

Traumatherapie

Zum Verlauf psychotherapeutischer Behandlungen von traumabedingten Störungen

Von Dipl.-Psych. Alexandra Marland

Einleitung

Psychische Reaktionen auf traumatische Erlebnisse können längere Zeit, d.h. Monate oder gar Jahre, andauern (siehe: Marland A (2003) Psychisches Trauma. Der „Riss“ im Seelenleben, seine Folgen, seine Heilung, IPSIS). Dies ist vor allem dann zu erwarten, wenn besonders schwerwiegende körperliche oder seelische Verletzungen erlitten wurden. Als charakteristische Ereignisse bzw. Bestandteile traumatischer Erfahrungen, die gehäuft negative Langzeitfolgen nach sich ziehen, gelten:

- Gefahr für Leib und Leben oder subjektiv erlebte Lebensbedrohung
- Schwere körperliche Verletzungen
- Absichtsvoll verletzt oder geschädigt worden zu sein
- Konfrontation mit entstellten oder verstümmelten menschlichen Körpern
- Plötzlicher oder gewaltsamer Tod einer geliebten Person
- Zusehen oder davon erfahren, dass einer nahestehenden Person Gewalt angetan wurde
- Einem Giftstoff oder Infekt ausgesetzt sein bzw. hiervon erfahren
- Tod oder schwere Verletzung eines anderen Menschen verursacht zu haben

Statt eines allmählichen Überganges in die sog. Erholungsphase, können insbesondere nach Erlebnissen dieser Art die Symptome unverändert fortbestehen

oder sich sogar noch verstärken. Wenn also Nachhallerinnerungen und Alpträume, Ängste vor allem, was an das Ereignis erinnert und die innere Angespanntheit und Alarmbereitschaft *länger als vier Wochen* andauern, dann ist von einer „**Posttraumatischen Belastungsstörung**“ (PTBS, F 43.1 nach ICD-10) auszugehen. Um schließlich den natürlichen Selbstheilungsprozess wieder in Gang zu bekommen und seinen Verlauf zu unterstützen, ist hier den Betroffenen dringend anzuraten, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Viele Traumatisierte schrecken jedoch vor dem Weg zu einem Therapeuten zurück, da sie Angst davor haben, erneut über die schrecklichen Ereignisse reden und sich mit ihnen auseinander zusetzen zu müssen. Zudem befürchten viele, dass sie ihren Alltag während einer Therapie überhaupt nicht mehr meistern können. Auch die Sorge, dass sich eine Psychotherapie über einen sehr langen Zeitraum hinziehen könnte, ist für einige Betroffene Grund genug, gar nicht erst damit zu beginnen. Über die Darstellung einer bewährten *Traumatherapie nach Luise Reddemann und Ulrich Sachsse* werden daher Befürchtungen dieser Art zu entkräften versucht. Es werden die *drei Phasen* dieser „Traumazentrierten imaginativen Therapie“ aufgezeigt, die in ähnlicher Weise auch bei anderen Traumatherapien durchlaufen werden. Dies gilt z.B. für die von Prof. Dr. G. Fischer entwickelte „**Mehrdimensionale Psychodynamische Trauma-Therapie (MPTT)**“, die als Kurzzeittherapie (ca. 10 Behandlungsstunden) besonders gut für einmalige traumatische Erlebnisse im Erwachsenenalter geeignet ist.

Traumazentrierte imaginative Therapie (nach Reddemann und Sachsse)

Diese Therapie wird vor allem bei komplexen Traumatisierungen, wie z.B. sexueller Missbrauch in der Kindheit, angewendet. Obwohl die hiervon Betroffenen nicht nur Frauen sind, wird zur besseren Lesbarkeit im Folgenden nur die weibliche Form von Patient verwendet.

Grundlagen

Die traumazentrierte imaginative Therapie versteht sich als ein *integratives* und *ressourcenorientiertes* Verfahren. *Integrativ* bedeutet, dass vor einem psychoanalytischen Verstehenshintergrund verschiedene Interventionstechniken miteinander verbunden werden, die anderen therapeutischen Richtungen entstammen. Diese Interventionstechniken werden so eingesetzt, dass sie den speziellen Bedürfnissen Traumatisierter gerecht werden. Unter *ressourcenorientiert* ist zu verstehen, dass Kraftquellen und innere Stärken der Patientinnen aufgespürt werden, die den therapeutischen Heilungsprozess unterstützen können.

Grundlegend für die hier vorgestellte Traumatherapie ist - wie der Name schon sagt - das Mittel der *Imagination*, d.h. eine Arbeit mit der eigenen Phantasie und Vorstellungskraft. Imaginationstechniken werden in allen drei Phasen dieser Traumatherapie eingesetzt und hier im Folgenden noch beispielhaft vorgestellt. Grundsätzlich wird das Mittel der Imagination verwendet, um zu verhindern, dass wie bei der Psychoanalyse Konflikte oder schmerzhaft Erinnerungen in der aktuellen Beziehung zum Therapeuten neu aufgelegt werden (Reinszenierungen). Stattdessen wird ein *imaginärer Raum* errichtet, der sich gleichzeitig außen und im Innern der Patientin und Therapeut befindet. Somit begegnet dann auch die erwachsene Patientin von heute ihrem „inneren Kind“ von damals auf einer „inneren Bühne“, ohne selbst wieder ganz dieses Kind von damals zu werden, also ohne, wie bei der Psychoanalyse gewünscht, auf diese Entwicklungsstufe zurückzufallen bzw. zu regredieren.

Ein zweiter wichtiger Grundsatz in der Traumatherapie ist, dass alle therapeutischen Interventionen zu vermeiden sind, die erneut Stress verursachen und Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit auslösen können. Für die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patientin bedeutet das, dass die Patientin jederzeit die *Kontrolle* über den therapeutischen Prozess behalten soll. Hierfür wird sie über die einzelnen therapeutischen Schritte und die Wirkungsweise von verschiedenen Imaginationstechniken aufgeklärt. Außerdem wird das therapeutische Vorgehen ganz auf die jeweils aktuellen Bedürfnisse der Patientin zugeschnitten. Letztlich entscheidet somit die Patientin, wann für sie der richtige Zeitpunkt ist, die traumatische Erfahrung zu bearbeiten.

Erstkontakt

Im Erstkontakt geht es darum, zu erkunden, wie stabil die Patientin ist. Hierzu wird den Fragen nachgegangen, welche Ressourcen die Patientin hat, also aus welchen Quellen Kraft und Freude geschöpft werden können und wie ihr soziales Netz beschaffen ist. Jede *Coping-Strategie* („Umgangs“-Strategie), die eine Patientin entwickelt hat, wird als sinnvoll und notwendig gewürdigt. So können z.B. Essstörungen ein Versuch sein, mit den Ekelgefühlen, die dem sexuellen Missbrauch entstammen, besser fertig zu werden. Die traumatischen Erfahrungen selbst werden bei diesem ersten Kontakt mit großer Vorsicht behandelt. Wenn eine Patientin von sich aus über ihre Traumatisierungen reden möchte, dann wird ihr dazu geraten, dies nur bei gleichzeitiger Distanzierung von den damit verbundenen schmerzhaften Gefühlen zu tun. Dies ist z. B. möglich, indem die Patientin die Szene „wie eine Reporterin“ berichtet.

Bei bekannter PTBS (siehe Einleitung) oder bei entsprechendem Verdacht geht es im Erstgespräch neben der Kontaktaufnahme vor allem darum eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Patientin eine Erfahrung von *Sicherheit* und möglichst auch *Stressreduktion* macht. Bereits beim ersten Kontakt wird versucht der Patientin die neue Erfahrung zu vermitteln, dass eine Kontrolle über die quälenden inneren Zustände möglich ist. Die Patientin wird zudem darüber aufgeklärt, dass am Ende jeder Therapiesitzung darauf geachtet wird, dass sie den Raum als „Erwachsene“, d.h. so weit wie möglich alltags-funktionsfähig verlässt.

Stabilisierungsphase

Ein zentraler Aspekt der imaginativen Psychotherapie posttraumatischer Störungen ist das Erlernen und Üben selbsttröstender und selbstberuhigender Übungen. Vom zeitlichen Umfang nimmt die Stabilisierungsphase den größten Teil ein, womit die Bedeutung dieses Behandlungsabschnittes deutlich wird. Hierbei werden der Patientin verschiedene Übungen zur Verfügung gestellt, aus denen sie auswählen kann, da nicht jede Übung für jeden Menschen gleich gut geeignet ist. Ein Beispiel für eine Stabilisierungs-Übung ist der *innere sichere Ort*.

Übung „sicherer Ort“

In einem entspannten Zustand wird die Patientin dazu aufgefordert, sich einen Ort auszudenken, an dem sie sich vollkommen sicher und wohl fühlt. Dies ist ein phantasierter Ort zu dem kein anderer Mensch Zugang hat und der auch gegenüber anderen störenden Einflüssen abgesichert werden kann. Wenn die Patientin an ihrem inneren Ort angekommen ist, dann wird sie dazu ermuntert, ihn in all seinen Anmutungsqualitäten wie Gerüche, Farben und Geräusche wahrzunehmen und zu genießen. Auch kann der Ort weiter ausgestaltet werden, bis alles optimal schön und sicher ist. Hat sich die Patientin nach dem eigenen Empfinden lange genug ausgeruht und erfrischt, dann gibt sie sich ein Zeichen zum „Aufwachen“. Möglichst ganz allmählich, dem eigenen Rhythmus folgend, kehrt sie in ihr Wachbewusstsein zurück.

Wenn die Patientin mit dieser Übung gut zurecht kommt, kann sie sie einsetzen, um einen Abstand zu den belastenden Erinnerungen an die traumatischen Erfahrungen zu bekommen. Eine weitere Übung, die dazu dient unwillkürliche Erinnerungen an das Trauma („Flashbacks“) zu stoppen, ist die sogen. *Tresorübung*. Hier lernt die Patientin, die quälenden Bilder, Gefühle und Körperempfindungen in einem imaginären Tresor einzuschließen.

In der Stabilisierungsphase geht es außerdem um das *Erlernen eines differenzierten Umganges mit den eigenen Gefühlen*. Die meisten Traumatisierten werden entweder von viel zu heftigen Gefühlen überflutet, oder sie haben überhaupt keinen Kontakt zu ihnen. Beides kann als sehr belastend erlebt werden. Für eine Patientin ist es wichtig zu erleben, dass sie ihre Gefühle steuern kann. Das heißt auch, dass das Nichtfühlen(wollen) als eine Fähigkeit an und für sich gewürdigt wird. Zu einem kontrollierten Umgang mit den eigenen Gefühlen kann die *Vorstellung von einem Regler* verhelfen. Hierbei übt sich die Patientin darin, ihre Gefühle wie bei einem Thermostat herauf und herunter zu regulieren.

Das Hauptziel der Stabilisierungsphase ist also der Erwerb der *Fähigkeit zur Selbstkontrolle* und *Selbstberuhigung*. Damit die Patientin außerdem ihre eigenen inneren Vorgänge besser verstehen kann, wird sie über die Folgen von Traumatisierungen aufgeklärt. Zudem werden Ich-stärkende Vorstellungen gelernt, die ein Gegengewicht zu den negativen Vorstellungen von sich selbst schaffen

sollen. Über körpertherapeutische Elemente wird die Selbstwahrnehmung geschult und ein achtsamerer, freundlicherer Umgang mit dem eigenen Körper eingeübt.

Traumakonfrontations- oder Traumabegegnungsphase zur Traumasynthese

In dieser Phase geht es darum, dem Trauma geplant und dosiert zu begegnen. Diese Wiederbegegnung dient dem Ziel, die traumatische Erfahrung mit ihren dazugehörigen Vorstellungen, Gefühlen und Körpererlebnissen wieder zusammenzufügen und in den übrigen Erfahrungsschatz zu integrieren. Die *wesentlichen Elemente der Traumakonfrontationsphase* sind:

- Geplantes und gezieltes Aufsuchen der Traumata
- Gesteuertes Begegnen mittels *Einsatz von Dissoziationstechniken* (s.u. „Bildschirmtechnik“) und dem Recht der Patientin auf Stopp
- Abreaktion und Trauer
- Inneren Trost anregen und Stabilisierung der Patientin

Die Wiederbegegnung mit dem Trauma mittels Dissoziationstechniken wie z.B. der Bildschirmtechnik, verhindert, dass die Patientin erneut von den belastenden Bildern und Gefühlen überflutet wird. Bei der **Bildschirmtechnik** wird die Patientin dazu aufgefordert, sich eine Leinwand vorzustellen, auf der dieser alte Film abläuft. Mittels einer imaginären Fernbedienung kann sie diesen Film jederzeit stoppen. Außerdem kann sie die Bilder anhalten, schneller laufen lassen, schwarz/weiß gestalten usw. Darüber hinaus kann die Patientin das Geschehen zunächst so schildern, als sähe sie dort eine andere Person als sich selbst. Nach und nach wird die Patientin dazu ermuntert, den Film näher an sich heranzulassen und ihn schließlich auch zu fühlen. Diese Gefühle kann die Patientin wiederum mittels eines imaginären Reglers kontrollieren. Außerdem kann sie jederzeit den Film „abschalten“ und sich erholen (z. B. an ihrem inneren sicheren Ort).

Die Wiederbegegnung mit der vollständigen traumatischen Erfahrung löst in der Regel Gefühle wie Trauer und Wut aus. Hier wird die „erwachsene Patientin“ von heute dazu ermuntert, das verletzte „innere Kind“ von damals zu trösten. Am Ende

der Sitzung wird darauf geachtet, dass die Patientin ihre Alltagsstabilität wiedergewonnen hat.

Einige wenige traumatische Sitzungen können für die Traumakonfrontationsphase genügen. Bei mehrfacher, aber vom Ablauf her ähnlicher Traumatisierung muss nicht jede traumatische Erfahrung bearbeitet werden. Oft genügt es hier, sich auf exemplarische Situationen zu beschränken (z.B. die erste Situation, die Schlimmste oder die Letzte).

Integrationsphase

Dies ist eine Phase des Trauerns und des Neubeginns. Oder anders gesagt: Traumatisierte vollziehen in dieser Therapiephase den Schritt vom *Opfer zum Überlebenden*. Damit ist gemeint, dass das Leben der Betroffenen nicht weiter durch das Trauma bestimmt sein soll. Hierzu gehört auch, sich von der Gewalt, die der Täter ausgeübt hat, endgültig zu befreien. Es geht darum, sich wieder *lebendig* zu fühlen. Und indem man nicht länger in der Rolle des Opfers verweilt, kann dem Täter sozusagen im Nachhinein ein „Schnippchen“ geschlagen werden.

Es wird untersucht, in welcher Form sich traumabedingte Coping-Strategien einschränkend auf das Leben ausgewirkt haben, und neue Verhaltensspielräume werden erarbeitet. Hierbei werden Imaginationen eingesetzt, um Zukünftiges in der Phantasie durchzuspielen. Auch die Übungen aus der Stabilisierungsphase können weiterhin genutzt werden. Insgesamt ist die Arbeit in dieser Phase *konflikt- und beziehungsorientiert*.

Die traumatische Erfahrung überwinden bedeutet schließlich, dass Gegensätze miteinander ausgesöhnt werden müssen, die sich bisher absolut ausgeschlossen haben. Dazu gehört z.B. sich in einem missbrauchten Körper wohl fühlen zu können und Menschen vertrauensvoll begegnen zu können, trotz der Erfahrung, dass dieses Vertrauen in der Vergangenheit missbraucht wurde. Auch sich generell in der Welt sicher fühlen zu können, obwohl sie sich als unsicher und lebensbedrohlich erwiesen hatte. Oftmals erfahren Traumatisierte, denen diese „Neuzusammensetzung“ nach

extrem erschütternden Erlebnissen gelingt, ihr Leben danach als wesentlich reichhaltiger und erfüllter.

Vertiefende und weiterführende Literatur:

Egle UT et al. (2000) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer. (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3794518896/drmedmichaungero>)

Fischer G (2000) Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Ansanger. (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3893343474/drmedmichaungero>)

Fischer G (2002) Neue Wege nach dem Trauma. Informationen und Hilfen für Betroffene. Versalius. (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3934952046/drmedmichaungero>)

Marland A (2003) Psychisches Trauma. Der „Riss“ im Seelenleben, seine Folgen, seine Heilung. IPSIS. (http://www.ipsis.de/themen/thema_trauma1.htm)

Reddemann L et al. (2002) Imagination als heilsame Kraft. Klett-Cotta. (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3608897089/drmedmichaungero>)

Reddemann L (2003) Imagination als heilsame Kraft. Hör-CD mit Übungen zur Aktivierung von Selbstheilungskräften. Klett-Cotta. (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3608897240/drmedmichaungero>)

Sachse U et al (2002) Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Vandenhoeck & Ruprecht. (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3525458924/drmedmichaungero>)