verschafft. Im Zustand der Konstriktion wird die Generalisierung der Abwehr, die Verslossenheit gegenüber der Gesamtheit der Erfahrung erlebt.

"In diesem Wechsel aus Intrusionen, Angetriggertsein, Alpträumen und Aussprechen einerseits und Konstriktionen, Abschalten, Ablenken und Wegdenken andererseits wird das Ereignis in vier bis acht Wochen "integriert" sein. Sie können dann daran denken, ohne in einen Flash-back abzurutschen... ," sagen unsere vermutlich renommiertesten Traumatherapeuten Reddemann und Sachsse (a.a. O. S. 117).

Als die wichtigsten Faktoren, die zu Störungen des Traumabewältigungsprozesses führen können, gelten:

- Die Person findet niemanden, dem sie sich mitteilen kann, von dem sie in ihrer traumatischen Erfahrung und deren Konsequenzen vor allem für ihre Selbsterfahrung angenommen wird.
- Die Person kann sich selbst in diesen Erfahrungen und Selbsterfahrungen nicht annehmen.
- Die Person zweifelt an ihrer Wahrnehmung: Habe ich mir das nur eingebildet oder war das wirklich so?

Es kann auch sein, daß die Erfahrung völlig unvereinbar mit ihrer Selbst- und Weltsicht ist, mit einer narzißtischen Größen- oder Unverletzbarkeitsvorstellung z.B., oder daß die Erfahrung in eine "depressive Kerbe" schlägt: "Ich ziehe das Unglück an." Das ist übrigens auch eine Größenvorstellung.

Gesprächspsychotherapeuten sagen: Unter der Bedingung, daß es gelingt, Menschen zu finden, die die traumatisierte Person empathisch und unbedingt und kongruent positiv beachten, kann sich die akute Inkongruenz zurückbilden. Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation wird nach und nach vollständig symbolisiert und in das Selbstkonzept integriert.

Ich erinnere an dieser Stelle daran: Die vollständig zu symbolisierende Selbsterfahrung ist ein tödliches Erschrecken angesichts der Erfahrung von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voll aktivierter Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation, die auf diese Weise organismisch als extrem bedrohlich bewertet wird.

Auch in der Erfahrung der akuten Inkongruenz: der Erfahrung der Bedrohung nicht nur des physischen Lebens sondern auch der Bedrohung des Selbstkonzepts bzw. der Selbstachtung, und in der Erfahrung der Abwehr muß eine Person empathisch und unbedingt und kongruent von einer anderen Person verstanden werden, wenn aus der traumatischen Erfahrung eine in das Selbstkonzept integrierte werden soll.

Die Mischung aus

- (1) der nach Integration drängenden und sich in Intrusionen immer wieder zeigenden traumatischen Erfahrung
- (2) der Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung durch die traumatische Erfahrung
- (3) der Erfahrung der Abwehr der traumatischen Erfahrung und auch
- (4) der Abwehr der Erfahrung der Inkongruenz

kann sich zur sogenannten **posttraumatischen Belastungsstörung** entwickeln, die dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten, jedoch selten nach mehr als sechs Monaten folgt.

Sie besteht

im wiederholten **Nacherleben des Traumas** in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen oder flash backs), Träumen oder Alpträumen vor dem **Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit** (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie), **Vermeidung** von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, und Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an das Trauma erinnern könnten.

Bei einer plötzlichen Erinnerung an das Trauma oder einer Wiederholung des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf kann es zu **Ausbrüchen von Angst, Panik und/oder Aggression** kommen.

Gewöhnlich besteht ein **Zustand vegetativer Übererregtheit** mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. **Angst und Depression** und Suizidgedanken, sowie Drogeneinnahmen und übermäßiger Alkoholkonsum sind oft zu beobachten (Weltgesundheitsorganisation 1991, ICD 10, S. 157 f).

Diese Störung kann einen über Jahre chronischen Verlauf nehmen und auch in eine andauernde Persönlichkeitsveränderung münden. Dann erlebt die Person immer wieder Konfusion und Orientierungsverlust. Es kommt zu Panikattacken, "hysterischem" Verhalten, Kontrollverlust und vor allem Angst davor. Das Vermeidungsverhalten, das vor Triggerreizen schützen soll, kann extrem werden und z.B. zu Medikamenten- und Drogenabusus entarten. Es kommt nicht zur Integration der Erfahrung, sondern immer wieder zu Intrusionen, in

denen Affektüberflutung erlebt wird. Es können sich auch persistierende Bilder entwickeln und Hypermnesien, das ist eine außergewöhnliche Verstärkung der Erinnerung an Einzelheiten.

Zu beachten ist vor allem, daß es heute Hinweise darauf gibt, daß das Streßverarbeitungssystem in der Folge einer Traumatisierung alteriert sein kann. Dann kann das normale Körpererleben nach einem Trauma nicht wieder aufgenommen werden. Die Schwelle für Triggerreize bleibt herabgesetzt. Bei Streß kommt es schnell zu Übererregung, und die Rückregulation ist erschwert. Solche Menschen sind dünnhäutig, reizbar, schnell übererregt, und zwar somatisch bedingt. Die durch Triggerreize angestoßenen Flash-backs werden nicht bis ins Sprachzentrum weitergeleitet und sind sprachlich nicht erreichbar. Es entwickeln sich phobische oder zwanghafte Symptome der Vermeidung von Triggerreizen oder Somatisierungsstörungen, die als Körper-Flash-backs zu verstehen sind.

Bei der Beschreibung und Behandlung von chronifizierten posttraumatischen Störungen und besonders von Persönlichkeitsstörungen, die als perpetuierte posttraumatische Störungen anzusehen sind, ist viel die Rede von Dissoziation. Dissoziation ist die vorherrschende Abwehr, vor allem aber der vermutlich zentrale Coping-Mechanismus bei Psychotrauma.

Dissoziation definiert Wilson im Lexikon der Psychologie (Arnold et al. 1980, S. 383) als einen "Prozeß, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich abspalten und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen nebeneinander beibehalten ... werden" (zitiert nach Reddemann, L. und Sachsse, U.: a.a.O., S. 118). Dies gilt nicht nur für logisch, sondern auch für emotional unvereinbare Erfahrungen. Dissoziation ist Wahrnehmungszerstörung oder zumindest Wahrnehmungsveränderung (Sachsse 1996).

"Sofern eine Realwahrnehmung mit den inneren guten Objekten unvereinbar ist, sind wir Menschen offenbar gezwungen, diese Wahrnehmung zu opfern" (Reddemann u. Sachsse, a.a.O., S. 118). Das Opfer ist die Aufspaltung der Wahrnehmung. Spaltung ist versteinerte, erstarrte Dissoziation.

Im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts wird von Abwehr überhaupt nur im Sinne von Dissoziation gesprochen. Wenn eine Erfahrung als mit dem Selbstkonzept unvereinbar und damit bedrohlich bewertet wird, wird sie nach Möglichkeit ganz dem Bewußtsein ferngehalten, oder verleugnet oder so verzerrt, als sei sie doch

mit dem Selbstkonzept vereinbar. Auch wenn eine Erfahrung nicht vollständig symbolisiert wird, wenn sie also z.B. nur als Körpersensation oder Gedanke ohne affektive Komponente im Bewußtsein auftaucht, handelt es sich um ein dissoziatives Phänomen. Weil Erfahrungen bei ihrem ersten Auftreten nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden können, daß sie von einer anderen Person empathisch verstanden werden und die Person in ihr unbedingt positiv beachtet wird, können in das Selbstkonzept nur Erfahrungen mit einem guten Objekt integriert werden. Erfahrungen mit einem nicht guten Objekt werden nicht in das Selbstkonzept integriert. Wenn sie sich später wiederholen, werden sie als Bedrohung für das Selbstkonzept erlebt, entweder gar nicht gemacht oder ganz verleugnet oder so verzerrt, daß sie nicht mehr nach Erfahrungen mit einem nicht verstehenden und nicht unbedingt wertschätzenden Anderen aussehen.

Zwei Formen der Dissoziation, die induzierte Derealisation und die induzierte Depersonalisation gelten als besonders hilfreich im Umgang mit traumatisierenden Erfahrungen. Viele körperlich Mißhandelte z.B., die wiederholten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind, entwickeln die Fähigkeit, aus ihrem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen, die Szene von oben oder außen zu betrachten und so wenig wie möglich zu durchleben. Sie verlassen die unerträgliche Realität aktiv.

Wie alle Symptombildungen können auch die Derealisation und die Depersonalisation generalisieren und sich verselbständigen.

Auch selbstverletzendes Verhalten (SVV) spielt sich im Rahmen von Dissoziation ab. SVV ist nach allem, was man beobachtet, das beste Mittel, um "Zustände", "Druck", also Übererregung (hyperarousal), Intrusionen, Flashbacks, Depersonalisations- und Derealisationszustände zu beenden, das beste bekannte Antidissoziativum, allen Medikamenten deutlich überlegen (vgl Sachsse 1987; 1997; Sachsse et al. 1997). "15 bis 30 Sekunden nach einem Hautschnitt ist der Kopf wieder klar, der Körper ist lebendig, die Körpergrenzen sind spürbar, die Gefühle sind konturiert, und "der Druck ist raus." Das macht diese Symptomatik für viele Patienten so schwer entbehrlich und damit so schwer behandelbar (Reddemann u. Sachsse, a.a.O., S. 118).

Es können auch fast alle Symptombildungen der schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als anfangs sinnvolle, inzwischen aber dysfunktionale Coping-Strategien im Sinne von Dissoziation zur Bewältigung traumabedingter Störungen verstanden werden.

Ich komme nun zur **Behandlung** von Psychotrauma.

Schulenübergreifend gilt: Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma ist: Die Aufhebung der Dissoziation: Wo Intrusionen sind, sollen Erinnerungen werden.

Zum einen geht es darum, daß die die einzelne traumatische Erfahrung ausmachenden Gedanken, Bilder, Worte, Affekte und Körpersensationen ganzheitlich zusammengeführt werden.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Es geht darum, daß die traumatische Erfahrung als Selbsterfahrung vollständig symbolisiert werden kann. Nur dann kann sie in das Selbstkonzept integriert werden und bedeutet ihr Wiederauftauchen im Bewußtsein nicht mehr eine Bedrohung für das Selbstkonzept.

Zum anderen geht es in der Therapie von Psychotrauma darum, den Erfahrungskontext - so sagen z.B. die Tiefenpsychologen -, d.h. für uns Gesprächspsychotherapeuten das Selbstkonzept so zu erweitern, daß nicht nur diese einzelne traumatische Erfahrung in das Selbstkonzept integriert werden kann. Ihr Auftauchen im Bewußtsein oder von Teile von ihr kann dann den Erlebensprozeß nicht mehr unterbrechen, indem es die dissoziative Abwehr in Gang setzt. Gesprächspsychotherapeutisch formuliert heißt das: Das drohende Auftauchen der traumatischen Erfahrung im Bewußtsein kann dann die Person nicht mehr in einen Zustand akuter Inkongruenz versetzen. Das generelle Ziel der Therapie nach Psychotrauma ist vielmehr, daß jedes Ereignis, daß die PatientInnen im Lauf ihres Lebens erfahren haben oder erlebt haben könnten, emotionsgetragen erinnert werden kann. Es geht um die Aufhebung der Notwendigkeit der Dissoziation in all ihren Formen bzw. um die Aufhebung der chronischen Inkongruenz in den vielen Formen, in denen sie erlebt wird.

Die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen, die traumatisierte Patienten behandeln, betonen, daß diese Patienten nicht aus einer konfliktpsychologischen und auch nicht aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive zu betrachten seien. Vielmehr sei im Umgang mit ihnen keine andere als eine traumatogene Pathologie anzunehmen.

Es sei eine therapeutische Beziehung anzustreben, in der sich der Patient und der Therapeut gemeinsam um das tatsächlich bzw. in Wirklichkeit - und nicht etwa in der Phantasie - traumatisierte Wesen im Patienten bemühen, vor allem wenn es sich um ein traumatisiertes Kind handle.

Die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der PatientInnen seien anzuregen und zu unterstützen. Auch eine schwerstverletzte Patientin verfüge über sämtliche Selbstheilungskräfte. Intrusionen seien Reaktivierungen von Erfahrungen, die nach Erledigung drängten. Spaltung, Dissoziation und Imagination die zentralen Coping-Strategien traumatisierter Menschen und damit Ressourcen.

In der Behandlung von Psychotrauma gehe es nicht um "Abreaktion" oder "Katharsis", sondern um "Traumasynthese" (Huber 1995) und die anschließende Integration des Erlebten in den eigenen Erfahrungskontext. So sei es wichtig, sich klarzumachen, daß bei einer Reaktivierung des Traumas durch Traumaexpositionstechniken die Affekte und Empfindungen oft heftiger sind als in der traumatischen Situation selbst, in der - sinnvollerweise - dissoziiert wurde. Es gilt heute als Kunstfehler, etwa bei einer Anamneseerhebung oder bei einem Kurztermin Erinnerungen an Traumata aufspüren zu wollen, detektivisch zu erfragen oder empathisch-engagiert zu vertiefen. Traumaexposition erfordere eine fundierte Vorbereitung und einen klaren Rahmen.

Wenn es um die Behandlung von Psychotrauma geht, vertreten also auch die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen gesprächspsychotherapeutische Positionen.

Das Ziel der Therapie ist, durch die Integration der bislang dissoziierten Erfahrung das Selbstkonzept weiterzuentwickeln, so daß die Bewertung der Erfahrung als mit dem Selbstkonzept nicht kompatibel nicht länger zur Dissoziation der organismischen Bewertung von Erfahrung führt.

Es ist von Selbstheilungstendenzen auszugehen, einem eigenen Potential zur selbstorganisierten Entwicklung in eine positive Richtung.

Und es ist klientenzentriert und eher nondirektiv vorzugehen.

Alle traumasynthetisch arbeitenden TherapeutInnen seit Pierre Janet (1889) unterteilen die Behandlung in drei Phasen:

1. Eine anfängliche Stabilisierungsphase,

2. eine Traumaexpositionsphase
3. und eine Phase des Trauerns, der Sinnfindung und Reintegration der Persönlichkeit.

Die anfängliche Stabilisierungsphase beinhaltet 1. die Etablierung der **therapeutischen Beziehung**. Die therapeutische Beziehung, gekennzeichnet durch Verständnis, Akzeptanz, Sympathie, Kooperation, mitmenschliche Wärme, Förderung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit oder Angepaßtheit an die soziale Wirklichkeit des Patienten, gilt heute schulübergreifend als ein wichtiger, wenn nicht als der zentrale Wirkfaktor jeder Psychotherapie.

Es wird, wie ausgeführt, 2. in der Stabilisierungsphase an die eigenen Möglichkeiten und **Ressourcen** der Patientin angeknüpft. Es wird betont, daß vor der Traumaexposition bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, z.B. daß die PatientInnen die wesentlichen stabilisierenden Imaginationsübungen - die Vorstellung eines sicheren inneren Ortes, guter innerer Helfer, eines sicheren Tresors zum Wegpacken von traumatischen Erinnerungen - sicher durchführen können.

Und 3. werden die Patienten von Anfang an nach innen verwiesen, d.h. gesprächspsychotherapeutisch: zur Selbstexploration aufgefordert. Wenn sie z.B. über nur gute und nur schlechte Personen oder nur schöne und nur traumatische Lebensbedingungen sprechen, werden sie darauf hingewiesen, daß in realen zwischenmenschlichen Beziehungen andere Erfahrungen gemacht werden.

Die Stabilisierungsphase gilt nicht nur als Vorbereitung auf die Traumaexposition als sinnvoll und notwendig. Für viele Patientinnen beschränkt sich die Behandlung auf die Stabilisierung. Selbst in auf die Behandlung von Psychotrauma spezialisierten Kliniken werden nur bei 40 Prozent der Patientinnen Traumaexpositionen durchgeführt.

Mit den Traumasyntesen ist eine Therapie noch nicht abgeschlossen. Es bedarf danach noch einer meist mehrjährigen Neuorientierung.

Die **verhaltenstherapeutischen Konzepte** der Behandlung von Psychotrauma sehen nicht wesentlich anders aus.

Ich hoffe, es ist deutlich geworden, daß in den Überlegungen über eine angemessene Behandlung traumatisierter Menschen die wesentlichen Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts eine Renaissance erleben. Sie werden aber fast nie als solche erwähnt.

Bedeutet diese Renaissance nun schon wieder, daß Gesprächspsychotherapeuten alle ihre Klienten gleich behandeln, in diesem Fall so, als wären sie alle Traumatisierte?

In gewisser Weise ist das so. Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, daß sie auf dem Grunde ihrer Symptomatik an Inkongruenz leiden, bestimmte Erfahrungen nicht in ihr Selbstkonzept integrieren konnten und mit Erfahrung beschäftigt sind, die ihnen als Bedrohung für ihr Selbstkonzept Angst macht und ihnen ihre organismische Bewertung der Erfahrung, ihr wahres Erleben entfremdet.

Das Spezifische an der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma sind der Inhalt und die Abwehr der traumatisierenden Erfahrung.

Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation ist das u.U. tödliche Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit der körperlich bereits aktivierten Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

Die Erfahrung, total macht- und hilflos zu sein, nichts bewirken zu können, ist völlig inkompatibel mit den Erfahrungen, die im Selbstkonzept repräsentiert sind.

Dementsprechend radikal ist die Abwehr: die Sperre gegen jede Art von neuer Erfahrung.

Wenn in der posttraumatischen Zeit Intrusionen und Konstriktion erlebt werden, werden abwechselnd das Versagen und die Generalisierung dieser Abwehr erlebt.

Der Kern der traumatischen Erfahrung, das Erleben totaler Macht- und Hilflosigkeit, tauchen aber kaum im Zusammenhang mit den Intrusionen im bewußten Erleben auf. Es kommt zu Ausbrüchen von Angst, Panik und Aggression, es tauchen Bilder auf und Körpersensationen, die etwas mit Kampf- und Flucht zu tun haben. Aber die Erfahrung von Macht- und Hilflosigkeit reinszeniert sich anders.

Die Patienten erleben Macht- und Hilflosigkeit gegenüber ihrem Erleben, daß sie keine Kontrolle über das Auftauchen der Bilder, der Wut, den Gefühlen von Sinnlosigkeit haben.

Oder sie verleugnen ihre Macht- und Hilflosigkeit, indem sie z.B. ihre Suizidalität als wiedergewonnene Freiheit oder Unabhängigkeit erleben - womit wir in die Position der Hilflosen kommen - oder indem sie einen Abusus betreiben - womit sie uns unsere Machtlosigkeit und damit Sinnlosigkeit zeigen.

Ich glaube, jeder bzw. jedem von uns fallen viele Beispiele dafür ein, wie die Traumatisierten und vor allem die Patientinnen mit den sogenannten Persönlichkeitsstörungen, die als perpetuierte posttraumatische Belastungsstörungen anzusehen sind, es verstehen, den Schreck angesichts ihrer Erfahrungen des Macht- und Hilflosseins zu vermeiden bzw. diese selbst nicht als solche an sich heranzulassen.

Es geht in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma letztendlich darum, diese Erfahrungen der Macht- und Hilflosigkeit im Erleben des Patienten aufzuspüren, um mit dem Pat. zusammen zu verstehen, daß sie der Erfahrung einer Situation entsprechen und nicht ihrer Person, daß sie sich für diese Erfahrung weder rechtfertigen noch gar entschuldigen müssen. Die persönliche Erfahrung von Macht- und Hilflosigkeit besteht in dem Schreck, den sie auslöst, und in ihrer Unerträglichkeit. Das einzig positive an der Erfahrung von Macht und Hilflosigkeit ist, daß ich auch mit ihr bewirken kann, daß mich ein anderer Mensch in ihr positiv beachtet.

Literatur

Flatten G, Hofmann A, Wöller W, Siol T, Petzold E R (2001). Posttraumatische Belastungsstörung Leitlinie und Quellentext. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York.

Huber M (1995). Multiple Persönlichkeit. Überlebende extremer Gewalt. S. Fischer, Frankfurt

Reddemann L, Sachsse U (1997). "Stabilisierung". Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1. Persönlichkeitsstörungen (PTT): 3, 113-147.

Sachsse U (1987). Selbstschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstschädigungen der Haut. Forum Psychoanalyse 3: 51-70.

Sachsse U (1996). Patienten: Opfer oder Täter? Störungen und Zerstörungen der eigenen Wahrnehmung als Autoprotektion und Autoaggression. In: Bell K, Höhlfeld K (Hrsg). Aggression und seelische Krankheit. Psychosozial, Gießen, 259-269.

Sachsse U (1997). Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. 4. Aufl. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

Sachsse U, Eßlinger K, Schilling L (1997). Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. Fundam. Psychiatr 11: 12-20.

Van der Kolk B A (1997). Das schwarze Loch des Traumas. Zum posttraumatischen Syndrom (PTSD). Vortrag auf dem Intern. Symposium „Adoleszenz und Trauma“. Tiefenbrunn bei Göttingen. Zitiert nach Reddemann u. Sachsse (1997).

Weltgesundheitsorganisation (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Hans Huber, Bern.

Anschrift der Verfasserin:

Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen
Loehrsweg 1
20249 Hamburg

E-mail: jeckert@uni-hamburg.de