

Traumaspesifische Behandlungstechniken

Wolfgang Wöller

Zusammenfassung

Traumaspesifische Behandlungstechniken verfolgen das Ziel, die traumatische Stress- und Symptombelastung zu reduzieren und die Dissoziation traumatischer Erinnerungen aufzuheben. Es können Techniken der traumaspezifischen Stabilisierung und Techniken der Traumabearbeitung zur Anwendung kommen. Zur Reduktion der traumaassoziierten Symptomatik, zur Verbesserung der Fähigkeit zur Emotionsregulierung und zur Distanzierung von traumatischem Erleben sind traumaspezifische Stabilisierungstechniken von großer Bedeutung. Diese umfassen Techniken der Aufmerksamkeitsumfokussierung, imaginative Distanzierungstechniken und ressourcenaktivierende Techniken. Eine Integration der dissoziierten traumatischen Erinnerungen in den biografischen Kontext der Lebensgeschichte erfordert den Einsatz traumabearbeitender (traumakonfrontativer) Verfahren. Verfahren mit gesicherter Wirksamkeit sind EMDR und kognitiv-behaviorale Expositionsverfahren. Ein traumakonfrontatives Vorgehen ist an strikte Indikationskriterien gebunden. Äußere Sicherheit, psychische Stabilität und eine gestärkte Fähigkeit zur Emotionsregulierung sind unverzichtbare Voraussetzungen.

Schlüsselwörter

Psychotrauma, Traumafolgestörungen, Emotionsregulierung, Affektregulation, Borderline-Persönlichkeitsstörung

Grundsätze und Indikationskriterien

Moderne traumatherapeutische Ansätze umfassen traumaorientierte Stabilisierungstechniken und Techniken der Traumabearbeitung. Traumaorientierte Stabilisierungstechniken dienen der Symptomkontrolle, der Distanzierung von traumatischem Erleben und der Verbesserung der Emotionsregulierung. Bei der Traumabearbeitung soll durch erneute Konfrontation mit dem traumatischen Material eine Traumasynthese erreicht werden. Die Dissoziation dieser Erinnerungen soll aufgehoben und die sensorischen, visuellen, verhaltensmäßigen, motorischen, affektiven und kognitiven Fragmente des traumatischen Materials dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden.

Nach neuerer Auffassung kann eine effektive Traumabearbeitung durchaus schonend und ohne schwere emotionale Abreaktionen durchgeführt werden (Reddemann 2004). Für die Anwendung traumabearbeitender Verfahren müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein (Flatten et al. 2004):

- Ohne äußere Sicherheit ist traumaaufdeckendes Vorgehen nicht nur ineffektiv, sondern potenziell gefährlich. Anhaltender Täterkontakt stellt eine Kontraindikation für ein traumabearbeitendes Vorgehen dar.
- Es dürfen keine schweren symptomatischen Dekompensationen oder behandlungsbedürftige psychiatrische Krankheiten (depressive Störungen, Suchterkrankungen) bestehen.
- Traumaspesifische Techniken der Emotionskontrolle müssen beherrscht werden.

- Das Arbeitsbündnis muss verlässlich sein.

Solange diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, sollte auf die Anwendung traumabearbeitender Verfahren verzichtet werden, um iatrogene Schädigungen zu vermeiden. Besondere Vorsicht ist bei Patienten mit ausgeprägter negativer dissoziativer Symptomatik – Amnesien, Depersonalisierung – geboten wegen der Gefahr der Durchbrechung der dissoziativen Barriere mit unkontrollierbarer Überflutung durch traumatisches Material. Bei diesen Patienten ist oft eine längere Phase der Vorbereitung mit ausgiebiger Ressourcenaktivierung und integrativer Arbeit notwendig.

Nicht bei allen Patienten mit der Symptomatik einer Traumafolgerkrankung ist ein traumabearbeitendes Vorgehen möglich oder sinnvoll. Nicht selten drängen Patienten auf eine rasche Traumabearbeitung, ohne dafür hinreichend stabil zu sein. Ihnen sollte erläutert werden, dass eine umfassende traumaspezifische Stabilisierung einer risikoreichen Traumabearbeitung vorzuziehen ist.

Traumaorientierte Stabilisierungstechniken

Vor allem bei komplexen Traumafolgerkrankungen im Folge von Kindheits-traumatisierungen haben Maßnahmen **traumaspezifischer Stabilisierung** eine herausragende Bedeutung. Die Strategien umfassen Techniken der Aufmerksamkeitsumfokussierung, die gezielte Anwendung imaginativer Distanzierungstechniken und die Nutzung ressourcenaktivierender Techniken. Die Erfahrung

zeigt, dass Patienten die einzelnen Techniken in unterschiedlichem Maße nutzen können. Da die meisten traumatisierten Patienten einzelne Techniken in der Vergangenheit bereits erfolgreich – wenn gleich unsystematisch und nicht mit der ausreichenden Konsequenz – praktiziert haben, empfiehlt sich stets eine Exploration der bereits intuitiv angewandten Strategien und ein gezielter Ausbau dieser Fähigkeiten.

Techniken der **Aufmerksamkeitsumfokussierung** lenken die Aufmerksamkeit weg vom traumatischen inneren Erleben auf Stimuli der äußeren Realität. Die gezielte Konzentration der Aufmerksamkeit auf emotional neutrale oder positive Aktivitäten oder auf Körperempfindungen kann eine Distanzierung von traumatischem Erleben und eine Reduktion der Stressbelastung bewirken. Zur Reorientierung und Kupierung dissoziativer Zustände hat sich die Applikation starker Sinnesreize bewährt. Beispiele sind: einen Igelball oder einen Eiswürfel in die Hand nehmen, laute Musik hören oder das Riechen geruchsintensiver Stoffe.

Imaginative Distanzierungstechniken sind gut geeignet, um eine Verringerung des traumatischen Affekts und ein besseres Gefühl von Kontrolle und Sicherheit zu erreichen. Durch die gezielte Aktivierung nur guter innerer Bilder kann eine Deaktivierung von Traumanetzwerken und eine Aktivierung positiver Netzwerke erreicht werden. Imaginationen sind zentraler Bestandteil der psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (PITT) von Reddemann (2004) und der traumazentrierten Psychotherapie von Sachsse (2004).

Besondere praktische Bedeutung hat die sog. **„Container“-Technik (oder „Tresor-Technik“)** erlangt. Die Patienten werden gebeten, einen Container (oder einen Tresor) zu imaginieren und sich vorzustellen, wie sie das bedrängende negative Material – intrusive Erinnerungsbilder, negative Affekte, negative Körperempfindungen – in ihn hineinlegen. Anschließend soll der Container gut verschlossen werden. Dabei kann die Vorstellung helfen, das intrusive Bild sei als Fotografie abgebildet oder die erinnerten Worte negativen Inhalts seien auf einem Tonträger gespeichert. Die Patientinnen sollen das Weggepackte so lange in dem Container (Tresor) belassen, bis eine therapeutische Auseinandersetzung damit angezeigt erscheint. Unter Umständen kann es sinn-

voll sein, den Container (Tresor) nie wieder zu öffnen.

Eine weitere bewährte imaginative Distanzierungstechnik ist die **Übung des „sicheren Ortes“**. Hierbei werden die Patienten gebeten, sich einen sicheren und schützenden Ort vorzustellen, den sie entweder real kennen oder mithilfe ihrer Fantasie erschaffen. Im Dialog mit den Patienten werden so lange Veränderungen vorgenommen, bis der Ort ein umfassendes Gefühl von Sicherheit, Schutz und Wohlbefinden vermittelt.

Das Prinzip der **Ressourcenaktivierung** bei traumatisierten Patienten macht sich die Erkenntnis zunutze, dass positive Emotionen in der Lage sind, die Auswirkungen negativer Emotionen zu verringern. Da sich Ressourcennetzwerke erfolgreich mittels Imagination aktivieren lassen, kann die Aktivierung von Erinnerungen an positive Lebensereignisse und persönliche Erfolge ebenso als Ressource genutzt werden wie die Erinnerungen an positive und unterstützende Beziehungen und Rollenvorbilder. Um positive Gefühlszustände zu evozieren, werden die Patienten aufgefordert, sich die Situationen, in der die Ressource zur Verfügung gestanden hat, mit größtmöglicher Lebendigkeit vorzustellen. Für die Frage, welche Erinnerungen als Ressourcen geeignet sind, ist der subjektive Grad des Wohlbefindens entscheidend, der eintritt, wenn die Ressource aktiviert wird.

Als besonders ressourcenaktivierend wird die **Imagination der „inneren Helfer“** geschätzt. Bei dieser Übung werden die Patienten aufgefordert, in der Fantasie nach einem guten und hilfreichen Wesen zu suchen. Dies können gute Wesen aller Art – Tiere, Schutzengel usw. – sein, die zu jeder Zeit Schutz, Hilfe, Rat und Trost spenden können. „Innere Helfer“ sollten nach Möglichkeit nicht reale menschliche Wesen sein, da keine menschliche Beziehung frei von Ambivalenz ist.

Hilfreich ist auch die **Lichtstrom-Übung**, bei der die Patienten gebeten werden, sich vorzustellen, wie heilsames Licht – das z.B. von einem imaginierten heilsamen Stern ausgeht und eine bestimmte „heilsame“ Temperatur und Farbe hat – in ihren Körper einflutet und sich dort ausbreitet. Die Patienten sollen das Licht besonders in diejenigen Körperregionen lenken, in denen sie die negativen Empfindungen, Schmerzen oder Verspannungen wahrnehmen, und spüren, wie das

heilsame Licht die negativen Empfindungen auflöst.

Bei der **„Baumübung“** werden die Patienten gebeten, eine innere baumbestandene Landschaft zu imaginieren und zu einem Baum Kontakt aufzunehmen. Sie sollen sich vorstellen, wie sie für einige Zeit mit diesem Baum verschmelzen und die Wurzeln, den Stamm und die Äste spüren. Auf diese Weise können sie aus dem Baum seelische Nahrung und Kraft gewinnen (Reddemann 2001).

Behandlungstechniken zur direkten Traumabearbeitung

Die Methode des **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro 1998, Hofmann 2005)** ist ein wirksames Verfahren zur Behandlung der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung und ihrer Teilsymptome. Die Methode beruht auf der gedanklichen Fokussierung traumatischer Erinnerungen bei gleichzeitiger Applikation bilateraler Stimulationen. Diese können in seitenalternierenden Augenbewegungen oder auch in seitenalternierenden akustischen oder taktilen Stimulationen bestehen. Der genaue Wirkmechanismus des EMDR ist bisher unbekannt.

Das Standardprotokoll des EMDR sieht folgendes Vorgehen vor:

Nach Phasen der Diagnostik und der Stabilisierung werden die Patienten gebeten, aus einer traumatischen Erinnerung dasjenige Bild auszuwählen, das die traumatische Erfahrung am besten repräsentiert. Anschließend wird die wichtigste mit der traumatischen Szene verbundene negative Überzeugung über die eigene Person und die dazu passende entgegengesetzte positive Kognition erfragt, außerdem das durch die traumatische Erinnerung ausgelöste Körpergefühl. Das Prozessieren der traumatischen Szene erfolgt nun mit Sets von 20 bis 30 seitenalternierenden Augenbewegungen oder anderen bilateralen Stimulationen. Bei erfolgreichem Prozessieren wird eine Reduktion der subjektiven Belastung durch die traumatische Erinnerung berichtet. Gleichzeitig nimmt der subjektive Wahrheitsgehalt der positiven Kognition zu. Abschließend wird die positive Kognition mit wenigen langsamen Augenbewegungen verankert.

Fazit

Die traumaspezifischen Verfahren haben die Behandlung der Traumafolgestörungen in entscheidender Weise bereichert. Besonders bei posttraumatischen Belastungsstörungen nach Traumatisierungen im Erwachsenenalter mit prämorbid weitgehend ungestörter Persönlichkeitsentwicklung lässt sich durch den Einsatz traumabearbeitender Verfahren in wenigen Sitzungen eine hoch effektive Symptomreduktion erreichen. Je ausgeprägter die Störungen der Emotionsregulierung sind und je instabiler die Persönlichkeit organisiert ist, desto mehr Gewicht erhalten die traumaspezifischen Stabilisierungstechniken.

Liegen zusätzlich schwere traumabedingte Persönlichkeitsveränderungen und/oder Störungen der interpersonellen Beziehungsregulierung vor, wie das bei schweren Persönlichkeitsstörungen, namentlich der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Fall ist, ist die symptomatische Stabilisierung durch zahlreiche andere therapeutische Interventionen zu ergänzen: die differenzierende Arbeit an traumatischen Affekten, die Stärkung der Fähigkeit zu Mentalisierung und Selbstreflexion, die Modifikation negativer Überzeugungen und die Arbeit an maladaptiven Kommunikationsstilen und Beziehungsmustern (Wöller 2006). Spezielle therapeutische Techniken sollen bei strukturellen Dissoziationen der Persönlichkeit zur Anwendung kommen (Mattheß u. Nijenhuis 2006).

Während als Verfahren zur Traumabearbeitung das EMDR und die kognitiv-behaviorale Konfrontationsbehandlung durch eine Vielzahl kontrollierter Studien klar in ihrer Wirksamkeit belegt sind, bedürfen die traumaspezifischen Stabilisierungsverfahren – trotz breiter klinischer Evidenz – noch weiterer empirischer Untersuchungen mit dem Ziel des Nachweises ihrer Wirksamkeit.

Die Dauer einer EMDR-Behandlung hängt von der Anzahl und Schwere der Traumatisierungen ab. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Monotraumen bei ungestörter prätraumatischer Persönlichkeit lassen sich in wenigen Sitzungen erfolgreich behandeln. Bei Patienten mit komplexen Trau-

mafolgestörungen ist EMDR in einen umfassenden Behandlungsplan einzubinden. Bei Patienten mit dissoziativen Störungen und/oder schweren Persönlichkeitsstörungen ist die Indikation für eine EMDR-Behandlung besonders kritisch zu prüfen. Wegen der Eigengesetzlichkeit der unter EMDR ablaufenden informationsverarbeitenden Prozesse besteht bei unsachgemäßer Anwendung immer die Gefahr einer therapeutisch induzierten Retraumatisierung. Im Einzelfalle sind Modifikationen des Standardprotokolls zu erwägen (Wöller 2003).

Als Alternative zu EMDR kommt das ebenfalls in seiner Wirksamkeit belegte **kognitiv-behaviorale Verfahren der prolongierten Exposition** in Betracht (Rothbaum u. Foa 1997). Bei diesem Verfahren erfolgt die Konfrontation mit dem traumatischen Material so lange, bis eine Habituation einsetzt. Es wird in der Regel in Kombination mit Entspannungsübungen, kognitiven Verfahren und psychoedukativen Elementen durchgeführt (ausführliche Darstellung siehe den Beitrag von Boos in diesem Heft).

Als weitere Alternative ist die **hypnotherapeutische Bildschirm (Screen)-Technik** zu nennen. Bei diesem Vorgehen wird das traumatische Ereignis „wie ein alter Film“ betrachtet. In wiederholten Durchgängen können mithilfe einer imaginären Fernbedienung Größe, Farbe und Schärfe des Films so angepasst werden, dass es nicht zu einer Überflutung mit traumatischen Affekten kommt. Die Durchgänge werden so oft wiederholt, bis die Stressbelastung deutlich zurückgegangen ist (Reddemann u. Sachsse 1998). Als traumabearbeitendes Verfahren ist die Bildschirm-Technik weniger effektiv als EMDR, jedoch besser steuerbar und daher zum „Einstieg“ in die Traumaverarbeitung bei labiler Emotionsregulierung oder dissoziativer Komorbidität zu empfehlen.

Zum Autor

Wolfgang Wöller

Priv.-Doz. Dr. med., Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, EMDR-Therapeut. Dozent an der



Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Lehranalytiker und Dozent am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf sowie an der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie. Leitender Abteilungsarzt an der Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bad Honnef.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller
Rhein-Klinik
Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Luisenstraße 3
53604 Bad Honnef

Literatur

- 1 Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold E (Hrsg). Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie der AWMF und Quellentext. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer, 2004
- 2 Hofmann A. EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2005
- 3 Mattheß H, Nijenhuis E. Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? Therapeutische Möglichkeiten bei schwerer dissoziativer Persönlichkeitsdesintegration. In: Wöller W: Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer, 2006: 465 – 482
- 4 Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001
- 5 Reddemann L. Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2004
- 6 Reddemann L, Sachsse U. Traumazentrierte Psychotherapie. Teil 2: Traumaexposition. Persönlichkeitsstörungen. PTT 1998; 3: 77 – 87
- 7 Rothbaum BO, Foa EB. Kognitive Verhaltenstherapie für posttraumatische Belastungsstörungen. Formen und Wirksamkeit. In: Maercker A (Hrsg): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Heidelberg, New York: Springer, 1997: 103 – 121
- 8 Sachsse U. Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 2004
- 9 Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Paderborn: Junfermann, 1998
- 10 Wöller W. EMDR in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychotraumatol Psychol Med 2003; 1: 73 – 78
- 11 Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer, 2006