

Stabilisieren versus Konfrontieren

Thomas Maier

Verschiedene Therapieverfahren werden für die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung empfohlen. Leitlinien und Evidenz geben Hinweise für die Wahl des geeigneten Vorgehens. Doch was hilft wirklich?

Um Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung wirksam behandeln zu können, ist zunächst eine korrekte Diagnose wichtig. Da Begriffe wie «Trauma», «Traumafolgestörung» und «posttraumatische Belastungsstörung» inflationär und manchmal auch ungenau verwendet werden, ist es notwendig, die Patienten genau zu untersuchen und mit ihnen die Diagnose zu besprechen. Belastende Lebensereignisse gehören zum Leben aller Menschen. Ob ein Ereignis für jemanden eine traumatische Qualität hat oder nicht, hängt von zahlreichen Faktoren ab: individuelle Lebenserfahrung, frühere Traumata, Vulnerabilität, Resilienz, genetische Disposition, soziale Lebensumstände, Art des Ereignisses, somatische Verletzungen, objektive Verluste sowie konkrete Umstände der peri- und posttraumatischen Situation.

Peritraumatische Dissoziation

Kernelement des Traumas ist das Erleben der Ohnmacht, der Hilflosigkeit, des unabwendbaren Schicksals (z.B. des drohenden Todes). Im Englischen wird der Begriff «mental defeat» verwendet, um diesen Moment des Sichaufgebens zu bezeichnen. Eine als so bedrohlich wahrgenommene Situation ist nur auszuhalten, indem – zumindest zeitweise – eine Spaltung von Denken und Fühlen eintritt und der Betroffene sich so aus der realen Situation ausklinken kann. Diese peritraumatische Dissoziation – zunächst also ein Mechanismus zur Sicherung des Überlebens – ist der Anknüpfungspunkt für spätere Symptome. Die markantesten Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung sind jene, die unter dem Begriff Wiedererleben zusammengefasst werden: Intrusionen, Flashbacks, Alpträume. Das repetitive und intrusive Wiedererleben der traumatischen Situation kann aufgefasst werden als Versuch, jene Momente der traumatischen Situation zu verarbeiten und geordnet im Gedächtnis abzulegen, die aufgrund der peritraumatischen Dissoziation nur fragmentiert und unvollständig erinnert werden.

Traumatisierte Menschen leiden aber zumeist nicht nur an diesem Wiedererleben und der daran anknüpfenden Übererregung und dem Vermeidungsverhalten. Sehr oft kommen depressive Symptome, Angst, somatoforme Schmerzen, Substanzabhängigkeit und verschiedenste weitere psychopathologische Phäno-

Kernelement des Traumas ist das Erleben der Ohnmacht, der Hilflosigkeit, des unabwendbaren Schicksals.

mene hinzu. Auch interaktionelle Probleme aufgrund der erhöhten Reizbarkeit, Lernschwierigkeiten aufgrund von Konzentrationsstörungen oder Sinnkrisen und moralische Dilemmata («moral injury») verursachen Leiden bei Betroffenen und Angehörigen. Heute werden auch einige der Persönlichkeitsstörungen (vor allem des Cluster B) zu den Traumafolgestörungen im engeren Sinne gerechnet. In der Tat sind bei fast allen Patienten mit chronischen oder rezidivierenden Störungen aus dem Formenkreis Angst, Depression, somatoforme Störungen, Sucht und Persönlichkeitsstörungen in der Biographie traumatische Erfahrungen zu finden. Zu berücksichtigen ist, dass in Abhängigkeit von der Entwicklungsphase, in welchem ein Individuum potenziell traumatischen Einflüssen ausgesetzt ist, auch ohne spektakuläre äussere Ereignisse schwerwiegende psychische Traumafolgen eintreten können. In der Kindheit sind es in erster Linie Bindungstraumata, also Abbrüche von wichtigen Bindungen, die traumatische Qualität haben können.

Traumatisierung und Opferidentität

Nicht alle Patienten, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung oder an einer sonstigen Traumafolgestörung leiden, akzeptieren ohne weiteres den Stempel «Trauma» für sich. In der Tat ist ein Trauma weniger eine objektive Tatsache, die es festzustellen

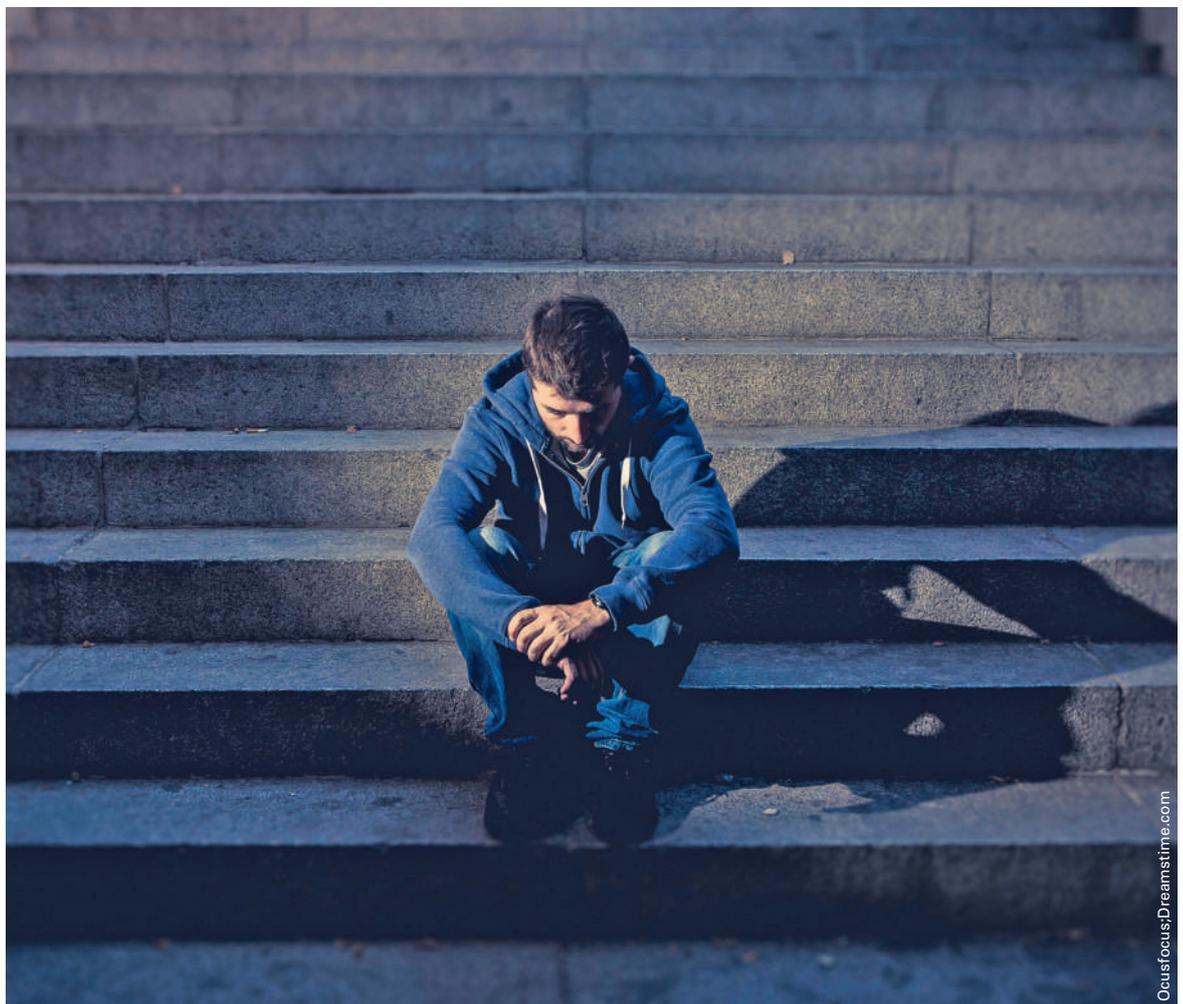
oder zu widerlegen gilt, als vielmehr ein Erklärungsmodell für verschiedene Leidenszustände. Trauma ist vor allem deshalb ein erfolgreiches und beliebtes Erklärungsmodell geworden, weil es eine direkte kausale Zuordnung der Ursache ermöglicht. Gerade

Was bedeutet «Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma» oder «Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente»?

bei psychischen Beschwerden ist die Suche nach dem Grund, der Ursache, der Erklärung oftmals ein dringendes Bedürfnis von Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden. Die Zuschreibung psychischer Symptome an ein äusseres Ereignis ermöglicht eine Distanznahme, eine Externalisierung und befreit vom Verdacht eines eigenen Verschuldens. Andererseits bildet die Zuerkennung der Diagnose «Trauma» meist nicht die volle Komplexität einer Erfahrung ab und

nicht allen Patienten ist es geheuer, sich als Opfer äusserer Umstände zu sehen. Gerade Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl spüren intuitiv, dass die Identifikation mit der Opferrolle auch eine Sackgasse sein kann und dass sie ihre Geschichte lieber aus der Perspektive des handelnden Subjekts interpretieren wollen.

Therapeuten sollen daher bei traumatisierten Patienten das Konzept «Trauma» stets als Vorschlag für ein gemeinsames Erklärungsmodell einführen und nicht als feststehende Wahrheit. Nur wenn Patient und Therapeut sich über die Natur des Problems einigen können, ist eine sinnvolle Behandlung möglich. Oft leiden Traumatisierte primär an Schwierigkeiten in ihrer objektiven, aktuellen Lebensrealität und sehen frühere traumatische Erfahrungen zunächst als nachgeordnete Probleme an. Unsicherer Aufenthaltsstatus, Armut, körperliche Traumafolgen, soziale Isolation, fehlende Unterstützung von Familienangehörigen, Straflosigkeit der Täter sind manchmal Themen, die im Erleben der Pati-



enten viel mehr Gewicht haben, als die traumatischen Erfahrungen selbst. Gerade aus psychotraumatologischer Sicht ist das Herstellen von Sicherheit, wozu auch die soziale, ökonomische und rechtliche Sicherheit gehört, Voraussetzung, um überhaupt eine spezifische, traumafokussierte Therapie beginnen zu können.

Stabilisieren versus Konfrontieren?

Auch in der S3-Behandlungsleitlinie für PTSD der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie [1] werden diese Punkte berücksichtigt. So wird in der Empfehlung 5 auf die beeinträchtigte Affekt- und Impulskontrolle vieler Patienten hingewiesen, welche eine genaue Abklärung erfordere sowie eine individuell abgestimmte Therapieplanung und vorgängige Stabilisierung. Hier scheint bereits die grosse Kontroverse zum Thema Stabilisieren vs. Konfrontieren auf, die in den letzten Jahren Teile der Fachwelt in Aufwallung versetzte. Während die einen eher die Ich-Stärkung und die Ressourcenaktivierung durch Stabilisierung in den Vordergrund stellen und auf diesem Weg Patienten zur Traumabewältigung verhelfen wollen [2], sehen andere darin gerade ein kollusives Vermeidungsverhalten und lassen alleine konfrontative, traumafokussierte Therapieverfahren als Königsweg zur Remission gelten [3]. Wie meist, ist die richtige Antwort vermutlich «es kommt drauf an».

Ohne Zweifel ist die therapeutisch geführte Konfrontation des Patienten mit der Erinnerung an das auslösende Trauma mit dem Ziel einer Integration der dissoziierten Erinnerungsfragmente ein evidenzbasierter Standard, an dem sich alle therapeutischen Verfahren orientieren sollen. Wie meist, sind auch im Bereich der PTSD-Therapie manualisierte verhaltenstherapeutische Verfahren am besten erforscht und weisen hohe Effektstärken aus. Dass diese Verfahren in der Regel an unkomplizierten Patienten mit wenig Komorbidität, erhaltener sozialer Integration und guten Sprachkenntnissen erprobt wurden, schmälert andererseits deren externe Validität. Traumatherapeuten können daher in der Regel manualisierte Verfahren nicht *tel-quel* umsetzen, sondern müssen ihr Vorgehen in die eine oder andere Richtung an die konkrete Situation ihres Patienten adaptieren. Das räumen auch die S3-Leitlinien ein (Empfehlung 11, [1]).

Was bedeutet «Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma» (Empfehlung 8 der S3-Leitlinie) oder «Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente» (Empfehlung 9

der S3-Leitlinie)? Quelle der quälenden Intrusionen, der anhaltenden Übererregung sowie des resultierenden Vermeidungsverhaltens sind die nicht integrierten Erinnerungen, die in den Phasen der peritraumatischen Dissoziation nicht ordnungsgemäss im biographischen Gedächtnis abgelegt wurden. Stattdessen spuken sie als isolierte Erinnerungsfragmente ohne Bezug zu anderen psychischen Inhalten durch das Bewusstsein des traumatisierten Menschen. Durch Triggerreize werden sie aktiviert und reaktivieren überfallsartig Angst und Schrecken der traumatischen Situation. Diese unverbundenen Fragmente müssen mit den übrigen Gedanken und biographischen Erinnerungen verknüpft und in reguläre Gedächtnisinhalte transformiert werden. Zu diesem Zweck muss der Patient die traumatische Si-

Die Therapie von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung ist ein dankbares Feld.

tuation sowohl in allen Details als auch im weiteren Kontext minutiös rekonstruieren. Dies kann auf verschiedene Weise, in unterschiedlichem Tempo geschehen. Die Therapeutin muss dem Patienten zuvor genau erklären, was warum und wie gemacht werden soll. Erst nach genauer Erklärung des therapeutischen Rationale ist es möglich, mit einem Patienten diese Art der Traumakonfrontation durchzuführen. Je nach Manual werden die Akzente beim Vorgehen etwas unterschiedlich gelegt.

Exposition, Narration und Übertragung

Als Goldstandard für die Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung gilt manchen das Verfahren *Prolonged Exposure* (PE) der amerikanischen Verhaltenstherapeutin und Psychotherapieforscherin Edna B. Foa [4]. Foa insistiert auf einer minutiösen In-sensu-Exposition durch möglichst intensives und anhaltendes Wiedererinnern. Der Therapeut soll den Patienten so nahe wie möglich und so intensiv wie möglich in die traumatische Situation zurückführen, natürlich ohne, dass es dabei zu Dissoziationen kommt. Ziel ist eine Habituation der aufkommenden Emotionen durch die wiederholte und anhaltende Exposition. Eine ähnlich intensive Exposition ist Bestandteil der zunächst etwas eigenartig wirkenden, aber erfolgreichen und verbreiteten Methode *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) der amerikanischen Psychologin Francine Shapiro [5]. Bei EMDR vollführen Patienten vom Therapeuten angeleitete horizontale Augenbewegungen, die als Übungen zwischen In-sensu-Expositio-

nen eingestreut werden. Die Wirkungsweise der Augenbewegungen ist ungeklärt und die gegebenen neurophysiologischen Erklärungen sind rein hypothetisch. Vermutlich wegen der sehr strukturierten und intensiven Exposition weist EMDR ähnlich gute Ergebnisse aus wie verhaltenstherapeutische Verfahren in der Art von *Prolonged Exposure*.

Sehr gut erforscht ist auch die neuere Methode der *Narrative Exposure Therapy* (NET), die sich ausdrücklich auch für Patienten ausserhalb akademischer Laborverhältnisse als wirksam erweist [6]. NET basiert auf einer eher tangentialen Exposition durch das Erzählenlassen des Traumas durch den Patienten. Ziel dieses Erzählens ist weniger eine kathartische Abreaktion oder eine Habituation der Angst durch intensives Nachbohren des Therapeuten, sondern eher das Zeugnis-Ablegen. Der Bericht des Patienten wird vom Therapeuten schriftlich aufgezeichnet und anschliessend dem Patienten abgegeben. Das Trauma bekommt so eine gestaltete Form, wird zur erzählten Geschichte und verliert die unheimliche Macht als verschwiegenes Geheimnis. NET kann auch in Kriegs- und Katastrophensituationen durch ausgebildete Laien angewendet werden und ermöglicht so die rasche Behandlung einer grösseren Anzahl von Traumaopfern.

Mehr mit dem Problem der Sinnggebung und der lebensgeschichtlichen Einordnung von traumatischen Erfahrungen befasst sich auch die Methode der *Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD* (BEPP) [7]. Das Manual wurde vom niederländischen Psychiater und Traumaforscher Berthold P.R. Gersons entwickelt und fokussiert nach einem initialen Expositionsteil auf die sinnhafte Einordnung des Geschehenen in die Biographie. Mittels eines Abschlussrituals wird die 20-stündige Kurztherapie abgeschlossen und damit das Trauma auch symbolisch hinter sich gelassen.

Wenn man sich in der Therapie von PTSD-Patienten nicht nur auf die Wiedererlebenssymptome konzentriert, sondern die posttraumatische Symptomatik als Ausdruck einer erworbenen Ich-Schwäche mit Störungen der Affekt- und Impulskontrolle sowie unreifen Abwehrmechanismen wie Spaltung auffasst, stösst man zwangsläufig auf weitere therapeutische Methoden. Um Spaltung als pathologisches Muster im psychischen Funktionieren von Traumatisierten zu identifizieren und aufzulösen, sind Mittel der strukturbezogenen Psychotherapie hilfreich, wie sie

Rudolf entwickelt hat [8]. Die Übertragung und die Beachtung der Reinszenierung von traumatischen Situationen durch den Patienten in der Therapie sind wichtige Aspekte, die vom Therapeuten genutzt werden können. Gerade die aktiven Vorgehensweisen, die von Traumatherapeuten bei konfrontativen Methoden gewählt werden, beinhalten die Möglichkeit der Wiederholung von Rollenverteilungen, die für traumatische Situationen charakteristisch sind. Daher müssen Traumatherapeuten auch bei Anwendung manualgestützter, evidenzbasierter Interventionen immer den Blick auf das Übertragungsgeschehen behalten und nötigenfalls das Vorgehen auf die individuelle Situation des Patienten adaptieren.

Fazit für die Praxis

Die Therapie von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung ist ein dankbares Feld, da durch gezielte Interventionen meist eine gute Kontrolle der Primärsymptome erreicht werden kann. Die Integration abgespaltener Erinnerungsfragmente in das normale biographische Gedächtnis ist das Ziel psychotherapeutischer Interventionen.

Da individuelle Merkmale sowie das subjektive Krankheitsmodell des Patienten eine wichtige Rolle spielen, ist das konkrete Vorgehen stets auf den einzelnen Patienten abzustimmen.

Literatur

- 1 Flatten G, et al. S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie). Trauma & Gewalt. 2011;3:202-210; online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010k_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf
- 2 Reddemann L. Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual. 6. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta; 2011.
- 3 Neuner F. Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie. 2008;18:109–118.
- 4 Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Handbuch der prolongierten Exposition: Basiskonzepte und ihre Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten. Lichtenau: G. P. Probst; 2014.
- 5 Shapiro F. EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann; 2012.
- 6 Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. Göttingen: Hogrefe; 2011
- 7 Gersons BPR, Schnyder U. Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. Eur J Psychotraumatol. 2013; 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21369
- 8 Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer; 2009.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Maier
Zurcherstrasse 30
9501 Wil
thomas.maier[at]
gd-kpdw.sg.ch