

Christian Ehrig und Rudolf J. Knickenberg

Worauf es ankommt: stationäre Verhaltenstherapie der PTB

What is needed: inpatient behavioral therapy of the PTB

Zusammenfassung

Indikation und Ausschlusskriterien der Traumatherapie bei speziellen Gegebenheiten in zwei stationären Einrichtungen werden beschrieben. Das therapeutische Vorgehen ist durch die Abstimmung vielfältiger Therapieangebote auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet, wobei im Sinne des dreistufigen Vorgehens nach der Stabilisierungsphase die Expositionsmöglichkeiten mit dem Traumageschehen und die Konsolidierung beschrieben werden. Fallbeispiele zu einer komplex traumatisierten Patientin und einem Akuttrauma beschreiben das Vorgehen.

Schlüsselwörter

komplexe Traumatisierung – stationäres verhaltenstherapeutisches Setting – Konfrontationstherapie – manualisiertes Gruppentherapieprogramm

Summary

The specific characteristics of trauma therapy in two inpatient facilities are described in terms of the indication and the exclusion criteria. The therapeutic procedure is characterized by the adaptation of a wide range of therapy options to the needs of the patient, whereby the exposure options with the traumatic events and the consolidation are described in terms of the three-phase procedure following the stabilization phase. Case examples of a patient with complex traumatization and an acute trauma help to illustrate the procedure.

Keywords

complex traumatization – inpatient behavioral therapy setting – confrontation therapy – manualized group therapy program

■ Einleitung – Spezielle Gegebenheiten der Traumatherapie im stationären Setting

Ob in einer Akutklinik wie in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee oder der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt, werden die Therapeuten ebenso wie in Rehabilitationskliniken (hier ebenfalls als Beispiel die Psychosomatische Klinik in Bad Neustadt) immer wieder mit Patienten und ihren Schicksalen konfrontiert, ohne dass im Vorfeld klar war, ob diese Patienten an Traumatisierungen unterschiedlichster Art leiden.

Da die Autoren aus zwei Kliniken mit unterschiedlichen Behandlungssettings kommen, kristallisieren sich beim traumaspezifischen Vorgehen auch zwei unterschiedliche Herangehensweisen heraus. Für die Stabilisierungsphase und die Phase der Überführung in die ambulante Therapie bestehen hingegen fast vollständige Übereinstimmungen.

In der Klinik Roseneck hat sich, bedingt durch den seit Gründung der Klinik bestehenden Behandlungsschwerpunkt für Patienten mit schweren Essstörungen, immer wieder die Notwendigkeit auch der Behandlung schwer sexuell traumatisierter Patientinnen ergeben. Seit über 10 Jahren gibt es

daher ein inzwischen mehrfach aktualisiertes strukturiertes und manualisiertes „Gruppentherapieprogramm für sexuell missbrauchte und traumatisierte Patientinnen“ (Wise, 2002; Osen & Zöllner, 2007).

Die Darstellungen zum therapeutischen Vorgehen beziehen sich daher vor allem auf Patienten mit chronischer bzw. komplexer Traumatisierung, dem sogenannten Typ-2-Trauma (siehe Falldarstellung). Dabei handelt es sich üblicherweise um lang anhaltende Traumatisierungen, wie sie prinzipiell beim sexuellen Missbrauch von Minderjährigen auftreten. Charakteristisch ist, dass diese Traumaform gekennzeichnet wird durch eine Schädigung, die nicht durch ein äußeres schicksalhaftes Ereignis auftritt, sondern von Menschen verursacht wird. Neben einem sexuellem Missbrauch können dies auch ein massiver körperlicher oder emotionaler Missbrauch sein, ebenso wie Geiselhafte, Kriegserfahrungen etc. Typisch ist dabei immer, dass das Opfer die traumatisierenden Handlungen nicht aus eigener Kraft verhindern oder beenden kann.

Das klinische Bild der betroffenen Patienten ist oft sehr bunt und widersprüchlich. Viele Patienten sind nicht nur im Rahmen schwerer dissoziativer Anfälle kaum in der Lage, sich an die traumatischen Ereignisse genau zu erinnern. Es treten

teilweise heftige somatoforme Beschwerden auf sowie selbstverletzendes Verhalten, schwere affektive Störungen, massive Angstattacken und nachhaltige Schlafstörungen. Eine gute differentialdiagnostische Abklärung beinhaltet daher vor allem auch das Denken an eine mögliche PTSD. Eine vorsichtige und fürsorgliche, aber auch ausführliche Anamneseerhebung ist gerade bei solchen Patienten Pflicht.

In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt kommen im Rahmen des integrativen Konzeptes der Klinik in der spezifischen Traumaaarbeit das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und Ansätze der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (Reddemann & Sachsse, 2000) zur Anwendung. Überwiegend wird mit den Patienten stabilisierend und an den komorbiden Störungen gearbeitet, um sie in die Lage zu versetzen, im ambulanten Bereich die Traumatherapie zu beginnen. Entsprechend den weiter unten aufgeführten Indikationen werden auch traumaspezifische Verfahren, in erster Linie das EMDR in Einzelarbeit und im Rahmen der tiefenpsychologischen Gruppentherapie auf den Stationen Stabilisierungsübungen durchgeführt. Bei den komplex traumatisierten Patienten ist ein erster Schritt, ein Wechsel der Perspektive mit dem Heraustreten aus der Opferrolle und der Übernahme der Selbstverantwortung für das eigene Leben einzuleiten. Der stützende, akzeptierende Umgang der Patienten miteinander in den Stationseinheiten ist oft eine wesentliche Veränderung im Leben der Patienten, die oft aus einer sozialen Isoliertheit oder einem nur auf Leistung ausgerichteten Leben kommen, fernab von jeder genussorientierten oder auf positive Beziehungen bezogenen Freizeitgestaltung.

Ein stationäres Behandlungssetting mit einem multiprofessionellen Team und den verschiedensten Therapiemöglichkeiten – besonders auch den nonverbalen Verfahren – bietet gerade für solche Patienten einen guten und vor allem schützenden Rahmen, um zu ihren traumatischen Inhalten überhaupt einen erinnernden Zugang zu bekommen. Es steht dabei außer Zweifel, dass Traumatherapie in aller Regel eine zeitlich und energetisch so wie auch unter Kostengesichtspunkten anspruchsvolle Behandlung darstellt, die eine gute Abstimmung und Verzahnung ambulanter und stationärer Behandlungselemente notwendig macht. Osen und Zöllner (2007) verwiesen darauf, dass „häufig sehr basale Dimensionen wie Selbstbild, Integrität, Sicherheit und Vertrauen in die Umwelt betroffen sind“ und daher „in der Regel nicht von einer schnellen Rückbildung der Traumafolgen ausgegangen werden“ kann.

■ Indikationen zur stationären Traumatherapie

Traumapatienten, die in eine stationäre psychosomatische Akut- oder Rehabilitationsbehandlung kommen, werden häufiger mit recht unspezifischen Diagnosen wie „Anpassungsstörung, depressive Reaktion, depressive Episode“ zugewiesen. Auch kann eine bislang nicht als solche diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung mit zur Ausprägung eines chronischen Schmerzsyndroms oder einer somatoformen Schmerzstörung beigetragen haben. Der Verdacht auf das

Vorliegen einer solchen Störung kristallisiert sich in der Klinik dann erst nach den Aufnahmegesprächen heraus.

Therapeutischerseits ist in diesem Stadium eine gewisse Vorsicht geboten, damit die Überzeugung, „da muss etwas gewesen sein“, den Patienten nicht dazu veranlasst, im Rahmen einer vermehrten Suggestibilität sich anbietende Kindheitserinnerungen neu zu berichten oder sie fehlinterpretiert (Schneider & Sack, 2000). In dem vorstehenden Artikel wird aufgrund einer sorgfältigen Literaturrecherche allerdings auch darauf hingewiesen, dass Erinnerungen an einen sexuellen Missbrauch durchaus verloren und später wiedergewonnen werden können, dass aber auch umgekehrt (in unterschiedlichem Maß) „falsche“ Erinnerungen möglich sind. Das suggestive Einflusspotenzial in einer Therapie fordert deshalb zu besonderer Vorsicht auf.

Das sich weiter etablierende Vertrauensverhältnis zum Therapeuten, die vielfältigen Beobachtungsmöglichkeiten im stationären Bereich durch die unterschiedlichen Therapieangebote und testpsychologischen Zusatzuntersuchungen lassen das Erhärten oder das Verwerfen des vorliegenden Verdachtes zu. Auf Seiten der Klinik ist Voraussetzung, dass die Berührungängste der Therapeuten, die posttraumatische Belastungsstörung betreffend, gering sind. Dies lässt sich gewährleisten durch eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung sowie die Ausbildung sämtlicher Therapeuten in Stabilisierungstechniken. Darüber hinaus sollten genügend ausgebildete Traumatherapeuten in der Klinik vorhanden sein, um ggf. die Behandlung dieser Patienten übernehmen zu können.

Wie Butollo schon 1997 berichtet, entwickelt sich die Therapiemotivation bei traumatisierten Patienten häufig erst spät, oft leider erst nach der Chronifizierung von Symptomen. Zu diesem Zeitpunkt werden diese Probleme aber von dem Betroffenen meist nicht im Zusammenhang mit der Traumatisierung gesehen, was zu den erwähnten Diagnosestellungen führt. Vor allem subtile Störungen wie resignative Einstellung, Gefühlsabstumpfung, Stresssymptome, reaktive depressive Verstimmung, Lustlosigkeit, Motivationsprobleme und Kontaktstörungen bleiben unbeachtet und wirken auf diese Weise weiter.

Die Kriterien für eine stationäre Traumatherapie hängen von den Variablen

- vom Trauma selbst
- den Patientenvariablen
- vom therapeutischen Vorgehen und
- den sozialmedizinischen Fragestellungen

ab. Zu den Traumavariablen lässt sich grundsätzlich sagen, dass eine tendenziell leichtere Krankheitsausprägung eher ambulant und schwerere eher stationär oder sequenziell ambulant-stationär-ambulant behandelt werden sollte. Dabei ist neben der Kategorisierung in Typ-1- oder Typ-2-Traumata auch die durch das Trauma erfolgte Beeinträchtigung des Patienten zu berücksichtigen, so dass die Indikation in höherem Maße durch die Patientenvariablen beeinflusst wird:

- Eine Arbeitsfähigkeit liegt nicht mehr vor oder ist stark bedroht

- Es bestehen komorbide Störungen wie traumatisch bedingte Persönlichkeitsveränderungen, schwere Depressionen, somatoforme Störungen, ausgeprägte Dissoziationen, Essstörungen
- Unzureichende oder fehlgeschlagene ambulante Behandlungsversuche
- Bei der Notwendigkeit einer Krisenintervention
- Geringe soziale Unterstützung im Umfeld oder starker sozialer Rückzug
- Bedarf eines starken Schutzraumes im Sinne des stationären Settings
- Gravierende somatische Komorbiditäten oder Bedarf intensiver medikamentöser Unterstützung
- Zur intensiven Schulung selbstfürsorglicher Fähigkeiten

Eine Indikation zur stationären Aufnahme kann auch bei besonderen Anforderungen an unterschiedliche therapeutische Zugänge indiziert sein, wie sie nur in einer Klinik angeboten werden:

- Integrierte Therapiebausteine zur kontinuierlichen Ressourcenarbeit
- Expositionsbehandlung oder EMDR, gekoppelt mit gruppentherapeutischem Setting
- Intensive Körpertherapie zur Verbesserung der Selbstakzeptanz
- Ressourcenarbeit in Ergo- und Gestalttherapie, Kunsttherapie oder spezielle Angebote wie therapeutisches Bogenschießen o. Ä.

Im Rahmen einer stationären Psychotherapie ist es häufig auch besser möglich, eine sozialmedizinische Weichenstellung vorzunehmen. Besonders komplexe sozialmedizinische Fragestellungen ergeben sich

- zur raschen Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- zur Beurteilung einer komplexen sozialmedizinischen Situation durch die Unterstützung von Soziotherapeuten als Hilfe zur Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- zur Erarbeitung einer Beurteilung der Leistungsfähigkeit
- zur Einleitung von Wiedereingliederungsmaßnahmen
- zur Belastungserprobung in einem berufsnahen Bereich

Weitere Indikationen können sich auch durch eine Entlastung der Umgebung des Patienten am Heimatort ergeben, wenn das familiäre Unterstützungssystem zu dekompensieren droht (Melbeck, 2007).

Ausschlussgründe für eine traumaspezifische stationäre Therapie sind das Vorliegen einer

- akuten Psychose
- akute Suizidgefahr
- Abhängigkeitserkrankung
- weiter bestehender Täterkontakt

Verboten ist die traumaspezifische Therapie, so ist während des stationären Aufenthaltes zunächst an den vorgenannten

Störungen zu arbeiten. Bei weiter bestehendem Täterkontakt ist es notwendig, diesen mit dem Patienten ausführlich als Gefährdungspotenzial und Hinderungsgrund für eine traumaspezifische Therapie zu besprechen. Die Klinik sollte alle Anstrengungen unternehmen und hier Hilfestellung leisten, um weiteren Täterkontakt nach der Entlassung zu unterbinden. Voraussetzung zur angemessenen Beratung sind das Vorhandensein relevanter juristischer Grundkenntnisse, wie z. B. des Opferschutz-Gesetzes für Deutschland. Ebenso hat es sich immer wieder als hilfreich erwiesen, die Patienten an entsprechende Beratungsdienste der Polizei, in juristische Betreuung und Beratung ebenso wie an Selbsthilfeorganisationen, gemeinnützige Vereine wie den „Weißen Ring“ oder spezialisierte Beratungseinrichtungen zu vermitteln.

Es kann auch notwendig sein, dass die Patienten zunächst vor Ort weiter stationär psychiatrisch betreut werden müssen, bis sie in ein betreutes oder geschütztes Wohnen (z. B. auch Frauenhäuser) überführt werden können oder sich andere Wohnmöglichkeiten erschließen. Eine intensive sozialtherapeutische Betreuung ist in all diesen Fällen unumgänglich.

■ Komorbidität

Die Lebenszeitdiagnose einer psychiatrischen Störung bei Probanden mit einer posttraumatischen Belastungsstörung lag bei 88,3 % der Männer und bei 79 % der Frauen vor. (Bronisch, 1997). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung mit solchen von Störungen, die als häufige Komorbiditätsdiagnosen angegeben werden (generalisierte Angststörung, soziale Phobie, einfache Phobie und Panikstörung), überlappen. Tagay, Schlegl und Senf (2010) wiesen vor Kurzem darauf hin, dass in den zur Verfügung stehenden Studien zur Komorbidität bei Essstörungen zwar die Zwangsstörungen und die sozialen Phobien jeweils eine sehr hohe Komorbidität aufweisen, dass aber offenbar das Vorhandensein einer PTSD ebenso wie ein hohes Maß an Somatisierungsstörungen nicht immer ausreichend berücksichtigt werden.

Weitere häufige Diagnosen sind Drogen-, Medikamenten-, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie affektive Störungen. Die stationäre Psychotherapie ermöglicht die Berücksichtigung der im Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung auftretenden somatischen bzw. psychischen Komorbiditäten. Wie schon erwähnt ist ein indikativer Einsatz verschiedener Therapieverfahren dazu notwendig. Es bedarf der eingehenden klinischen Diagnostik, unterstützt von vielfältigen Fremdbeurteilungen und dem Einsatz testpsychologischer Assessmentinstrumente. In der Vorbereitungsphase mit Stabilisierungsübungen können auch begleitende psychische Störungen im Sinne einer depressiven Episode, sozialer Rückzugstendenzen, somatoformer Störungen, Essstörungen und Dissoziationen zunächst meist durch den kombinierten Einsatz von Psychopharmaka, Einzelgesprächen und gruppentherapeutischen Verfahren angegangen werden.

Aus unserer Sicht hat sich ein gestuftes Vorgehen bewährt, in dem nach der Sicherung der Diagnose/-n in Anlehnung an

das Konzept der „Hierarchie der Behandlungsziele“ (Bohus, 2002) aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zuerst mit der Bewältigung eines eventuellen suizidalen bzw. selbstschädigenden Verhaltens begonnen wird. Des Weiteren muss die Therapiecompliance der Patienten gesichert werden. Bei einer komorbiden schweren affektiven Störung nehmen die Patienten daher zuerst an entsprechenden indikativ ausgerichteten, manualisierten kognitiven und verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammen zur Bewältigung der depressiven Symptomatik teil. Falls notwendig, wird auch eine begleitende antidepressive Medikation eingesetzt, unter anderem auch, um den Schlaf zu stabilisieren und mögliche Verschiebungen im Tag-Nacht-Rhythmus wieder zu normalisieren.

Bei selbstschädigendem Verhalten, zu dem wir im erweiterten Sinne auch das Auftreten von Dissoziationen zählen, und/oder dem Vorliegen einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung können die Patienten zum Erwerb entsprechender Fertigkeiten an einer speziellen Gruppentherapie teilnehmen, in der Skills zum Umgang mit Hochstresssituationen ebenso vermittelt werden wie das gleichfalls aus der DBT bekannte Emotionsmanagement. Möglichst parallel zur Erweiterung der sozialen und emotionalen Fertigkeiten wird an der Aktivierung oder Reaktivierung von Ressourcen gearbeitet mit der Zielsetzung, die Patienten im Vorfeld der eigentlichen Traumatherapie so kompetent und stabil wie nur möglich zu machen.

■ Vorbereitende Behandlungsschritte

Der Aufenthalt in einer Klinik mit der schon dadurch intensivierte Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner eigenen Lebensgeschichte führt häufig zu einer verstärkten Irritabilität, Reizbarkeit und Beunruhigung durch teilweise neu auftretende Alpträume und Flashbacks. Vor der speziellen und aufdeckenden bzw. konfrontierenden Traumatherapie sind daher gemeinsame Behandlungsziele festzulegen, die dem Patienten helfen sollen, im Schutzraum der Klinik seine „Geschichte noch einmal zu erzählen“ und den Bericht so zu „revidieren“, dass es ihm möglich ist, zu einer Integration des Erlebens in seinen Lebenslauf und zu dem Gefühl eines zumindest vorläufigen Abschlusses zu kommen. Dies macht zunächst die von allen traumatherapeutischen Therapierichtungen geforderte Einführung einer Stabilisierungsphase als ersten Schritt zur Traumabehandlung erforderlich. Dazu gehört die sich etablierende Therapeut-Patient-Beziehung sowie die Integration des Patienten in die Patientengemeinschaft, die wesentliche unterstützende Faktoren sind. Die Arbeit mit komplex traumatisierten Patientinnen stellt besondere Anforderungen an den Aufbau und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Dabei kommt dem Aufbau von Vertrauen und Sicherheit im Therapiesetting der Einzeltherapie, aber auch des gesamten stationären Settings zunächst die größte Bedeutung zu.

Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Mitpatienten oft allein aufgrund ihres Geschlechtes zu „Triggern“ für Traumapatienten werden können. Besondere Schwierigkeiten entstehen dadurch oft im Stationssetting für beide Seiten, wenn Mitpatienten die Grenzen des Traumapatienten nicht wahren können und mit ihrem Verhalten signalisieren, unberechenbar

und damit unkontrollierbar sein zu können. Traumapatienten, die oft genug Übergriffigkeiten erlebt haben, in denen sie sich absolut hilflos und ausgeliefert gefühlt haben, werden durch solche Verhaltensweisen, seien sie auch noch so gut gemeint, stark verunsichert. Anzügliche Bemerkungen, frivole Redensarten, entsprechende Blicke oder auch der Geruch von Alkohol können Flashbacks oder nächtliche Alpträume auslösen. Aus diesem Grund sind für die Unterbringung der Patienten oft Einzelzimmer notwendig und hilfreich, damit sie einen sicheren Rückzugsort zur Verfügung haben. Es besteht aber auch die Chance zu mitfühlenden und tragenden Beziehungsaufnahmen, die stützend und tröstlich wirken können. Weiterführende Informationen und Ausführungen zum Behandlungssetting traumatisierter Patienten auf psychiatrischen Stationen finden sich bei Klups und Sachsse (2005).

Über den geschilderten Beziehungsaufbau können die Patienten in die Lage versetzt werden, unerwartete und unerklärliche Aggressionen, Niedergeschlagenheit und Resignation oder heftige Panikattacken und frei flottierende Ängste zu kanalisieren und auszuhalten. Nicht selten treten angesichts der unerwartet intensivierten Symptomatik Abreisewünsche gerade bei den Patienten auf, die noch keinen Zusammenhang zwischen möglichen Traumatisierungen in der Vergangenheit und der zur Aufnahme führenden psychischen Symptomatik hergestellt hatten. Gerade für diese Patienten ist die Einleitung einer intensiven Stabilisierungsphase mit ausreichender Information und Erarbeitung von Ressourcen zur Vorbereitung auf die Expositionsphase mit dem Trauma notwendig.

Reddemann und Sachsse (1997) sprechen von einer „allgemeinen Stabilisierungsphase“, dann der „Traumaexpositionsphase“ und der „Phase des Trauerns, der Sinnfindung und Reintegration der Persönlichkeit“. Diese Struktur des Traumatherapieprozesses findet sich auch in neueren Veröffentlichungen dieser therapeutischen Ausrichtung (Reddemann, 2001, 2004a). Der Patient wird das traumatische Erlebnis nach der Therapie nicht vergessen haben, und es kann immer noch weiter schmerzhaft sein, daran zu denken. Die akuten Intrusionen, Alpträume und Flashbacks werden voraussichtlich bestehen bleiben, der Patient ist jedoch besser auf ihre Bewältigung eingestellt und sollte idealerweise nicht mehr von diesen Erlebnissen „überschwemmt“ werden.

In der Ressourcenarbeit geht es darum, das Potenzial des persönlichen Wachstums zu beleuchten und dazu auch die Möglichkeiten auszuloten, wie die Tatsache, dass die Patientin die traumatischen Erlebnisse überstanden hat, genutzt werden kann, um sich vom „Opfer“ zum „Überlebenden“ zu entwickeln und daraus die Einsicht in die eigene Stärke abzuleiten, die es ermöglicht hat, diese Entwicklung zu vollziehen.

Die Unmittelbarkeit des intrusiven Erlebens im Sinne eines Einbruchs in die Gegenwart muss abgeschwächt werden durch die Entwicklung eines zeitlichen Rasters, in dem das Trauma in der Vergangenheit liegt, die Gegenwart zur Bearbeitung genutzt wird, um in der Zukunft sich wieder auf seine Lebensziele und -pläne zu konzentrieren. Auch ist es notwendig, dem Patienten zu ermöglichen, sein Selbstwertgefühl und das zerstörte Vertrauen in sich und andere wiederzuerlangen, Schritte in die Gesellschaft zurückzutun und ihm dazu zu verhelfen, eine befriedigendere Lebensweise zu entwickeln. Auch

kann es notwendig sein, die zu den Ressourcen des Patienten gehörigen religiösen oder philosophischen Glaubenssysteme zu mobilisieren, um schrittweise ein Gefühl der Geborgenheit im eigenen Selbst, in den sozialen Unterstützungssystemen und der individuellen Weltanschauung zu gewinnen.

Nach der Stabilisierungsphase und der Erarbeitung von Ressourcen ist abzuwägen, ob dem Patienten therapeutischerseits dazu geraten wird, sich auf eine strukturierte und unterstützende Art und Weise und unter Erhalt der vollständigen Kontrolle über das Behandlungsgeschehen erneut der traumatischen Erfahrung durch verschiedene Expositionsmöglichkeiten auszusetzen.

Je nach privater Ausgangslage und Motivation des Patienten sowie den Gegebenheiten in der Klinik und Kooperationsbereitschaft der Krankenversicherung ist es auch möglich oder notwendig, an dieser Stelle die stationäre Therapie zunächst zu beenden und den Patienten in eine ambulante spezielle Traumatherapie zu überweisen. Eine erneute Aufnahme im Sinne einer Intervalltherapie macht gerade bei Traumapatienten durchaus Sinn, um sie durch überlange Aufenthaltszeiten nicht zu sehr ihren sozialen Bezugssystemen zu entfremden. Ebenso können die Patienten im Rahmen einer solch fraktionierten Behandlung die zwischenzeitlich neu erworbenen Kompetenzen anwenden und umsetzen.

■ Spezifische Traumatherapie im stationären Setting

Die Behandlungskonzepte, speziell für die komplexe PTBS, befinden sich zur Zeit stark in der Entwicklung, während gleichzeitig die Forschung über diese Patientenpopulation noch erhebliche Probleme aufwirft. Exemplarisch kann dazu auf einen Artikel von Neuner (2008) verwiesen werden, in dem er auf die Datenlage zur Diskussion über den richtigen Zeitpunkt zum Einsatz der Konfrontationstherapie versus der Notwendigkeit von vorgeschalteten Stabilisierungen bei Traumapatienten eingeht.

Die Kriterien für ein evidenzgestütztes therapeutisches Vorgehen erfüllen aktuell modifizierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren, psychodynamisch-imaginative Verfahren, tiefenpsychologisch modifizierte Verfahren sowie hypnotherapeutische Verfahren.

■ Evidenzgestützte Therapieverfahren für die komplexe PTSD

- Mehrphasige Integrative Traumatherapie (Butollo, 1998)
- Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strohhal & Wilson, 2002; van der Hart & Steele, 1993)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro & Forrest, 2007)
- Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (Fischer, 2002)
- Integrativ-Psychodynamisch-Kognitive Therapie (Horowitz, 1986; Phillips, 2002)

- Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (Reddemann & Sachsse, 2000; Reddemann, 2001)
- Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (nach Smucker & Dancu, 1999)

Generelle Zielsetzung jeglicher Traumatherapie ist der Abbau belastender Symptome, insbesondere der typischen PTSD-Symptomatik. Es geht darum, den Patienten im Alltag wieder ein ausreichendes Sicherheitsgefühl zu vermitteln und vor allem in nahen Beziehungen Vertrauen herzustellen. Dafür ist es oft notwendig, die traumatischen Erlebnisse in angemessener Form in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Die folgende Falldarstellung soll das therapeutische Vorgehen, wie es üblicherweise in der Klinik Roseneck durchgeführt wird, exemplarisch vorstellen.

■ Falldarstellung:

Seit dem 14. Lebensjahr bestand bei der 28-jährigen Patientin eine Bulimia nervosa vor dem Hintergrund von multiplen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit durch Bekannte ihres Vaters. In der Folge dieser Ereignisse kam es zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Ängsten, depressivem Rückzug, Vermeidung der Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen oder Auslösern sowie erheblichem Leiden an wiederkehrenden und belastenden Erinnerungen, Flashbacks und dadurch bedingt zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagsbewältigung. Aufgrund der gereizten und aggressiven Atmosphäre im Elternhaus (Vater: Alkoholiker) war die Patientin nicht in der Lage, mit ihren Eltern über die sexuellen Missbrauchserlebnisse zu sprechen. Neben vielen Streitigkeiten war es auch zu Gewalt zwischen den Eltern gekommen. Zum Zeitpunkt der Therapie sind die Eltern getrennt. Auch in der weiteren Familie war es zu Missbrauchserfahrungen, Drogen- und vermehrtem Alkoholkonsum sowie Delinquenz gekommen. Die Patientin fand daher zunächst keine Möglichkeiten, sich in ihrer Not an jemanden zu wenden, und thematisierte ihre Erlebnisse erstmals im Rahmen der ersten stationären Behandlung, die sie wegen der Essstörung angetreten hatte. Die Therapie der Essstörung wurde von einem erfahrenen Kollegen angeleitet, der als Bezugstherapeut für die Patientin zuständig war. Die Patientin verfügte über zahlreiche Ressourcen, wie eine überdurchschnittliche Intelligenz, Humor, Kreativität, musische Talente, Offenheit und Kontaktfähigkeit, eine stabile Partnerschaft und Ehe.

Nachdem sich die Patientin bereit erklärt hatte, sich auf eine Traumabehandlung einzulassen, traten stark ausgeprägte Ängste und Schamgefühle auf, mit denen sie sehr zu kämpfen hatte. Es fiel ihr durchaus schwer, in der Einzeltherapie, die üblicherweise dafür der geeignete Rahmen ist, ihre Traumafahrungen konkret zu benennen. Dafür mitverantwortlich war sicher die Tatsache, dass sie die Traumatherapie bei einem *Bezugstherapeuten* eine größere Überwindung kostete. Allerdings war die Patientin in der Nachbetrachtung der Meinung, dadurch aber auch intensiver profitiert und die

Traumata schneller verarbeitet zu haben, als wenn sie dies mit einer *Bezugstherapeutin* absolviert hätte. Hilfreich war daher am Anfang die Idee, die Traumaerfahrungen erst einmal für sich auf ein Aufnahmegerät zu sprechen, das dann in der Therapiestunde gemeinsam mit dem Therapeuten angehört werden konnte. Mit diesen konkreten, nun in der Therapie handhabbaren Informationen konnte ein Rescripting durchgeführt werden. Nach einer solchen Rescripting-Sitzung konnte dann die Patientin von sich aus ihrer Familie über die Traumaerfahrungen zu berichten, was sie enorm entlastete. Dadurch war es ihr möglich, die Beziehungen zur Familie sehr viel offener zu gestalten, und es gelang z. B. ihrer Mutter dadurch, mehr Verständnis für viele Reaktionen der Tochter aufzubringen. In einer familientherapeutischen Sitzung, die in Anwesenheit der Mutter und einer Tante stattfand, kam es dazu, dass die Tante, die ebenfalls Opfer eines sexuellen Missbrauchs geworden war, sich ebenfalls für eine Behandlung in der Klinik entschied.

Immer wieder in den Berichten und in der Therapie auftauchende Gefühle von Wut spürte anfangs eher der Bezugstherapeut. Wut war aufgrund der negativen Vorerfahrungen innerhalb der Familie ein intrinsisches Verbot für sie bzw. wurde von ihr sehr negativ bewertet.

Die Patientin nahm auch an der PTSD-Gruppe teil. Dort fiel auf, dass sie sich anfangs stark bemühte, die Kontrolle über ihre Emotionen zu behalten, und sich immer wieder „sehr zusammenriss“. Eine Betroffenheit mit den Schicksalen der anderen Gruppenteilnehmerinnen war vor allen in den ersten Stunden wenig bis gar nicht spürbar. Die Patientin setzte sich dafür sehr für die anderen ein, und zwar immer dann, wenn sie das Gefühl hatte, eine Bemerkung der Leiterin oder einer Mitpatientin könnte eine andere Patientin verletzen. Von der Leiterin in wohlwollender Weise auf dieses Verhaltensmuster angesprochen und durch die Frage ergänzt, „ob sie sich für sich selbst auch so einsetzen würde wie für andere“, reagierte die Patientin sichtlich betroffen und konnte ihr Verhalten als Schutzmechanismus (zum Schutz der eigenen Verletzlichkeit) benennen und sogar wertschätzen. Infolge der intensiven Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse wurden die Intrusionen deutlich weniger, und die damit verbundenen Gefühle von Angst und Scham nahmen stark ab. Es stellte sich bei ihr ein „Gefühl von Vergangenheit“ bei den Erinnerungen an die Traumata ein.

Nach ihren eigenen Aussagen und Rückmeldungen war für sie vor allem die Erfahrung von verlässlichen und annehmenden Beziehungen mit empathischen Personen wesentlich und grundlegend für den gelungenen Therapieverlauf. Nach gewissen Anfangsschwierigkeiten im Kontakt fasste die Patientin starkes Vertrauen zu mehreren Personen im Team, unter anderem zum Bezugstherapeuten, der Gruppenleiterin der PTSD-Gruppe, einer Kunsttherapeutin und einer Co-Therapeutin (Krankenschwester) auf Station. Für den Therapieerfolg mitentscheidend waren aber vor allem die sehr gute Motivation der Patientin und ihre vorhandenen und abrufbaren Ressourcen.

Ein Jahr nach ihrem zweiten Aufenthalt in der Klinik teilte die Patientin mit, dass sie nun deutlich weniger Erinnerungen an die Traumata habe und durch die verbliebenen Erinnerungen

nicht mehr so belastet sei, sie zudem kaum mehr Ängste habe und ihren Alltag mit Studium, Lernen und Haushalt gut bewältigen könne. Zu Letzterem war sie noch zwischen dem ersten und zweiten stationären Aufenthalt nicht in der Lage gewesen. Für die involvierten Teammitglieder war deren Entlastungsmöglichkeit durch die fortlaufende Teamsupervision ein ebenso wichtiger Beitrag für das Gelingen der Therapie.

Im deutschen Sprachraum liegt mit dem Therapiemanual zur „Kognitiven Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung“ von A. Boos (2009) ein hervorragend und detailliert ausgearbeitetes Buch vor. Neben der kognitiven Arbeit an den traumabedingten Überzeugungen und den verschiedenen Möglichkeiten der In-sensu- und In-vivo-Exposition wird hier auch eingehend der ergänzende Einsatz imaginativer Techniken dargestellt. Für die klinische Praxis hat sich dabei vor allem die „Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy“ nach Smucker und Dancu (1999) bewährt, die vor allem in der Einzeltherapie eingesetzt wird.

Um die aversive Bedeutung des Traumas und vor allem der Traumafolgen zu verändern, benötigen die Patienten in einem ersten Schritt im Sinne der Edukation und der Vorbereitung der Exposition ausreichende Informationen zu den Folgen schwerer interpersoneller Gewalt im Kindes- oder Jugendalter. Dabei können Aspekte wie die Folgen für die Beziehungsentwicklung, Bindungsstörungen sowie deren Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung und das Beziehungserleben allgemein wie auch in der therapeutischen Beziehung thematisiert werden.

Als eine wichtige Ergänzung der einzeltherapeutischen Therapie hat sich in der Klinik Roseneck seit über 10 Jahren eine manualisierte Gruppentherapie für sexuell traumatisierte Patientinnen bewährt.

■ Strukturierte verhaltenstherapeutische Gruppentherapie für sexuell traumatisierte Patientinnen in der Klinik Roseneck

Die Indikation zur Teilnahme an dieser geschlossenen Indikativgruppe für sexuell traumatisierte Frauen ergibt sich nur nach der gesicherten Diagnose einer bestehenden PTSD aufgrund eines sexuellen Traumas. Dabei sollte beachtet werden, dass ein stattgehabter sexueller Missbrauch (hier ohne PTSD-Symptomatik) noch keine Indikation für die Teilnahme an dieser Gruppe bedingt. Als wichtige Voraussetzungen für die Teilnahme müssen die Patienten weitgehend sicher sein in der selbstverantwortlichen Anwendung von antidissoziativen Fertigkeiten, Skills im Umgang mit Selbstverletzungsdruck sowie eine klare Distanzierung von Suizidalität vorweisen. Ebenso müssen ausreichende Fähigkeiten für den Umgang mit starken Emotionen vorhanden sein. Wie bereits dargestellt, wird daher oft vor einer Teilnahme an der PTSD-Gruppe die Teilnahme an einer Skills- oder Fertigkeitengruppe (in Anlehnung an das DBT-Konzept) notwendig. Prinzipiell sollten die Patienten motiviert sein, sich mit ihrem Trauma und den Traumafolgen auseinanderzusetzen, und darüber informiert sein, dass die Gruppe emotional sehr fordernd und konfrontierend ist.

In der PTSD-Gruppe werden Strategien aufgezeigt und eingeübt, wie im Hier und Jetzt die PTSD-Symptome (Traumafolgen) bewältigt und verändert werden können. Die Gruppe ist daher stark übungsorientiert und zielt auf eine Symptomveränderung. Es ist keine rein psychoedukative Gruppe. Eine emotionale Bewältigung soll vor allem für Ekel-, Schuld- und Schamgefühle erreicht werden. Ein weiteres Ziel der Gruppentherapie ist der Abbau von Vermeidungsverhalten (Osen & Zöllner, 2007, S. 116).

Auf die strikte Beachtung der Kontraindikationen bei der Zuweisung der Patientinnen zu dieser Gruppentherapie kann nicht genug hingewiesen werden. So kommt es leider immer wieder vor, dass in irgendeiner Form der Missbrauch weiter anhält und damit keine äußere Sicherheit für die Patientin besteht. Auch eine ausgeprägte Instabilität mit starker Dissoziationsneigung und der Unfähigkeit der Patientin, selbst angemessen darauf Einfluss zu nehmen, ist ebenso wie ausgeprägtes Selbstverletzungsverhalten eher eine Kontraindikation für eine solch exponierende verhaltenstherapeutische Traumaarbeit. Die folgende Darstellung kann nur einen kurzen Überblick über die Inhalte der Traumagruppenarbeit geben. Eine detaillierte Darstellung der Inhalte findet sich bei Wise (2002) und Osen und Zöllner (2007).

■ Inhaltsübersicht der PTSD-Gruppe

1. Stunde:	Trauma – Traumafolgen – PTSD
2. Stunde:	Kurzexposition; reale Sicherheit schaffen
3. Stunde:	Bewältigung von Intrusionen (Triggeranalyse, Diskriminationslernen)
4. Stunde:	Besonderheiten des Traumagedächtnisses
5. Stunde:	Abbau von Vermeidungs- und dysfunktionalem Sicherheits-Verhalten
6. Stunde:	Fortsetzung: Abbau des Vermeidungs- und „Opfer“-Verhaltens
7. + 8. Stunde:	Bearbeitung von Schuldgefühlen in der Gruppe (emotionale Bewältigung)
9. Stunde:	Aufbau guter Beziehungen

Sind alle genannten Voraussetzungen und Kontraindikationen genügend geklärt, geht es darum, in der PTSD-Gruppe neben einer vertrauensvollen und sicherheitsgebenden Atmosphäre die Patientinnen zu „Expertinnen in eigener Sache zu machen“. Dies geschieht in der ersten Stunde durch strukturierte Unterweisung über die Symptomatik und Folgen einer PTSD sowie deren Bewertung. Die verschiedenen Symptome werden gemeinsam mit den Patienten am Flipchart gesammelt und

nach den Kriterien der PTSD geordnet. Im Wiedererkennen der eigenen Symptome auch bei den Mitpatientinnen soll ihnen verdeutlicht werden, dass sich diese Beschwerden durchaus objektivieren lassen und Folgen einer realen Gefahrenlage darstellen, die oft genug als lebensbedrohlich erfahren wurde (z. B. durch Anwendung von Gewalt oder massiven Drohungen).

Bereits in den ersten beiden Gruppenstunden werden die Teilnehmerinnen dazu angehalten, einen ersten kurzen Bericht über die Missbrauchereignisse zu geben. Im weiteren Verlauf sollen von jeder Teilnehmerin die sogenannten schlimmsten Momente oder auch Hotspots (Boos, 2009, S. 51) vorgestellt werden.

Durch einen Bericht des Traumas in der Gegenwartsform, der möglichst mit geschlossenen Augen vorgetragen wird, soll durch die Visualisierung eine möglichst starke emotionale Beteiligung aktiviert werden.

In diesen Momenten wird dann exemplarisch über den Abbau von Schuldgefühlen oder Auflösung von dysfunktionalen Vermeidungsverhalten gearbeitet. Außerdem wird versucht, möglichst eine Habituation an die begleitenden Emotionen zu erreichen, die den Patientinnen das Gefühl der Selbstkontrolle über dieses Lebensereignis wieder zurückgeben soll. In der Kombination von kognitiven Therapieelementen, wie einer Umstrukturierung der begleitenden kognitiven Schemata und einem Rescripting unter Verwendung bestimmter Imaginationsübungen, sollen neue hilfreiche innere Bilder aufgebaut werden. Eine gelungene Durchführung bewirkt bei den Patienten in aller Regel eine deutliche emotionale Entlastung, die auch wieder mehr Handlungsspielräume ermöglicht (siehe dazu auch Fallbericht).

Gerade in Beziehungsfragen sind Traumapatienten oft zutiefst verunsichert. Die Arbeit an hilfreichen und unterstützenden Beziehungen ist daher ein wichtiger Anteil an der Ressourcenstärkung. Im letzten Teil der Gruppentherapie geht es darum, Ideen für eine positive Beziehungsgestaltung zu vermitteln. Viele Patienten haben aufgrund negativer, missbräuchlicher Beziehungserfahrungen im emotionalen, körperlichen wie sexuellen Bereich lediglich destruktive und angstbesetzte Vorstellungen von Partnerschaft und Nähe. Da ihnen entsprechende Kriterien und Erfahrungen zur Beurteilung von Beziehungsqualitäten fehlen, hat sich die Arbeit mit den Inhalten des Absatzes „Wie erkenne ich eine schlechte Beziehung?“ aus dem Buch „Trotz alledem“ von Bass und Davis (2008) bewährt. Hier wird konkret nach negativen Verhaltensweisen in engen Beziehungen gefragt, an denen sich die Patientinnen dann im gegenseitigen Austausch besser orientieren können. Weitere zentrale Elemente der Gruppentherapie sind die Überwindung von Hilflosigkeit und die gleichzeitige Aktivierung der Selbstverantwortung. Dies geschieht im Gruppensetting am einfachsten durch den von den Therapeuten geförderten Austausch von Erlebnissen zwischen den Teilnehmerinnen. Das Gefühl, „ich bin nicht allein mit meinen Problemen“, stellt „Lernen am Modell“ dar und erleichtert vielen Patienten im geschützten Rahmen der Gruppe und der Klinik die Auseinandersetzung mit dem und die Akzeptanz des eigenen Schicksals. Das gegenseitige Sich-Mut-Machen und die Er-

kenntnis, dass auch Frauen sich wehren dürfen und können, gehört zu den oft sehr entlastenden wichtigen Erkenntnissen. Eine Patientin schildert diesen Prozess folgendermaßen: „Vorher kam ich mir immer vor wie ein „Alien“. Keiner konnte mich wirklich verstehen, und nun konnte ich zum ersten Mal die Dinge aussprechen und beim Namen nennen, die mich seit Jahren quälten.“ Die sich üblicherweise im Gruppenverlauf einstellende gegenseitige Solidarität und Offenheit, das Teilen des Leids sind dabei ein wichtiger und von den Patienten sehr geschätzter Wert der Gruppe. Die Intensität der Berichte über die Missbrauchereignisse ist in anderen offenen Psychotherapiegruppen meist nicht zu erreichen, da Mitpatienten ohne Traumaerfahrungen die Belastungen nur schwer aushalten.

Die Therapeutinnen, die die Gruppe leiten, sind sehr erfahrene und in der Traumatherapie geschulte Kolleginnen und erfahren von den Patientinnen meist sehr viel Wertschätzung und Dankbarkeit. Die PTSD-Gruppe ersetzt allerdings nicht die gesamte „Traumatherapie“. Bestimmte Elemente, wie das Rescripting oder verschiedene andere Traumaexpositionen, finden weiterhin im Rahmen der geschützten Atmosphäre der Einzeltherapie statt.

Als eine gute Ergänzung der Gruppentherapie für traumatisierte Patientinnen hat sich die sogenannte Selbstbehauptungsgruppe bewährt, in der mit den Patienten konkretes Verhalten in potenziell gefährlichen Situationen geübt wird.

Inhalte der „Selbstbehauptungsgruppe“

- Eigene Grenzen erkennen und setzen (persönliche Rechte, „NEIN sagen“, die Stimme erheben, Schreibübungen)
- Einzelne Phasen der Gefahreneskalation (Übungen im Rollenspiel zum frühzeitigen Reagieren)
- Das Finden der richtigen Distanz zum Gegenüber
- Gefahren erkennen und beurteilen
- Üben von Anti-Opfer-Signalen (Erkennen eigener Signale an die Umwelt)
- Bewältigung der eigenen Angst (Standübungen, Atemübungen)
- Prävention und Deeskalation von Konflikten
- Zeugenaussage, Notruf abgeben
- Selbstverteidigung (Üben einfacher Techniken)
- Rechtliche Grundlagen der Selbstverteidigung

Auch dieses Gruppentherapieangebot wurde manualisiert und ist für insgesamt 8 Doppelstunden ausgelegt. Hier lernen die Patientinnen, sich auf verbale und nonverbale Art gegen gewaltsame Übergriffe zur Wehr zu setzen. Die Gruppe ist dabei nicht als Selbstverteidigungskurs ausgelegt.

■ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wird bei im stationären Setting streng gestellter Indikation im Sinne vorstehender Kriterien die spezifische Traumatherapie überwiegend als EMDR in Einzelsitzungen durchgeführt.

Das EMDR-Therapieverfahren wurde durch Francine Shapiro 1987 im Rahmen einer Selbstbeobachtung entwickelt. Sie bemerkte, dass belastende Gedanken plötzlich weniger bedrückend wurden, als sie spontan ihre Augen rhythmisch nach rechts und links bewegte. Sie begann, diesen Effekt systematisch zu untersuchen, und fand heraus, dass außer Augenbewegungen auch bilaterale akustische oder sensorische Stimulationen ähnliche Effekte hatten und auch in der Behandlung schwer gestörter Patienten effektiv waren. Sie entwickelte daraus eine von kontrollierten Studien begleitete therapeutische Verfahrensweise mit einem ausgearbeiteten Standardprotokoll zur Behandlung von Trauma-1- und Trauma-2-Störungen im Sinne der Konfrontationsverfahren. Selbstverständlich muss eine Stabilisierungsphase vorausgehen und im Nachgang eine Integrationsphase folgen.

Die Durchführung des EMDR wird in einem Acht-Stufen-Schema beschrieben und beginnt mit einer Evaluation einer belastenden Erinnerung. Es wird eine bestimmte Erinnerung mit ihren visuellen, kognitiven und sensorischen Komponenten in EMDR-typischer Weise systematisch erfasst. Dann wird der Patient dazu aufgefordert, den inneren Spannungszustand mit der von Wolpe (1958, 1990) entwickelten Skala „Subject Units of Discomfort“ (SUD) zwischen 0 und 10 (0 bedeutet keine empfundene Belastung, 10 bedeutet völlig unerträgliche Belastung) einzuschätzen. Es werden sodann negative Kognitionen mit dem Patienten erarbeitet, die zu der beschriebenen Situation passen, wie etwa „Ich bin hilflos“. Als Gegengewicht zu dieser negativen Kognition wird als Zielkognition eine positive Kognition erarbeitet, die in diesem Fall etwa lauten könnte: „Ich habe daraus gelernt.“ Die Stimmigkeit dieser zweiten Zielkognition, bezogen auf die zu bearbeitende bestimmte Erinnerung, wird auf einer Skala zwischen 0 und 7 als „Validity of Cognition“ (VoC) eingeschätzt. Dabei bedeutet ein Rang von 7 eine völlige Übereinstimmung der positiven Kognition mit der zu bearbeitenden Erinnerung, was gleich bedeutend damit wäre, dass eine Traumaarbeit eher nicht erforderlich ist, 1 bedeutet, dass die bestimmte Erinnerung mit der positiven Kognition in keiner Weise übereinstimmt.

In der Phase der **Desensibilisierung und Durcharbeitung** wird der Patient aufgefordert, mit dem repräsentativen Bild der Erinnerung, verbunden mit der sensorischen Komponente des Traumas und der erarbeiteten negativen Kognition, innerlich Kontakt aufzunehmen. Gleichzeitig wird eine bilaterale Stimulation mittels Augenbewegungen, akustischen oder sensorischen Reizen induziert. Der Prozess verläuft dann individuell, z. T. mit einer Verstärkung der Emotionen im Sinne von Abreaktionen und schließlich in der Regel einer Entlastung des Patienten von der akuten Erinnerung.

Nimmt der emotionale Druck der Erinnerung schließlich ab, wird die zuvor erarbeitete positive Kognition oder eine während des Prozesses neu aufgetretene positive Bewertung durch eine erneute bilaterale Stimulation verstärkt. Im anschließenden Körpertest wird noch nach weiteren persistierenden sensorischen Fragmenten geforscht, und diese werden wenn nötig erneut bearbeitet. Zum Abschluss dieser Sitzung wird das Geschehen noch einmal nachbesprochen, und bei nicht abgeschlossenen Sitzungen werden durch die zuvor geübten Distanzierungstechniken die noch vorhandenen Reste der Erinnerung etwa über die Tresorübung bis zum nächsten Termin möglichst weitgehend emotional isoliert, weitere Verhaltensmaßnahmen für den Notfall werden besprochen (Hofmann, 2006).

Als **Fallbeispiel** für die Behandlung mit EMDR soll das folgende Akuttrauma gelten:

Eine 42-jährige Patientin erlitt 3 Jahre vor ihrer Aufnahme in die Psychosomatische Klinik einen schweren Verkehrsunfall. Sie befand sich morgens auf noch leerer Straße auf dem Weg zur Arbeit, als ihr ein von rechts auf die Hauptstraße einbiegender Laster die Vorfahrt nahm und sie trotz einer Bremsung mit ihrem Wagen unter den Auflieger des LKW geriet. Sie sah dabei den Auflieger wie eine quer vor ihr aufragende Barriere immer näher kommen, warf sich seitlich auf den Beifahrersitz, das Dach ihres PKW wurde bei dem Aufprall vollständig demoliert. Sie erlitt schwere Quetschverletzungen im Bereich des Brustkorbes, Schnittverletzungen und wurde kurzfristig ohnmächtig. Dieses Ereignis ging für die Patientin mit schwersten Todesängsten einher. Sie hatte nicht daran geglaubt, den Aufprall zu überleben. Die Auswirkungen auf ihren psychischen Zustand waren vielfältig: Sie fuhr seitdem niemals mehr diese Strecke zur Arbeit, sondern nahm einen Umweg. Es folgten wiederkehrend kürzere und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten, ausgelöst durch heftige Panikattacken, die sie daran hinderten, morgens zur Arbeit zu fahren. Ähnliche Lastwagen konnten bei ihr Bilder des Unfallgeschehens hervorrufen, sie hörte das Bersten der Scheibe und das Knirschen des Metalls, roch das verbrannte Gummi während des Bremsvorgangs und erlebte die Schmerzen an ihrem Körper immer wieder neu. Alpträume verschlechterten die Schlafqualität, depressive Verarbeitungsmodi traten hinzu, so dass sie schließlich bei auslaufendem Anspruch auf eine Weiterzahlung des Krankengeldes zur stationären Behandlung kam. Die bis zum Zeitpunkt des Unfalls psychisch stabile, aktive und lebensbejahende Frau, verheiratet und Mutter von 2 Söhnen, wirkte schreckhaft, ängstlich und zurückgezogen, leicht irritierbar durch laute Geräusche, insgesamt depressiv verstimmt und ausgesprochen ängstlich. Sie berichtete von den starken Panikattacken und ihrem geringen Selbsteffizienzerleben angesichts der Symptomatik. Nach Anamnese und körperlicher Untersuchung wurde rasch die Stabilisierungsphase mit der Einübung des sicheren Ortes, der Tresorübung und der Lichtübung als stärkende imaginative Verfahren eingeführt. Sie erhielt zur Verbesserung des Schlafes und zur Stabilisierung der Stimmung ein trizyklisches Antidepressivum und wurde dann ausführlich über die Möglichkeit einer

EMDR-Behandlung aufgeklärt. Sie beschrieb ihre starken Ängste und Vermeidungswünsche bezüglich einer solchen Behandlung, so dass wir ihr anboten, sich im Sinne eines modifizierten EMDR-Vorganges mit noch stärkerer Kontrolle der Konfrontation mit dem Trauma auf dieses einzulassen. Bei diesem Verfahren – CIPOS – Constant Installation of positive Orientation and Savety (Knipe, 2007) wird die Konfrontation mit dem Trauma so angelegt, dass zunächst die Erinnerung kurz beschrieben wird und der Patient dann selbst bestimmt, wie viele Sekunden zwischen 1 und 10 er sich mit dieser Erinnerung konfrontieren lassen will. Dazu ist auch, abweichend von dem 8-Stufen-Schema des EMDR, das Trauma nicht notwendigerweise zu schildern, es reicht, ihm eine Überschrift zu geben, die im Fall der Patientin „Todesangst“ lautete. Der Therapeut fordert die Patientin dann auf, an das Trauma zu denken, und zählt je nach gewählter Zeiteinheit rückwärts bis 0, dann wird die Patientin aufgefordert, tief einzuatmen und das Bild auszublenden. Es erfolgt die Reorientierung in der Gegenwart zum Stoppen der Dissoziation, die Verstärkung der Gegenwart und dann ein zweiter und danach im gleichen Muster ein dritter Durchgang der Konfrontation mit dem Trauma. Die Nachbesprechung zum Abschluss erfolgt dann wie bei einer EMDR-Sitzung. Mit dieser Übung gelang es der Patientin, sich in ersten Ansätzen mit dem Trauma im Sinne der Exposition auseinanderzusetzen, sie fasste Zutrauen in die Methode und den Therapeuten und erklärte sich schließlich bereit, in weiteren EMDR-Sitzungen das Trauma zu bearbeiten. Dies gelang immer besser, die Patientin gewann mit zunehmendem Selbsteffizienzerleben an Selbstwertgefühl. Die Schreckhaftigkeit nahm ab, positive Zukunftsvisionen ließen sich aufbauen, und zum Abschluss der Therapie berichtete die Patientin, dieses Ereignis in ihren Lebenslauf integriert zu haben. Anlässlich einer Beurlaubung zum Wochenende suchte sie allein mit dem Wagen die Unfallstelle auf und fuhr die Strecke einige Male in beide Richtungen. Sehr positiv gestimmt und bestärkt verließ sie schließlich die Klinik.

■ Psychodynamische Verfahren in der Traumatherapie

Die Auseinandersetzung mit psychischen Traumata in der Psychoanalyse und dem psychodynamischen Verfahren ist zeitlich lang, wechsellvoll und vielschichtig (Ermann, 1999). Der Schwerpunkt heutzutage liegt auf der Beschäftigung mit den Folgen von Typ-2-Traumata im Sinne der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung oder auch der traumaspezifischen Persönlichkeitsentwicklungen. Das Ziel der therapeutischen Bemühungen ist, die traumatischen Erfahrungen in die Persönlichkeitsorganisation und das gegenwärtige Leben zu integrieren. Die analytische Behandlungstechnik wurde dazu an die Aufgaben der Traumabehandlung adaptiert (Ermann, 2005). Die analytische Therapie muss dementsprechend traumaadaptiert arbeiten, um einer zu starken Regression entgegenzuwirken und um Übertragungsphänomene besser kanalisieren zu können, damit das innere Bild des Täters vom Patienten nicht auf den Behandler übertragen und die Behandlung wie eine Retraumatisierung erlebt wird.

Die Therapie soll daher die Autonomie und Selbstakzeptanz fördern. Dazu muss der Patient allerdings auch selbst über den Prozess der Behandlung mitbestimmen können. Er darf durch die Behandlung nicht erneut in einen Zustand der Hilflosigkeit geraten.

Sehr hilfreich sind Elemente der psychodynamischen Therapie auch in der stationären Traumatherapie von komplexen Traumafolgestörungen, bei denen die Bearbeitung der Schuld- und Schamproblematik das klinische Bild oft mitbestimmt. Dies gelingt im stationären Rahmen gut in der tiefenpsychologischen Gruppentherapie, an der alle Patienten einer Station teilnehmen und die aus diesem Grund einen festen Rahmen und Halt bietet. Die Patienten bauen untereinander viel Vertrauen auf, das auch die Beschäftigung mit stark belastenden Inhalten möglich macht. Im Gruppenrahmen und in begleitenden Einzelkontakten können die Therapeuten auch imaginative Techniken ergänzend zur Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse einsetzen. Insbesondere auf Reddemann (2004b) bzw. Keller (2007) geht diese Form der „psychodynamisch imaginativen Traumatherapie (PITT)“ zurück. Diese Methode versucht, im Patienten eine Distanzierung von den überwältigenden Erinnerungsbildern zu fördern, in dem verschiedenste imaginative Techniken eingesetzt werden, um sich „innere Gegenwelten“ zu den traumatischen Erfahrungen zu schaffen. Probate Übungen, die auch für die Stabilisierungsphase genutzt werden können, sind der Umgang mit „verletzten jüngeren Ich-Anteilen“, „inneren Helfern“ oder auch dem „sicheren Ort“.

■ Ablösung der Patienten und Weitervermittlung

Wie bereits erwähnt und auch aus der ersten Falldarstellung ersichtlich, ist die Behandlung einer komplexen Traumatisierung in aller Regel nicht mit einem einmaligen stationären Aufenthalt zu bewältigen. Umso wichtiger ist eine bereits nach der Diagnosestellung frühzeitig beginnende Suche nach einer geeigneten ambulanten Weiterbetreuung. Wir unterstützen Patienten z. B. aktiv dabei, aus dem stationären Aufenthalt heraus Vorgespräche bei ambulanten Therapeuten zu führen. Eine „Übergabe“ des Patienten, z. B. in Form eines telefonischen Kontaktes zwischen dem Bezugstherapeuten in der Klinik und dem ambulanten Therapeuten, stellt dabei nur eine Option im Sinne der Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten dar. Viele Patienten halten oft noch Jahre nach der Therapie mehr oder weniger intensiven Kontakt zu ihren Therapeuten aufrecht. Auf die vielfältigen Möglichkeiten der sozialtherapeutischen Unterstützung wurde bereits eingegangen.

■ Diskussion

Für die stationäre Traumatherapie lässt sich konstatieren, dass vielfältige Methoden und Zugangswege im stationären Setting miteinander verflochten werden, um die stark traumatisierten Patienten entsprechend den 3 Phasen der Traumatherapie zunächst zu stabilisieren, wobei hier insbesondere auch imagina-

tive Verfahren eingesetzt werden. Es folgt dann die Exposition mit dem Trauma im Rahmen verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen als Traumakonfrontation (Exposition) oder mittels des EMDR bzw. abgewandelter Techniken wie CIPOS oder Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) (Sturz, 2007; Smucker & Vetter, 1996). Psychodynamische Verfahren eignen sich insbesondere zur Aufarbeitung von Schuld- und Schamgefühlen im Nachgang zur Expositionstherapie oder auch zum Aufbau besonderer Ressourcen. Weitere flankierende Maßnahmen im stationären Rahmen zur Stützung des Patienten sind eine begleitende Psychopharmaka-Medikation und die individuelle Anregung des Patienten zum Ausdruck des Traumas und auch zur Entwicklung von Ressourcen durch ergotherapeutische, sport- und physiotherapeutische Maßnahmen, die kunsttherapeutische Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen und die Wiederherstellung der Körperakzeptanz durch Körperwahrnehmungsübungen und Körperpsychotherapie im Sinne der Heilung des Selbst. Hier sei noch einmal auf Butollo (1997) verwiesen, der als Heilung bzw. Rehabilitation nach Traumatisierung stets die Wiederherstellung der Antwortbereitschaft des Individuums als Ziel beschreibt. Sie soll auf der Basis einer neuen, das bisherige Selbst transzendierenden Integration des Traumas basieren. Dazu muss unabhängig von der therapeutischen Technik das Trauma im Therapieprozess gehalten werden, wobei die therapeutische Begegnung die wichtigste Bezugsebene darstellt. Die Integration der kognitiven, emotionalen und körperlichen Erinnerungsspuren erfolgt über die unterschiedlichen Zugangsweisen zum Trauma, die Körpertherapie kann dazu verhelfen, das Körperbild wieder einheitlicher und versöhnlicher zu gestalten.

■ Literatur

- Bass, A. & Davis, L. (2008). *Trotz alledem*. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung* (S. 102 ff.). Göttingen: Hogrefe.
- Boos, A. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung*. Göttingen, Hogrefe.
- Bronisch, T. (1997). *Posttraumatische Belastungsstörung*. *Psychotherapie*, 2, 9-14.
- Butollo, W. (1997). *Traumapsychologie und Traumapsychotherapie*. *Psychotherapie*, 2, 23-34.
- Butollo, W. (1998). *Trauma und Selbst-Antwort*. *Gestalttherapie*, Göttingen: Hogrefe
- Ermann, M. (1999). *Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin* (3. Aufl., S. 115-128). München: Kohlhammer.
- Ermann, M. (2005). *Trauma und Traumafolgen aus psychodynamischer Sicht*. *Psychotherapeut*, 50, 209-228.
- Fischer, G. (2002). *Neues Leben nach dem Trauma*. Konstanz: Vesalius.
- Hofmann, A. (2006). *EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Horowitz, M.D. (1986). *Stress-Response-Syndrome* (2nd ed.). New York: Jason Aronson.

- Keller, R. (2007). Imaginative Verfahren. In U. Fromberger & R. Keller (Hrsg.), Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutpsychosomatik und Psychiatrie (S. 89-91). Lengerich: Pabst.
- Klups, K. & Sachsse, U. (2005). Traumatisierte auf Station. In U. Sachsse (Hrsg.), Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis (S. 359-371). Stuttgart: Schattauer.
- Knipe, J. (2007). CIPOS-Kurzversion nach Jim Knipe. In F. Shapiro & A. Hofmann (Hrsg.), EMDR-Fortgeschrittenenseminar, Manual 45.
- Melbeck, H.-H. (2007). Kriterien für eine stationäre Traumatherapie. In U. Fromberger & R. Keller (Hrsg.), Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutpsychosomatik und Psychiatrie (S. 23-27). Lengerich: Pabst.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie, 18, 109-118.
- Osen, B. & Zöllner, T. (2007). Traumafokussierte Gruppentherapie für sexuell traumatisierte Frauen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55 (2), 111-122.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004a). Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Seelische Kräfte entwickeln und fördern (2. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Reddemann, L. (2004b). Psychodynamische Imaginative Traumatherapie (PITT) – das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Clotta.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). Traumazentrierte Psychotherapie. Teil 1: Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie (S. 113-147). Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schneider, J. & Sack, M. (2000). Die Debatte um das „False Memory Syndrome“. Psychotherapie, 5, 154-167.
- Shapiro, F. & Forrest, M.S. (2007). EMDR in Aktion Die Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann: Paderborn.
- Smucker, M.R. & Vetter, S. (1996). Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT). Therapiemanual zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTST) nach sexuellem Missbrauch. Zürich: Vetter Druck.
- Sturz, K. (2007). Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT). In U. Fromberger & R. Keller (Hrsg.), Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutpsychosomatik und Psychiatrie (S. 92-98). Lengerich: Pabst.
- Tagay, S., Schlegl, S. & Senf, W. (2010). Traumatic events, post-traumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. European Eating Disorders Review, 18(2), 124-132.
- van der Hart, O. & Steele, K. Boon, S. Brown, P.(1993): The Treatment of Traumatic Memories: synthesis, realization, and integration. Dissociation, 6, 162-180
- Wise, K. (2002). Klinische Erfahrungen mit einem Gruppentherapieprogramm für sexuell missbrauchte und traumatisierte Patientinnen. Verhaltenstherapie, 12, 133-142.
- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: University Press.
- Wolpe, J. (1990). The practise of behavior therapy. New York, Pergamon.

■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Christian Ehrig
Schön-Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
cehrig@schoen-kliniken.de

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt
Knickenberg.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de