

Geleitwort

In dem vorliegenden Band werden neuere klinische und empirische Ergebnisse der Arbeit mit der Katathym-imaginativen Psychotherapie (KiP) vorgestellt und theoretische Positionen erörtert. Im Mittelpunkt stehen einerseits die Nutzung dieser Methode zur Behandlung von psychischen Traumen und andererseits die Weiterentwicklung analytisch-assoziativer Ansätze in der KiP.

Im Grunde stellen die hier zusammengefassten Beiträge damit nicht nur die konsequente Weiterführung des von Leuner vor fast 50 Jahren entworfenen Therapiekonzeptes mit Tagträumen einschließlich entsprechender Bezüge zu anderen analytisch orientierten Verhaltensweisen im internationalen Raum dar, sondern sie spiegeln auch zu einem guten Teil die Geschichte der KiP insbesondere in Deutschland nach der Wiedervereinigung in ihren vielfältigen Strömungen wider.

Insofern ist es mir ein besonderes Anliegen, den Herausgebern, mit denen sich neben einer langjährigen fachlichen Zusammenarbeit eine freundschaftliche Beziehung verbindet, dieses Geleitwort mit den besten Wünschen auf den Weg zu geben.

Möge dieses Werk seinerseits dazu beitragen, den kreativen Aspekt von Imaginationen bei therapeutischen Interventionen im tiefenpsychologisch-analytischen Ansatz zu fördern und schließlich der KiP mit den vorliegenden Forschungsergebnissen den ihr gebührenden Platz im Kreis moderner psychotherapeutischer Methoden zu sichern.

Halle, im Januar 2001

PROF. EM. DR. HEINZ HENNIG

Ehrenvorsitzender der Mitteldeutschen Gesellschaft für Katathymes Bilderleben e.V.

Vorwort der Herausgeber

Psychotraumatologie - ist dies die letzte psychotherapeutische Modeströmung des 20. Jahrhunderts oder im Gegenteil jenes Forschungsgebiet, das die Psychotherapie des 21. Jahrhunderts auf eine neue Basis stellen wird? Freud war bekanntlich mit seinem „Entwurf“ von 1895 mit dem Versuch gescheitert, der Psychologie eine neurologische Grundlage zu geben. Auch wenn er seinen Ehrgeiz aufgab, eine naturwissenschaftliche Psychologie zu begründen, behielt er diesen Wunsch doch bei, wie in seinem posthumen Werk „Abriss der Psychoanalyse“ nachzulesen ist.

1897 hatte er sich ebenfalls von der ätiologischen Idee distanziert, dass der kindliche sexuelle Missbrauch eine allgemeine Erklärung für die Entstehung von Neurosen sein könne. Damit war sein Weg frei, dem Intrapysichischen eine hohe Bedeutsamkeit zuzuerkennen: Das 20. Jahrhundert wurde so auch eines der Psychoanalyse und der von ihr ausgehenden Psychotherapien. 100 Jahre später nun werden innerhalb des Forschungsgebietes der Psychotraumatologie auf der Grundlage heutiger neurobiologischer Erkenntnisse, aber auch neuer entwicklungspsychologischer Auffassungen viele dieser alten Fragen neu gestellt.

Hauptanliegen des Buches ist es daher, dieses gegenwärtig stark diskutierte Thema der Psychotraumatologie in seinen Bezügen zur katathym-imaginativen Psychotherapie zur Darstellung zu bringen. Dabei stützt es sich im Wesentlichen auf die Beiträge des Internationalen Symposiums „Kränkung und Krankheit. Katathym-imaginative Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen und Missbrauchstraumen“, das vom 30. Juni bis 2. Juli 2000 in Halle stattfand.

Dem genannten Anliegen entsprechend beginnt es mit einem umfangreichen Kapitel zu Grundlagen, Konzepten und therapeutischen Konsequenzen der Psychotraumatologie. Wenn die hirnpfysiologische Fixierung akuter Traumata inzwischen nahezu bewiesen ist (und die therapeutischen Erfolge von EMDR die Grundlagenforschung auf diesem Gebiet bestätigen), was bedeutet das für lange zurückliegende oder sogar in frühesten Lebensphasen erfolgte Traumatisierungen? Wenn bei akuter psychischer Traumatisierung die Speicher- und Verarbeitungsfunktionen im Gehirn geschädigt werden, sollte Gleiches nicht für das junge Gehirn gelten? Wenn das aber so ist, was bedeutet das für den Erwachsenen, der ja nicht nur offensichtlich „überlebt“, sondern teilweise durchaus beachtliche Lebensleistungen vorzuweisen hat? Kommen wir hier nicht doch mit dem tradierten Modell der klassischen Neurosentheorie aus, wonach nicht erfüllte frühe Bedürfnisse zu Abwehrformen führen, die den späteren Lebensweg sowohl schützen als auch einengen? Dass Defizite, nicht erfüllte Bedürfnisse, Verletzungen, Traumatisierungen usw. zu spezifischen psychischen Verarbeitungsformen führen, die auch irgendwie hirnpfysiologisch verankert sein müssen, stand ja wohl nie in Abrede. Für Freud war es die „Übertragungsfähigkeit“, die über die Psychotherapiefähigkeit entschied. Wiederholt sich hier ein Problem, das wir aus der Behandlung von

Psychosen kennen: Von welchem Punkt an sind neurobiologische Tatsachen so bestimmend, dass die Psychopharmakologie psychotherapeutischen Beziehungsangeboten gegenüber überlegen ist? Was ist einem therapeutischen Containment noch zugänglich, was brauchte ein stärkeres Eingreifen in somatische Hirnvorgänge, welche Grenzen sind anzuerkennen, welche nicht?

Innerhalb der Psychoanalyse wurde auch nach Aufgabe der „Verführungstheorie“ der Begriff des Traumas gleichwohl weiterdiskutiert. Was ist ein Trauma? Freud und Fenichel definierten es als eine übergroße Erregungsmenge, die nicht gebunden werden kann, wobei die traumatische Wirkung eines Ereignisses mit davon abhängt, wie unerwartet es eintritt. Heute würden wir formulieren: Ob ein psychisches Trauma eintritt, hängt davon ab, ob eine gegebene innere oder äußere Gefahr subjektiv als unentzerrbar eingeschätzt wird. Ist dies so, tritt der traumatische Zustand ein mit einer Affektblockade, die eine Distanzierung von den schmerzhaften Affekten der Angst ermöglicht.

Ferenczi beschrieb bereits vieles von dem, was heutige Auffassungen bestimmt: das Enactment, durch das sich ein Trauma in der Behandlung ausdrückt, die Spaltung des Ichs in einen Beobachtungsteil und den preisgegebenen Körper, die Notfallreaktion des Kindes, sich in seiner übermächtigen Angst und Schutzlosigkeit mit dem Täter zu identifizieren, die zerstörerische Wirkung des Traumas, durch die „ein totes Ich-Stück“ entsteht. Khan prägte den Begriff des kumulativen Traumas, das aus wiederholtem Versagen der Mutter in ihrer Funktion als Reizschutz für das kleine Kind resultiert. Bowlby erforschte die verschiedenen Formen früher Deprivationstraumata. Der Trauma-Begriff wurde dabei der Gefahr ausgesetzt, im Übermaß ausgeweitet und auf alle Formen von Defiziten der Mutter-Kind-Beziehung angewandt zu werden. Nicht mehr ein einmaliges Ereignis, sondern die Objektbeziehung wurde zur Basis der psychoanalytischen Traumatheorie. So setzte sich beispielsweise die Auffassung durch, dass das pathogenste Element bei einer Misshandlung oder einem Missbrauch nicht die physische Verletzung des Kindes ist, sondern dass dies durch die Person geschieht, die es für Schutz und Fürsorge gerade benötigt. Dieser objektbeziehungstheoretische Ansatz machte verständlich, dass bei schweren Traumatisierungen nicht nur innere Objektbeziehungen beschädigt werden, sondern der innere, schützende, sicherheitsgebende Dialog zwischen Selbst und Objektrepräsentanzen, und dass so Inseln traumatischer Erfahrungen entstehen, die von der inneren Kommunikation abgespalten sind.

Sehr kontrovers und unabgeschlossen wird - insbesondere in den USA auch unter juristischen Aspekten - die Frage diskutiert, ob es ein besonderes traumatisches Gedächtnis gibt. Die Diskussion scheint sich dahin zu entwickeln, dass anzunehmen ist, dass Erinnerungen an Traumata dieses nicht genau replizieren, sondern einer psychischen Bearbeitung unterliegen.

Der einleitende Beitrag von Sachsse stellt nicht nur dessen eigenes therapeutisches Vorgehen dar, sondern gibt bereits eine Übersicht sowohl zu den Bezügen aus der Psychotherapiegeschichte, wie auch dem Stand der gegenwärtigen hirneuropisierten und hirnanatomischen Forschung, der Gedächtnisforschung sowie den für das Gebiet relevanten Aspekten aus der Bindungsforschung. Das grundsätzliche Ver-

ständnis posttraumatischer Störungen als einer Stress-Verarbeitungs-Störung auf Grund von Überlastungen von Verarbeitungsvorgängen mit nicht nur psychologischen, sondern auch hirnpfysiologischen, eventuell sogar anatomischen Veränderungen der Hirnstrukturen begründet dabei das eigene therapeutische Herangehen, die traumatisch bedingten Schutz- und Abwehrformen therapeutisch zu nutzen. Die Beiträge von *Unfried* und *Trautmann-Voigt* greifen den Aspekt der neurobiologischen Forschungen auf, wobei letztere bereits eine Verbindung zur Säuglingsforschung herstellt und daraus Konsequenzen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ableitet. Ebenso geschieht das in dem Beitrag von *Hochauf*: Das durch die Säuglingsforschung neu geprägte Bild früher Entwicklungsprozesse, der psychischen Strukturentwicklung und ihrer Störungen sowie die Kenntnis traumabedingter Verarbeitungsprozesse führen sie zu ganz anderen Konsequenzen in den Behandlungsansätzen schwerer Persönlichkeitsstörungen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Beziehungsgestaltung, als *Sachsse*. Hier wird eindrucksvoll deutlich, wie unter gleicher Anerkennung der neurobiologischen Forschung und daraus erwachsender ähnlicher Grundauffassung zur Psychotraumatologie ganz unterschiedliche therapeutische Schlussfolgerungen gezogen werden können. Der anschließende Beitrag von *Rogahn* befasst sich ebenfalls aus der Perspektive ambulanter Psychotherapie mit den Behandlungsbesonderheiten traumatisierter Patienten. Reflexionen, insbesondere zu den Gegenübertragungsbesonderheiten in der Therapie mit traumatisierten Patienten werden im anschließenden Beitrag von *Schmitt* ausgeführt.

Ein weiterer therapeutischer Ansatz aus gruppentherapeutisch-stationärer Sicht wird im Beitrag von *Maaz* dargestellt. Wie in dem Beitrag von *Frommer* - wenn auch in ganz anderer Weise - wird hier das alte psychotherapeutische Spannungsfeld von Trauma und Konflikt, wie es sich nun schon seit über 100 Jahren durch die Geschichte der Psychoanalyse zieht, tangiert. *Maaz* versteht frühe Defizite als Traumatisierung und weitet so, darin anderen gleich, den Traumabegriff unbestimmt aus. Ebenfalls unter Berücksichtigung psychoanalytischer Perspektiven, aber auch solcher der KiP, versucht *Stettler* ein nachdenkliches Sich-Annähern an die Dialektik von traumatisiertem Opfer und dem Tätersein des Opfers unter Einbeziehung von Überlegungen zum „sicheren Ort“. *Krippner* schließlich vertritt das Anliegen, die spirituelle Dimension in die Traumatherapie einzubeziehen, während mit den originellen Ausführungen von *Schlagmann* der Bogen zurückgeführt wird zu den Anfängen der Psychoanalyse und ihrem Begründer.

Im zweiten Kapitel sind Überlegungen versammelt, die das Selbstverständnis der Kathym-imaginativen Psychotherapie betreffen. So wie die heutige Psychoanalyse nicht mehr die Psychoanalyse Freuds ist, bedarf auch das eindrucksvolle Werk *Leuners* der Fortentwicklung. *Zwettler-Otte* reflektiert eingehend insbesondere Aspekte der Übertragung in der KiP. *Hanni Salvisberg* greift entwicklungspsychologische Erkenntnisse im Hinblick auf die Entstehung von Bindungsmustern auf und beschreibt daraus ableitbare therapeutische Konsequenzen für die KiP: Beispielsweise die Möglichkeit, im KB bei einem Patienten mit vermeidendem Bindungsmuster das ungenügende Affektspiegeln der Mutter nachholend zu fokussieren. Ebenso wird der Bedeutung theoretischer

Aspekte für das praktische Vorgehen in der KiP in dem Beitrag von *Ullmann* und *Teichmann* nachgegangen.

Das dritte Kapitel des Buches zeigt die Vielfalt praktischer Anwendung der Katathym-imaginativen Psychotherapie. An Hand von Fallbeispielen und illustrativen Bildern wird die therapeutische Potenz der Katathym-imaginativen Psychotherapie eindrücklich dargestellt. Das Spektrum reicht von der Imaginationstherapie bei strukturellen Störungen bis hin zu imaginativen Zugängen bei Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen. Der Beitrag von *Loesch* dürfte – ganz im Sinne der Herausgeber – zu kontroversen Diskussionen führen, zumal die dargestellten Erfahrungen dringend einer wissenschaftlich fundierten Evaluation bedürfen.

Den spezifischen Anforderungen an die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen widmen sich die Beiträge von *Emmerich*, *Horn*, *Sannwald*, *Osterburg*, *Baumgartner* und *Blaschke*. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die veränderten sozialen Bezüge und auf das aktuelle Problem der Wertorientierung Jugendlicher gelegt.

Das Kapitel praktischer Anwendungen schließt mit spezifischen Formen imaginativer Psychotherapie. Der Beitrag von *Kottje-Birnbacher* befasst sich mit den Besonderheiten des Umgangs mit Paarproblemen im Rahmen von Einzeltherapien und zeigt Möglichkeiten der Bearbeitung mit der KiP auf. Einen interkulturellen Aspekt enthält die Arbeit von *Obuchov* aus Moskau, der die Anwendung von Märchenmotiven in der KiP zur Diskussion stellt.

Das Kapitel, welches sich der Psychotherapieforschung widmet, beginnt mit einer Übersicht von *Kächele* zu den Stadien psychotherapeutischer Forschung. Dabei wird die Notwendigkeit patientenorientierter Studien, die den individuellen Behandlungsverlauf abbilden, deutlich.

Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie zur KiP werden von *v. Wietersheim et al.* vorgestellt. Trotz methodischer Probleme konnte die Effektivität der KiP im ambulanten Setting belegt werden, weitere Evaluationsstudien u.a. zu spezifischen Indikationen sind dringend erforderlich. Die weiteren Beiträge von *Banholzer*, *Tschuschke et al.* und *Kühn* stellen Ergebnisse von Untersuchungen zu den Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Funktion des Selbstsystems bei Psychotherapiepatienten, zur Effektivität einer Kurzgruppenpsychotherapie bei somatoformen Störungen und zur Situation der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt vor.

Orlinsky schließlich plädiert im Ergebnis einer groß angelegten internationalen Studie zum Ausbildungsstand und zur Kompetenz von Psychotherapeuten für eine schulübergreifende Ausbildung, die der Individualität der Patienten gerecht wird.

Das Buch schließt mit Beiträgen, die psychotherapeutisches Handeln im Kontext sozialer und anthropologischer Bezüge reflektieren. *Hennig* befasst sich in seinem Beitrag intensiv mit dem Rahmenthema des Kongresses „Kränkung und Krankheit“ und spannt den Bogen von kollektiven Kränkungserfahrungen nach der Wende bis hin zu Patientenbeispielen, deren im gesellschaftlichen Kontext erlebte Entwertungen sich nach einem Jahrzehnt der Kompensation in mannigfaltigen psychischen Störungen manifestieren. Mit den anschließenden Beiträgen von *Landau* und *Verres* zu Kreativität und Sehnsucht werden Lebensbereiche angesprochen, die über die Psychotherapie

hinausweisen, aber gerade deshalb psychotherapeutisches Denken und Handeln bereichern.

In die Beiträge sind vielfältige Diskussionen von Kongressteilnehmern und Anregungen von KiP-Therapeuten eingeflossen. Möge nun der vorliegende Band seinerseits die Diskussionen zu den angesprochenen Themenfeldern befördern.

Ulrich Bahrke

Wolfram Rosendahl

1.
Psychotraumatologie –
Grundlagen, Konzepte, therapeutische
Konsequenzen

Traumasyntese mit Imaginativen Techniken – Hirnphysiologische Grundlagen, Theorie und Praxis

Ulrich Sachsse

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Folgen traumatisierender Erfahrungen ist zurückzuverfolgen bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts. Ich darf meinen geschichtlichen Rückblick gedrängt halten und auf grundlegende Arbeiten zu diesem Thema verweisen: etwa von Trimble (1981) zur traumatischen Neurose, von Venzlaff (1958) zur Unfallneurose, von Herman (1981) zum Inzest sowie die Übersichtsarbeiten von van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (1996) bzw. die Arbeit „100 Jahre Traumaätiologie“ (Sachsse, Venzlaff, & Dulz, 1997).

Zwei Felder der Auseinandersetzung prägten die Diskussion im 19. Jahrhundert: einerseits das Verständnis der Folgen von Eisenbahn- und Arbeitsunfällen. Hier sind Erichsens Konzept der „Railway Spine“ oder auch Oppenheims (1889, 1891) Begriff der „Traumatischen Neurose“ entstanden. Andererseits die Auseinandersetzung mit massiven Formen der Kindesmisshandlung und der sexualisierten Gewalt gegen Kinder, insbesondere in Frankreich. Ausgang nahm die dortige Diskussion von Befunden der Gerichtsmedizin, die in der Universität Paris von dem neurologisch-psychiatrischen Kreis um Charcot aufgegriffen wurde. Pierre Janet (1894) einerseits und Sigmund Freud (1896, 1972) andererseits vertraten in der Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Hysterie die Position, es handle sich hierbei um eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung nach Kindesmissbrauch. Bekanntlich änderte Sigmund Freud seine Sichtweise, entwickelte die Psychoanalyse und akzentuierte die Auswirkungen langjähriger Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend, während Janet die Traumaätiologie weiterhin vertrat und heute als grundlegend anzusehende Arbeiten zur Dissoziation, zur Gedächtnisstörung und zur Organisation seelischer Prozesse bei traumatisierten Menschen verfasste (Hantke, 1999).

Der erste Weltkrieg zwang dann zur Auseinandersetzung mit den Kriegszitterern, wobei von WHR Rivers in Craiglockhart in Schottland erstmals der Versuch gemacht wurde, die „Talking cure“ von Freud zur Behandlung traumatisierter britischer Soldaten einzusetzen. Pat Barker (1991, 1997) hat dies zu ihrem Roman „Niemandland“ verarbeitet. Nach dem ersten Weltkrieg bemühte sich der Psychoanalytiker Abram Kardiner in New York um amerikanische Kriegsveteranen. Auch er versuchte eine Anwendung der Freudschen Talking cure mit Behandlungszeiten von ein bis zwei Jahren. Nach seiner eigenen Einschätzung waren diese Behandlungen nicht erfolgreich, die Soldaten fühlten sich von dieser Psychotherapie aber wenigstens menschlich angenommen und verstanden.

Im zweiten Weltkrieg bemühten sich Kardiner und Spiegel (1947) sowie Grinker und Spiegel (1945) erneut um traumatisierte Soldaten. Von großer Tragweite ist Kardiners

Feststellung in seinem grundlegenden Werk „The traumatic neurosis of war“ im Jahr 1941: „The nucleus of the neurosis is a physioneurosis“ (S. 95). Diese Charakterisierung der posttraumatischen Neurose als Physioneurose klingt heute prophetisch.

Etwa 10 Jahre nach dem zweiten Weltkrieg begann die Auseinandersetzung mit den Folgen des Holocaust, die bis heute nicht abgeschlossen ist. Niederland (1980) und Krystal (1968) in den USA, von Baeyer, Matussek und Venzlaff in der BRD, Eitinger in Norwegen und andere stellten unabhängig voneinander, im Ergebnis aber übereinstimmend fest, dass eine Extremtraumatisierung auch völlig gesunde Menschen bleibend verändern und schädigen kann (Venzlaff, 1958). Dieses Ergebnis wurde bestätigt durch die Forschung von Lifton (1968) an den Überlebenden der Bombenangriffe von Hiroshima und Nagasaki. „Folgen von Extremtraumatisierung“ wurden Bestandteil der ICD. Die klare Einsicht von Krystal, dass die Forschungsergebnisse zur Extremtraumatisierung auch wesentliche Aussagen zu traumatischen Erfahrungen im häuslichen Bereich und in der Kindheit enthalten, blieb für weitere Jahre konsequenzlos.

Die aktuelle Auseinandersetzung mit Psychotraumata geht zurück auf die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts. Eine Quelle liegt in den feministischen Forschungen zu struktureller Gewalt und intrafamiliärer Gewalt. Zitiert werden hier immer wieder die Arbeiten von Burgess und Holmstedt (1974) sowie natürlich von Judith Herman (1981). Andererseits zwangen die Folgen des Vietnam-Krieges mit zeitweise hunderttausenden von Kriegsveteranen dazu, dieses Krankheitsbild zu verstehen, zu erforschen und Behandlungsstrategien zu entwickeln. Wesentlich war, dass unterschiedliche Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Gruppen von Traumatisierten ihre Erfahrungen zusammentrugen, veröffentlicht in dem Buch „Trauma and its wake“ von Charles Figley (1985). Hier wurde deutlich, dass unterschiedliche Arten von Traumatisierungen sehr ähnliche körperliche oder körpernahe Folgen hatten. Eine bis heute wenig modifizierte Zusammenfassung dieser Arbeiten ist die bekannte Horowitz-Kaskade (1976, 1986), bei der eigentlich nur zu korrigieren wäre, dass unmittelbar nach einer Traumatisierung nicht immer der Zustand entsteht, den man heute als restriktiv-depressiv bezeichnet, sondern oft ein Zustand von noradrenerg bedingter Hypervigilanz (Abb. 1). Eine wichtige Zwischenbilanz war das 1993 von Wilson und Raffael herausgegebene „International Handbook of Traumatic Stress Syndromes“ (Wilson & Rahael, 1993). PTSD ist heute Bestandteil von ICD (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1991) und DSM (APA, 1989) – wenn auch in unzureichender Charakterisierung.

Eine eigenständige Tradition hat die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Multiplen Persönlichkeitsstörung, später Dissoziativen Identitätsstörung. Therapeuten und Autoren wie Bennet Brown, Putnam (1989), Ross (1989), Kluft (1995) und Fine (1988) prägten das Verständnis für Dissoziation und Autohypnose und entwickelten grundlegende Therapiestrategien (Dulz & Sachsse, 2000). – Beide wissenschaftlichen und therapeutischen Traditionen werden von unterschiedlichen Fachgesellschaften vertreten, nämlich der International Society for Traumatic Stress Syndromes ISTSS und der International Society for the Study of Dissociation ISSD. – Die Politisierung der Diskussion um die Folgen von Psychotraumata in den USA hat die wissenschaftliche Auseinandersetzung einerseits angeregt und beschleunigt, andererseits sicherlich auch oft überlagert und verfälscht.

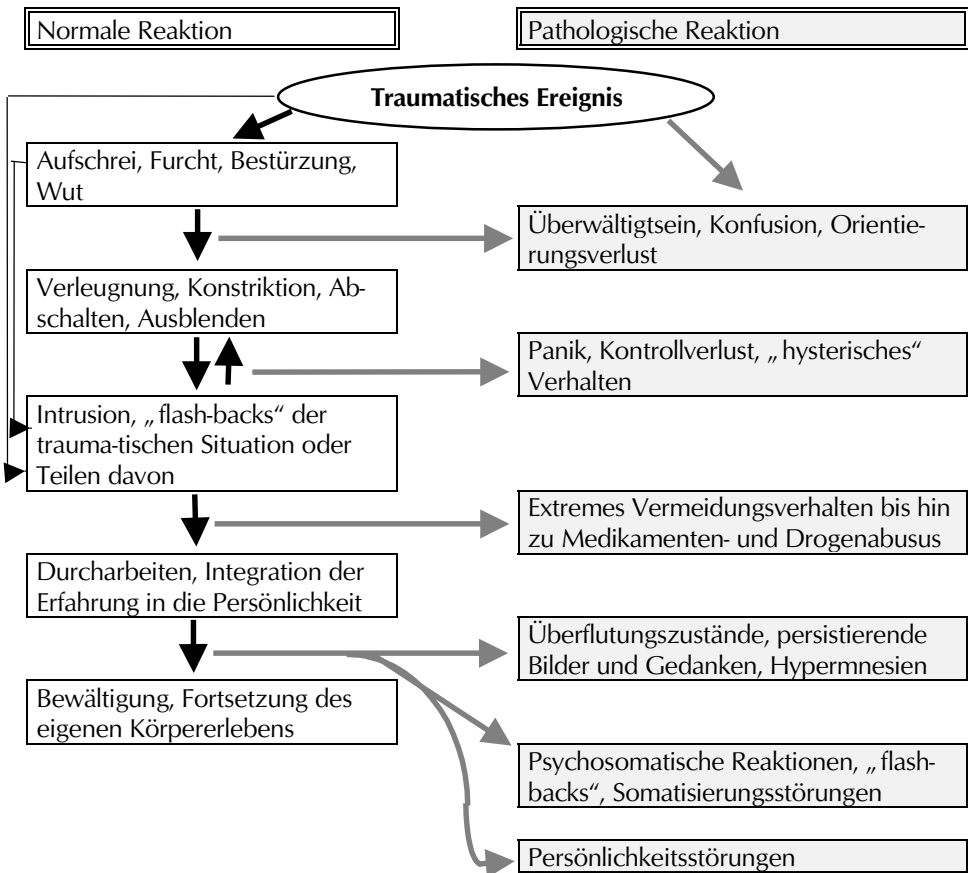


Abbildung 1

Wenn ich im Folgenden meine Ausführungen aufgliedere in unterschiedliche Aspekte der Physioneurose Posttraumatische Belastungsstörung PTBS, dann der Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit wegen. Es handelt sich jeweils um Teilaspekte eines ganzheitlichen Vorganges, der einheitlich und gleichzeitig abläuft. Forschung muss jedoch reduktionistisch sein, und eine Gliederung der Teilaspekte erleichtert die Übersicht. Im Folgenden werde ich die Physioneurose PTBS also betrachten unter den Aspekten Stressphysiologie, hirnanorganische Veränderungen, Affektstörungen, Dissoziation und Gedächtnisstörungen, Störungen des Umganges mit sich selbst und anderen (Stichworte: Borderline-Persönlichkeitsstörung und Dissoziative Identitätsstörung) sowie Therapieansätze. Da alle diese Aspekte – etwa in dem Buch „Körper – Seele – Trauma“ (Streeck-Fischer, Özkan, & Sachsse, 2001) – einzeln vertieft werden, beschränke ich mich auf einleitende Bemerkungen:

Im angloamerikanischen Sprachgebrauch wird nicht von einer Posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen, sondern von einer Posttraumatic Stress Disorder. Dieser Begriff beinhaltet das Konzept von der Physioneurose insofern, als angenommen wird, dass die Verarbeitung von Stress gestört ist. Richtiger als „Posttraumatische Belastungsstörung“ wäre deshalb der Begriff „Posttraumatische Stress – Verarbeitungs – Störung“. Frühzeitig ist deshalb begonnen worden, die bereits bekannten Elemente der Stressreaktion des Menschen auch bei PTBS zu untersuchen (Friedman, Charney, & Deutch, 1995). Dabei machte 1986 die Arbeitsgruppe um Mason (Yehuda, 2001) eine überraschende Feststellung: Eigentlich war damit zu rechnen, dass Menschen mit PTBS ständig erhöhte Stresshormone im Blut haben müssten. Ihre Symptomatik, die wesentlich durch ständig wiederkehrende Zustände von Übererregung („Hyperarousal“) gekennzeichnet ist, ließ nichts anderes erwarten. Nun stellte Mason aber fest, dass im Vergleich zu einer psychiatrischen Vergleichspopulation Cortisol signifikant erniedrigt war. Dieses Ergebnis wurde insbesondere von Yehuda und Mitarbeitern weiter beforscht, und inzwischen liegt eine große Zahl von Veröffentlichungen zur Frage vor, ob die bekannte Stressphysiologie bei PTBS gestört sein könnte. Viele Veröffentlichungen haben bestätigt, dass Cortisol zumindest nicht so erhöht ist, wie es die Symptomatik erwarten ließe, oft sogar erniedrigt ist. Andere Arbeiten widersprechen dem. Erste Befunde bei einer Patientin in Göttingen durch Hüther, von der Heyde und Sachsse (in Vorb.) legen die Vermutung nahe, dass es nicht auf Durchschnittswerte ankommt, sondern darauf, dass die Regulation der HPA-Achse massiv gestört ist. Aktuell wird diskutiert, ob der verfügbare Cortisol-Spiegel während einer Traumatisierung mit darüber entscheiden könnte, ob aus einer akuten Stressreaktion eine akute PTBS, vielleicht sogar eine chronische PTBS werden könnte, und welchen Effekt es haben könnte, auch bei Psychotraumata wie bei somatischen Traumen akut Cortisol zu medizieren (ISTSS, 1999, Nov 14-17). Sollte Cortisol bei der chronifizierten PTBS üblicherweise erniedrigt sein, so wäre dies ein Hinweis darauf, dass irgendetwas im Bereich der HPA-Achse nicht mehr so funktioniert wie üblich und wie vor der Traumatisierung.

Welche Hirnstrukturen sind nun an der Stressregulation mit beteiligt (Hüther, 1997)? Da sind zum einen die beiden Mandelkerne, Amygdala, dann der Hippocampus, natürlich das noradrenerge System mit dem locus coeruleus, über Verschaltungen aber eigentlich alle Bestandteile des Stammhirnes, der Brücke und des limbischen Systems. Im Cortex richtet sich das Augenmerk überwiegend auf die Region des präfrontalen Cortex, das Sprachzentrum sowie Regionen im Temporallappen, die für die sensomotorische Koordination verantwortlich sind. Sicherlich sind Amygdala und Hippocampus zentrale Strukturen. Es kann aber auch sein, dass sie aktuell besonders gut durch bildgebende Verfahren erreichbar sind und erforscht werden können und dass sich ihre Bedeutung später relativiert, wenn mehr über das Zusammenwirken der Hirnstrukturen bekannt wird. Seit langem bekannt ist, dass Zerstörungen der Mandelkerne beim Tier die übliche Antwort auf einen lebensbedrohlichen Stressor vermindern oder gar verhindern können.

Besonders diskutiert und umstritten ist ein Befund von Bremner und Mitarbeitern aus dem Jahr 1995 (Yehuda, 2001). Bremner und Mitarbeiter haben festgestellt, dass bei

schwer traumatisierten Menschen ein Hippocampus kleiner ist als der andere. In weiteren Studien konnte dieses Ergebnis meist bestätigt werden, aber nicht immer.

Aus diesen Befunden ergeben sich natürlich Fragen (ISTSS, 1999, Nov 14-17): Wie ist es zu solchen Hippocampus-Atrophien gekommen? Handelt es sich um Normvarianten? Sind sie genetisch bedingt? Werden sie prä- oder perinatal erworben? Sind sie Resultat einer unzulänglichen Entwicklung in der Kindheit, in einer Zeit, in der der Hippocampus noch nicht ausgereift ist? Sind Menschen mit einer uni- oder bilateralen Hippocampus-Atrophie eher in Gefahr, eine PTBS zu entwickeln? Oder gibt es Traumatisierungen, die bei erwachsenen Menschen durch massive Hormonausschüttungen zu sichtbaren Zerstörungen von Hirnstrukturen führen, die vorher gesund und ungestört waren?

Zwei Tierexperimente haben bewiesen, dass die Hypothese, der Hippocampus könne durch eine massive, akut-traumatische Situation Schaden erleiden, nicht abwegig ist. Sapolsky und Mitarbeiter haben bei Affen Versuche mit massiven Traumatisierungen durchgeführt und anschließend Zerstörungen von Axonen im Hippocampus in der Region CA3 nachgewiesen (McEwen & Sapolsky, 1995). Dieses Ergebnis wurde an Tupajas im Primatenzentrum von Göttingen bestätigt (Magarinos, McEwen, Flügge, & Fuchs, 1996).

Eine noch nicht abgeschlossene Studie von Shalev in Jerusalem hat jedoch ernüchternde erste Ergebnisse: Shalev hat unmittelbar nach einer akuten Traumatisierung und ein halbes Jahr später eine Volumetrie des Hippocampus vorgenommen. Menschen, die eine PTBS entwickeln, haben keine kleineren Hippocampus zum Zeitpunkt der Traumatisierung als solche, die dies nicht tun. Es ist auch nicht so, dass im ersten halben Jahr nach der Traumatisierung bereits eine Hippocampus-Atrophie nachweisbar wäre (Shalev, 1999). Insofern sind wir erneut mit einem interessanten Befund konfrontiert, der noch nicht interpretierbar ist – ähnlich wie bei den Cortisol-Befunden.

Funktionelle Untersuchungen des Gehirns haben in Einzelfallstudien bereits belegt, dass im akuten Zustand des Flashbacks mit Hyperarousal Hirnfunktionen unterdrückt sind. So gibt es Bilder von van der Kolk, die zeigen, dass in einem Zustand des Getriggert-Seins die Broca-Region als Sprachzentrum nicht arbeitsfähig ist (van der Kolk, 1998). Überhaupt zeigen sich ausgeprägte Lateralisierungsphänomene. Solche Lateralisierungsphänomene, dass etwa nur eine Amygdala aktiv ist oder eine Cortexhälfte deutlich weniger arbeitet als die andere, haben sich inzwischen mehrfach für affektive Erregungssituationen gefunden.

Der Hippocampus ist eine der zentralen Strukturen für das menschliche Gedächtnis. Die Gedächtnisforschung ist durch die Auseinandersetzung mit PTBS, insbesondere aber auch mit dem Phänomen der Multiplen Persönlichkeitsstörung sehr angeregt worden (Lynn & Rhue, 1994). Am Anfang standen Entdeckungen etwa von Lenore Terr, dass auch sehr schwer traumatisierende Lebenserfahrungen über Jahre, sogar Jahrzehnte vergessen, verdrängt oder ausgeblendet werden können, um danach durch einen Trigger, einen Auslöserreiz mit heftiger Lebendigkeit vor Augen zu stehen, so als würde das Ereignis jetzt gerade ablaufen (Terr, 1995). Durch regressionsfördernde, überwiegend hypnotische Behandlungsverfahren wurden besonders in den USA in Therapien zahlreiche Fälle von Kindesmisshandlungen und sexualisierter Gewalterfahrung von Kindern aufgedeckt. Es kam zu einer Flut von Gerichtsverfahren mit

einer Fülle von Schuldsprüchen und einer völligen Veränderung der Rechtslage in den USA. Nachweislich ist es dabei auch zu Fehlanschuldigungen und Fehlurteilen gekommen, und es bildete sich als eine mächtige Gegenbewegung das False-Memory-Syndrome. Insbesondere Barbara Loftus und Mitarbeiter bewiesen experimentell, dass in nahen zwischenmenschlichen Beziehungen Erinnerungen implantierbar oder produzierbar sind (Loftus & Ketcham, 1995). Es war auch nachweisbar, dass diese Erinnerungen selbst dann als wahr verteidigt werden, wenn den Versuchspersonen deutlich gemacht wird, dass diese Erinnerung mit Sicherheit falsch ist. Gedächtnisforschern ist die Subjektivität der Erinnerung bekannt (Kotre, 1996), und es ist unbestritten, dass wir unsere Lebensgeschichte kontinuierlich neu schreiben. Aus diesen Befunden heraus entwickelte sich als Gegenbewegung, dass traumatische Erfahrungen gar nicht vergessen werden können, nicht verdrängbar sind, und dass ein symptom- und erinnerungsfreies Intervall gegen eine PTBS sprechen würde. Arbeiten von Briere und Wilson widerlegten auch dies schlüssig, so dass in einem Zwischenergebnis die ISTSS 1998 feststellen musste, dass es für jede mögliche Konstellation wissenschaftliche Beweise gibt (Roth & Friedman, 1998). Bisher gibt es kein objektives Kriterium, das gestatten würde, falsche von richtigen Erinnerungen sicher zu unterscheiden. Es ist gut, dass der Bundesrepublik vieles in dieser Hinsicht erspart geblieben ist, obwohl die Prozesse von Münster (Stichwort: Montessori-Kindergarten) und Mainz vielen noch lebhaft in Erinnerung sein werden. Unter anderem auch deshalb, um mehr Rechtssicherheit zu schaffen – für Opfer von Gewalttaten Gerechtigkeit möglich zu machen und Unschuldige vor falschen Anschuldigungen zu schützen –, ist eine konsequente Forschung auf dem Gebiet des Gedächtnisses und der Gedächtnisstörungen durch Traumatisierungen geboten.

Aber nicht nur das Gedächtnis und die Erinnerung, sondern bereits die Informationsabspeicherung wird offenkundig in einer traumatischen Situation verändert. So ist es nicht üblich, dass wir Erinnerungsspuren wie Dias oder Videos bilden. Genau dies geschieht aber in der traumatischen Situation (van der Kolk, 1998). Merken wir uns Dinge in einer Situation der Lebensgefahr einfach zu gut? Brennt sich diese Erfahrung zu prägnant in unser Gehirn ein? Für diese Metaphern gibt es bisher keine Belege, aber das Denken geht in diese Richtung.

Das Gedächtnis kann aber nicht nur gestört sein in der Form, dass die Erinnerung an ganze Teile der Kindheit oder Jugend fehlt, sondern auch dahingehend, dass es sogenannte Alltagsamnesien gibt. In der Auseinandersetzung mit der Klinik der Multiplen Persönlichkeitsstörung wurden Janets Ausführungen zur Dissoziation wieder aufgegriffen und vertieft erforscht (Huber, 1995). Dissoziation ist ein peritraumatischer Schutzmechanismus, der sicherlich nicht nur eine psychische Komponente hat, sondern biologische Wurzeln. Peritraumatische Dissoziation kann automatisch einsetzen bei Menschen, die hierfür begabt sind, sie kann aber auch antrainiert werden. Menschen mit vielfältigen Traumatisierungen in Kindheit und Jugend können Dissoziation zum Hauptbewältigungsmechanismus für Belastungen generalisieren. Dann wird Dissoziation auch eingesetzt zur Bewältigung alltäglicher Belastungssituationen, die für andere Menschen alles andere als traumatisierend sind. Im Extrem führt dies zu langen Alltagsamnesien, ja sogar zu einem Störungsbild, bei dem quasi unverbundene Persönlichkeiten nebeneinander existieren, ohne voneinander zu wissen. Etwas multipel

sind die meisten von uns. Viele von uns haben vielleicht ein Hobby, sind in der Freizeit Cowboys zu Pferde oder Motorrad-Rocker oder Segelkapitäne, während sie im Beruf eine ganz andere Funktion ausüben und auch deutlich andere Menschen sind. Diese Rollenflexibilität und -vielfalt ist uns dann aber bewusst. Während wir segeln, können wir problemlos an den Menschen denken, der wir im Beruf sind. Und natürlich können wir während einer Therapiesitzung auch mal kurzfristig an das nächste Segelwochenende denken. Gerade dies ist der Multiplen Persönlichkeit nicht möglich. Die unterschiedlichen Seins-Zustände sind voneinander isoliert und abgegrenzt. Dies führt zu Phasen von Alltagsamnesien. Und das ist natürlich für die Gedächtnis- und Erinnerungsforschung ein interessantes Feld der funktionellen Gedächtnisstörung.

Zur Symptomatik der PTBS gehört es, dass Menschen, die unter dieser Störung leiden, eine erniedrigte Reizschwelle gegenüber potentiell bedrohlichen Außensignalen haben. Solche Menschen leben praktisch permanent in einem Horrorfilm. Aus der Atmosphäre während eines solchen Filmes ist uns bekannt, dass in einer bestimmten paranoid gefärbten Stimmung bereits Signale wie das Knacken einer Treppenstufe, ein zuschlagendes Fenster, eine Windböe oder ein wehender Vorhang eine akute Stressreaktion auslösen können (Horowitz, 1976, 1986). Die ständige Überflutung mit solchen Stressreaktionen beeinträchtigt natürlich auch die Differenziertheit der Affekte, die Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierung. Der archaische, physiologische Charakter dieser Stressreaktionen führt dazu oder mag dazu beitragen, dass solche Menschen überschießend reagieren, Impulssteuerungsprobleme haben, jähzornig, reizbar, überbordend, eben einfach ungesteuert sind. Manchen mögen noch Männer aus den 50er Jahren vor Augen stehen, die eine Kriegsverletzung hatten, deren Probleme aber auf ihren Alkoholkonsum zur Dämpfung der intrusiven Zustände und der Flashbacks zurückgeführt wurden.

Menschen mit einem solchen Cluster von Störungen sind natürlich keine einfachen Menschen. Sie sind nicht einfach für sich selbst und auch nicht für andere. Gerade der Umgang mit sich selbst wird zum Problem, wenn jemand nicht Frau oder Herr im eigenen Hause ist. Es mag eine ähnliche Situation sein, wie sie für Epilepsie-Kranke bestanden hat, bevor es Antikonvulsiva gab. Auch die wussten nie, wodurch und wann bei ihnen ein epileptischer Anfall ausgelöst wurde. Diese quälende Unsicherheit, ob man über sich selbst die Kontrolle behält, beeinträchtigte ihre Lebensqualität natürlich erheblich. Dies gilt auch für Menschen mit einer akuten oder chronischen PTBS. Moderne Psychotherapiestrategien berücksichtigen dies und unterlassen alles, was die Fähigkeit zur Selbstkontrolle weiter schwächen könnte, und fördern alles, was die Fähigkeit zur Selbstkontrolle wieder verbessert (Reddemann & Sachsse, 1997; 1999).

Die Überlegung, ob Posttraumatische Zustände mit Posttraumatischen Belastungsstörungen bestimmte Störungsbilder besser erklären könnten als bisher, bestimmt seit Ende der 80er Jahre die Auseinandersetzung nicht nur mit der Multiplen Persönlichkeit, der Dissoziativen Identitätsstörung, sondern auch diejenige mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Sachsse, 1995). Eine Flut von statistischen Arbeiten belegte, dass etwa zwei Drittel der klinisch behandlungsbedürftigen Borderline-Patienten, besser -Patientinnen, erhebliche Traumatisierungen in Kindheit und Jugend aufzuweisen hatten (Sachsse, Eßlinger, & Schilling, 1997). Die Symptomvielfalt, die wechselnde

Symptomausprägung und der Charakter der Symptomwahl bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind sämtlich sehr gut verstehbar als Coping-Strategien bei Posttraumatischen Zuständen. Zwei Therapiestrategien werden inzwischen in breitem Umfang erprobt. Die eine hat sich entwickelt aus der Auseinandersetzung mit Autohypnose und hypnotherapeutischen Strategien insbesondere bei Dissoziativen Identitätsstörungen. In Deutschland wird daran insbesondere von Michaela Huber, Ingrid Olbricht, Ursula Gast, Luise Reddemann und ihren Arbeitsgruppen gearbeitet (Dulz & Sachsse, 2000). Die andere Seite versucht, Therapiestrategien, die sich bei akut traumatisierten Menschen gut bewährt haben, auch für chronisch Traumatisierte in modifizierter Form zur Anwendung zu bringen. Dies gilt für die verhaltenstherapeutische „prolonged exposure“ von Foa (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991). Dies gilt für die Therapiestrategie von Reddemann und Sachsse, die Imaginationen zur Stressreduktion, zur Vermittlung neuer innerer Sicherheit und zum Umgang mit intrusiven Zuständen und Flashbacks einsetzt (Reddemann & Sachsse, 1999). Und dies gilt insbesondere für Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR (Hofmann, 1999; Shapiro, 1995), das aus der Behandlung von PTBS heute nicht mehr wegzudenken ist.

Die Diskussion um den Einfluss umschriebener, akuter Traumatisierungen in Kindheit und Jugend hat aber auch die Diskussion wiederbelebt, wie sich langfristige, weniger umschriebene, schwer erfassbare atmosphärische Traumatisierungen auswirken mögen. Hier geht es um die Frage der Auseinandersetzung mit Deprivation, mit Phänomenen wie emotional abuse oder verbal violence (Egle, Hoffmann, & Joraschky, 1997). Die Bindungsforschung hat festgestellt, dass Kinder mit traumatisierenden Lebenserfahrungen einen spezifischen, chaotisch-desorganisierten Bindungsstil entwickeln (Spangler & Zimmermann, 1995). Klinisch scheinen wir oft mit beidem konfrontiert zu sein: mit einem desorganisierten Bindungsstil, der die Herstellung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung erschwert, und dem Symptom-Cluster der chronifizierten PTBS.

Seit Juni 1996 haben wir in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie NLKH Göttingen die Station 9 für inzwischen 18 Frauen mit traumabedingten Symptombildungen, überwiegend Selbstverletzendem Verhalten (SVV), eingerichtet (Sachsse, Schilling & Kremp, 1998). Von den niederländischen Kollegen van der Hart, Olthuis und Noordegraf angeregt hat Dr. Luise Reddemann in Bielefeld eine integrative, tiefenpsychologisch-fundierte, traumazentrierte Psychotherapie entwickelt, die wir übernommen haben. Die Ansätze der niederländischen KollegInnen ließen sich gut verbinden mit Erfahrungen der Katathym-imaginativen Psychotherapie KiP (Sachsse & Reddemann, 1997).

Imaginative traumazentrierte Psychotherapie **(Luise Reddemann und Ulrich Sachsse)**

Konzeptentwicklung in Bielefeld (Reddemann und Mitarb.) nach Therapiekonzepten aus den Niederlanden (Olthuis, Nordegraaf, van der Hart) ab 1989.
In Göttingen seit Juni 1996 Spezialstation für inzwischen 18 Patientinnen mit:

Kerndiagnosen: Chron. kompl. Posttraumatische Belastungsstörung
(300.89/F43.1/F46.1)
Vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung
(301.83/F60.31)

Dissoziative Symptomatik:
Dissoziative Amnesie (300.12/F44.0)
Depersonalisationsstörung (300.6/F48.1)
Selbstverletzendes Verhalten
Dissoziative Identitätsstörung (300.14/F44.81)

Konstriktive Symptomatik:
Somatisierungsstörung (300.81/F45.0)
Major Depression (296.3x/F33.x)

2 Patientinnen Behandlungsphase I (2-3 Wochen): Stabilisierung und Diagnostik
16 Pat. Behandlungsphase II (1-2 x 4 Monate oder mehrfach 6 Wochen):
Traumaexposition

I Stabilisierung

Durch Utilisation von Dissoziation und Spaltung

(Sei Borderline! – in Deiner Phantasiewelt, nicht in der Realität!)

nur schlecht

Intrusionen, flash backs, Derealisationen

Panik, Angst, Paranoia

Chaotische Beziehungen

nur gut

Tresorübung
Dissoziationsstop mit Bildrücklauf
und Gegenbildern

Sicherer Innerer Ort

Nur gute Innere Helfer

Unkontrollierte Spontanregressionen

Arbeit mit dem Inneren Kind

Selbst- und Fremd-Deaktivität

Arbeit mit Täterintprojekten

Depersonalisation

Aromatherapie, Qi Gong, Feldenkrais

II Traumasynthese

- Zusammenführen von Wort, Bild, Affekt und Körpersensation (ganzheitliches Gestalterleben)
- Umwandlung einer unkontrollierbaren Stressreaktion in eine kontrollierbare Stressreaktion
- Integration von Unsagbarem ins verbale Wachbewusstsein
 - durch bifokale Aufmerksamkeit und
 - Pendeln zwischen Dort-Damals und Hier-Jetzt
- Aufheben von Verarbeitungsbremsen auf Gehirnebene
- Verändertes Wieder-Durchleben führt zur Veränderung der Erinnerung
- State dependent learning durch
 - Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR (Shapiro)
 - Beobachertechnik (Reddemann)
 - Bildschirmtechnik (Erickson)

III Trauer und Neuorientierung

Literatur: Luise Reddemann und Ulrich Sachsse. Persönlichkeitsstörungen PTT 3/97 (Stabilisierung) und 2/98 (Traumaexposition)

Praktisch alle traumazentrierten Behandlungsstrategien gliedern sich in drei Phasen:

1. Stabilisierungsphase
2. Traumaexposition und Abtrauern
3. Neuorientierung.

Ziel der Stabilisierungsphase ist die gründliche Information der Patientin und die Schulung ihrer Imaginationsfähigkeit. Das therapeutische Vorgehen nutzt die Coping-Strategien der Patientinnen, nämlich Dissoziation, Imagination und Spaltung, als Grundlage der Therapiestrategie. Die Dissoziationsfähigkeit und die Spaltungsfähigkeit werden geschult, indem die Patientin trainiert, nur gute Bilder ihrer inneren Welt zu entwickeln. Damit soll sie schrittweise Kontrolle über ihre inneren Abläufe bekommen und den nur schlechten Intrusionen und Flashbacks aktiv nur gute Bilder und Körper-

sensationen entgegenzusetzen lernen. Wir Menschen haben einerseits eine intensive Sehnsucht nach völliger Sicherheit, Geborgenheit und nur guten, fördernden Beziehungen, müssen andererseits feststellen, dass zwischenmenschliche Beziehungen grundsätzlich unverlässlich, unsicher, immer auch kränkend und enttäuschend sind – selbstverständlich auch alle therapeutischen Beziehungen. Die zentralen Imaginationsübungen sind deshalb der sichere innere Ort und die inneren Helfer, ergänzt um den inneren Tresor, in den alle andrängenden traumatischen Intrusionen vorübergehend gepackt werden sollen. Die Baumübung dient dem imaginativen Auftanken in der Natur, die Lichtübung einer imaginativen inneren Reinigung. Aus der östlichen und westlichen Mystik und Meditation gibt es eine Fülle von Anregungen für heilsame Vorstellungen. Solche Übungen kommen den Coping-Versuchen der Patientinnen oft erstaunlich nahe und führen zu einer Stabilisierung.

Die Traumaexposition geschieht durch drei Techniken (Reddemann u. Sachsse 1998): Die sogenannte „Bildschirmtechnik“ stammt aus der Hypnotherapie und der verhaltenstherapeutischen Desensibilisierung. Patientin und Therapeut betrachten sich gemeinsam auf einem imaginierten Bildschirm das traumatische Ereignis. Die Betrachtung soll distanziert, dissoziiert erfolgen, so als wenn ein alter Film betrachtet wird. Insofern wird auch von „dem Kind“ und „dem Vater“ etwa gesprochen, nicht von „mir“ oder „meinem Vater“. Mit Hilfe einer vorgestellten Fernbedienung, die Patientin und Therapeut beide benutzen können, wird der Film immer wieder angehalten, sogar zurückgespult, betrachtet und geschildert. Dadurch sollen eine Dekompensation mit Affektüberflutung und ein retraumatisierendes Abrutschen in die traumatische Situation möglichst begrenzt werden. Während der Therapie ist spürbar, wann die Atmosphäre so dicht, so intensiv wird, dass die Affekte zugelassen werden sollten. Für einige Minuten sollen Wort, Bild, Affekt und Körpersensation wieder ganzheitlich da sein und durchlitten werden. Dadurch soll die Dissoziation aufgehoben und das Trauma einer Erlebnissynthese zugeführt werden. Noch schonender ist die von Reddemann entwickelte „Beobachtertechnik“, bei der die traumatische Szene von einem unbeteiligten, imaginierten Beobachter möglichst affektisoliert in einer Zeitreise betrachtet und geschildert wird.

Die zweite Traumaexpositionstechnik ist die regressionstherapeutische „Fahrstuhltechnik“. Sie ist besonders gut geeignet, um eine vorsichtige Annäherung an abgespaltene, abgewehrte, verdrängte Erfahrungen zu ermöglichen. Der Therapeut beschränkt sich darauf, die Patientin durch kurze Fragen zum Weiterreden anzuregen: *Weil? Was geschieht? Wie geht's weiter? Affektgetragene Äußerungen sollen wiederholt werden* (Patientin: *Ich will das gar nicht sehen! Therapeut: Wiederholen Sie: Ich will das gar nicht sehen! Patientin: Ich will das gar nicht sehen! Ich will das gar nicht sehen! Ich will das gar nicht sehen! - Ich kann da doch nicht immer wegsehen!*) In einem manchmal quälend langsamen, aber kontinuierlichen Kreisprozess nähert sich die Patientin so bisher abgewehrten Erfahrungsinhalten. Wenn die traumatische Szene sichtbar wird, soll sie dissoziiert von oben betrachtet und zunächst geschildert werden, in einem zweiten Schritt dann synthetisiert werden. Diese Technik ist sehr wirksam, aber recht aufwühlend und belastend.

Als dritte Traumaexpositionstechnik steht uns inzwischen das *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) von Francine Shapiro (1995), in Deutschland eta-

bliert und verbreitet durch Arne Hofmann (1999), zur Verfügung. Shapiro und Mitarbeiter vertreten ähnlich wie die Hypnotherapie und das neurolinguistische Programmieren (NLP) die Auffassung, daß unser Gehirn eine angeborene Tendenz hat, Ereignisse und Informationen so zu gestalten, dass sie erträglich und integrierbar werden. Wichtig ist dabei die Arbeit des Traumes, der nachts die verschiedensten Informationen abgleicht und so verändert, dass wir am Morgen „den Kopf wieder frei“ haben. Diese Integration ist bei traumatischen Erfahrungen behindert, weil die Körpersensationen vielleicht zu intensiv oder die Erfahrungen mit der bisherigen Weltsicht völlig inkompatibel sind. „Das fällt mir im Traum nicht ein“ ist ein Ausdruck für Erfahrungen, die nicht einmal auf dieser Ebene integrierbar sind. Am Anfang einer EMDR-Sitzung wird die Patientin aufgefordert, sich bildlich ein Element der traumatischen Szene vor Augen zu führen, innere negative und positive Kognitionen zuzulassen oder zu entwickeln, den eigenen Affekt und besonders die Körpersensationen so intensiv wie gerade noch erträglich zuzulassen und dann auf die Handbewegungen des Therapeuten zu schauen, der bei ihr horizontale Augenbewegungen herbeiführt. Dadurch werden Informationsverarbeitungsprozesse angeregt, die denjenigen des Traumes wahrscheinlich verwandt sind.

Traumazentrierte Psychotherapie versteht sich heute nicht mehr als Katharsis oder als Reinigung von belastenden Erinnerungselementen. Traumaexposition dient der Traumasynthese (Huber 1995). Intrusionen und Flash-backs sollen zu Erinnerungen werden, die erträglich sind und nicht mehr den Einsatz dissoziativer Mechanismen erforderlich machen. So soll die traumatische Erfahrung integriert und in das bisherige Lebenskonzept schrittweise eingebaut werden. Traumaexpositionen führen wir auf Station grundsätzlich nur in Anwesenheit einer Bezugsschwester als Zeugin durch. Unser Therapieziel ist bei diesem Therapieschritt erreicht, wenn eine Patientin alles, was ihr im Leben widerfahren ist oder widerfahren sein könnte, emotionsgetragen erinnern kann, ohne dissoziieren zu müssen.

Die Traumaexposition geschieht in einem stationären Behandlungsrahmen mit ressourcenzentrierten, nicht konfliktzentrierten Angeboten. Es gibt kein konfliktzentriertes Gruppenangebot. Die Körpertherapie in Form von Aromatherapie, Qi Gong, Feldenkrais und Selbstbehauptungstraining ist stabilisierend und grenzverstärkend, nicht mobilisierend. Die Einzeltherapie beschränkt sich auf die Traumasynthese. Eine evtl. erforderliche sozialpsychiatrische Förderung geschieht erst im Anschluss an die erfolgreiche Traumasynthese. Wir halten es für eine Überforderung, wenn Patientinnen sich an einem Tag intensiv belastenden Kindheitserfahrungen aussetzen und am nächsten Tag einen Arbeitsbelastungsversuch beginnen sollen.

Alle Patientinnen kommen zunächst zur Diagnostik und Therapieeinleitung für zwei bis drei Wochen und werden dann wieder für einige Wochen entlassen. Die eigentliche Behandlung dauert als Intervalltherapie mehrfach sechs Wochen oder – sofern dies sozial geboten ist – vier bis fünf Monate als Block und muss in Einzelfällen wiederholt werden.

Die forschende und therapeutische Auseinandersetzung mit traumatisierenden Lebenserfahrungen, mit Psychotraumata hat sich dann, wenn sie nicht polarisiert und verfälscht wird durch gesellschaftspolitische Verzerrungen, als äußerst anregend und belebend erwiesen auf allen Gebieten, die davon tangiert werden. Wer nicht mehr

von Lösungen träumt, sondern es schätzt, sich in wissenschaftlichen Konfliktfeldern zu bewegen, wird sich in diesem aktuellen Feld der Auseinandersetzung sehr angeregt fühlen.

Literatur

- APA, A. P. A. (1989). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM III-R. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- Barker, P. (1991, 1997). Niemandsland. München, Wien: Carl Hanser.
- Burgess, A. W. & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrom. *Am J Psychiatry*, 131, 981-986.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. W. (Eds.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Dulz, B. & Sachsse, U. (2000). Dissoziative Phänomene: vom Tagtraum über die Multiple Persönlichkeitsstörung zur Dissoziativen Identitätsstörung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Eds.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (pp. 237-257). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Joraschky, P. (Eds.) (1997). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. (2. 1999 ed.) Stuttgart, New York: Schattauer.
- Figley, C. R. (Ed.) (1985). *Trauma and its Wake*. New York: Brunner & Mazel.
- Fine, C. G. (1988). The Work of Antoine Despine: The first scientific report on the diagnosis of a child with multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 33-39.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *J Consult Clin Psychol*, 59, 715-723.
- Freud, S. (1896, 1972). Zur Ätiologie der Hysterie, *Gesammelte Werke I: Studien über Hysterie. Frühe Schriften zur Neurosenlehre*. (4. 1972 ed., Vol. G. W. I, pp. 423-459). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Friedman, M. J., Charney, D. S. & Deutch, A. Y. (Eds.). (1995). *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress. From Normal Adaptation to Post-Traumatic Stress Disorder*. Philadelphia, New York: Lippincott - Raven.
- Grinker, R. R. & Spiegel, J. (1945). *Men under Stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Hantke, L. (1999). *Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin wvb.
- Herman, J. L. (1981). *Father-Daughter Incest*. Cambridge/Mass: Harvard University Press.
- Hofmann, A. (1999). *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Horowitz, M. J. (1976, 1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Aronson.
- Huber, M. (1995). *Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch*. Frankfurt: Fischer.
- Hüther, G. (1997). *Biologie der Angst: Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- ISTSS (1999, Nov 14-17). 15th Annual Meeting. Bridging Gaps Across Disciplines, Cultures, and Theoretical Perspectives. Miami, Florida, USA.
- Janet, P. (1894). *Der Geisteszustand der Hysterischen (Die psychischen Stigmata)* (Dr. Max Kahane, Trans.). Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Hoeber.
- Kardiner, A. & Spiegel, H. (1947). *War Stress and Neurotic Illness*. New York: Hoeber.
- Kluft, R. P. (1995). Psychodynamic Psychotherapy of Multiple Personality Disorder. In J. P. Barber & P. Crits-Christoph (Eds.), *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)* (pp. 332-385). New York: Basic Books, Harper Collins.
- Kotre, J. (1996). *Weißer Handschuhe. Wie das Gedächtnis Lebensgeschichten schreibt* (Hartmut Schickert, Trans.). München, Wien: Carl Hanser Verlag.
- Krystal, H. (Ed.) (1968). *Massive psychic trauma*. New York: Int Univ Press.
- Lifton, R. J. (1968). Observation on Hiroshima survivors. In H. Krystal (Ed.), *Massive psychic trauma* (pp. 168-203). New York: Int Univ Press.
- Loftus, E. & Ketcham, K. (1995). *Die therapierte Erinnerung. Vom Mythos der Verdrängung bei Anklagen wegen sexuellen Missbrauchs*. Hamburg: Ingrid Klein Verlag.
- Lynn, S. J. & Rhue, J. (Eds.) (1994). *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*. New York, London: Guilford.
- Magarinos, A. M., McEwen, B. S., Flügge, G. & Fuchs, E. (1996). Chronic Psychosocial Stress Causes Apical Dendritic Atrophy of Hippocampal CA3 Pyramidal Neurons in Subordinate Tree Shrews. *The Journal of Neuroscience*, 16 (10), 3534-3540.
- McEwen, B. S. & Sapolsky, R. M. (1995). Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 205-216.
- Niederland, W. G. (1980). *Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Oppenheim, H. (1889, 1891). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklिनik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. - Weitere Mitteilungen in Bezug auf die traumatischen Neurosen mit besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage*. Berlin: Verlag von August Hirschwald.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). Praxis der traumazentrierten Psychotherapie I: Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen PTT*, 1/3, 113-147.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1998). Praxis der traumazentrierten Psychotherapie II: Traumaexposition. *Persönlichkeitsstörungen PTT*, 2/2, 58-108.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1999). Traumazentrierte imaginative Therapie. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Eds.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (pp. 375-389). Stuttgart New York: Schattauer.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Roth, S. & Friedman, M. J. (1998). *Childhood Trauma Remembered. A Report on the Current Scientific Knowledge Base and its Applications*. Northbrook, IL: ISTSS.
- Sachsse, U. (1995). Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. *Forum der Psychoanalyse*, 11, 50-61.
- Sachsse, U., Eßlinger, K. & Schilling, L. (1997). Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. *Fundamenta Psychiatrica*, 11, 12-20.

- Sachsse, U. & Reddemann, L. (1997). Katathym-imaginative Psychotherapie in der Behandlung traumatisierter Patientinnen. In L. Kottje-Birnbacher, U. Sachsse & E. Wilke (Eds.), *Imagination in der Psychotherapie* (pp. 222-228). Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Sachsse, U., Venzlaff, U. & Dulz, B. (1997). 100 Jahre Traumaätiologie. *Persönlichkeitsstörungen*, 1, 4-14.
- Sachsse, U., Schilling, L. & Kremp, J. (1998). Ressourcenorientierte Traumatherapie. *WsFPP*, 5, 35-50.
- Shalev, A. (1999). Psychophysiological and Neuroanatomical Predictors of PTSD. Paper presented at the ISTSS 15th Annual Meeting: Bridging Gaps Across Disciplines, Cultures, and Theoretical Perspectives, Miami, Florida, USA.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (Jungfermann Paderborn 1998, Trans.). New York: Guilford.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Eds.). (1995). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (3. 1999 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck-Fischer, A., Sachsse, U. & Özkan, I. (Eds.) (2001). *Körper - Seele - Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Terr, L. (1995). *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht*. (Ulrike Wasel, Klaus Timmermann, Trans.). München: Kindler - Knauer Taschenbuch.
- Trimble, M. R. (1981). *Post-traumatic neuroses. From railway spine to the whiplash*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto: John Wiley & Sons.
- van der Kolk, B. A. (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In A. Streeck-Fischer (Ed.), *Adoleszenz und Trauma* (pp. 32-56). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Kolk, B. A., Mc Farlane, A. C. & Weisaeth, L. (Eds.) (1996). *Traumatic Stress*. New York: Guilford.
- Venzlaff, U. (1958). *Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen*. Berlin: Springer.
- Wilson, J. P. & Rahael, B. (Eds.). (1993). *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York, London: Plenum Press.
- Yehuda, R. (2001). Die Neuroendokrinologie bei Posttraumatischer Belastungsstörung im Licht neuer neuroanatomischer Befunde. In A. Streeck-Fischer, I. Özkan & U. Sachsse (Eds.), *Körper - Seele - Trauma. Biologie, Klinik und Praxis* (S. 43-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.