

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

„Wo viel Licht, dort ist auch Schatten“

Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Schäden durch Psychotherapie, Supervision und Beratung

Anton Leitner, Psychotherapie auf dem Weg...
Entwicklungen-Wirkungen-Nebenwirkungen-Negativeffekte

Katharina Gerlich, Risiko und Handhabung von Risiko im psychotherapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnensicht

Heidemarie Hinterwallner, Katharina Gerlich, Alexandra Koschier,
PatientInnenbeschwerden in der Psychotherapie.
Eine Kurzdarstellung

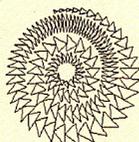
Alexandra Koschier, Michael Märtens, Risiken, Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer niederösterreichweiten PatientInnenbefragung. Ein Kurzbericht

Gregor Liegl, Anton Leitner, Psychotherapie kann mit Zufriedenheitseinbußen einhergehen. Welche Aspekte der allgemeinen Lebenszufriedenheit betroffen sind und welche Rolle Geschlecht und therapeutische Orientierung dabei spielen

Brigitte Schigl, Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Supervision und Beratung

Jutta Ehrhardt, Hilarion Petzold, Wenn Supervisionen schaden - explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter supervisorischer Praxis“

Ulrich Sachsse, Retraumatisierung durch Psychotherapie - Schlag-Wort oder Gefahr?



Ulrich Sachsse

Retraumatisierung durch Psychotherapie - Schlag-Wort oder Gefahr?

Traumatisierungen wie Deprivation, physische Gewalt und sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend führen zu schweren Traumafolge-Störungen wie der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung kPTBS (Sack 2004), der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz, Herpertz et al. 2011), der Antisozialen Persönlichkeitsstörung und tragen zu anderen, schwerwiegenden Störungsbildern wie Depressionen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen oder Suchtkrankheiten (Lüdecke, Sachsse et al 2010) im Erwachsenenalter in erheblichem Umfang bei (Flatten, Hofmann et al. 2001). Die wissenschaftliche Datenlage ist klar: In allen Kulturen der westlichen Hemisphäre beträgt das Ausmaß einmaliger sexualisierter Gewalt bei der weiblichen Population bis zum 16. Lebensjahr 20 bis 25 %, die schweren Fälle mit wiederholter, gewalttätiger Überschreitung der Körpergrenzen meist im familiären Nahfeld betreffen 4 bis 8 %. Jungen haben unter physischer Gewalt zu leiden, zu ca. 1 % auch unter schweren Formen sexualisierter Gewalt (Wetzels 1997; Lampe 2002). Die Frage, welche Form der Kriminalität gegen Kinder und Jugendliche besonders schädlich ist, ob etwa sexualisierte Gewalt eine Sonderstellung einnimmt, kann bisher nicht schlüssig beantwortet werden. Traumafolge-Störungen bedürfen einer traumazentrierten Psychotherapie (Sachsse 2004; Sack 2010).

Traumazentrierte Psychotherapie hat eine lange Geschichte, die ihre Wurzeln in der französischen Hypnose-Tradition und im Arbeitskreis um Charcot in Paris hat. Charcots Mitarbeiter Pierre Janet vertrat, dass die schweren Hysterikerinnen alle unter Traumafolge-Störungen litten. Er hat ein Vorgehen entwickelt, das später von Judith Herman (Herman 1994) aufgegriffen wurde: Die Patientinnen bedürfen zunächst einer Stabilisierung, dann einer gesteuerten Begegnung mit dem Trauma, anschließend ist Trauer und Neuorientierung erforderlich. Bis 1897 arbeitete auch Sigmund Freud mit diesem Denken und diesem Vorgehen. In seinem Werk „Studien über Hysterie“ (Freud 1896) ist ein ausführliches, traumazentriertes Therapiekapitel enthalten. Aufbauend auf diesem Grundmuster sind verhaltenstherapeutische und psychodynamische Traumatherapieverfahren entwickelt worden, deren Wirksamkeit inzwischen empirisch überzeugend belegt ist (Cloitre 2009).

Dennoch hat sich gerade für die Anwendung traumazentrierter Psychotherapiemethoden der Begriff der „Retraumatisierung“ durch Psychotherapie entwickelt. Frühzeitig wurde deutlich, dass konfrontative Traumatherapiemethoden die posttraumatische Symptomatik aus Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit auch sehr verschlechtern können. In letzter Zeit gibt es auch eine wachsende Diskussion um die mögliche Schädlichkeit der Psychotherapie generell. Arbeiten zur Kontraindikation für Psychoanalyse existieren kaum (Hoffmann, Eckhardt-Henn 1999).

Psychotherapie gleich welcher Provenienz hat diese Frage bisher eher gemieden (Märtens, Petzold 2002). Heft 1/2009 der Zeitschrift *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie PTT* widmet sich der Frage „Kann Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen schaden?“ Traumazentrierte Psychotherapie kann in Anspruch nehmen, sich schon sehr früh damit auseinandergesetzt zu haben, dass ihre Vorgehensweisen Patientinnen und Patienten auch schaden können (Sachsse 2009). Dieses Verdienst ist aber nicht nur darauf zurückzuführen, dass die Protagonisten dieser Verfahren ihren Kollegen moralisch überlegen waren, sondern zu einem großen Teil darauf, dass die Auseinandersetzungen mit traumazentrierten Psychotherapieverfahren lange Zeit auch ein Politikum waren und bis heute im juristischen Kontext Gegenstand kontroverser Diskussion sind (Stang, Sachsse 2007).

Nach meiner Überzeugung kann jede Psychotherapie dadurch schaden, dass die therapeutische Beziehung inadäquat gestaltet wird. Das wirkt sich besonders problematisch bei erheblich bindungsgestörten Menschen mit Mentalisierungsstörungen aus. Diese Menschen leiden unter Bindungstraumata, „attachment traumata“ (Schore 2001). Eine Traumazentrierte Behandlung gerade dieser Klientel bedarf besonderer Rahmenbedingungen, um hilfreich und nicht schädlich zu wirken.

1. Schädigungen durch inadäquate Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Ich verstehe Psychotherapie als eine Arbeit, die einen Arbeitsinhalt mit einem Arbeitsziel hat. Diese Arbeit geschieht in einer Zweierbeziehung oder als Gruppenarbeit ambulant oder in einer Klinik. Typische Arbeitsinhalte wären etwa der Umgang mit Symptomen oder Beziehungsstörungen, der Umgang mit Alkohol oder illegalen Drogen, der Umgang mit Medikamenten oder mit Schulden. Arbeitsziel wäre es, Symptomfreiheit oder Symptomreduktion zu erreichen, „trocken“ oder „clean“ zu werden und zu bleiben oder sein Leben strukturieren und gestalten zu können.

1.1 Regressive Zustände (States) bei der therapeutischen Arbeit

Die Arbeitsbeziehung der Psychotherapie ist wie jede andere Arbeitsbeziehung auch eine inhaltliche Arbeit mehrerer erwachsener Menschen, jedenfalls dann, wenn es sich nicht um eine Kinder- oder Jugendlichen-Psychotherapie handelt. In dieser Arbeitsbeziehung gibt es eine Arbeitsatmosphäre, die der Arbeit förderlich oder hinderlich ist. Zumindest latent betrachten viele Patientinnen und Patienten Psychotherapie aber gar nicht als eine Arbeit. Vielmehr sind sie auf der Suche nach Ersatzfamilien.

Arbeitsbeziehungen sind auch außerhalb einer Psychotherapie belastungsanfällig. Auch im üblichen Arbeitsleben tendieren Menschen dazu, unter Stress zu regredieren. Dann wird die Arbeitsatmosphäre plötzlich adoleszent, pubertär oder infantil. Weil jede Arbeitsleistung unmittelbar mit der Arbeitsatmosphäre zusammenhängt, wird in jedem modernen Betrieb Personalführung reflektiert und optimiert. In un-

serer Klinik haben Mitarbeiter der Leitungsebene eine Schulung in Personalführung absolviert. Von der Schulungsfirma wurde „situatives Führen“ gelehrt (Stroebe 2003). Dieses Personalführungsprogramm differenziert Personalführung danach, auf welcher Ebene der infantilen Abhängigkeit oder erwachsenen Eigenständigkeit sich der Mitarbeiter selbst situativ präsentiert. Das Modell des situativen Führens ist mir auch für die Arbeitsbeziehung in vielen Psychotherapien sehr hilfreich geworden. Ist schon im Alltagsleben eine Arbeitsbeziehung unter Stress regressionsanfällig, so gilt dies für eine Psychotherapie umso mehr.

1.2 Die Arbeitsbeziehung in der psychoanalytischen Psychotherapie

Die Arbeitsbeziehung in der Psychotherapie ist in der Psychoanalyse seit langem in der Diskussion. König (1997) führt dazu aus: „Unter einer *Arbeitsbeziehung* verstehe ich den relativ übertragungsfreien, kooperativen Beziehungsanteil zwischen Patient und Therapeut und zwischen Therapeut und Patient. (S. 33) ... Ich-psychologisch gesehen verbindet sich in der Arbeitsbeziehung das vernünftige Ich des Patienten mit dem analysierenden Ich des Analytikers. Greenson legte seinem Konzept das Konzept einer therapeutischen Ich-Spaltung zugrunde, wie Sterba ... es vorgeschlagen hat. Heute würde man eher sagen, dass das Ich sich in verschiedenen Ich-Zuständen befindet, mehr oder weniger erlebend und handelnd, mehr oder weniger reflektierend. (S. 34) ... Entsprechend kann auch der Einzelne, in einer Gruppe oder in einer Einzeltherapie, regredieren, und die Beziehung zum Therapeuten kann wesentlich durch den regressiven Zustand seines Ich bestimmt sein. Er ist der Regression aber nicht passiv ausgeliefert. Ein Patient kann sich durchaus entschließen, der Aufforderung des Analytikers zu folgen, über sein regressionsbestimmtes Erleben und Verhalten nachzudenken, oder selbst, ohne dass der Analytiker ihn dazu auffordert, diesen Entschluss fassen und ihn unter Einsatz seiner in Zusammenarbeit mit dem Analytiker entwickelten selbstanalytischen Funktion ausführen. ... Regression kann Ausmaße annehmen, die ein Reflektieren nicht mehr gestatten. Z.B. kann die Arbeitsbeziehung durch regressive Übertragungswünsche, die sich auf den Therapeuten richten, ganz überwuchert sein; es geht dem Patienten dann nur darum, diese Wünsche erfüllt zu bekommen. Aufgabe des Therapeuten ist es, solchen Entwicklungen entgegenzuwirken.“ (König 1997, 34, 35). Diese Entwicklung wird als „maligne Regression“ bezeichnet.

Zurück geht diese Diskussion auf Sterba (Sterba 1934), der herausgearbeitet hat, dass eine Psychoanalyse eine Arbeitsbeziehung einerseits und eine Übertragungsbeziehung andererseits beinhaltet. Da in der Psychoanalyse beide Beziehungsebenen permanent interagieren, muss der Analysand in der Lage sein, sich zwischen beiden Ebenen frei und flexibel bewegen zu können. Diese Fähigkeit wird als Fähigkeit zur „therapeutischen Ich-Spaltung“ konzeptualisiert.

Sehr viel mehr als im Alltagsleben ist das Problem der Psychotherapie darin zu sehen,

dass die Arbeitsbeziehung oft zum Arbeitsinhalt wird. Viele unserer Patientinnen und Patienten sind permanent, sehr viele zumindest passager nicht oder nur schwer in der Lage, im Rahmen einer Psychotherapie eine erwachsene Arbeitsbeziehung aufrechtzuerhalten. Mit einiger Übung werden auch Anfänger in der Psychotherapie bald merken, ob sie quasi einem Kind, quasi einem Schulkind, quasi einem Jugendlichen, quasi einem Adoleszenten oder wirklich einem erwachsenen Vertrags- und Arbeitspartner gegenüber sitzen.

1.3 Die therapeutische Arbeit in und an der Übertragung

In Belastungssituationen tendieren wir Menschen also dazu, in regressive Zustände, neudeutsch „States“ (Watkins and Watkins 2003), zurückzugleiten. Sigmund Freud hatte Anfang des 20. Jahrhunderts entdeckt, dass viele Verhaltensweisen und Symptome des Erwachsenenlebens gut verstehbar sind als unzeitgemäße Manifestationen von Erlebnis- und Verhaltensweisen, die in einer bestimmten Kindheitsphase einmal normal waren (Freud 1905). Diese zweifelsfrei richtige Entdeckung wurde leider verabsolutiert. Es entwickelte sich eine schon axiomatische Glaubensgewissheit, dass alles das, was ein Erwachsener als Pathologie entwickeln oder erleben kann, irgendwann in der Kindheit einmal normal gewesen ist. Dies hat rückblickend zu grotesken Hypothesen darüber geführt, was ein Säugling in der präverbalen Zeit erlebt und empfindet, zu den merkwürdigen Konstrukten der präverbal-psychotischen Phase oder der intrauterin-psychotischen Phase. Heute ist klar, dass es viele Symptome gibt, die primär immer pathologisch sind und nicht Ausdruck einer Regression auf eine irgendwann einmal normale Entwicklungsstufe. Dazu gehören alle Symptome der Psychosomatosen, der akuten und chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung, dazu gehören aber auch die Symptome der schizophrenen oder der manisch-depressiven Psychosen. Das lange Zeit im psychodynamischen Denken gültige Axiom „Pathologie ist immer Regression“ ist natürlich nicht falsch, sondern nur relativiert. Die Entwicklung eines Symptoms wird oft begleitet von einer Regression und einem regressiven Verhalten.

Technisch arbeitete die Psychoanalyse anfangs so, dass die Regression in die Übertragung verstanden und dann gedeutet wurde. Damit waren die klassischen Übertragungsneurosen mit ihrem strengen Über-Ich und ihren starren Abwehrmechanismen besser zu verändern als mit jeder anderen Therapiemethode, insbesondere besser und dauerhafter als mit Suggestion und Hypnose. Auf der Basis der festen Überzeugung, dass Pathologie stets Regression ist, hat die amerikanische psychiatrische Psychoanalyse und die „Londoner Schule“ angestrebt, Regressionen in frühkindliche, evtl. sogar präverbale Prägungsphasen durch langfristige, hochfrequente Psychoanalysen zu ermöglichen. Durch solche Regressionen sollte an die Ursprünge der Entwicklungsstörung herangegangen werden. Die Beziehungsverzerrungen und Beziehungstraumata (Schore 2001) sollten sich als Beziehungsstörung in der konkreten therapeutischen Beziehung zum Analytiker inszenieren und aktualisieren, um

gedeutet werden zu können und damit und danach eine Nachreifung in und an der Übertragung, besser noch der konkreten therapeutischen Beziehung zu ermöglichen. Erforderlich geworden war dieser Schritt, weil mit der traditionellen Deutungstechnik Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen und psychotische Erkrankungen unbehandelbar waren.

Dieses Behandlungsexperiment war in den 50er, 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts uneingeschränkt sinnvoll, es ist bei großen Krankheitsgruppen aber gescheitert.

Dies gilt sicherlich für die Psychosomatosen und Psychosen, meiner Überzeugung nach auch für die komplexen posttraumatischen Störungen. Bei Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es nur sehr modifiziert anwendbar. Niemand hat heute mehr die Hoffnung, eine Colitis ulcerosa, ein Magengeschwür oder eine Allergie in eine Übertragungs-Psychosomatose umwandeln zu können, um etwa eine allergische Objektbeziehung aufzulösen und damit kausal die Allergie zu erreichen. Entwickelt hat sich vielmehr eine differenzierte, psychodynamisch reflektierte Coping-Therapie, die den Primat des Somatischen akzeptiert und eine möglichst fördernde, aber eben nicht auf kausale Symptomheilung abzielende Behandlung anstrebt. Erfahrungsgemäß ist mit diesem Vorgehen psychosomatisch Erkrankten sehr viel besser zu helfen, als wenn die therapeutische Beziehung permanent übertragungsbedingten Wahrnehmungsverzerrungen ausgesetzt wird.

Gescheitert ist dieses Vorgehen ebenfalls bei den Psychosen. Heute arbeitet kaum noch jemand mit dem Konzept, psychotische Erkrankungen in Übertragungspsychosen zu verwandeln. Die Pionierarbeiten von *Rosenfeld* (Rosenfeld 1981), *Searles* (Searles 1974) oder *Benedetti* (Benedetti 1983) sind heute faszinierende Zeitdokumente, können aber nicht mehr als therapeutische Handlungsanleitungen verwendet werden. Die geniale Fähigkeit *Benedettis*, psychotisch Erkrankte so umfassend zu erreichen und zu fördern, wie er das beschrieben hat, war wahrscheinlich an persönliche Fähigkeiten und Begabungen gebunden. In den letzten Jahren seines Wirkens hat er übrigens ein Behandlungsmodell gelehrt, bei dem ausdrücklich mit einem dritten Raum außerhalb der therapeutischen Arbeitsbeziehung und außerhalb der ganz persönlichen, psychotischen, Grenzen-losen Zwei-Personen-Beziehung gearbeitet wurde. Die therapeutische Beziehung wurde dadurch behandlungstechnisch bewusst entlastet.

1.4 Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung unter Einbeziehung erster neurobiologischer Forschungsergebnisse

Ich kann eine therapeutische Beziehung, genau wie jede andere Beziehung, nicht nicht gestalten. Das *Watzlawick'sche* Axiom für das biologische Herdentier Mensch „Mensch kann nicht nicht kommunizieren“ (*Watzlawick, Beavin et al.* 1969) gehört heute zum Allgemeinwissen. Es liegt nahe, neben der inzwischen mehr als hundert-

jährigen klinischen Erfahrung auch die aktuellen neurobiologischen Forschungsergebnisse für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu nutzen. Dabei will ich mich bei weitem nicht so weit vorwagen wie *Grawe* in seinem prophetischen Entwurf (*Grawe* 2004). Einige Assoziationen und Korrelationen sind aber auch heute schon möglich (*Hüther, Sachsse* 2007; *Sachsse, Roth* 2008).

Für jede Therapieplanung ist es wichtig, dass wir uns einen Eindruck davon zu verschaffen versuchen, wie sich die therapeutische Arbeit gestalten wird und gestalten lässt. Indikation und Prognose müssen nicht mehr so restriktiv diskutiert werden wie zu der Zeit, als Psychotherapie ein rares Gut war. Die psychotherapeutische Versorgung hat sich verbessert. Dafür aber ist die Frage der Differentialindikation sehr viel gründlicher zu erwägen als in einer Zeit, als es insgesamt nur sehr wenige und gar keine störungsspezifischen Psychotherapieangebote gab (*Heigl* 1978). Ein anamnestischer Rückblick auf den bisherigen Lebensweg eines Patienten unter Leistungsaspekten hat eine hohe prognostische Aussagekraft. Was ist der höchste, bisher erreichte berufliche Status gewesen? Hat die Patientin, der Patient einen Schulabschluss, einen Lehrabschluss, einen Studienabschluss, Zeiten der Berufstätigkeit? Wie war die Arbeitsleistung in zwischenmenschlichen Beziehungen? Auch in Partnerschaften und in der Erziehung von Kindern gibt es eine Arbeitsebene, und die Beziehungskonstanz in solchen Bezügen ist ein wichtiger prognostischer Faktor für das, was auf der Arbeitsbeziehungsebene in der Therapie auf die Beteiligten zukommen wird. Eine solche Exploration verdeutlicht die Leistungsfähigkeit eines Klienten unter optimalen Lebensbedingungen und ist ein wesentlicher prognostischer Faktor. Denn diese „Leistungs-States“ werden durch seine Problematik nicht völlig gelöscht, sondern nur überlagert sein, könnten also irgendwann einmal wieder verfügbar werden

Besonders aufschlussreich ist natürlich eine genaue Exploration bisheriger Psychotherapieerfahrungen und –erfolge. Es lohnt sich, etwa nach der dritten Anamnese-sitzung einmal zu fragen: „Sagen Sie, wie bekommt Ihnen eigentlich das, was wir hier machen?“ Tendenziell sind dann zwei gegensätzliche Antworten denkbar. Die eine Gruppe von Patienten könnte antworten: „Ja, das ist schon komisch, mit jemandem so über alles zu reden. Das habe ich noch nie gemacht. Es kostet mich auch immer etwas Überwindung, weil das manchmal auch peinlich ist oder mir richtig etwas Angst macht. Hinterher geht das dann auch noch weiter, dann fallen mir viele neue Sachen ein, an die ich mich vorher gar nicht mehr erinnern konnte. Aber ich merke schon, das ist richtig gut, dass ich da mal drüber rede, dass ich das in Worte fasse. Das bekommt mir, und ich will das auf alle Fälle weiter machen.“ Mit diesen Patienten wird (fast) jede Psychotherapiemethode zu einem befriedigenden Therapieresultat führen. Es sind die auf hohem und mittleren Strukturniveau neurotisch Strukturierten. Und andere sagen: „Ja, ich weiß auch nicht, bei mir ist irgendwas falsch. Ich habe auch mit meinen Bekannten schon gesprochen, und die sagen mir alle: ‚Du musst einfach mal über Deine Sachen bei einem Therapeuten reden, dann wird es besser.‘ Das habe ich ja auch schon getan. Ich bin ja auch schon dreimal stationär gewesen, und Sie sind

jetzt schon der vierte Therapeut, bei dem ich's versuche. Immer reiße ich mich zusammen und sage: Jetzt muss ich mal drüber sprechen. Solange ich hier bin, solange Sie da sind, geht das auch ganz gut. Wenn ich darüber rede, bin ich hinterher aber ganz durcheinander und kann nicht mehr abschalten. Das hört gar nicht mehr auf. Dann komme ich nach Hause und komme aus diesem ganzen Inneren nicht mehr heraus. Dann muss ich mich betrinken, und zweimal bin ich dann auch nach einer Therapie-sitzung schon mit Suizidversuch in der Psychiatrie gelandet. Dann schneide ich mich lieber, dann geht's auch manchmal besser. Aber dann muss ich auch schauen, dass der richtige Arzt in der Chirurgie da ist, sonst lande ich wieder auf der Geschlossenen. Irgendwie ist bei mir was falsch: Darüber reden macht es nur schlimmer.“ So eloquent, klar und konzise werden das die Betroffenen übrigens selten sagen können. Diese Botschaft wird eher per Handlungsmittelungen vulgo „Agieren“ vermittelt. Dann wäre zu prüfen, ob es weitere Hinweise dafür gibt, dass es sich bei diesem Patienten nicht um eine neurotische, sondern um eine posttraumatische, dissoziative Persönlichkeits-Organisation oder eine Persönlichkeitsstörung handelt.

1.5 Psychotherapie als state dependent learning

Inzwischen ist es das Ziel fast aller psychotherapeutischer Behandlungsmethoden, die Arbeitsebene in einem so erwachsenen Zustand (State) wie irgend möglich so lange wie irgend möglich aufrechtzuerhalten. In der Gestaltung der Arbeitsbeziehung gilt für die meisten Therapieempfehlungen für unterschiedlichste Störungsbilder inzwischen übereinstimmend, dass diese Arbeitsebene antiregressiv zu gestalten, aufrechtzuerhalten und gegen regressive Tendenzen zu verteidigen ist. Ausschließlich auf einer erwachsenen Arbeitsebene ist Veränderung in der Psychotherapie aber wahrscheinlich nicht erreichbar. Sonst wäre Psychotherapie etwa ein sokratischer Dialog, der ja auch sehr anregend und sogar verändernd sein kann, weil er wichtige Einsichten bringt, aber meist eben doch nicht genug verändert. Die Hirnforschung und Psychotherapieforschung wendet sich in den letzten Jahren zunehmend der Frage zu, wie Veränderung hirnpfysiologisch erfolgt, und wie Veränderungen dauerhaft herbeigeführt werden können – bei Tier und Mensch. Ein besonders häufig vertretenes Modell hebt hervor, dass Psychotherapie als Veränderungsversuch wohl nur dann wirksam werden kann, wenn es state dependent learning ist. Es ist erwiesen, dass viele Lern- und Beziehungserfahrungen sehr eng mit dem Zustand verbunden sind, in dem sie gemacht worden sind. Wahrscheinlich werden alle wesentlichen Einzelergebnisse im basolateralen Kern der Amygdala mit dem Erfahrungskontext synaptisch verknüpft, sodass Erfahrung und Ereignis stets kontextuell gebunden sind und bleiben. Exakte Furchtkonditionierung ist also wahrscheinlich nur ein interessantes Grundlagenexperiment im Labor, hat aber mit der natürlichen Realität wenig gemeinsam. Dies bedeutet, dass eine Veränderung in der Psychotherapie nur möglich ist, wenn beides verändert wird: Die Erfahrung und der Kontext, die Erfahrung im Kontext, Stimuli und Kontextvariablen.

Es ist klinisches Alltagswissen, dass es veränderungsfördernde und veränderungshindernde States gibt. Der erste psychotherapeutisch veränderungsfördernde State ist die Anwesenheit der therapeutischen Bezugsperson. Wenn Sie Ihren Beruf nicht völlig verfehlt haben, dann wird Ihre Anwesenheit für die meisten PatientInnen fast immer per se schon mal beruhigend wirken. Dies hat biologische Wurzeln. *Hüther* weist auf Medikamentenversuche hin (*Hüther* 1997), bei denen ein Affe im Käfig einem Raubtier außerhalb des Käfigs ausgesetzt war. Der Affe hatte Angst, und diese Angst wurde durch Medikamente besser. Zum Vergleich wurde ein zweiter Affe ohne Medikamente in den Käfig gesperrt, und überraschenderweise hatte dieser auch nicht so viel Angst. Klugerweise wurde beim ersten Affen daraufhin das Medikament weggelassen, und das Ergebnis war eindeutig: Mit-Affe war wirksamer als dieses Medikament. Wir sind als Säugetiere Herdentiere, und die Anwesenheit befreundeter Anderer aus der Horde, Herde oder Familie wirkt primär beruhigend. Die Anwesenheit eines anderen Menschen ist auch außerhalb therapeutischer Beziehungen eines der wichtigsten stabilisierenden und/oder verändernden Elemente. Wenn wir Probleme, Schwierigkeiten und Sorgen haben, wenn wir unseren Stress nicht alleine regulieren können, rufen wir einen guten Freund an, Frauen haben ihre beste Freundin, und die Anwesenheit und der Austausch sind die natürlichsten Beruhigungs- und Veränderungsmittel des Herdentieres Mensch. Bindung ist wahrscheinlich eine natürliche, biologische Sucht-Störung (*Insel* 2003). Natürlicherweise steht dieses Mittel jederzeit zur Verfügung. Ein Kollege eines anderen Kulturkreises hat mir berichtet, er könne sich nicht erinnern, bis zu seinem 21. Lebensjahr jemals alleine gewesen zu sein. Er sei dann zum Studium nach Deutschland gekommen und in dieser Lebenssituation zum allerersten Mal im Leben damit konfrontiert worden, ganz allein zu sein. Der Rückgriff auf den Anderen ist also biologisch natürlich.

Bei einer größeren Patientengruppe wird rasch deutlich, dass die Inhalte solcher zwischenmenschlicher oder psychotherapeutischer Gespräche für etwa 24 bis 48 Stunden präsent und wirksam bleiben und dann „wieder weg“ sind. Dies werden häufig PatientInnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, komplexen Posttraumatischen Störungen oder dissoziativen Zuständen sein. Bei ihnen kann nicht einfach vorausgesetzt werden, dass Gesprächsinhalte aus der Beziehungssituation sicher mitgenommen und dann auch behalten werden können. Gerade für diese Klientel hat die Anwesenheit therapeutischen Personals dann den Charakter einer Beziehungsfalle. Diese Patienten behalten nur: ‚Es geht mir schlecht, jemand war für mich da, da ging es mir besser.‘ Das führt zu langfristigen, manchmal lebenslangen Abhängigkeiten von TherapeutInnen und Kliniken. Wahrscheinlich wird es nie ganz erreichbar sein, dass nicht eine größere Gruppe von Menschen in solcher Form begleitet oder betreut werden muss. Nicht jeder ist veränderungsfähig, entwicklungsfähig, manche können nur betreut werden. Gerade hier machen sich aber Patienten und Therapeuten oft gegenseitig etwas vor. Viele langjährige therapeutische Beziehungen sind längst zu langfristig haltgebenden Betreuungs-Verhältnissen geworden, in denen sich kaum

noch etwas entwickelt. Diese Beziehungsstruktur wird aufrechterhalten in der Illusion, sie sei noch veränderungsrelevant.

Der zweite veränderungsrelevante State ist derjenige der Trance, des Hypnoids und der Suggestion. Schamanen aller Kulturen, Priester und Psychotherapeuten arbeiten immer auch suggestiv. Dieses Element ist von der Hypnotherapie nach *Milton Erickson* und dem neurolinguistischen Programmieren NLP besonders intensiv bearbeitet und erforscht worden (*Bandler* 1988), und **suggestive Elemente finden sich in fast allen psychotherapeutischen Vorgehensweisen** (*Fürstenau* 2002).

Zu den veränderungsrelevanten States gehört sicher auch derjenige der erwachsenen Reflektion, des Nachdenkens und der kognitiven Verarbeitung. Was durch gute kognitive Arbeit verändert werden kann, hat insbesondere die kognitive VT reflektiert und konzeptualisiert.

Die Psychoanalyse hat frühzeitig vertreten, dass gerade der regressive State der Übertragung besonders veränderungsfördernd ist, und *Sigmund Freud* war vermutlich zurecht überzeugt, dass es nicht möglich ist, den Vater in absentia et effigie zu erschlagen. Es bedarf der atmosphärisch dichten, regressiven, spürbaren Vater-Übertragung, um in diesem State therapeutisch wirksam werden zu können und Veränderungen herbeiführen zu können. - Verhaltenstherapeutische Methoden aktualisieren den zu behandelnden Angst-Zustand, weil praktisch alle Angst-Symptome nur behandelbar, desensibilisierbar sind, wenn die ängstigende Situation in vivo oder in sensu aufgesucht und in der Therapie selbst aktualisiert wird. *Grawe* spricht von Problemaktualisierung. - Auch die traumazentrierte Psychotherapie beinhaltet als wesentliches Element die Traumaexpositionen, die natürlich nur wirksam werden können, indem der Trauma-State therapeutisch aktualisiert, „getriggert“ wird.

Alle primär pathologischen States wie Psychose, Major Depression, posttraumatische States genauso wie die Intoxikations-States durch Alkohol oder Drogen sind seelisch-hirnphysiologische Zustände, in denen eine Veränderung schwer bis unmöglich ist. Hier liegt gerade das psychotherapeutische Dilemma. Viele pathologische States sind dadurch gekennzeichnet, dass in ihnen die Arbeitsfähigkeit aufgehoben ist, der erwachsene State nicht mehr existiert und Arbeit und Lernen ausgeschlossen sind. Das Frontalhirn ist inaktiv, limbische Strukturen dominieren. Mit einem alkoholintoxikierten Patienten kann nicht sinnvoll an seiner Kindheitsgeschichte gearbeitet werden, auch wenn dieser das vielleicht vom Therapeuten wünscht, weil er grade in diesem Zustand am Tresen schon viele tief schürfende Gespräche geführt hat. In „Neugebauers Neue Neurosen“ ist eine Bar gezeichnet, über deren Tresen das Schild hängt: „Gruppentherapie täglich 20.00 bis 02.00 Uhr“.

Allenthalben überlegen Therapieverfahren, wie sie in diesem Dilemma einen Schritt weiterkommen können. Gerade die traumazentrierte Psychotherapie hat hier in den letzten Jahren Pionierarbeit leisten können. Durch differenzierte Techniken gelingt

es, den pathologischen Trauma-State bei der Traumaexposition zu aktivieren und gleichzeitig den Erwachsenen-State, die Arbeitsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Dadurch sind Entwicklungen möglich geworden, die in der Vergangenheit so nicht erreichbar waren (*Sachsse* 2004). Im Suchtbereich wird aktuell ebenfalls überlegt, ob der Intoxikationszustand wie ein Trauma-State therapeutisch sinnvoll zu triggern sei, um diesen Zustand im nüchternen Zustand zu erreichen und zu therapieren. Aus den Traumaexpositionsbehandlungen lässt sich sagen, dass besonders wirksam offenkundig Vorgehensweisen sind, bei denen im Gehirn die Frontalhirn-Programme für erwachsene Arbeit, Reflektion und Kognition einerseits und die limbisch-basalhirnig-dominierten pathologischen Zustände andererseits gleichzeitig oder aber in rasch alternierendem Wechsel aktualisiert werden. Weniger wirksam scheint es zu sein, die pathologischen States gar nicht zu aktivieren und ausschließlich auf einer erwachsenen, kognitiven Gesprächs- und Arbeitsebene zu bleiben, oder erlebniszentriert bewusstlos in das Erleben einzutauchen, es erneut möglichst heftig zu durchleben und dabei den Verstand quasi abzuschalten. Auf Hirnebene ist wahrscheinlich die dichte Interaktion von Frontalhirn und limbischem System unverzichtbar für die Wirksamkeit dieser Form der Psychotherapie.

Gerade dieser Situation der gleichzeitigen Aktivierung der bewussten Erwachsenen-Ebene und der regressiv-erlebenden, kindlichen oder pathologischen Ebene versuchen die Patienten auszuweichen oder sich zu entziehen. Sehr viele sind entweder erwachsen oder regressiv, entweder arbeitsfähig oder in einem pathologischen Zustand, denn die gleichzeitige Aktivierung und Wahrnehmung dieser beiden Zustände führt zu innerseelischen Konflikten, zu Schmerzen, Leid, Ambivalenz, Zwie-Spalt und anderen aversiven Empfindungen. Ein wichtiges Element der Indikation zur Psychotherapie war es früher, ob ein Patient „leidensfähig“ oder leidensbereit war. Diese Worte sind in unserer süchtig-hedonistischen Gesellschaft so unpopulär geworden, dass sie aktuell nicht mehr den Status eines wissenschaftlichen Begriffes beanspruchen können. Inhaltlich entscheidet sich hier aber häufig die Therapierbarkeit: Ist eine Patientin, ein Patient leidensfähig und leidensbereit? Dann besteht eine gewisse Aussicht auf Erfolg, sonst wahrscheinlich nicht. Nüchterner, neutraler klingt heute der Begriff der Stresstoleranz, und mit dem Begriff „Stress“ sind wir schon bei einem weiteren Element psychotherapeutischer Arbeitsgestaltung.

1.6 Therapeutische Arbeit im optimalen Stresslevel

Der Stresslevel hat auf Arbeit zweifelsfrei einen erheblichen Einfluss. Ein Element der psychotherapeutischen Veränderung sind sicherlich Lernprozesse. Ich habe meine Zweifel, dass im Feld der Psychotherapie alle Veränderungen über die Lernmodelle der behavioralen Lerntheorie erklärbar sind. Prägungserfahrungen in wichtigen Beziehungen beruhen möglicherweise auf anderen hirnpfysiologischen Prozessen als kognitive Lernerfahrungen, und die menschliche Entwicklung ist eine Interaktion

von Bindungserfahrungen und inhaltlichen Lernerfahrungen. Das Bindungs-Panik-Disstress-System ist hirnganisch und hirnphysiologisch ein anderes als das Kampf/Flucht-Furcht-Kognitions-Disstress-System (*Panksepp* 1998), (*Sachsse* 2003).

Aus der Lerntheorie ist bekannt, dass es für kognitive Lernerfahrungen einen optimalen Stress-Level gibt. Unterhalb einer bestimmten Erregungskurve wird nicht viel gelernt, und im Spitzenbereich ebenso wenig. Für die Psychotherapie hat sich die Dialektisch Behaviorale Therapie DBT in der Nachfolge *Marsha Linehans* besonders intensiv den unterschiedlichen Stress-Levels gewidmet (*Bohus* 2002). Unterschieden werden drei Levels: Der Bereich niedrigen Stresses, in dem ich meditieren kann, achtsam bin, aufatme, gelassen und ruhig die Welt wahrnehme (Achtsamkeit). Im mittleren Stressbereich bin ich in einem noradrenergen Zustand (*Hüther* 1997), in dem ich Stress bewältigen kann und aus Schaden klug werde. In diesem Zustand muss ich mit mir selbst und meinen Emotionen umgehen können (Umgang mit Emotionen), und ich muss mit meinen lieben Mitmenschen umgehen können, um mein Arbeitsziel erreichen zu können (Regulierung zwischenmenschlicher Beziehungen). Im dritten Bereich, dem Hochstressbereich, habe ich nur noch die physische Empfindung: Gefahr! Ich kann kaum noch denken, schlecht wahrnehmen, meine Lernfähigkeit ist gering, und ich habe nur ein Ziel: Der Stress soll aufhören! Kampf, Flucht oder Hilfe! Weg, raus, Schluss! (Stresstoleranz)

Der Umgang mit den States des Patienten liegt in der Verantwortung der Therapeutinnen und Therapeuten. Insbesondere dann, wenn wir in einer Psychotherapie nicht nur begleiten, stabilisieren oder betreuen wollen, sondern Veränderungen herbeiführen möchten, werden wir um die Aktualisierung veränderungsrelevanter States im Rahmen der Therapie nicht umhinkommen. Die meisten psychotherapeutischen Verfahren verfügen auch über gute Techniken und Methoden, um States auszulösen, in denen Psychotherapie wirksam werden kann. Nicht alle psychotherapeutischen Verfahren haben in der Vergangenheit aber ausreichend reflektiert, wie solche States dann wieder sicher beendet werden können. Gerade im Umgang mit regressiven und/oder pathologischen Zuständen gibt es hier eine weit verbreitete psychotherapeutische Fahrlässigkeit. Diese Zustände werden zwar induziert, aber sie können dann nicht sicher wieder beendet werden. PsychotherapeutInnen werden dann zu Zauberlehrlingen, die jene Geister nicht mehr loswerden, die sie riefen. Dies gilt für unreflektierte Induktion regressiver Übertragungssituationen in Psychoanalysen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien genau so wie für nicht genügend vorbereitete und abgesicherte Traumaexpositionen, nach denen die Patientinnen und Patienten nicht mehr aus dem Trauma-State herauskommen. Dies gilt genauso für regressionsfördernde Körpertherapien wie für manche Verfahren der humanistischen Psychologie, die früher einem Kult besinnungsloser Erlebnisintensität gefrönt haben. Der Umgang mit solchen States liegt ganz in der Verantwortung von uns Therapeuten. Wir können uns dieser Verantwortung nicht dadurch entziehen, dass wir auf

den therapeutischen Prozess oder die Selbstheilungskräfte verweisen und damit die Verantwortung abgeben. Es gibt inzwischen Methoden, Psychotherapie antiregressiv zu gestalten und Menschen aus regressiven Zuständen herauszuholen. Diese Methoden müssen genau so gelehrt werden und allgemein bekannt sein wie diejenigen, regressive oder pathologische States auszulösen oder auch nur zuzulassen.

1.7 Die Wahl der optimalen Bühne für die Psychotherapie

Hilfreich bei der Regulation regressiver oder pathologischer States zur Aufrechterhaltung der Arbeitsbeziehung kann es werden, bewusst jene therapeutische Bühne zu wählen, auf der sich die Pathologie darstellen und inszenieren soll.

Am natürlichsten ist es sicherlich, wie in der Psychoanalyse und in sehr vielen psychodynamischen Psychotherapien, wenn sich therapeutische Arbeitsbeziehung und Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung in ein und derselben Dyade ganz natürlich darstellen. Nur zur Wiederholung: Jeder Mensch hat zu seinem Chef auf der Arbeit auch eine Übertragungsbeziehung, und natürlich auch zu seinem Partner oder seiner Partnerin. Diese Methode der therapeutischen Arbeit ist aber gleichzeitig auch besonders schwierig. Die therapeutische Ich-Spaltung, das Einnehmen einer Meta-Ebene und das distanzierte Betrachten des eigenen Interaktionsverhaltens erfordert Mentalisierungsfähigkeit, seelische Reife und die Möglichkeit, sich vom aktuellen Stress-Level jederzeit zu distanzieren und eine kognitive Ebene einzunehmen. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum Einnehmen einer Meta-Ebene habe ich in Supervisionen übrigens auch nicht immer bei allen TherapeutInnen vorgefunden.

Viele Therapieverfahren erleichtern sich die Arbeit, indem sie ritualisiert und institutionalisiert einen Erlebnis- und Erfahrungs-Raum von einem Arbeits- und Reflektions-Raum in der Therapie trennen. Diese Methoden greifen zurück auf das kindliche Entwicklungsmedium des Spiels. Im Spiel kann das Kind Beziehungserfahrungen, Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen durchspielen, verändern, imaginativ herbeiführen oder zerstören. Die Trennung der Therapie in einen Raum, in dem Regression und Pathologie sich kontrolliert reinszenieren können, und der getrennt bleibt vom Raum der erwachsenen Arbeitsbeziehung, erleichtert vielen Patienten die therapeutische Arbeit. Mit Imaginationen arbeiten Therapieverfahren wie die Katathym Imaginative Psychotherapie KIP oder die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT, und mit dem Medium des Spiels arbeiten die Gestalttherapie und das Psychodrama. Die Gestaltungstherapie und die Kunsttherapie nutzen das Medium der künstlerischen Gestaltung. Psychotherapie mit einem solchen dritten Raum ist nichts anderes als die Anwendung der Erfahrungen der Spieltherapie für Erwachsene.

Wir Therapeuten tragen die Verantwortung für die Etablierung veränderungsrelevanter Bühnen und Rituale, auf und in denen sich regressive und / oder pathologische States im optimalen Stresslevel gesteuert aktualisieren und sicher bearbeitet und

verändert werden können. Die therapeutische Beziehung selbst ist dafür sicher nur ausnahmsweise die optimale Matrix.

1.8 Die therapeutische Arbeit im veränderungsrelevanten Gedächtnissystem

Wenn wir mit der inzwischen bewiesenen Hypothese arbeiten, dass frühere Erfahrungen die Gegenwart beeinflussen und die Erfahrung der Gegenwart bahnen, dann haben wir es mit den Gedächtnissystemen des Gehirns zu tun (*Markowitsch* 2002). Von den verschiedenen Gedächtnissysteme erscheinen mir zwei für die psychotherapeutische Arbeit besonders bedeutsam: Das episodische Gedächtnis und das prozedurale Gedächtnis.

Sehr viele Erfahrungen sind zunächst eine bedeutsame Episode. Eine solche Episode ist beispielsweise die erste Fahrstunde. Diese Episode ist uns vielleicht im Gedächtnis geblieben, während die 7. Fahrstunde wahrscheinlich nicht mehr abgespeichert ist, es sei denn, an ihr sei irgendetwas bedeutsam, eben bemerkenswert gewesen. Nach und nach gehen die Erfahrungen in solchen Einzelepisoden über ins prozedurale Gedächtnis. Dies gilt für Autofahren, Fahrradfahren, Schwimmen, Klavierspielen, Lesen und Schreiben und sehr viele andere Fähigkeiten und Fertigkeiten. Es ist sogar so, dass es die automatisierten Abläufe stört, wenn ein inzwischen prozedural verfügbares Element wieder zur Episode werden soll. Man kann einen Autofahrer sehr gut dadurch aus dem Takt bringen, dass man ihn bittet, die Abläufe mal wieder ganz bewusst zu machen.

Wo sind Symptome abgespeichert? Der Charakter vieler Symptombildungen lässt vermuten, dass einige sich inzwischen zur Stressregulierung so gut bewährt haben, dass sie Bestandteil des prozeduralen Gedächtnisses geworden sind. Sie sind eine Gewohnheit, eine Routine, eine Lebensfertigkeit, ein Skill, vielleicht sogar eine Sucht, also gar nicht mehr so einfach zu verlernen.

Psychotherapeutisch arbeiten wir aber überwiegend mit den Elementen des episodischen Gedächtnisses. Nun ist es zweifelsfrei sinnvoll, die wichtigen Episoden zu kennen, zu verstehen und gesteuert aufzusuchen, die zu einer Symptombildung oder einem dysfunktionalen Verhalten geführt oder beigetragen haben: In welcher konkreten Lebenssituation hat das Symptom Bulimie bei dieser Patientin begonnen? - Aber reicht das? Müssen nicht gleichzeitig neue Prozeduren, neue Rituale, neue Gewohnheiten eingeübt werden? Hier haben verhaltenstherapeutische, hypnotherapeutische und systemische Vorgehensweisen eine sehr viel längere Tradition in der Verordnung von Hausaufgaben, veränderungsfördernden Verhaltensweisen oder Ritualen, als dies psychodynamische Methoden haben, die nicht selten die Aufarbeitung der Episode und das Verstehen oder Erkennen als Wirkelement der Veränderung überschätzen und psychopädagogische Therapieelemente unterschätzen.

2. Schädigungen durch Traumaexpositionsbehandlung

2.1 Schädigungen durch unkontrolliert überflutende Traumaexpositionsbehandlung

Immer mal wieder wird diskutiert, ob Menschen mit posttraumatisch intrusiven Symptomen, häufig überlagert und abgewehrt durch dissoziative Symptombildungen, nicht am besten zu helfen ist durch eine möglichst rasche Traumaexpositionsbehandlung. Diese Diskussion wird gegenwärtig kontrovers geführt, seitdem *Neuner* die Notwendigkeit von Stabilisierung in Frage stellt (*Neuner* 2008). Die Tendenz dieses Artikels ist für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen potentiell schädlich. Allen Klinikern, die komplex Traumatisierte behandelt haben, sind katastrophal verlaufende Einzelfälle bekannt, bei denen eine zu rasche Traumaexposition zu deutlichen Verschlechterungen geführt hat. Ohne Stabilisierung, ohne Ressourcenaktivierung werden Traumaexpositionsbehandlungen zu Retraumatisierungen.

Diese klinischen Erfahrungen haben andererseits dazu geführt, dass die Therapien vieler traumatisierter Menschen in einem Schonklima permanenter Stabilisierung stagnieren. Traumaopfer und TraumatherapeutIn lähmen sich gegenseitig in ihrer Angst vor der destruktiven Intensität der Intrusionen und insbesondere der sie begleitenden, leidvollen Affekte. Stabilisierende Traumatherapie pervertiert zum gemeinsamen Vermeidungsverhalten. Werden Traumaintegration und Traumasynthese nicht so rechtzeitig durchgeführt, wie das therapeutisch vertretbar ist, wird die Leidenszeit verlängert, oder es werden den Patienten wirksame Therapieschritte ganz vorenthalten, die hilfreich sind.

Vielleicht ist es an dieser Stelle wichtig darauf hinzuweisen, dass eine Traumaexposition natürlich keine Traumaexposition ist. Traumaexposition respektive Traumakonfrontation sind eine Form der therapeutischen Bearbeitung von Traumafolge-Störungen. Das Trauma als solches ist historische Tatsache, unveränderbar und unbeeinflussbar. Mit dem Trauma als solchem kann gar nicht konfrontiert werden, solange wir keine Zeitreise wie die Film-Gestalt des „Terminator“ machen können. Dem Trauma kann niemand erneut begegnen. Die PTBS ist zentral eine Angsterkrankung, eine Angst vor der Angst. Konfrontiert wird therapeutisch mit inneren Bildern, Stimmen, Geräuschen, Gefühlen, Körpersensationen, Beziehungsverzerrungen, die Folgen des Traumas sind. Konfrontiert wird also mit Bildern und Engrammen im Kopf, mit Phantomen, Hirngespinnsten, inzwischen dysfunktionalen Schemata.

Zudem verschiebt diese Perspektive den Behandlungsfokus auf die Gegenwart. Inwieweit ist es erforderlich und sinnvoll, so viele Traumata wie möglich aufzuarbeiten? Ist es nicht vielleicht richtiger, sich auf das zu beschränken und zu konzentrieren, was Hier und Heute stört, Symptomwert hat? Wann ist Ressourcenaktivierung die beste und hinreichende Behandlung, wann geht es um eine psychodynamische Behandlung der Beziehungsverzerrungen, und wann ist eine Traumaexposition zur Traumasynthese die beste „Stabilisierung“ (*Sack* 2010)?

2.2 Schädigung durch unvermeidbare Nebenwirkungen von Traumaexpositionen

Auch wenn Traumaexpositionen gut vorbereitet und gut ausgebildet lege artis durchgeführt werden, können die Nebenwirkungen dieses Vorgehens Schaden anrichten. Durch Traumaexposition wird nicht selten eine Amnesie rapide reduziert oder aufgehoben, Dissoziation beendet und die Fähigkeit zum Dissoziieren massiv geschwächt, die bisherige Welt- und Selbst-Sicht fundamental in Frage gestellt und verändert, die Sicht wichtiger, naher Bezugspersonen deutlich verändert und die Informationsverarbeitungsfähigkeit des Gehirns kurzfristig stark belastet.

Traumazentrierte Psychotherapie wird zur Zwickmühle, wenn die erfolgreiche Aufarbeitung der Traumata aus der Vergangenheit zu nicht bearbeitbaren Loyalitätskonflikten im gegenwärtigen Beziehungsgefüge der Patienten führen. Die suffiziente Aufhebung der Amnesie führt nicht selten dazu, dass die Rollen aller Familienmitglieder bei den Traumatisierungen von den PatientInnen ganz neu gewichtet werden. Schon am Beginn der traumazentrierten Psychotherapie, erneut vor Beginn der Traumaexpositionen wird mit den PatientInnen zu diskutieren sein, dass eine traumazentrierte Behandlung nicht ohne Auswirkungen bleiben wird auf ihre Familienbezüge. Dies gilt für jede Psychotherapie. Bei der traumazentrierten Psychotherapie mag aber die Hoffnung bestehen, man könne die alten Traumata aufarbeiten, ohne dass die gegenwärtigen Bezüge tangieren werden. Immer dann aber, wenn durch Traumaexposition eine vergangene Szene aktualisiert wird, aktualisiert sich auch die peritraumatische Lebenssituation. Die ist meistens problematisch gewesen, denn sonst hätte dieses Kind oder diese Jugendliche wahrscheinlich das Trauma im Schutz der Familie integrieren können. In einer optimalen Familienkonstellation wäre es wahrscheinlich nicht zur Entwicklung einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung gekommen. Wenn also Traumata aus Kindheit und Jugend im Erwachsenenalter noch virulent sind, dann ist damit zu rechnen, dass die peritraumatischen familiären Lebensumstände nicht optimal waren. Diese Lebensumstände aktualisieren sich durch die Traumaexposition und belasten die aktuellen Bezüge. Traumaexposition führt dann in intensive Loyalitätskonflikte hinein. Patienten mit engen sozialen Bindungen an ihre Herkunftsfamilie sollten mit den TherapeutInnen vor den Traumaexpositionen reflektiert haben, ob sie bereit sind, ihre aktuellen Bezüge konflikthaft werden zu lassen und möglicherweise zu gefährden. Manche PatientInnen sind nach Abschluss der Traumatherapie von den meisten Symptomen befreit, aber buchstäblich mutterseelenallein.

Worauf hier nicht differenziert eingegangen werden kann: Schaden kann die therapeutische Kreation von Fehlerinnerungen (false memories) (ISTSS 2004), schaden können auch unreflektierte juristische Schritte. Die Interaktion von Therapie und Justiz ist im Trauma-Feld besonders komplex und vielschichtig (Stang, Sachsse 2007).

Je klarer und deutlicher die potentiellen Schäden sind, die einem Therapieverfahren immanent sind, umso einfacher wird es, die Wirksamkeit und den Nutzen zu maximieren und den Schaden zu minimieren. Eine gute Kenntnis von Risiken, Nebenwirkungen und potentiellen Schäden macht eine Psychotherapie wirksamer, nutzbringender und erfolgreicher. Bekanntlich ist nichts erfolgreicher als der Erfolg.

Zusammenfassung: Retraumatisierung durch Psychotherapie - Schlag-Wort oder Gefahr?

Traumazentrierte Psychotherapie hat sich aufgrund der hohen gesellschaftlichen Relevanz von Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter schon früh mit ihrer Wirksamkeit und ihrer potentiellen Schädlichkeit befassen müssen. Schaden kann eine insuffiziente Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die kein Handlungsrepertoire erarbeitet, Regressionen zu steuern. Schaden kann Traumaexposition ohne Mentalisierungsfähigkeit im Trauma-Stage, die Aufhebung von Amnesien und dissoziativen Copingstrategien.

Schlüsselwörter: Traumazentrierte Psychotherapie, Retraumatisierung, Schaden durch Psychotherapie, Therapeutische Beziehung, Traumakonfrontation

Summary: Retraumatisation – Slogan or Danger?

Psychotherapy of traumata is of high relevance to politics and to society. So trauma focused psychotherapy had to deal with the problem: is it helpful or harmful? An insufficient therapeutic alliance can be harmful if it does not prevent uncontrollable regression. Trauma exposure or trauma confrontation can be harmful if it leads to uncontrollable flooding and to intrusions that can't be ended. Amnesia and dissociation might be stopped too rapidly by trauma work.

Keywords: Trauma focused psychotherapy, Retraumatisation, Harmful effects of psychotherapy, Therapeutic alliance, Trauma confrontation

Literatur

- Bandler R.* (1988): Veränderung des subjektiven Erlebens. Fortschritte Methoden des NLP. Paderborn: Junfermann.
- Benedetti G.* (1983): Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bobus M.* (2002): Borderline-Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Cloitre M.* (2009): "Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique." *CNS Spectr* **14**(1 (Suppl 1)), 32-43.
- Dulz B., Herpertz S.C., Kernberg O.F.; Sachsse U.* (Hg.) (2011): Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Flatten G., Hofmann A., Liebermann P., Wöller W., Siol T., Petzold E.* (Hg.) (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Freud S.* (1896): Zur Ätiologie der Hysterie. Gesammelte Werke I: Studien über Hysterie. Frühe Schriften zur Neurosenlehre. Frankfurt am Main, S. Fischer Verlag. **G. W. I**, 423-459.
- Freud S.* (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW. Frankfurt aM: Fischer. **5**, 27-145.
- Fürstenau P.* (2002): Psychoanalytisch Verstehen, systemisch Denken, suggestiv Intervenieren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

- Grawe K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Heigl F. (1978): Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Herman J.L. (1994): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler.
- Hoffmann S.O., Eckhardt-Henn A. (1999): „Indikation und Kontraindikation für Psychodynamische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.“ *Persönlichkeitsstörungen PTT* **3**(2), 60-65.
- Hüther G. (1997): Biologie der Angst: wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther G., Sachsse U. (2007): „Angst- und stressbedingte Störungen. Auf dem Weg zu einer neurobiologisch fundierten Psychotherapie.“ *Psychotherapeut* **52**(3), 166-179.
- Insel T.R. (2003): “Is social attachment an addictive disorder?” *Physiology & Behavior* **79**, 351-357.
- ISTSS (2004): Kindheitstraumata - erinnert: ein Report zum derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand und zu seinen Anwendungen. Traumazentrierte Psychotherapie. U. Sachsse. Stuttgart, New York: Schattauer, 413-436.
- König K. (1997): Therapien in Gang bringen und konzentrieren. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lampe A. (2002): „Prävalenz von sexuellem Mißbrauch, physischer Mißhandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa.“ *Z Psychosom Med Psychother* **48**, 370-380.
- Lüdecke C., Sachsse U., Faure H. (2010): Sucht - Bindung – Trauma Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.
- Markowitsch H.J. (2002): Streßbezogene Gedächtnisstörungen und ihre möglichen Hirnkorrelate. Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis. *Streeck-Fischer A., Sachsse U., Özkan I.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 72-93.
- Märtens M., Petzold H. (Hg.) (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Neuner F. (2008): „Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos?“ *Verhaltenstherapie* **18**, 109-118.
- Panksepp J. (1998): *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Rosenfeld H. (1981): Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Frankfurt aM: Suhrkamp.
- Sachsse U. (2003): „Man kann bei der Wahl seiner Eltern garnicht vorsichtig genug sein - Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Disstress beim Homo sapiens.“ *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* **52**(8), 578-594.
- Sachsse U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Sachsse U. (2009): „Kann traumazentrierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen schaden?“ *Persönlichkeitsstörungen PTT* **13**(1), 55-69.
- Sachsse U., Roth G. (2008): Die Integration neurobiologischer und psychoanalytischer Ergebnisse in der Behandlung Traumatisierter. Psychoanalyse - Neurobiologie - Trauma. *Leuzinger-Bohleber M., Roth G., Buchheim A.* Stuttgart, New York: Schattauer, 69-99.
- Sack M. (2004): „Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.“ *Nervenarzt* **75**, 451 - 459.
- Sack M. (2010): Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer.
- Schore A.N. (2001): “The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health.” *Infant Mental Health Journal* **22**, 201-269.
- Searles H.F. (1974): Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. München: Kindler.
- Stang K., Sachsse U. (2007): Trauma und Justiz. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Sterba R. (1934): “The fate of the ego in analytic therapy.” *Int J Psychoanal* **15**, 117-126.
- Stroebe R.W. (2003): Führungsstile. Management by Objectives und situatives Führen. Heidelberg: Sauer-Verlag.

Watkins J.G. and Watkins H.H. (2003): Ego-States - Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D.D (1969): Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.

Wetzels P. (1997): Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
Asklepios Fachklinikum Göttingen

Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
Deutschland

Telefon:

0049 (0)551 402 1010

E-Mail-Adressen:

u.sachsse@asklepios.com;
ulrich.sachsse@t-online.de;

Web-Adresse:

www.ulrich-sachsse.de