

Psychotraumatologie III: Behandlung und Therapie¹

(Vortrag im SAP am 28.3.2022)

Das erweiterte theoretische Verständnis der Pathogenese von Traumen hat die Entwicklung von neuen Behandlungskonzepten gefördert.

„Traumatherapie umfasst

- eine traumaspezifische Grundhaltung und Gestaltung der Behandlungsbeziehung,
- ein strukturiertes, phasenorientiertes Vorgehen,
- spezifische Tools für Stabilisierung und Ressourcenarbeit und
- schulenübergreifende Methoden und Techniken der Traumabearbeitung und -integration.“²

Bei allen frühen Autoren finden wir ein Vorgehen in drei Phasen, wie die folgende Übersicht von Herman³ zeigt:

Die Phasen der Genesung

Syndrom	Erste Phase	Zweite Phase	Dritte Phase
Hysterie (Janet 1889)	Stabilisierung, symptomorientierte Behandlung	Erforschung der traumatischen Erinnerungen	Reintegration
Kriegstrauma (Scurfield 1983)	Vertrauen, Stressbewältigung, Aufklärung (über die Symptome)	Erkenntnis, Durchleben des Traumas	Integration
Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen (Briere und Runtz 1987)	Stabilisierung	Integration der Erinnerung	Reintegration
Mildere posttraumatische Belastungsstörungen (Peters 1987)	Diagnostik, Stabilisierung, Kommunikation, Kooperation	Verarbeitung des Traumas	Integration
Posttraumatische Belastungsstörung (Herman 1981)	Sicherheit	Vertrauen	Integration

¹ Quellen: Falkner 2017, Herman 1993, Homepage und Broschüren des ÖNT, Huber 2012, Reddemann 2019, Sachsse 2018, Wintersperger 2019.

² Homepage und Broschüren des ÖNT.

³ Herman 1993, 216.

Drei Phasen der Traumatherapie

- **Stabilisierung** (Sicherheit, Stressbewältigung, Distanzierung, Kontrolle, Ressourcen, soziale Einbindung)
- **Bearbeitung** (Erinnern, Trauern, Traumakonfrontation, Traumasynthese, Durcharbeiten)
- **Integration** (Wiederanknüpfung, Akzeptanz, Verbindung zum normalen Leben)

Auch Reddemann¹ spricht von drei Behandlungsphasen:

- Innere Stabilität finden
- Dem Schrecken begegnen
- Die eigene Geschichte annehmen und integrieren

Sie ergänzt die Stabilisierungsphase um einen weiteren Punkt: „Heilsamen Umgang mit dem Körper lernen.“² Die Einbeziehung des Körpers ist ein wichtiger neuer Aspekt in der Traumatherapie.

Huber³ nennt fünf Phasen:

- Basics:** Keine weitere Traumatisierung; Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbeziehung
- Stabilisierung**
 - Affektkontrolle
 - Zugang zu Ressourcen
 - Ich-Struktur und soziales Netz aufbauen
 - Selbstfürsorglichkeit
 - Beziehungs- und Konfliktfähigkeit
 - Berufstätigkeit oder andere sinnvolle Tätigkeit
- Distanzierung** vom Trauma-Material (durch imaginative Techniken)
- Durcharbeitung** des Traumas durch Exposition (Bildschirmtechnik, EMDR)
- Während des gesamten Prozesses von A-D: **Integration, Trauerarbeit, Wiederanknüpfen** an vor-traumatische Stärken

¹ Reddemann 2019.

² Reddemann 2019, 111-122.

³ Huber 2012, 14.

Bei Sachsse¹ findet man Stabilisierung und Trauma-Exposition als Schwerpunkte einer Traumatherapie.

Die Phasen der Traumabehandlung überschneiden sich. Es wird Sprünge geben, ein Zurückgehen, ein Vorgehen, nur selten ein ausschließlich lineares Vorgehen.

„Im Verlaufe eines erfolgreichen Genesungsprozesses muss ein allmählicher Übergang

- von einem Grundgefühl ständiger unberechenbarer Gefahr zu einem Gefühl verlässlicher Sicherheit,
- vom abgespaltenen Trauma zur bewussten Erinnerung und
- von der stigmatisierten Isolation zu einer erneuten Einbindung in das soziale Gefüge erkennbar sein.“²

Voraussetzung: Eine heilende Beziehung

Das durchgängige Prinzip für das Gelingen einer Therapie ist eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in. Denn Ohnmacht und Isolation waren die Grunderfahrungen von Traumatisierten.

Sicherheit in der therapeutischen Beziehung bedeutet, dass das für die psychische Gesundheit so wichtige Hilfe-System wieder aktiviert wird. Dies fördert (parasymphatische) Beruhigung und Eindämmung der Erregung.

Sind Therapeuten zu ehrgeizig und strengen sie sich zu sehr an, dann begeben sie sich selbst in einen Modus sympathischer Erregung, die auf die Traumatisierten überspringt.

Carl Rogers wird der Ausspruch zugeschrieben: „Never work harder than your client“. Laurence Heller meinte: „Mir kommt vor, ihr arbeitet zu hart.“³ Gunther Schmidt hat in seiner Klinik ein Schild angebracht: „Nur nicht helfen!“

Sympathie ist eine wichtige Vorbedingung für das Gelingen einer Therapie. Findet man Patienten unsympathisch, kann aus der Therapie nichts werden. Am Anfang des Erfolges muss die wechselseitige Sympathie stehen. Der Rest ist noch schwer genug. Traumatisierte benötigen „eindeutig und erlebbar zugewandte Therapeutinnen und Therapeuten.“⁴

¹ Sachsse 2018.

² Herman 1993, 216.

³ Tagung 15 Jahre ÖNT, 2019, Wien.

⁴ Reddemann 2019, 25.

In erster Linie muss die Eigenverantwortlichkeit – Laurence Heller spricht von „Selbstwirksamkeit“ – der traumatisierten Person gefördert und wiederhergestellt werden:

„Die guten Therapeuten waren die, die meine Erfahrung wirklich ernst nahmen und mir halfen, mein Verhalten zu kontrollieren, also nicht versuchten, mich zu kontrollieren.“¹

Den Patienten sollten wir dabei auf gleicher Augenhöhe begegnen: „Sagen Sie mir, was für Sie gut ist und was für Sie nicht gut ist.“²

Es geht darum, ein nicht-hierarchisches Arbeitsbündnis zu schließen. Kein Besserwissen, keine Deutungen, kein Bemühen um Eltern-Übertragungen. Der Klient ist Auftraggeber, der Therapeut Serviceleistender. Beide kooperieren und respektieren einander.³

Die technische Neutralität gegenüber inneren Konflikten des Patienten „ist nicht mit moralischer Neutralität gleichzusetzen: Die Behandlung von Opfern setzt eine engagierte moralische Position voraus.“⁴

Herman⁵ weist auf die Besonderheit von traumatischen Übertragungsreaktionen hin. Sie „sind so intensiv, als ginge es um Leben oder Tod. (... Dies) spiegelt nicht nur die Erfahrung von Gewalt wider, sondern auch die Erfahrung von Hilflosigkeit.“

In der Gegenübertragung werden intensive Gefühle durchlebt. Dies kann die Gesundheit von Therapeuten gefährden und zu Konflikten mit Patienten und Kollegen führen. Daher sollte Traumatherapie immer ausreichend supervidiert werden.

„Wie kein Überlebender ganz auf sich gestellt genesen kann, so kann auch kein Therapeut ein Trauma allein behandeln.“⁶ Der Rückhalt bei Kollegen ist besonders wichtig, um der Isolation vorzubeugen.

Ohnmachtsgefühle in der Gegenübertragung können zu Selbstzweifeln und Gefühlen der Hoffnungslosigkeit führen. Wenn Therapeuten zur Abwehr der Ohnmacht in die Rolle von Rettern schlüpfen, macht das ihre Patienten noch ohnmächtiger.⁷

¹ Herman 1993, 183f.

² Falkner 2017.

³ Reddemann 2019.

⁴ Herman 1993, 186.

⁵ Herman 1993, 188 u. 193.

⁶ Hermann 1993, 194.

⁷ Herman 1993, 195f.

Überlegungen zu Traumatherapie und Psychoanalyse

In den meisten psychoanalytischen Hand- und Lehrbüchern, insbesondere in den älteren Publikationen, findet man erstaunlich wenig zum Thema Psycho-trauma und Traumatherapie.

Es gibt Hinweise dazu, wie man traumatischen Übertragungen entgegen kann, aber z.B. kaum Hinweise auf die primäre Notwendigkeit des Stabilisierens.

In der Psychoanalyse lernen wir, eine verlässliche Beziehung und eine stabile Rahmenvereinbarung für die gemeinsame Arbeit aufzubauen. Wir nehmen eine ruhige, zugewandte und anteilnehmende Haltung ein. Dieses Setting vermittelt Sicherheit und Beruhigung – wichtige Bausteine einer Traumatherapie.

Weitere wichtige Bausteine sind achtsames Zuhören, Empathie, Containing und die Übersetzung des Emotionalen in Sprache.

Manche psychoanalytische Haltungen können sich aber auch problematisch auswirken. Das Konzept „Erinnern, **Wiederholen** und Durcharbeiten“ und die Konzentration auf das Vergangene stößt bei Traumafolgestörungen an Grenzen.

Haltungen, die die Entfaltung starker Übertragungen fördern (die dann traumatische Übertragungen sein können) und auch regressionsfördernde Settings (Analysen im Liegen) können Retraumatisierungen fördern.

Für die Verletzten Anteile ist Neutralität (bzgl. Opfer/Täter) pures Gift. Klassische Psychoanalyse im Liegen mit Traumatisierten funktioniert nicht. Traumatisierte Menschen vertragen keine Abstinenz. Sie wollen sich auf der gleichen Ebene auseinandersetzen.¹ Wir müssen als Gegenüber präsent sein. In der Traumatherapie ist Widerstand ein Angebot: Man könnte fragen:

Was brauchen Sie? Was habe ich übersehen?²

Traumatisierte brauchen sichtbare, spürbare, präsente Therapeuten im „Hier und Jetzt“, ein achtsames Gegenüber. Es geht um das Nachfragen und Klären, es geht nicht um Deutungen.

Drei Phasen der Traumatherapie

1. Die Phase der Stabilisierung

Das Herstellen von Sicherheit

¹ Falkner 2017.

² Falkner 2017.

Diese Phase „dient im Rahmen Ich-psychologischer Konzepte der Ich-Stärkung, objektpsychologisch ausgedrückt dient sie dem Aufbau sicherer und guter innerer Objektrepräsentanzen.“¹

Fischer² spricht von 3-5 Jahren Stabilisierungsarbeit bei schweren Traumatisierungen.

„Eine zu Beginn und bei jeder Veränderung einer Traumatherapie besonders stressreduzierende Intervention ist Aufklärung und Information.“³

Wichtig ist es, den Patienten zu erklären, was ein Trauma ist und welche Symptome auftreten können. Dies kann Patienten entlasten und gibt ein Stück Orientierung und Sicherheit angesichts ihres inneren Chaos und ihrer Ängste (z.B. der Angst: „Bin ich verrückt?“).

Die Kontrolle wiedererlangen⁴

Das Opfer erlebte Ohnmacht und Kontrollverlust. Für seine Genesung ist die Wiedererlangung von Stärke und Kontrolle über sich und sein Leben grundlegend. Hauptziel der ersten Phase ist die Sicherheit⁵ des Patienten. Solange keine Sicherheit erreicht ist, bleibt die therapeutische Arbeit erfolglos.

Es kann sein, dass in der Therapie eine Dissoziation angetriggert wird. Man erkennt dies daran⁶,

- dass die Augen des Patienten woanders hinsehen,
- der Patient unruhig wird
- und stereotype Bewegungen durchführt
- der Patient flüchten möchte

Wichtig ist es, Patienten, die am Ende der Stunde dissoziiert sind, nicht allein weggehen zu lassen. So wie man auch keinen Bewusstlosen allein liegen lassen würde.

Ressourcenorientierung

Reddemann regt ihre Patienten an, „sich auf die Fähigkeit zum Froh- und Glücklichein ungefähr genauso viel zu konzentrieren wie auf die Sorgen und Probleme und auf ihre Kompetenz und Eigenmacht ebenso sorgfältig zu achten wie auf ihre Gefühle der Ohnmacht.“⁷

¹ Reddemann 2019, 25.

² Fischer/Riedesser 2020.

³ Reddemann 2019, 34.

⁴ Vgl. dazu Herman 1993, 221-224.

⁵ Vgl. dazu Herman 1993, Kapitel 8, 215-245.

⁶ Falkner 2017.

⁷ Reddemann 2019, 18.

Damit ist die Notwendigkeit einer **ressourcenorientierten** Vorgangsweise angesprochen. Traumatisierte haben viele Ressourcen. Sonst hätten sie in vielen Fällen nicht überlebt. Traumatisierte wissen mehr als wir Therapeuten.¹

Psychiatrische Diagnosen sind Defizit-orientiert. Wir fragen, was nicht funktioniert. Wir fragen nicht: „Was sind Ihre Stärken?“ Die Diagnose braucht man für die Krankenkasse. Sie sieht aber nur die Mängel, die „Störung“, nicht aber die Ressourcen der Patienten. Wir sollten zu 80 Prozent von den Ressourcen reden, und nur zu 20 Prozent vom Trauma.²

Wenn wir Patienten fragen: „Wie geht es Ihnen“ sind wir oft sehr schnell bei der Schilderung der Probleme. Wenn wir fragen, „Was ist seit unserem letzten Treffen gut gelaufen?“, eröffnen wir den Patienten die Möglichkeit, zu sehen, dass es auch „gesunde“ Bereiche und Entwicklungen gibt. Es ist wichtig, auch an diese anzuknüpfen, statt vorrangig die „Problemtrance“ zu vertiefen. Wir können also auch fragen: „Was war in der letzten Woche schön? Was war im bisherigen Leben schön?“³

Mitarbeit und Übungen

Der Patient ist nicht verantwortlich für das, was ihm angetan wurde, aber sehr wohl für seine Genesung.⁴ Man soll seine Mitarbeit einfordern: „Ich brauche Ihre Mitarbeit.“⁵

Das Schreckliche und Negative wird von selbst gelernt und kommt von selbst. Das Hilfreiche kann man einüben. Es muss von uns eingefordert und ühend erarbeitet werden: „Es ist schwer. Es ist schwer. Es ist schwer. Aber es geht.“⁶

Imaginationen

Während der Ressourcenentwicklung ist es notwendig, die imaginative Kompetenz des Patienten zu fördern. Imagination ist eine innere Wirklichkeit. Trauma ist auch eine innere Wirklichkeit. Imagination kann den Bildern aus dem Traumaerlebnis positive Bilder entgegensetzen.⁷

Es geht darum, Gegenbilder zu den Schreckensbildern zu finden und ühend innerlich zu festigen. Die Fähigkeit zur inneren Distanzierung von den

Schreckensbildern ist eine wichtige Voraussetzung für die spätere Phase der Traumakonfrontation.¹

Ein Beispiel: Natascha Kampusch kam drei Jahren nach ihrer Entführung an einen Punkt, wo sie spürte: „Ich halte es nicht mehr aus. Entweder ich werde verrückt, oder ...“ Sie stellte sich dann vor, was sie draußen, nach ihrer Befreiung, machen würde. Das war eine Imagination, die ihr geholfen hat, nicht zu verzweifeln oder verrückt zu werden.²

Die folgenden und auch noch andere Übungen sind bei Reddemann³ ausführlicher beschrieben.

Der sichere Ort / Der innere Ort der Geborgenheit

Der Patient lernt, sich eine gute Situation vorzustellen, z.B. mit seinem Hund in der Wiese zu liegen. Dabei wird alles angesprochen: das Bild, der Geruch, die Gedanken, die Gefühle. Wie sind Sie hingekommen? Was war dann? Wie war das mit dem Hund? Und wie geht es Ihnen jetzt? Das können Patienten auch selbst machen und üben. Man kann dies in die eigene Therapietechnik integrieren. Verstehen allein hilft nicht. Es geht darum, die Imagination einzuüben, als Therapeut, sie selbst auszuprobieren.⁴

Die Bildschirmtechnik

Das Erlebte wird in der Imagination wie ein Film auf eine Leinwand projiziert, mit der Möglichkeit, das Bild zu verkleinern, den Film anzuhalten, etc.

Die Safe- oder Tresorübung

Neben der Übung des sicheren Ortes und der Bildschirmtechnik ist dies eine weitere wichtige Übung, die Traumatisierten helfen soll, Bedrängendes oder Belastendes gezielt zu dissoziieren.⁵

Innere hilfreiche Wesen

Einer meiner Patienten hatte immer wieder quälende dissoziative Symptome beim Betreten seiner Arbeitsstelle. Ich schlug ihm vor, sich ein starkes Tier vorzustellen, dass ihn begleitet. Er wählte einen Dinosaurier und ging fortan immer mit seinem „Dino“ in die Arbeit. Dies hat seine dissoziativen Symptome reduziert.

¹ Falkner 2017.

² Falkner 2017.

³ Falkner 2017.

⁴ Herman 1993.

⁵ Falkner 2017.

⁶ Falkner 2017.

⁷ Falkner 2017.

¹ Reddemann 2019, 51.

² Falkner 2017.

³ Reddemann 2019, 51-76.

⁴ Falkner 2017.

⁵ Reddemann 2019, 65.

(Ein anderer Patient wählte als hilfreichen Begleiter ein Meerschweinchen. Wir mussten dann beide lachen und es ergaben sich daraus einige interessante Einsichten.)

Das innere Team

Jüngere und zukünftige Ichs, die man um ihre Meinung oder ihren Rat bitten kann.

Die Baumübung

Sich als Baum imaginieren, der von der Erde und der Sonne genährt wird.

„Es ist mir noch nie passiert, dass jemand bei der Baumübung dissoziiert ist.“¹

Prinzip Achtsamkeit

Achtsamkeit ist in der Traumatherapie von großer Bedeutung. Es geht darum,

- einen Bewusstseinsraum zu schaffen, der es möglich macht, zunächst eine lediglich beobachtende Haltung zum Inneren einzunehmen
- dies durch Training zu erweitern und zu festigen
- nach und nach den Resten der Hochstresserfahrung standzuhalten – da sein lassen, vorbeiziehen lassen, sich im „Hier und Jetzt“ erleben
- dadurch mit der Lebendigkeit des Daseins in sich wieder in Kontakt zu kommen und mit dem, was die Welt im Innersten zusammenhält.²

Bei Achtsamkeitsübungen zählen die gerade präsenten Wahrnehmungen, vor allem die körperlichen Wahrnehmungen (Atmung, Herzschlag, Schwerkraft, Kontakt mit dem Boden, dem Sessel). Es geht darum, den inneren Beobachter auszubilden. Wer es schafft, ganz gegenwärtig im „Hier und Jetzt“ zu sein, ist nicht mehr in der traumatischen Erinnerung der Vergangenheit.

Achtsamkeit ist auch ein wichtiges Prinzip in der Psychohygiene: achtsam sein, was wir anschauen, beim fernsehen, was die Bilder mit uns machen.³

2. Die Phase der Bearbeitung

Die Rekonstruktion der Geschichte des Traumas
Erinnern und Trauern

Auch in dieser Phase gilt das Grundprinzip der Persönlichkeitsstärkung. „Die Entscheidung, den Schrecken der Vergangenheit noch einmal ins Auge zu blicken, fällt allein der Patient.“⁴

¹ Falkner 2017.

² Wintersperger 2019.

³ Falkner 2017.

⁴ Herman 1993, 247.

„Während der Patient seine Erinnerungen zutage fördert und zusammenfügt, muss darauf geachtet werden, dass die notwendige Konfrontation mit der Vergangenheit seine Sicherheit nicht gefährdet.“¹

Das Trauma sollte man mit Vorsicht anschauen und nur dann, wenn es dem Patienten gut geht.² Nur wenn ausreichend Zeit ist, also nicht am Ende der Stunde; besser in einer Doppelstunde.

Das Trauma kann nicht ungeschehen gemacht, aber es kann verändert werden.

Voraussetzung für eine Traumakonfrontation ist, dass der Patient / die Patientin ausreichende Sicherheit zur Verfügung hat: Sicherheit in der therapeutischen Beziehung, Sicherheit zu sich selbst, Sicherheit in der Außenwelt – hier darf es keine Täterkontakte geben.

Flüchtlinge haben oft über lange Zeit keine äußere Sicherheit, was eine Verarbeitung ihrer Traumata besonders schwierig macht.

Traumakonfrontation sollte man planen und nicht einfach in sie „hineinrutschen“: „Fühlen Sie sich mit mir jetzt genügend sicher, dass wir diese Arbeit zusammen machen? Was brauchen Sie, um sich hier mit mir ganz sicher zu fühlen?“³

Wenn ein Patient Stopp sagt, so ist das immer zu akzeptieren.⁴

Beobachter-Techniken (z.B. die Bildschirmtechnik) schaffen Distanz zum traumatischen Geschehen. Sie sind bei dissoziativen Patienten besonders hilfreich, da die Technik selbst einer Dissoziation gleicht.

Bei der Aufforderung, die Geschichte des Traumas wie einen Kinofilm abzuspielen, sollen alle Sinne einbezogen werden: „Wir fragen Patienten, was sie sehen, was sie hören, was sie riechen, was sie fühlen und was sie denken. (...) Ein Bericht, in dem die mit dem Trauma verbundenen Bilder und sinnlichen Wahrnehmungen fehlen, bleibt fruchtlos und unvollständig.“⁵

Die Traumaerzählung allein heilt das Trauma nicht. Sie muss eingebettet werden in die Würdigung. Es geht um Anerkennung.⁶

¹ Herman 1993, 248.

² Falkner 2017.

³ Reddemann 2019, 124.

⁴ Falkner 2017.

⁵ Herman 1993, 250.

⁶ Falkner 2017.

Ziel der zweiten Phase ist die Transformation der traumatischen Erinnerungen. Dabei soll man sich Zeit lassen und den PatientInnen Zeit lassen. Diese Zeit gewinnt man am Ende zurück.¹

Reddemann empfiehlt, nach einer Traumaexposition ausreichend Zeit verstreichen zu lassen, in der das Trauma integriert werden kann. Sie empfiehlt als Minimum zwei Wochen bis zur nächsten Traumakonfrontation.²

Trauern um Verlorenes

Mit einem Trauma sind immer schwere Verluste verbunden. Nach der Traumaexposition kommt meist die Trauer voll zum Tragen.

„Die Zulassung der tiefen Trauer ist nicht nur die notwendigste, sondern auch die am meisten gefürchtete Aufgabe in diesem Stadium der Genesung. Viele Patienten (...) haben Angst, dass sie mit dem Trauern womöglich nie wieder aufhören können. (...) Nur wenn der Patient um alles Verlorene trauert, kann er sein unzerstörbares Innenleben wiederentdecken.“³

„Trauern ist der einzige Weg, die erlittenen Verluste zu bewältigen, denn eine wirklich angemessene Wiedergutmachung gibt es nicht.“⁴ Das Opfer braucht Hilfe bei der Trauer um das Verlorene. Wird der normale Trauerprozess nicht zu Ende geführt, verfestigt sich die traumatische Reaktion für immer.

Es gibt in unserer Kultur kaum Rituale für die Trauer nach traumatischen Ereignissen. Weil diese Unterstützung fehlt, ist die Gefahr pathologischer Trauer und tiefer, langanhaltender Depressionen hoch.

Traumatisierte haben viel Lebenszeit verloren. Die Begleitung bei der Trauer darüber ist wichtig. Wenn die Patienten gesund werden, kommt oft erst die Trauer hervor.⁵ „Trösten ist ähnlich wichtig, wie das Durcharbeiten der traumatischen Situation.“⁶

Falkner⁷ betont, dass Mitgefühl wichtig ist. Mitgefühl, und weniger die Empathie – denn Empathie hat eine gute Verkäuferin auch.

„Im Verlauf des Trauerprozesses muss das Opfer akzeptieren lernen, dass die Abrechnung mit dem Täter nicht möglich ist. Während er seinen Aggressionen in einer sicheren Umgebung Luft verschafft, verwandelt sich

¹ Reddemann 2019, 145.

² Reddemann 2019, 147.

³ Herman 1993, 266f.

⁴ Herman 1993, 270.

⁵ Falkner 2017.

⁶ Reddemann 2019, 144.

⁷ Falkner 2017.

seine ohnmächtige Wut allmählich in eine wirkungsvollere und befriedigendere Form der Empörung; in gerechten Zorn.“¹

Die Arbeit der zweiten Phase ist gelungen, „wenn der Patient seine ganz persönliche Lebensgeschichte zurückfordert und mit neuer Hoffnung und Kraft wieder am Leben teilnehmen will. Die Zeit läuft wieder weiter. Wenn die traumatische Erfahrung in Form einer Geschichte erzählt ist, gehört sie tatsächlich der Vergangenheit an.“²

Anders gesagt: „Es ist wirklich geschehen. Es ist nicht lösbar. Es war schlimm. Aber es ist vorbei.“³

Ähnlich wie echte Trauer Depressionen vertreibt, führt eine gelungene Traumasynthese dazu, dass Flashbacks und andere unangenehme Folgen des Traumas verschwinden oder zumindest nur noch sehr selten auftreten.⁴

Paradoxerweise gibt es auch gelungene Traumatherapien, in denen das Trauma selbst nicht explizit zur Sprache gekommen ist. Dennoch ist eine Verarbeitung erfolgt. Janina Fisher meint sogar: Nicht Trauma-Exposition ist das Ziel, sondern die Erhaltung der erwachsenen Ich-Funktionen.⁵

3. Die Phase der Integration⁶

Wiederherstellung der Verbindung zwischen Opfer und Gemeinschaft

Die Therapiearbeit konzentriert sich nun in erster Linie darauf, die Wünsche des Patienten zu erforschen und seine Eigeninitiative zu fördern:⁷

- Kämpfen lernen
- Die Versöhnung mit sich selbst
- Neue Bindungen
- Als Opfer eine Aufgabe finden

„Eine endgültige Auflösung des Traumas ist ebenso wenig möglich wie eine vollständige Genesung.“⁸ „Der Therapeut darf beim Patienten nie den Eindruck entstehen lassen, dass am Ende der Therapie all seine Probleme

¹ Herman 1993, 268.

² Herman 1993, 278.

³ Falkner 2017.

⁴ Reddemann 2019.

⁵ Zit.n.Reddemann 2019, 147.

⁶ Hier nur einige skizzenhafte Hinweise zur dritten Phase. Ausführliche Informationen bei Herman 1993, Huber 2012, Reddemann 2019, Sachsse 2018.

⁷ Herman 1993, 281-302.

⁸ Herman 1993, 303.

endgültig gelöst sind.“¹ Ein Trauma geht nicht weg. Aber es ist vorbei. Das müssen das Gehirn und der ganze Organismus erst lernen.²

Mary Harvey nennt 7 Kriterien für ein aufgelöstes Trauma:³

- Alle physiologischen Symptome halten sich in Grenzen
- Die mit dem Trauma verbundenen Gefühle können ertragen werden
- Kontrolle über die Erinnerung; selbst entscheiden können, wann man sich erinnern will und wann nicht
- Die Geschichte des Traumas kann zusammenhängend erzählt werden, ohne Ausschaltung der Gefühle
- Das stark beschädigte Selbstwertgefühl ist wiederhergestellt
- Alle wichtigen Beziehungen wurden wieder aufgenommen
- Das Trauma konnte in ein neu aufgebautes, eigenes Wertesystem integriert werden

Herman betont den Wert von **Gruppentherapie**, Reddemann die Bedeutung von Kunsttherapie in der Traumaintegration.

Verschiedene Methoden der Traumatherapie

Top-Down und Bottom-Up⁴

In den letzten Jahren haben neben Top-Down-Verfahren auch die gegenläufigen Bottom-Up-Methoden zunehmend Eingang in die traumadaptierte Psychotherapie gefunden.

Top-Down-Ansätze gehen vom Neokortex aus. Sie sind primär kognitiv. Es geht darum, zunächst Verständnis und Kontrolle über die Vorgänge zu erlangen, um sich dann „nach unten“ (Limbisches System und Stammhirn) in die Physiologie zu arbeiten und die affektiven, sensorischen und somatischen Phänomene neu einzuordnen.

Bottom-Up-Verfahren setzen auf der Ebene der Körperwahrnehmung an und regen auf diesem Weg Neuregulierungen an.

Für Reddemann ist es weniger eine Methode, die hilft, als vielmehr

- Die therapeutische Beziehung und
- die therapeutische Nutzung all dessen, was dem Menschen bis jetzt bereits gedient hat und hilfreich war

¹ Herman 1993, 304.

² Reddemann 2019.

³ Zit.n.Herman 1993, 304f.

⁴ Wintersperger 2019.

„Viele Patientinnen sind sich nicht ausreichend bewusst, über wie viele innere Schätze sie bereits verfügen, wie oft sie klug gehandelt haben, um sich zu schützen, wieviel Mut und Ja zum Leben bereits in ihnen vorhanden ist.“¹

Verschiedene Konzepte und Methoden werden zunehmend in Psychotherapien integriert. Eine Auswahl:²

- **Polyvagaltheorie:** Rolle des ventralen Vagus bei der Stabilisierung (Stephen W. Porges)
- **Bindungstheorie:** Bindungsbasiert Beziehungssicherheit herstellen. Feinfühligkeit und emotionale Präsenz
- **EMDR:** Besonders wirksam bei Akuttraumen
- **PITT:** Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (Reddemann)
- **TRIMB:** Behutsame Traumaintegration (Ellen Spangenberg)
- **Hypno-systemische Ansätze** (Gunther Schmidt u.a.)
- Bottom Up-Integration: **Somatic Experiencing** (Peter A. Levine) – Körpererleben/Körperwahrnehmung
- Innere Anteile und die Rolle der Dissoziation – Traumaassoziierte Ego-States. **Ego-State-Therapie**
- Die Theorie der strukturellen Dissoziation – **Enaktive Traumatherapie**
- **NARM** (Neuroaffektives Beziehungsmodell – Laurence Heller) integriert Top-Down und Bottom-Up in der Therapie von Entwicklungs-traumen

Weiterbildungen in diesen Bereichen sind sinnvoll und bereichernd. Methoden wie z.B. NARM, Ego-State-Therapie, PITT und TRIMB sind nach meiner Erfahrung gut in psychoanalytische Therapien integrierbar.

In einem vierten Teil meiner Reihe „Psychotraumatologie“ werde ich NARM vorstellen.

Literatur (zu Psychotraumatologie II, Heft 42, und Psychotraumatologie III)

Auhser-Mihm, M. (2017). "Das gespaltene Selbst. Phänomenologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen." *Zeitschrift des SAP* (Heft 22): 5-28.

Becker, D. (2014). *Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten*. Gießen, Psychosozial-Verlag.

¹ Reddemann 2019, 24.

² Wintersperger 2019.

Falkner, T. (2017). Einführung in die Psychotraumatologie mit Ressourcenorientierung und Stabilisationstechniken. Seminar. März 2017. Mitschrift des Autors.

Fischer, G. and P. Riedesser [1998] (2020). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/Basel, Ernst Reinhardt Verlag.

Herman, J. L. (1993). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München, Kindler Verlag GmbH.

Huber, M. [2003] (2012). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn, Junfermann Verlag.

Kolk, B. v. d. [2015] (2021). Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Lichtenau/Westf., G.P.Probst Verlag.

Reddemann, L. [2001] (2019). Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Stuttgart, Klett-Cotta.

Sachsse, U. [2004] (2018). Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart, Schattauer.

Wintersperger, S. (2019). Traumatherapie im Wandel der Zeit. Hauptvortrag bei der Jubiläumstagung „15 Jahre Österreichisches Netzwerk Traumatherapie (ÖNT)“ in Wien, 15.10.2019. Mitschrift des Autors.

Heft 43 September 2022



Mit Beiträgen von

Bernhard HANDLBAUER

Ti LIU-MADL

Kathrin SCHNEEBERGER

Zeitschrift des SAP