

## **Kapitel 6**

**Sandra Schirm**

### **Klärungsorientierte Psychotherapie bei Trauma-Folge-Störungen**

#### **1 Auswirkungen Interpersoneller Traumata und ihre Behandlung**

Die häufigste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), welche v.a. mit Wiedererinnerungen an das Trauma imponiert (Diagnosekriterium B des DSM-V, American Psychiatric Association (APA), 2015); dies wird von den Klienten, wenn sie denn von ihren Symptomen berichten, auch meist als das quälendste Merkmal angegeben.

Mit Blick auf die aktuelle Forschungs- und Interventionslandschaft fällt eine entsprechend deutliche Konzentration auf dieses eine Merkmal von Traumafolgestörungen auf: Beispielsweise beinhalteten zwei Drittel der Vorträge zur Behandlung von Traumafolgestörungen auf der Tagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (mit dem Thema: Komplexe Folgen – differenzierte Behandlung) ausschließlich symptomorientierte Interventionen wie z.B. Traumakonfrontation mittels EMDR oder streng verhaltenstherapeutische Verfahren (Schäfer, 2016). Die Wirksamkeit der konfrontativen und damit ausschließlich symptomorientierten Therapieverfahren wird in den Studien wiederum durch die Vorlage symptombezogener Fragebögen ermittelt: Man erfragt ausschließlich Oberflächenmerkmale, die Symptome. Das psychologische Funktionieren wird in diesen Studien außen vor gelassen. Selbstverständlich muss sich ein Therapieverfahren auch an seinem Erfolg auf die Symptome messen lassen, aber: Reicht das aus?

Es steht außer Frage, dass bei Vorliegen von Symptomen, die auf eine defragmentierte Abspeicherung des Traumas hindeuten, eine Traumakonfrontation, egal innerhalb welcher Psychotherapieschule, erfolgen sollte. Jedoch werden damit andere Störungsmerkmale (die Vermeidung oder die Veränderung des Erregungsniveaus) nur indirekt behandelt: Durch und während der Traumakonfrontation soll z.B. die Vermeidung verhindert werden – das Erregungsniveau soll sich auf diesem Wege ebenfalls normalisieren. Die mit dem Trauma einhergehenden Veränderungen der Kognitionen werden indirekt durch die Arbeit am Narrativ erschlossen und werden, wenn überhaupt, meist im Sinne der kognitiven Therapie disputiert (z.B. Boos, 2005). Eine eigene Klärung der entstandenen Schemata wird bisher nicht angestrebt, und auch das meist vorliegende Misstrauen (z.B. Maercker, 2009a;

Wenninger & Boos, 2009), was ja interaktionelle Probleme offenbart, wird nicht explizit zur Mitbehandlung empfohlen.

Die Frage, die sich hier stellt, betrifft die Qualität der Symptome als reine „Oberflächenmerkmale“: Hat ein Klient, der nach Abschluss der Behandlung nicht mehr die Diagnose einer PTBS erhält, weil er keine akuten Symptome mehr zeigt, seine Lebensqualität wieder? Ist er z.B. in der Lage, wieder zufriedenstellende Beziehungen zu führen? Hat er das Gefühl, wieder der Urheber in seinem Leben zu sein?

Vermutlich besteht hier eine Verwechslung zwischen Lebensqualität und Freiheit von Symptomen bzw. Diagnosen. Die Erfahrung zeigt, dass Symptomfreiheit eben nicht zwangsläufig Lebenszufriedenheit bedeutet.

Die deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit (um 0,80!) einer *komorbiden anderen psychischen Störung* (APA, 2015) legt den Schluss nahe, dass durch ein erlebtes Trauma psychologische Bereiche betroffen sein könnten, die sich sowohl als PTBS-Symptome, als auch als Symptome anderer Störungen zeigen können. Wöller und Kollegen (2004) legen eine lange Liste von Störungen vor, die traumabedingt sein können, darunter Depressionen, Somatisierungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen und -störungen, Essstörungen und Angsterkrankungen. Im DSM-V ist im Kapitel Trauma- und belastungsbezogene Störungen zu lesen: „Dennoch zeigt sich, dass viele Personen, die mit einem traumatischen oder stressreichen Ereignis konfrontiert wurden, phänotypische Störungsbilder entwickeln, bei denen weniger Symptome von Angst oder Furcht, sondern vor allem anhedonische oder dysphorische, externalisierende Ärger- oder aggressive sowie dissoziative Symptome vordergründig sind. Aufgrund dieser variablen klinischen Ausdrucksformen von Stresssymptomen...“ (American Psychiatric Association, 2015, S. 361).

*Das bedeutet, dass die PTBS nur eine Folge von Traumata ist und dass die Reaktion auf ein solches Ereignis sich andere psychologische Bahnen als die „typischen“ Symptome zunutze machen kann!*

Man muss also annehmen, dass durch die Fokussierung auf die Gedächtnis-Symptome (Intrusionen etc.) unterkomplexe Klientenmodelle erstellt werden: Die Betroffenen werden nur zum Teil verstanden und ggf. relevante Funktionsbereiche werden damit in der Behandlung ausgeklammert. Auch in den Leitlinien zur Behandlung der PTBS wird ausdrücklich vor dem alleinigen Einsatz konfrontierender traumatherapeutischer Verfahren gewarnt (Flatten et al., 2004a, S. 7).

Insgesamt muss aus dem Gesagten geschlossen werden, dass die Traumakonfrontation nur ein Baustein, eine Technik, in der Behandlung von Traumafolgestörungen sein kann: Sie ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen Therapieerfolg.

Aber was kann Therapie außer der gut beforschten Traumakonfrontation sein?

In einer Übersichtsarbeit teilt Maercker die Traumatherapien in traumafokussierte und sogenannte „breite“ Verfahren ein – für letztere findet er nur ein Beispiel: die imaginative psychodynamische Therapie (PITT nach Reddemann; Maercker, 2009a). Diese Therapieform ist eigens für Traumafolgestörungen entwickelt worden, wobei sie nicht evidenzbasiert ist (Flatten et al., 2004b; Reddemann, 2009). Es liegt eine Studie zur humanistischen Traumatherapie vor (Butollo et al., 2015), in der nachgewiesen werden konnte, dass die Dialogische Traumatherapie (mit Wurzeln in der Gestalttherapie) gute Effektstärken in der Behandlung der PTBS erzielen konnte – mit z.T. sogar besseren Effekten in der Katamnese nach 6 Monaten als die Kognitive Verhaltenstherapie.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie mit ihren verschiedenen Heuristiken und wissenschaftlich abgesicherten Therapieeffekten (Sachse & Sachse, 2016) bietet sich hier als zweites, „breites“ Verfahren an: Sie ist nicht manualisiert, jedoch konzeptualisiert.

In Anlehnung an Bandura (1997) kann gesagt werden, dass ein Trauma nicht in dem Erleben von widrigen Umständen per se besteht, sondern in der Wahrnehmung, dass der eigene Einfluss, die Selbstwirksamkeit gering oder gar nicht vorhanden ist.

## **2 Trauma: Die abrupte Erniedrigung der Selbstwirksamkeit**

Albert Bandura entwickelte das Konzept der „Selbstwirksamkeitserwartung“ im Rahmen seines Interesses für die Psychologie des Lernens: Die psychologischen Prozesse, die dazu führen, dass Fähigkeiten und Wissen neu entwickelt werden. Es geht hier also nicht um Routineaufgaben, sondern um die Bewältigung neuer Situationen durch sinnvolles Einsetzen vorhandener oder die Möglichkeit des Erwerbs neuer Fähigkeiten: „Selbstwirksamkeit wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können.“ (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Es

handelt sich also um die optimistische Einschätzung einer generellen Lebensbewältigungskompetenz.

Als eine neue Situation ist sicherlich immer das Trauma selbst zu definieren; jedoch ist auch der spätere Umgang mit dem Trauma und seinen (juristischen) Folgen eben auch eine neue Situation: Dazu notwendige Kompetenzen werden nicht selbstverständlich in der Kindheit oder in der Schule vermittelt! Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass es auch Befunde gibt, die zeigen, dass Kinder durch die Möglichkeit des Durcharbeitens „reifen“ können und damit ggf. auch resilienter weiteren aversiven Ereignissen gegenüber werden können (siehe dazu Fooker, 2009).

*Für die nachfolgenden Betrachtungen ist es wichtig sich klarzumachen, dass nicht nur das Trauma selbst, sondern auch die posttraumatischen Erfahrungen die Traumafolgesymptome beeinflussen bzw. auch selbst hervorrufen (z.B. können dysfunktionale Beziehungsschemata nicht durch das Trauma selbst entstehen, sondern möglicherweise durch die Erfahrung, wie Interaktionspartner später mit den Geschehnissen umgehen, s.u.).*

Es ist evident, dass im Rahmen traumatischer Erfahrungen kein selbstwirksames Handeln stattgefunden haben kann, da es selbstverständlich dann nicht zum Trauma gekommen wäre: Die Betroffenen hätten es dann zu verhindern gewusst und wären „mit einem blauen Auge“ davon gekommen. Insofern muss man davon ausgehen, dass in der akuten Situation folgende Appraisal-Prozesse stattgefunden haben müssen (nach Langens & Sachse, 2014):

1. Das Ereignis, welches gerade stattfindet, ist für meine Person relevant und gefährlich.
2. Das Ereignis wird meine Person und/oder meine Domäne (z.B. meine Kinder) schädigen.
3. Diese Schädigung wird in einem für mich großen Ausmaß stattfinden und sie wird irreversibel sein.
4. Ich kann nichts tun, um es abzuwenden oder abzumildern.

Daraus resultiert ein massives Angsterleben, was die Qualität kognitiver Prozesse, damit die Selbstwirksamkeit verringert (vgl. Bandura, 1997) und zu Hilflosigkeit führt.

Geringe Hoffnung in bezug auf Coping-Handlungen (Punkt 4: egal, ob emotions-, problem- oder bewertungsorientiert; Lazarus, 1999) sind bei jeder Emotionsaktivierung zu finden, jedoch ist hier der subjektive Wert des befürchteten Verlustes immens: Traumata sind definiert durch „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt...“ (APA, 2015, S. 369). Das bedeutet, dass die Betroffenen unter völliger Kontrolle eines anderen Menschen standen, nichts dagegen unternehmen konnten und

befürchten mussten, schwerwiegende (körperliche) Folgeschäden davon zu tragen. Die teufelskreisartige Angst führt dann zu einer unvollständigen und dysfunktionalen Einspeicherung mit den bekannten posttraumatischen Symptomen der Wiedererinnerung.

Nachdem das Trauma überlebt wurde, leiden Klienten mit akuter Belastungsreaktion nun unter diesen Wiedererinnerungen. Diese führen selbst zu einem Gefühl der Hilflosigkeit: Das plötzliche Einschleusen von Gedächtnisinhalten in Hier-und-Jetzt-Qualität (Boos, 2005) kann nicht kontrolliert werden, auch wenn Emotionskontrolle vor dem Trauma eine Fähigkeit des Klienten war. Nach Langens (2014b) kann man mentale Emotionskontrolle mit einem Regenschirm vergleichen, der sich nur bei Sonnenschein öffnen lässt: Die benötigte kognitive Kapazität wird z.B. durch Sorgen oder negative Emotionen gebunden und steht nicht mehr für Emotionsregulation zur Verfügung. In der entstehenden PTBS sind somit die Erinnerungen und die damit verbundenen Gefühle selbst zu Feinden geworden, die immer wieder das aktuelle Erleben intrudieren (vgl. Biermann-Ratjen, 2003). Die Betroffenen kämpfen stets dagegen an, verlieren aber ebenso regelmäßig: Sie sind nicht mehr „Herr im eigenen Haus“ (nach Langens, 2014b). Insofern wird nun auch noch eine besondere Form der Selbstwirksamkeit, die generalisierte Emotionsregulationserwartung (Catanzaro & Mearns, 1999), beeinträchtigt: Klienten haben nicht mehr den Eindruck, ihre Emotionen durch eigene Kraft bzw. eigene Handlungen regulieren zu können.

Hinzu kommt eine Erhöhung des Arousal, die aus der Sichtweise der Betroffenen resultiert, dass sie mit potentiellen Bedrohungen nicht umgehen können und deshalb ihre Umwelt als gefährlich wahrnehmen (Benight & Bandura, 2004). Dieses trägt ebenfalls dazu bei, dass Klienten immer weniger an sich glauben können: Nach Bandura (1997) verringern Menschen, die glauben, dass ihr Arousal durch persönliche Unfähigkeit entsteht, ihre Selbstwirksamkeitserwartung. Dies steht im Gegensatz zu anderen Personen, die davon ausgehen, dass ein solches Arousal normal ist und auch kompetente Leute solche Aktivierungsmuster erleben. Dieses Symptom mündet dann häufig in einer Depression: Die Klienten sind ausgebrannt, erschöpft und fühlen sich „wie in einem Hamsterrad“, da die Anspannung meist ziellos erlebt wird und ein Kampf gegen den vermeintlichen Aggressor sinnlos erscheint.

Andere auftauchende Symptome, z.B. eine Essstörung, können als Versuche des Betroffenen gewertet werden, irgendeinen Einfluss zu erhalten. Beispielsweise führt wenig essen zu einer

Beschäftigung mit Nahrung – und zu einer Ablenkung vom Trauma. Langfristige niedrigkalorische Ernährung führt zu einer emotionalen Dämpfung, die Klienten spüren also die Angst und Ohnmacht deutlich weniger.

Die Klienten befinden sich also hinsichtlich ihrer allgemeinen Selbstwirksamkeit und speziellen Emotionsregulationserwartung in einer Spirale abwärts, da die Symptome derart schwerwiegend sind, dass durch das Versagen „regulärer“ psychologischer Mechanismen permanente Fehlschläge in der allgemeinen Lebensgestaltung induziert werden.

In der Regel ist dies leider nicht das Ende aversiver Erfahrungen: Die allermeisten Klienten schildern zahlreiche und sehr ungünstige Interaktionen mit relevanten Bezugspersonen mit Bezug auf das Trauma.

Da sind zum einen Rettungskräfte: Ein Klient musste 2,5 Stunden auf seine Befreiung aus den Fesseln warten (weil die Rettungskette seiner Firma schlecht organisiert war) und schaute dann in die Pistolenläufe von Polizisten, die ihm die sofortige Befreiung vorenthielten, weil er möglicherweise einer der Täter sein könnte. Der gleiche Klient wurde gegen seinen Willen vom Notarzt mit Beruhigungsmitteln „ausgeknockt“. Einem anderen Klienten wurde „Spaß“ bei einer Vergewaltigung unterstellt, als er diese zur Anzeige bringen wollte.

Zum anderen können Familienmitglieder, meist aus eigener Hilflosigkeit, ungünstig reagieren: Z.B. wird ein junges Mädchen zur Beweissicherung gegen ihren Willen zur gynäkologischen Untersuchung genötigt, obwohl dies noch Zeit gehabt hätte. Oder das Angebot, zur Emotionsregulation (immer wieder) Alkohol bereit zu stellen. Manche Angehörige sind nicht in der Lage, sich die Geschichte (die immer wieder zum Erzählen drängt) anzuhören und werden traurig oder aggressiv.

Als drittes müssen auch Institutionen genannt werden: Arbeitgeber, die nach einem Betriebsunfall nicht für angemessene Wiedergutmachung sorgen. Oder Gerichte, die für die juristische Aufarbeitung Jahre benötigen und somit den Abschluss für den Klienten verunmöglichen.

Das bedeutet, dass das Erleben geringer Selbstwirksamkeit auch nach dem Ereignis fortdauert und somit regelrecht zementiert wird (und sich spätestens jetzt zu einem Schema entwickelt, s.u.).

Klienten erleben also erstens während des Traumas, d.h. in der Unmöglichkeit es abzuwenden, eine geringe Selbstwirksamkeit. Zweitens entsteht posttraumatisch Hilflosigkeit,

da Helfende und Interaktionspartner (und leider auch manchmal Therapeuten, s.u.) vermitteln, dass das Trauma zu furchtbar ist und/oder der Klient sich allein gelassen fühlt. Drittens entsteht die Hilflosigkeit durch die Nichtkontrollierbarkeit der Emotionen und Wiedererinnerungen (= Verringerung der generalisierten Emotionsregulationserwartung), die auf das Leben des Klienten umfangreich Einfluss nehmen.

*Daraus lässt sich das oberste Prinzip einer jeden Traumabehandlung ableiten: Klienten müssen in die Lage versetzt werden, eine Bewältigungserfahrung zu machen, um eine schemainkongruente Selbstwirksamkeit zu spüren!*

### **3 Verletzte Motive**

Interpersonelle Traumata führen zu einer Verletzung der Würde, was vermutlich die Tatsache erklärt, dass diese ein 6-7fach höheres Risiko der Störungsentwicklung in sich tragen (Kessler et al., 1995). Der Rechts- und Sozialphilosoph von den Pfordten (2016) konkretisiert die Menschenwürde unter Rückgriff auf Kant (1785) als „...die Eigenschaft der tatsächlichen oder wenigstens potentiellen Selbstbestimmung über die eigenen Belange...“. Die eigenen Belange werden hier definiert als primäre (körperliche) Strebungen (z.B. Unverletztheit) oder Bedürfnisse (nach z.B. Nahrung), die durch Wünsche und Ziele zweiter Ordnung (kognitive Zielregulation) moduliert werden können. Täter würdigen das Opfer insofern ab, als dass sie zum Objekt ihrer Befriedigung, als Mittel zum Zweck funktionalisiert werden (vgl. Dürig, 1956). Dadurch sind alle Belange des Menschen betroffen, er wird zu einem Gebrauchsgegenstand der Bedürfnisbefriedigung eines anderen (vgl. Kant, 1785). Somit wird ihm die Gleichberechtigung abgesprochen: Sein Wert als Mensch ist verringert, er ist nicht mehr Gleicher unter Gleichen. Vielmehr wird er aus seinem sozialen Bezugssystem herausgekegelt, was eine Verletzung seiner (Selbst-) Achtung nach sich zieht (s.u.). Der Missbrauch geht bis in den Kern der Persönlichkeit: Dem Menschen wird nicht nur die Möglichkeit einer Regulation der äußeren Handlungen genommen, sondern es wird auch seine innere Erlebniswelt okkupiert (denken, fühlen, etc.: „Er hat immer gesagt, ich darf nicht heulen. Dann habe ich versucht, an nichts mehr zu denken!“). Interessanterweise ist übrigens der Katalysator für den Siegeszug des Menschenwürdebegriffs in den Erfahrungen mit den großen staatlichen Verbrechen des 20. Jahrhunderts zu sehen (von den Pfordten, 2016).

Für unsere Überlegungen bedeutet dies Folgendes:

1. Schon die psychologische Definition eines Traumas (z.B. DSM-IV, APA, 2015) beinhaltet eine elementare Verletzung der eigenen (Körper-) Grenzen bzw. die Befürchtung, dass dies passieren wird. Insofern ist dies das erste und wichtigste Motiv, welches durchweg bei jedem Klienten mit Traumafolgestörung massiv verletzt wurde: In der Heuristik der Klärungsorientierten Psychotherapie „Grenzen“ genannt (siehe zu den Beziehungsmotiven: Sachse, 2006b). Therapeuten müssen also sehr vorsichtig sein, die Grenzen des Klienten zu wahren. Da Klienten ein adäquates Grenzsetzungsverhalten häufig nicht realisieren, muss der Erwerb dieser Kompetenz erlernt werden und zwar als erstes Therapieziel. Passiert dies nicht, verhalten sich Therapeuten möglicherweise ungewollt grenzüberschreitend und werden in der Wahrnehmung des Klienten vom Helfer zum Täter: Beispielsweise hatte eine Klientin eine indizierte traumakonfrontative Behandlung in einer Klinik begonnen und in der Folge fortlaufende Intrusionen, die gegenüber jeglicher Intervention unbeeindruckt blieben. Es konnte in der ambulanten Behandlung geklärt werden, dass die Klientin nicht in der Lage gewesen war, eine Überforderung während der Traumakonfrontationssitzungen anzuzeigen, so dass die Therapeutin nicht merken konnte, dass die Klientin emotional überflutet wurde. Das Ereignis fand gefühlt im Hier und Jetzt statt. Da die Therapeutin dies in den Augen der Klientin hervorgerufen hatte, wurde diese als aggressiv und übergriffig wahrgenommen – was die Klientin aber auch nicht sagen konnte. Eine weitere Zusammenarbeit wurde von der Klientin innerlich gekündigt. In der ambulanten Behandlung fordert sie die Therapeutin sogar zur Grenzüberschreitung auf: „Ich will, dass das aufhört. Wir müssen diese Konfrontation durchziehen, egal, wie es mir geht!“. Dies ist kein seltener Appell – er kann durchaus auch als Beziehungstest verstanden werden: Wirst Du, Therapeut, Dich als grenzüberschreitend erweisen? Bist Du (wie) ein Täter? Dies konnte mit der Klientin bearbeitet werden; die Traumakonfrontation, die weiterhin indiziert war, zog sich über 16 Sitzungen für die erste zu bearbeitende Situation hin. Die Klientin musste immer wieder ihre Grenzen ziehen, die Therapeutin damit auch testen.
2. Klienten haben eine massive Einschränkung der *Autonomie* durch den Täter erfahren. Diese Autonomiefrustrationen passieren jedoch fortlaufend, da posttraumatisch, wie oben ausgeführt, z.B. die Emotionsregulationsfähigkeit durch Intrusionen u.ä. herabgesetzt wird. Hier ist wieder zu bedenken, dass eine solche Einschränkung aber auch in anderen posttraumatischen Erfahrungen mit Helfern oder anderen Interaktionspartnern stattgefunden haben kann. Insofern müssen sich Therapeuten sehr bemühen, Klienten ein Maximum an Autonomie zu gewährleisten: Neben selbstverständlicher Aufklärung muss



dem Klienten an jeder relevanten Stelle des Therapieprozesses die Entscheidungshoheit überlassen werden (vgl. Reddemann, 2013).

3. In der Regel ist ein Wunsch nach *Solidarität* sichtbar – in der Klärungsorientierten Psychotherapie definiert als das Bedürfnis danach, Hilfe und Unterstützung zu bekommen, wenn man sie benötigt. Klienten haben jedoch die Erfahrung gemacht, diese im entscheidenden Augenblick des Traumas und ggf. auch danach nicht erhalten zu haben (oder: nicht so erhalten zu haben, wie benötigt: z.B. Beruhigungsmittel gegen den Willen zu erhalten, s.o.). Dies zu spüren ist schmerzhaft und mit extrem viel Trauer verbunden: Klienten hadern im Falle eines Kindesmissbrauchs häufig mehr mit dem ignoranten Verhalten der Mutter als mit dem des Täters; letzterem wird meist abgesprochen, nach normalen oder bekannten psychologischen Regeln zu funktionieren. Die Tat als solches disqualifiziert ihn für die Teilhabe an der „Normalität“. Das unsolidarische Verhalten der Mutter ist dann aufgrund ihrer angenommenen größeren psychischen Gesundheit umso enttäuschender. Insofern kann sich das Solidaritätsmotiv auch als „Flucht in die Autonomie“ zeigen: In dem Versuch, sich unabhängig von Beziehungen zu machen und sich auf niemanden außer der eigenen Person zu verlassen. Zu bedenken ist dabei, dass es sich hier aber nicht um ein „echtes“ Motiv mit Annäherungstendenz und positiven Gefühlen bei Erreichung handelt. Vielmehr ist es ein Vermeidungsziel: Die Enttäuschung darüber, dass ein Interaktionspartner (wieder einmal) nicht solidarisch ist, soll vermieden werden. Insofern ist die Erreichung des Zieles der Unabhängigkeit auch nur mit einem Gefühl der Erleichterung und zugleich mit Trauer um echte Bindung verbunden: Dieses Verhalten führt zu einem Teufelskreis, in dem keine inkongruenten Erfahrungen mehr möglich sind. Ein anderes Phänomen bezieht sich ebenfalls auf das Solidaritätsmotiv: Klienten entwickeln manchmal eine große Anspruchshaltung gegenüber der Gesellschaft im Allgemeinen und näheren Interaktionspartnern im Besonderen. Über den realen Opferstatus hinaus gehen sie davon aus, dass ihnen Wiedergutmachung zu jeder Zeit zustehe, was zu großem Unmut bei Nichtbefriedigung führt. Auch dies entspricht aber Vermeidung: Die Klienten vermeiden die Trauerarbeit, die hinsichtlich der mangelnden Solidarität rund um das Trauma anstehen würde und versuchen weiterhin, doch noch etwas zu bekommen. Eine Klientin empörte sich darüber, dass sie als Traumatisierte doch nicht im Wartezimmer ihres Hausarztes mit anderen Patienten warten könne (wohlgemerkt: Dieser Anspruch hatte nichts mit etwaigen Flashbacks oder ähnlichem zu tun!). Die gleiche Klientin erhielt schon eine Rente und Opferentschädigungsgeld; sie ärgerte sich, dass die Fahrkarte, die sie benötigte, um zur Psychotherapie zu fahren, nicht

ebenfalls von „irgendeiner Stelle“ bezahlt wurde. Diese Anspruchshaltung war in jedem Lebensbereich zu finden; letztlich ging es aber um die Mutter, die – im gleichen Bett schlafend – den fortgesetzten Missbrauch an der Tochter durch den Vater nicht unterbunden hatte.

Traumatisierte Klienten benötigen explizite Beziehungsbotschaften im Hinblick auf emotionale Wärme und Respekt. Zudem ist immer eine Komplementarität zu den Beziehungsmotiven „Grenzen“, „Autonomie“ und meist auch „Solidarität“ geboten.

#### **4 Die Entwicklung neuer, dysfunktionaler Schemata**

Klassischerweise entwickeln sich Schemata im Kindes- oder Jugendalter und sind nach ihrer Ausbildung stabil (vgl. Sachse, 2003). Jedoch muss man davon ausgehen, dass das Erleben eines traumatischen Ereignisses mit einer derart hohen Menge an negativen Emotionen und Affekten einhergeht, dass es auch in höheren Lebensaltern zur Ausbildung von Schemata kommt, die dann in der Regel unverbunden neben den prätraumatischen Schemata stehen (Schirm, 2011). Dies scheint insbesondere der Fall zu sein, wenn die prätraumatisch vorbestehenden Schemata (zu) positive Aussagen beinhalten (und dadurch die Entwicklung einer PTBS begünstigen können; Foa & Riggs, 1993) – die Inkompatibilität der prä- und sich posttraumatisch entwickelnden Schemata führt zu einem zweiten Schemasystem. Biermann-Ratjen (2003) geht im Rahmen einer gesprächspsychotherapeutischen Konzeption von Trauma davon aus, dass die erlebte Inkongruenz zwischen der Erfahrung (dem Trauma) mit dem Selbstkonzept zu Abwehrmaßnahmen führe. Dies erklärt aber nicht die typischerweise zu beobachtenden interaktionellen Auffälligkeiten wie z.B. Misstrauen dem Therapeuten gegenüber – insofern muss man auch davon ausgehen, dass sich Beziehungsschemata neu entwickeln und damit einhergehend auch kompensatorische Netzwerkstrukturen.

Es ist also davon auszugehen, dass posttraumatisch Schemata in folgenden Bereichen des psychischen Systems der Klienten entstehen können (vgl. Schirm, 2011):

1. (allgemeine) Selbstwirksamkeitserwartung,
2. Emotionsregulationserwartung,
3. Selbstschemata,
4. Beziehungsschemata

5. sowie eventuell kompensatorische Schemata:

- Normen (Kompensation für dysfunktionale Selbstschemata) und
- Regeln (Kompensation für dysfunktionale Regelschemata).

1) Wie deutlich geworden sein dürfte, beinhaltet ein Trauma das Erleben geringer oder nicht vorhandener Selbstwirksamkeit. Dies führt regelhaft zu Schemata in bezug auf die eigene allgemeine Selbstwirksamkeit – die Erkenntnis, dass nicht alles unter der eigenen Kontrolle steht, selbst und gerade wenn es aber existentiell wichtig ist. Die Intrusionen erinnern den Klienten auch stets an die Nichtbewältigbarkeit des Traumas, was zu einer Festigung des neuen Selbstwertschemas führt: Ausschließliche Erinnerung an schlechtere Leistung führt zu einer Unterschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit (Sutherland & Bryant, 2005). Selbst wenn prätraumatisch selbstwirksame Fähigkeiten vorhanden waren: Effektives Funktionieren im Alltag benötigt sowohl Skills als auch Selbstwirksamkeitsüberzeugung, um diese gut zu nutzen. (Ergo: Auch wenn diese vorher da waren, fehlt nun der Glaube daran! Vgl. Bandura, 1997).

Prototypisch sind hier Aussagen zu erwarten wie: „Ich habe nichts mehr unter Kontrolle!“ oder „Ich kann jederzeit überfordert werden!“. Diese Aussagen beeinflussen dann auch top-down, welche Aufgaben Menschen aussuchen, wie sie ihre Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Umwelтанforderungen interpretieren und organisieren und damit schemainkongruente Erfahrungen systematisch vermeiden.

Dies führt dann in eine Demoralisierung und später in die Depression: Wozu überhaupt sein Leben planen, wenn es doch jederzeit durch den Einfluss „fremder Mächte“ abrupt unterbrochen werden kann?

2) Durch die Symptome verringert sich ebenfalls die eigene Emotionsregulationserwartung (Catanzaro & Mearns, 1999), was zu Schemata führt wie: „Ich kann mich nicht beruhigen“. Auf der zweiten Ebene eines solchen Schemas steht dann meist die Befürchtung, dass mit einem hohen Affekt eine mangelhafte Handlungsplanung einhergeht, was zu katastrophalen Konsequenzen führen wird („Wenn ich mich nicht beruhigen kann, werden schreckliche, existentiell bedrohliche Dinge passieren!“). Dies entspricht auch dem tatsächlichen Erleben der Klienten im Trauma: Die Problemlösefähigkeiten sind durch Emotionen herabgesetzt, Klienten sind dann nicht mehr zu Handlungen fähig, die sie außerhalb der traumatischen Situation ausführen könnten. Schlimmstenfalls reagierten die Betroffenen mit einem Freezing, also einer

vollständigen motorischen Lähmung: Ein tatsächliches Wehren ist dann nicht möglich. Das führt dann zu einer teufelskreisartigen Verstärkung von z.B. Angst: Die Angst wird als überwältigend empfunden und aufgrund dieser Tatsache entwickeln die Klienten noch mehr Angst.

Zudem führen die hilflosen Bewältigungsversuche der Klienten zu massiv dysfunktionalen Verhaltensweisen, die ihrerseits die Emotionsregulationserwartung verringern: Alkoholmissbrauch und/oder der Einsatz psychotroper Substanzen (im Sinne eines Selbstmedikationsversuchs bei Affektregulationsproblemen). Tatsächlich zeigen 43% aller Suchtpatienten eine relevante Traumafolgestörung (Goddemeier, 2009).

- 3) Studien zeigen, dass Klienten mit PTBS im Vergleich zu Menschen ohne diese Diagnose mehr (auch traumabezogene) Erinnerungen negativer Valenz aus dem Erwachsenenalter erinnern – dies perpetuiert ihr negatives Selbstkonzept (Sutherland & Bryant, 2005)! Was sind traumabezogene Quellen negativer Selbstkonzeptentwicklung?

Die peritraumatische Würdeverletzung führt zu einer deutlichen Erniedrigung der Selbstachtung: Ein negatives Selbstkonzept entsteht. Nicht nur vergewaltigte Menschen fühlen sich durch die Tat würdelos (s.o.) und erniedrigt, häufig „eklig“, benutzt und nicht mehr als Mensch definiert.

Es kann vorkommen, dass Klienten das Geschehene in der Folge als angemessene Bestrafung für ein vermeintlich stattgefundenes Fehlverhalten relativieren („Ich bin ja auch anstrengend gewesen.“, „Ich habe ihn herausgefordert, weil ich mit anderen geflirtet habe!“). Diese Exkulpierung des Handelns des Täters als bloße Reaktion auf das „falsche“ Verhalten des Opfers dient dann einer simulierten Kontrolle und damit dem phasenweisen, wenn auch geringen Anstieg der Selbstwirksamkeit: Wenn ich mich zukünftig angemessen verhalte (unterwürfig bin etc.), kann ich einer weiteren Bestrafung und damit einem weiteren Trauma aus dem Weg gehen. Der Preis ist dann aber die eigene Selbstachtung.

Zudem kommt es nicht selten vor, dass den Betroffenen ihr Mangel an Selbstwirksamkeit negativ angelastet wird: Ein Klient, Opfer eines bewaffneten Raubüberfalls, wurde mittels eines Kabelbinders an einen Stuhl gefesselt und konnte deshalb nicht sein Mobiltelefon bedienen. Ein Polizist, der seine Aussage später aufnahm, warf ihm mangelnde Kreativität vor: Er hätte doch seine Schuhe ausziehen und mit den Zehen die Ziffern eintippen können? Der Klient verarbeitete dies als Versagen, fühlte sich dumm und „selbst schuld“

an seinem Trauma: Dies führt zu einem negativen Selbstkonzept (hier aus dem Motivbereich der Anerkennung).

- 4) Dysfunktionale Beziehungsschemata entstehen meist allein schon aufgrund der Art der Traumatisierung: Sogenannte „man-made“ Traumata tragen ein 6-7fach höheres Risiko in sich, Symptome hervorzurufen (Kessler et al., 1995). Aber eben auch die Erfahrungen, wie Helfer „danach“ (s.o.) oder wie Ehepartner mit dem Klienten umgegangen sind. Zudem erscheinen Therapeuten auch nicht immer hilfreich (s.u.).
- 5) Als Reaktion auf die Selbst- und Beziehungsschemata können sich nun kompensatorische Norm- und Regelschemata entwickeln: Auch dies sind Versuche, zumindest auf Umwegen Kontrolle über Interaktionspartner und sich selbst zu erhalten. Die meisten Normschemata bewegen sich auf der Dimension „Kontrolle über andere“: Klienten möchten nicht wie der Täter werden – was dann dazu führt, dass Klienten keinerlei Aggressionen mehr zeigen wollen und Eigenschaften, die sie mit dem Täter teilen, bekämpfen. Der Gegensatz dazu ist die Norm, stets und ständig die Kontrolle zu behalten und ggf. auch Präventivschläge auszuführen. Regelschemata können aus jedem der oben genannten Motivbereiche entspringen.

An dieser Stelle muss auf die Schwere der Einschlüge auf das psychologische System durch Kindheitstraumatisierungen hingewiesen werden: Kinder haben u.U. noch gar kein ausgeformtes Selbst- oder Beziehungskonzept. Ist ein enger Bezugspartner zeitgleich Täter, kann sich möglicherweise gar kein stabiles Selbstkonzept ausbilden, da die Bindungspartner in ihrem Handeln dem Kind gegenüber nicht konstant sind: „Das Selbst entwickelt sich nur im Austausch mit anderen.“ (persönliche Mitteilung von Carsten Spitzer, 2015). Möglich ist hier auch die Ausbildung vieler Selbstkonzepte – die Dissoziative Identitätsstörung entsteht (vgl. Nijenhuis, 2015).

Naturgemäß mangelt es Kindern auch an Selbstwirksamkeit: Ihre Lebenswirklichkeit ist, dass sie sich eben meist durch Hilfe von Bezugspersonen regulieren können oder neue Aufgaben bewältigen lernen. Es trifft also ein extrem emotionales Ereignis auf eine unreife Psyche – ungleich heftiger sind die Auswirkungen, die therapeutisch angegangen werden müssen.

## **5 Die Vermeidung der Klienten**

Traumafolgestörungen können als „Vermeidungsstörungen“ aufgefasst werden, die in einem Mangel an Integration (= Dissoziation) münden. Diese Dissoziation geht soweit, dass Klienten ihre Symptome nicht benennen. Morina & Müller (2011) sprechen von der PTBS als einer „heimlichen Störung“, die die Klienten verstecken wollen. Beispielsweise stellte sich ein 52-jähriger Klient wegen eines Colon irritabile vor, nachdem er zwei stationäre Rehabilitationen und ärztliche Untersuchungen seit nunmehr 11 Jahren hinter sich gebracht habe. Von seinen seit dem 8. Lebensjahr andauernden Intrusionen habe er allerdings noch niemandem erzählt.

Wenn Menschen durch ein Trauma das Wünschen und Wollen abgesprochen wird (Verletzung der Würde), sie keinerlei Möglichkeit mehr sehen, Handlungen auszuführen (Verringerung der Selbstwirksamkeit), sie den eigenen Wert und das Vertrauen in die Mitmenschen verloren haben (Schemata), bleibt nur noch der Rückzug in sich selbst und der Schutz vor weiterer Verletzung durch Flucht. Nach Benight & Bandura (2004) resultiert das fortgesetzte Bedrohungsleben aus einem wahrgenommenen Mangel an Bewältigung von als schädlich eingeschätzten Umweltaspekten. Man muss aber davon ausgehen, dass es eben nicht nur Gefahren im außen, sondern eben auch aus dem Inneren gibt: Gefühle und Erinnerungen. Was bleibt, ist die Vermeidung als einzige noch ausführbare Handlung: „Vermeidungsverhalten ist definiert als ein Verhalten, bei dem ein Klient systematisch versucht, einem Objekt oder einem Inhalt auszuweichen, sich ihm nicht auszusetzen und sich nicht damit zu konfrontieren.“ (Sachse, et al., 2011, S. 156). Diese Art Fluchtverhalten ist bei Klienten in zwei Bereichen zu sehen: Sie vermeiden

- bedeutsame Beziehungen (und damit Verletzungen und Kontrolle über die eigene Person) und
- Emotionen (und damit auch Inhalte, die Emotionen auslösen: die Schilderung traumatischer Erfahrungen und Introspektion).

Im Rahmen der Klärungsorientierten Psychotherapie (Sachse, 2003) bedeutet dies, dass traumatisierte Klienten neben den oben genannten Schemata auf der Inhaltsebene auch Schwierigkeiten auf der Bearbeitungs- und der Beziehungsebene aufweisen. Das bedeutet, dass im Therapieprozess zunächst die Vermeidung von Beziehungen und der Emotionen bearbeitet werden muss, damit dysfunktionale Schemata bearbeitet werden können.

## **5.1 Vermeidung von (engen) Beziehungen**

Nach Butollo und Karl (2012) führt die Vermeidung des inneren Kontakts mit anderen Personen zu einer regelrechten Dissoziation von ihnen. Die Klienten beschreiben sich dann als abgetrennt oder entfremdet von anderen (vgl. DSM-V, APA, 2015), was ihnen eine Verringerung der Angst vor Übergriffen durch den anderen bietet. Es ist gesichert, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung einen der größten Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer PTBS darstellt – insofern muss eine Psychotherapie, die die Lebenszufriedenheit des Klienten erhöhen und vor Rückfällen schützen will, die Fähigkeit zur Nähe (wieder-)herstellen. Jedoch ist die therapeutische Beziehung eben auch eine enge Beziehung, so dass die Klienten ihr Beziehungsproblem mit in die Therapie bringen. Auch wenn die therapeutische Beziehung nicht das alleinige Ingredienz zum Therapieerfolg ist (Sachse, 2006b), so ist sie doch notwendige Voraussetzung für die weiteren therapeutischen Interventionen (in Abgrenzung zu der Konzeption der Gesprächspsychotherapie: hier wird davon ausgegangen, dass die Beziehung als solches ausreicht zur Behandlung; vgl. Eckert & Biermann-Ratjen, 2011).

Und dies bedeutet, dass Klienten zunächst mit ihren Distanzappellen („Komm´ mir nicht zu nahe!“, „Überschreite meine Grenzen nicht!“, „Rede mir nicht rein!“ etc.) wahrgenommen und wertgeschätzt werden müssen. Klienten müssen mit ihrem besonderen Interaktionsverhalten durch ein komplementäres Beziehungsangebot durch den Therapeuten dort abgeholt werden. Das Anstreben von großer Nähe, indem quasi unter diesen Grenzsetzungen weggetaucht wird, kann zu einer Retraumatisierung führen – der Therapeut missachtet ebenso wie der Täter die Grenzen. Maercker und Rosner (2006) definieren: (als Retraumatisierung) „...werden Vorgehensweisen bezeichnet, die die Patienten nur emotional belasten und keine nachhaltigen Erleichterungen verschaffen. In ihrer schlimmsten Form können sie (...) zu einer lang anhaltenden Verschlechterung führen. In der weniger schwerwiegenden Form kommt es zu einer Reaktualisierung des Traumas (...).“

Die häufig vorkommende „Flucht in die Autonomie“ muss als Verhalten auf „Spielebene“ einer Interaktionsstörung (Sachse 1997, 2001, 2013; Sachse et al., 2010) verstanden werden, zu dem Klienten greifen, um zumindest ein wenig Kontrolle über die Situation und damit über ihre Sozialpartner gewinnen können. Jedoch ist das Bedürfnis nach Kontrolle selbst ein Vermeidungsmotiv: Zum einen ist Kontrolle über andere per se nicht erreichbar; es ist lediglich möglich, die Wahrscheinlichkeit eines bestimmten, unangenehmen Verhaltens anderer zu verringern (indem ich mich zurückziehe, können mir andere nicht schaden und mich auch nicht enttäuschen). Allerdings zieht die Umsetzung des Motivs als Konsequenz keine positiven Emotionen wie Glück oder Stolz nach sich – vielmehr folgt bei

wahrgenommener Kontrolle eine Verringerung des Angstgefühls. Ebenso verringert sich die wahrgenommene Hilflosigkeit, da ein wenig Selbstwirksamkeit in sozialen Beziehungen gespürt wird. Dies muss den Klienten explizit klar werden, indem ihr Verhalten geklärt und Handlungsalternativen (Aufbau authentischer Handlung) entwickelt werden sollten. Grawe (2004) formulierte es explizit: Klärungsorientierte Therapien führen zu einer Befriedigung des Kontrollbedürfnisses!

Cloitre und Kollegen zeigten, dass die positive therapeutische Beziehung die Symptomreduktion am Ende der Therapie voraussagt; noch deutlicher ist dies über den Mediator „Regulation negativer Gefühle“ in der Beziehung nachzuweisen (Cloitre et al., 2004). Diese Tatsache führt uns zum nächsten Punkt.

## **5.2 Vermeidung von Emotionen**

Schon Freud (1920) definierte die traumatische Neurose als die Folge eines ausgiebigen Durchbruchs des Reizschutzes durch Emotionen. Er merkt an, dass sich die Betroffenen im Wachen recht wenig mit den traumatischen Vorgängen beschäftigen und Reminiszenzen erleben. Hier wird schon die Vermeidung beschrieben, die bis zur Dissoziation gehen kann – als regelrechter Not-Aus, wenn die Person die Eindrücke peritraumatisch nicht integrieren kann und später nicht integrieren will. Man bedenke: Uunächst wurden die Klienten durch die Gefühle überrollt, so dass sie nicht daran glauben, sie jetzt aushalten zu können und der therapeutischen Beziehung, mittels derer sie es vielleicht könnten, vertrauen sie nicht. In diesem Sinne entspricht Dissoziation einer Bearbeitungsstörung im Sinne der Klärungsorientierten Psychotherapie, am hinteren Ende im Spektrum der Vermeidung.

Traumatisierte Klienten nutzen sämtliche Vermeidungsstrategien, die Sachse (z.B. 2006a oder Sachse et al., 2011) definiert hat. Typisch ist, dass die Automatisierung der Vermeidungsprozesse mit dem zeitlichen Abstand vom Trauma zunimmt – Klienten ist also eine relativ lange Zeit bewusst, dass sie vermeiden und wie sie es tun. Es gibt jedoch eine Überschneidung im Vermeidungsverhalten mit den von Sachse als Psychosomatiker definierten Klienten bei lang dauernder Vermeidung bzw. früher Traumatisierung – bei diesen traumatisierten Klienten ist die Vermeidung nicht mehr bewusst. So sind auch die komorbid sehr häufigen somatoformen Störungen zu erklären (siehe dazu Siol et al., 2004).



Traumaklienten vermeiden ihre Emotionen typischerweise über die Vermeidung von auslösenden Situationen (vgl. Sachse, 2014). Können sie dies nicht, ist das nächste Mittel zur Vermeidung die Reaktionsverhinderung – andere Strategien wie z.B. Situationsveränderung oder Aufmerksamkeitssteuerung werden aufgrund mangelnder Selbstwirksamkeitserwartung nicht gezeigt. Erst wieder die emotionale Reaktion als solche wird verändert, und zwar in der Regel durch

- Dissoziation,
- Weglachen,
- Reden *über* Gefühle ohne *Aktivierung* derselben,
- Unbekümmertheit gegenüber der eigenen fehlenden Emotionalität,
- Explizites Nicht-Wollen.

Während der Dissoziation sind die Klienten eigenartig emotionslos bis hin zum sogenannten „Numbing“: Ein vollständiges Fehlen der Emotionen (meist Angst und Ärger), als ob der Klient betäubt sei. Gleichzeitig sind sie aber in der Lage, auf kognitiver Ebene relevante Informationen zu geben. Hier wird die Relevanz des Themas dadurch sichtbar, dass plötzlich jede Emotionalität fehlt.

Eine andere Strategie, einmal aktivierte Emotionen zu vermeiden, ist ein auffälliges „Weglachen“: Sehr schnell nach Aktivierung der Emotion lachen die Klienten in inadäquater Weise. Die dahinter liegende negative Emotion wird vom Therapeuten dennoch wahrgenommen und führt zu Verwirrung.

Häufig berichten Klienten auch von ihren damaligen Emotionen, d.h. sie reden über das Trauma und erzählen von den Gefühlen. Während des Berichts jedoch sind diese aber nicht aktiviert.

Spricht man Klienten darauf an, zeigen sie mitunter eine große Unbekümmertheit gegenüber der eigenen fehlenden Emotionalität, ähnlich dem Konzept der „belle indifference“.

Nicht selten geben Klienten explizit an, ihre Emotionen nicht spüren zu wollen – hier könnte man von thematischen Sperren sprechen (Sachse, 2006a; Schirm et al., 2015).

Es ist jedoch wichtig zu bedenken, dass diese Vermeidungsstrategien sowohl intra- als auch interpsychisch wichtig sind: Zum einen haben die Klienten Angst vor der Auslösung von Emotionen (Ich werde überflutet! Ich werde zum Täter!), zum anderen haben sie Angst vor zu großer Nähe und den damit befürchteten Grenzüberschreitungen durch den Therapeuten (Schamgefühl und Distanzwunsch, Klienten möchten die Informationshoheit behalten).

Und damit befinden sich die Klienten in einem Teufelskreis: Die Akzeptanz eigener Emotionen ist eine notwendige Bedingung für intrapersonale Regulation (Langens, 2014a). Vermeidung und Vertuschung von Emotionen führt dazu, dass sie keine Hilfestellung bei der Regulation erhalten – und damit bleibt ihre Selbstwirksamkeit niedrig.

Therapeuten sind also angehalten, sowohl im Rahmen der Beziehungsgestaltung als auch durch das Anbieten angemessener Interventionen (z.B. Traumakonfrontation, vgl. Bandura, 1997) mit jeweils lösbaren Teilzielen (initialer Erfolg!) dem Klienten zu vermitteln, dass er Vertrauen in ihn hat – ihm zutraut, dass er sich dem „Drachen stellen kann“ (vgl. Sachse, 2006b). Dadurch wird er sich mehr Mühe geben, wenn Schwierigkeiten auftauchen (Bandura, 1997). Dazu ist es aber auch nötig, dass der Klient dem Therapeuten als Experte vertraut (Bandura, 1997; Sachse, 2006b)

Klienten sollten Emotionsregulationserwartungen durch Akzeptanz eigener Emotionen und angemessene Regulation durch verständnisvolle Bezugspersonen erlernen. Dazu ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung durch spezielle Strategien notwendig, was auch die Bearbeitung des Misstrauens einschließt.

## **6 Die Vermeidung der Therapeuten**

Leider vermeiden aber nicht nur die Klienten.

In der Traumatherapieszene wird seit Jahren eine mehr oder weniger emotional gefärbte Debatte darüber geführt, ob nun vor einer indizierten Traumakonfrontation stabilisiert werden sollte oder ob nicht nur Stabilisierung oder nur Konfrontation ausreicht (z.B. Barnow & Lotz, 2009; Ehlers, 1999; Flatten et al., 2004b; Neuner, 2008; Reddemann, 2004, 2009; Sack, 2010). Es gibt, wie bei jeder Debatte, jede Menge gute Argumente.

Sachse (2010) formuliert es drastisch: „Stabilisierende Traumatherapie pervertiert zum gemeinsamen Vermeidungsverhalten.“ Neuner (2008) geht davon aus, dass eine ausgedehnte Stabilisierungsphase die Botschaft enthält, dass Konfrontation gefährlich sein könnte. Dies scheinen tatsächlich Kollegen zu glauben: So geben Supervisanden mitunter an, die Klienten nicht „retraumatisieren“ zu wollen, weshalb dann überhaupt keine Traumakonfrontation auch nur angeboten wird. Wenn man das oben Ausgeführte ernst nimmt, kommt es nur dann zu

einer Retraumatisierung, wenn Therapeuten grenzüberschreitend und autonomieeinschränkend sind. Wird mit Klienten systematisch Grenzsetzung geübt (und achten Therapeuten auf diese Signale!), kann keine weitere Traumatisierung im therapeutischen Kontext stattfinden! Manchmal stellt sich aber auch die Frage, ob Therapeuten selbst Angst vor der Traumageschichte haben, vielleicht sich selbst schützen wollen (vgl. Maercker, 2009b). Nur so ist es zu erklären, dass die Konfrontation hartnäckig sogar von gut ausgebildeten Kollegen vermieden wird.

Um es klar zu sagen: Eine Konfrontation mit Integration des Traumas in das psychologische System des Klienten bedeutet eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte. Zudem bringt die Konfrontation eine starke Erhöhung der Emotionsregulationserwartung und der allgemeinen Selbstwirksamkeit, was die Störung ursächlich behandelt: Die Klienten verinnerlichen die Erfahrung, Probleme gemeistert zu haben (vgl. Bandura, 1997). Klienten können so nun einen Teil ihrer Vermeidung aufgeben. Selbstverständlich ist die Intervention an die Belastungsgrenze des Klienten anzupassen – es sollte aber an der Kante des Möglichen gearbeitet werden (nach Sachse, 2003; Benight & Bandura, 2004).

Ein weiteres gewichtiges Argument besteht darin, dass die Strategien, die Klienten klassischerweise in der Traumabehandlung in der Stabilisierungsphase erlernen, letztlich nur Emotionskontrolle bedeuten: Dem inneren Erleben von Angst, Anspannung o.ä. wird ein Skill (DBT), eine Imagination (PITT) o.ä. entgegen gesetzt. Dies dient der gleichen Logik wie andere Vermeidung auch (vgl. Sachse, 2014)! Erfolgreiche Traumakonfrontation mit klärungsorientierter Arbeit an den Schemata entspricht jedoch einer Selbstregulation: Die erfolgreiche Veränderung der kognitiven Prozesse, die zu einer Emotion führen. Und ein wichtiger Grundsatz in der Psychotherapie lautet: Selbstregulation ist der Selbstkontrolle vorzuziehen (Sachse, 2014)!

Jedoch beruht eine erfolgreiche Bewältigung belastender Ereignisse auf einem Wechselspiel von Konfrontation und Ablenkung. Der Versuch, die Bewältigung von Stressoren und negativen Emotionen durch rigide Konfrontation zu beschleunigen, scheint in vielen Fällen kontraproduktiv (Langens, 2014b). Klienten müssen also funktionale Vermeidungsstrategien in petto haben, wenn sie eine Traumakonfrontation durchlaufen – und diese können ihnen therapeutisch vermittelt werden (vgl. Langens, 2014a). Insofern sollte eine vorgeschaltete Stabilisierungsphase nicht verteufelt werden.

Aber die erste Phase einer Traumatherapie sollte nicht nur die Vermittlung von Emotionskontrolle beinhalten. Wie oben ausgeführt ist es der Normalfall, dass traumatisierte Klienten Beziehungsstörungen mit in die Therapie bringen. Damit ist der Aufbau der therapeutischen Beziehung eben nicht „mal eben“ erledigt. Hinzu kommen ggf. verschiedene Strategien, die interaktionellen Besonderheiten zunächst zu bearbeiten (siehe dazu Sachse 1997, 2001, 2013; Sachse et al., 2010) – wenn ein Klient stark misstrauisch ist und Informationen vorenthält, wird die Traumakonfrontation nicht erfolgreich sein können. Zudem wird dann der Therapeut nicht als Regulationshilfe für Emotionen genutzt – eine wichtige Ressource fiele weg. Und auch die oben ausgeführte Notwendigkeit, Grenzen setzen zu können, muss vor einer Konfrontation geübt werden.

Auch die dysfunktionale emotionale Vermeidung muss explizit bearbeitet werden („Bearbeitung der Bearbeitung“; siehe dazu Sachse, 2006a). Die oben genannten Vermeidungsstrategien müssen dem Klienten verdeutlicht und ggf. wieder unter seine Kontrolle gebracht werden. Dazu ist es günstig, die Gründe für die Vermeidung zu klären (mangelnde Selbstwirksamkeit, Schemata) und diese auch schon in der Phase vor der Traumakonfrontation zu bearbeiten. Diese Bearbeitung kann in guter Tradition der Klärungsorientierten Psychotherapie im Ein-Personen-Rollenspiel erfolgen. In diesem Verfahren wird der Klient angeleitet, sein eigener Therapeut zu sein und seine Schemata zu disputieren. Der Therapeut ist ihm als „Supervisor“ behilflich und unterstützt ihn dabei, Annahmen zu prüfen, Gegenargumente zu finden und dabei Affektregulation durch den Stuhlwechsel zu üben. Diese Intervention ist darauf angelegt, den Therapeuten überflüssig zu machen, da der Klient immer eigenständiger seine Schemata bearbeitet – was wiederum die Selbstwirksamkeit erhöht und regressiven Tendenzen entgegensteht (Sachse et al., 2008; Schirm & Sachse, 2015). Zudem kommuniziert es die eindeutige Haltung des Therapeuten: Ich traue Ihnen zu, dass sie Veränderungsprozesse schaffen! Dieselbe Technik kann übrigens nach erfolgter Traumakonfrontation und Klärung der Selbst-, Beziehungs-, Norm- und Regelschemata zum Einsatz kommen.

Im Rahmen dieser ganzen Aufgaben zeigt sich der Therapeut auch als Experte, was die therapeutische Beziehung verbessert, so dass sich der Klient überhaupt in die Konfrontation traut.

Aus der Perspektive der Klärungsorientierten Psychotherapie mit ihren klientenzentrierten Wurzeln wäre also ein größerer Einbezug des Klienten wünschenswert: Letztlich sollte er

entscheiden, was für ihn passend ist. Und dies kann sich selbstverständlich im Laufe der Psychotherapie ändern: Wenn nämlich die therapeutische Beziehung gefestigt ist und Klient und Therapeut schon erste Erfolge erzielt haben. Das bedeutet vor allem aber auch, dass eine Therapie und ihre Ziele nicht am Anfang festgelegt werden können, da sich im Fortlaufen der Therapie viele Rahmenbedingungen (Vertrauen, Vermeidung, etc.) ändern. Insofern entsteht der (therapeutische) Weg beim Gehen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (2015). Trauma- und belastungsbezogene Störungen. In: American Psychiatric Association (Hrsg.). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*, 361-396. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barnow, S. & Lotz, J. (2009). Stabilisierung und Affektregulation. In: A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 187-202. Heidelberg: Springer.
- Benight, C.C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 2, 128-134.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Butollo, W. & Karl, R. (2012). *Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Butollo, W., Karl, R., König, J. & Rosner, R. (2015). A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 16-26.
- Catanzaro, S.J. & Mearns, J. (1999). Mood-related expectancy, emotional experience, and coping behavior. In: I. Kirsch (Ed.), *How expectancy shape experience*, 67-92. Washington: American Psychological Association.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Miranda, R. & Chemtob, C.M. (2004). Therapeutic Alliance, Negative Mood Regulation, and Treatment Outcome in Child Abuse-Related

- Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 411-416.
- Dürig, G. (1956). Der Grundrechtssatz von der Menschenwürde. *Archiv des öffentlichen Rechts*, 81/2, 117-157.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2011). Die Traumatheorie in der Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers. In: G.H. Seidler, H.J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie*, 127-133. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W. & Petzold, E.R. (2004a). *Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Flatten, G., Reddemann, L., Wöller, W. & Hoffmann, A. (2004b). Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller, W. & E.R. Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Foa, E.B. & Riggs, D.S. (1993). Posttraumatic Stress Disorder and Rape. In: J.M. Oldham, M.B. Riba & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 273-303.
- Fookien, J. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In: A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 147-162. Heidelberg: Springer.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. Nachdruck. Ditzungen: Reclam.
- Goddemeier, C. (2009). Herausforderung an eine integrative Behandlung. *Deutsches Ärzteblatt*, 10, 448-450.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kant, I. (1785). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Zitiert nach: Immanuel Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Kommentar von Christoph Horn, Corinna Mieth und Nico Scarano (2007). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Huhhes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Langens, T. (2014a). Von Affekten zu Emotionen durch interpersonale Regulation. In: R. Sachse & T. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 29-33. Göttingen: Hogrefe.

- Langens, T. (2014b). Grundlagen der Emotionsregulation. In: R. Sachse & T. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 88-107. Göttingen: Hogrefe.
- Langens, T. & Sachse, R. (2014). Emotionspsychologie und Psychotherapie. In: R. Sachse & T. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 15-28. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer.
- Maercker, A. (2009a). Systematik und Wirksamkeit der Therapiemethoden. In: A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 137-146. Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. (2009b). Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Traumatherapeuten. In: A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 147-162. Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. & Rosner, R. (2006). Was wissen wir über die Posttraumatische Belastungsstörung und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? In: A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*, 3-17. Stuttgart: Thieme.
- Morina, N. & Müller, J. (2011). Diagnostik von Traumafolgestörungen und komorbiden Erkrankungen. In: G.H. Seidler, H.J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie*, 155-165. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109-118.
- Nijenhuis, E. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2009). Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT). In: A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*, 259-274. Stuttgart: Thieme.
- Reddemann, L. (2013). *Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (2006a). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006b). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2014). Therapeutischer Umgang mit Emotionen. In: R. Sachse & T. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 73-87. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2011). Die Bearbeitung von Vermeidung in der Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 156-183. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung - Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2016). *Forschung in der Klärungsorientierten Psychotherapie*. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachsse, U. (2010). Geleitwort. In: M. Sack (Hrsg.), *Schonende Traumatherapie*, 5-11. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schäfer, I. (2016). *Trauma & Gewalt*. 18. Jahrestagung der DeGPT: Psychische Traumatisierung: Komplexe Folgen – differenzierte Behandlung. Hamburg.
- Schirm, S. (2011). Klärungsorientierte Psychotherapie bei Traumafolgestörungen. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie 2*, 394-415. Lengerich: Pabst.
- Schirm, S. & Sachse, R. (2015). Das Ein-Personen-Rollenspiel als Methode bei Traumafolgestörungen. In: R. Sachse, S. Schirm & S. Kiszkenow-Bäker (Hrsg.), *Klärungsorientierte Psychotherapie in der Praxis*, 79-94. Lengerich: Pabst.
- Schirm, S., Kramer, U. & Sachse, R. (2015). Die Anwendung der BIBS. In: R. Sachse, S. Schirm & U. Kramer (Hrsg.), *Klärungsorientierte Psychotherapie systematisch dokumentieren: Die Skalen zur Erfassung von Bearbeitung, Inhalt und Beziehung im Therapieprozess (BIBS)*, 50-89. Göttingen: Hogrefe.



- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft, 44*, 28-53.
- Siol, T., Flatten, G. & Wöller, W. (2004). Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R. Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinien und Quellentext*, 51-70. Stuttgart: Schattauer.
- Sutherland, K. & Bryant, R.A. (2005). Self-defining memories in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 591-598.
- von den Pfordten, D. (2016). *Menschenwürde*. München: Verlag C.H. Beck.
- Wenninger, K. & Boos, A. (2009). Behandlung erwachsener Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs. In: A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*, 365-379. Stuttgart: Thieme.
- Wöller, W., Gast, U., Reddemann, L., Siol, T. & Liebermann, P. (2004). Akute und komplexe Traumafolgestörungen. In: G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R. Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinien und Quellentext*, 29-50. Stuttgart: Schattauer.