

Die Phasen der Traumatherapie



Ulrike Ludwig

Autorin: Dipl. med. Ulrike Ludwig, Ärztin

Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Die Autorin behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechanischer Wiedergabe und Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung der Autorin gestattet.

Liebe Patientin, Lieber Patient

Dieser Artikel ist eine Fortsetzung des Artikels „Bin ich verrückt?“ und beschreibt in groben Zügen, wie der Weg zur Heilung nach einer Traumatisierung aussehen kann. Zunächst ist wichtig zu sagen, dass Traumatherapie keinen Selbstzweck hat und es auch nicht primär um die Aufarbeitung der Vergangenheit geht. Das Ziel der Traumatherapie ist die Beseitigung oder zumindest Reduktion der Folgesymptome der Traumatisierung – also der anhaltend erhöhten Spannung (Hyperarousal), der Intrusionen, des Vermeidungs- und Betäubungsverhaltens und schlussendlich auch der veränderten grundsätzlichen Einstellungen zu sich, zu anderen Menschen und zur Welt.

Grob gesagt umfasst eine Traumatherapie drei Phasen:

- Stabilisierungsphase
- Phase der Traumaexposition/Traumakonfrontation
- Integrationsphase

Die Phasen bauen in ihren Arbeitsergebnissen aufeinander auf und ergänzen sich gleichzeitig. Im Rahmen einer Therapie durchläuft die Betroffene die Phasen in der Regel nicht streng nacheinander. Vielmehr sind sie zeitlich zwar geordnet, teilweise aber überlappend angeordnet. Beispielsweise ist auch in der Phase der Traumaexposition eine weitere Stabilisierungsarbeit erforderlich.

Stabilisierungsphase

Prinzipiell erster (nach einer fundierten Diagnostik) und in der Regel zeitaufwändigster Schritt ist die Stabilisierungsphase. Sie dient dazu, eine möglichst weitreichende körperliche und seelische Stabilität zurück zu erlangen. Dazu gehören neben der Behandlung evtl. entstandener körperlicher Erkrankungen und Verletzungen sehr unterschiedliche Elemente (siehe auch Artikel „Aufgaben der Stabilisierungsphase in der Traumatherapie“):

- Schaffung einer äußeren und inneren Sicherheit
- Aufbau einer guten Halt gebenden Beziehung zwischen betroffener Person und Therapeutin sowie Übernahme der Verantwortung für sich und seine Erkrankung
- Wiedererlangung oder Erlernen der Fähigkeiten zur Regulation von Gefühlen und inneren Spannungen
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit
- Erlernen oder Verbessern der Fähigkeiten zur Selbstfürsorge
- Entwicklung eines guten Verständnisses für die eigene Erkrankung, die Folgeerkrankungen und die Symptome
- Erarbeitung von Fähigkeiten zum Umgang mit Krisen (z. B. Suizidalität) und Vereinbarung klarer Regelungen für diesen Fall

Die Stabilisierung bleibt während der gesamten Therapie ein wesentlicher Grundpfeiler der Arbeit. Durchgehend müssen die erlernten Fähigkeiten geübt, vertieft und durch zusätzliche Fähigkeiten ergänzt werden. Dies passiert sowohl außerhalb der Therapie eigenverantwortlich durch die Betroffene als auch innerhalb der therapeutischen Sitzungen gemeinsam mit der Therapeutin.

Techniken der Stabilisierungsphase sind Imaginationsverfahren (Tagträume und positive Bilder zur Selbststabilisierung, Selbsttrost und Selbstfürsorge sowie imaginative Techniken zur Distanzierung traumatisierender Erinnerungen), Arbeit mit dem Inneren Kind, Entspannungs-

techniken (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Qi Gong, Autogenes Training) und Techniken zur Reorientierung bei Dissoziation, Führen von Spannungs- und Selbstbeobachtungs-Tagebüchern, körperorientierte Verfahren wie KBT (Konzentrierte Bewegungstherapie), künstlerische Therapien (z. B. Werktherapie, Musiktherapie) und vieles mehr.

Die Dauer der Stabilisierungsphase ist sehr individuell und abhängig vom Ausmaß der Traumatisierung und damit vom Schweregrad der resultierenden Erkrankung. Handelt es sich um einen bisher psychisch gesunden Menschen, der ein Monotrauma (z. B. Verkehrsunfall) erlebt hat, ohne dass zusätzliche Belastungen durch frühere Traumatisierung z. B. in der Kindheit da sind, kann innerhalb weniger Therapiesitzungen eine gute Stabilität erreicht werden. Je früher und schwerer die Traumatisierungen eintraten und je weit reichender die daraus resultierende Verletzung von Seele und Körper ist, umso mehr Zeit benötigt man natürlich für die Stabilisierung. In diesen Fällen muss man von Zeiträumen in Monaten bis vielen Jahren rechnen.

Phase der Traumaexposition

Ist eine ausreichende Stabilität erreicht worden, können sich Betroffene und Therapeutin damit auseinandersetzen, wie es weitergehen soll und ob z. B. eine Traumaexposition notwendig, sinnvoll und erwünscht ist. Nicht in jedem Fall ist nämlich eine erneute Auseinandersetzung mit der Vergangenheit erforderlich. Traumatherapie hat ja, wie gesagt, keinen Selbstzweck, sondern dient der Reduktion oder Beseitigung der Folgesymptome einer Traumatisierung. Häufig haben sich bereits durch die Stabilisierungsarbeit die Symptome so deutlich rückgebildet oder die Betroffene hat gut gelernt mit ihnen umzugehen, dass keine weitere Therapie mehr notwendig ist. Manchmal ist ein Mensch aber auch seelisch so schwer verletzt, dass eine Traumaexposition nicht möglich oder zu riskant ist (Risiko der Destabilisierung und erneuten Traumatisierung durch Wiedererleben des alten Traumas).

In der Phase der Traumaexposition geht es um die nochmalige Konfrontation mit dem Trauma (beziehungsweise den Traumata) um das Erlebte verarbeiten und in die eigene Vergangenheit integrieren zu können. Ziel ist es, die versprengt im Gehirn abgelegten Informationen (Bilder, Gefühle, Körpergefühle und Kognitionen/Überzeugungen) zu verbinden und es dem Gehirn so möglich zu machen, diese als zusammengehörigen Informationen in einen „alten Film“ abzuspeichern und als Vergangenheit zu archivieren.

Bevor man mit der Traumaexposition beginnen kann, müssen einige Voraussetzungen seitens der Betroffenen erfüllt sein:

- Äußere Sicherheit und Halt (kein Täterkontakt mehr, möglichst gute soziale Einbindung durch Freunde und/oder Familie, möglichst stabile Lebenssituation, vertrauensvolle therapeutische Beziehung)
- Fähigkeit zur Selbststeuerung von Gefühlen und Selbstberuhigung, sowie Fähigkeit zur Distanzierung traumatisierender Ereignisse (z. B. durch Videostoptechnik, Beobachterübung und Tresorübung)
- Klare Verhaltensregeln und Vereinbarungen zum Umgang mit Krisen (Notfallliste, Vereinbarungen für ggf. auftretende Suizidalität usw.)
- Innere Sicherheit (z. B. sicherer Ort, kein schweres selbstverletzendes Verhalten, keine akute Suizidalität, kein aktiver Substanzmissbrauch, keine Psychose)
- Stabilität und eigene Ressourcen
- Keine schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen
- Keine unkontrollierbaren schweren Dissoziationen

Aber auch seitens der Therapeutin müssen einige Bedingungen erfüllt sein, von denen ich hier nur zwei nennen möchte. Zum einen eine gute traumatherapeutische Ausbildung (nicht nur

ein EMDR-Kurs) und zum anderen möglichst viel Erfahrung in der Behandlung traumatisierter Menschen. Je schwerer die Traumatisierung und die entstandenen Traumafolge-Erkrankungen sind, desto mehr Erfahrungen sollte die Therapeutin haben.

Liegen bei dem betroffenen Menschen mehrere und/oder länger anhaltende Traumatisierungen vor, ist auch noch zu klären, welche Traumata in welcher Reihenfolge (über mehrere Sitzungen) behandelt werden sollen. Hierzu muss natürlich vorher Klarheit über alle Traumatisierungen der Vergangenheit erarbeitet werden (Erarbeitung einer so genannten Traumalandkarte).

Insgesamt muss in der Stabilisierungsphase eine gute und sichere Basis erarbeitet worden sein, da die Konfrontation mit einem Trauma sowohl an den betroffenen Menschen als auch an die Therapeutin hohe Anforderungen stellt und durchaus einige Risiken beinhaltet (z. B. Risiko der Destabilisierung mit Verlust der Funktionsfähigkeit im Alltag, Auftauchen von akuter Suizidalität, Impulsen selbstverletzenden Verhaltens und Gefühle des seelischen „Auseinanderbrechens“). Keinesfalls sollte die Traumaexposition zur erneuten Traumatisierung (Retraumatisierung) des betroffenen Menschen führen.

Die bekanntesten Techniken zur Traumaexposition sind EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), die Bildschirmtechnik und Expositionsverfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie.

- **EMDR:** ist ein von Dr. Francine Shapiro entwickeltes Verfahren zur Traumaexposition. Dabei „betrachten“ Betroffene und Therapeutin das Trauma der Vergangenheit. Die Patientin erinnert sich dabei an das Trauma und wird von der Therapeutin dabei unterstützt alle „Spuren“ des alten Films – also Bilder, Gefühle, Körpergefühle und Überzeugungen - wahrzunehmen, zuzulassen und ablaufen zu lassen. Dabei bewegt die Therapeutin ihre Hand vor den Augen der Patientin hin und her und veranlasst diese dadurch zu entsprechenden Augenbewegungen. Dies nennt man „bilaterale Stimulation“. Alternativ sind auch wechselseitige Berührungen durch die Therapeutin oder akustische Reize (z. B. Töne über Kopfhörer) möglich. Man geht davon aus, dass durch diese Art der Stimulation das Gehirn angeregt wird, die Informationen schneller zu verarbeiten.
- **Bildschirmtechnik:** Bei dieser Methode stellen Patientin und Therapeutin sich vor, dass sie gemeinsam den alten Film auf einem im Therapieraum durch Phantasie vorgestellten Bildschirm (z. B. Fernseher) ansehen. Die Patientin projiziert ihre Erinnerung sozusagen auf den Fernseher und auch hier wird sie von der Therapeutin dabei unterstützt alle „Spuren“ des alten Films – also Bilder, Gefühle, Körpergefühle und Überzeugungen - wahrzunehmen, zuzulassen und ablaufen zu lassen.
- **Expositionsverfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie:** Hier gibt es unterschiedliche Verfahren wie die prolongierte Exposition nach Edna Foa (Nacherleben und Erzählen des Traumas mit Gefühlen und Gedanken in der inneren Vorstellung der Patientin im Rahmen der Therapiesitzung und nachfolgendes wiederholtes Anhören eines dabei aufgenommenen Tonbandes durch die Patientin zu Hause) oder das Wiederaufsuchen des Ortes der Traumatisierung (dies natürlich nur, wenn dort keine reale Gefahr ist).

Welches Verfahren jeweils eingesetzt wird, ist sehr individuell. Zum einen ist es abhängig von den spezifischen Bedingungen des betroffenen Menschen und des Traumas, natürlich aber auch von den Erfahrungen und Möglichkeiten der Therapeutin. Die Abwägung des „Für-und-Widers“ der einzelnen Methoden in Ihrem speziellen Fall ist ein wichtiger Teil der Therapie.

Wie viele Sitzungen zur Traumaexposition erforderlich sind, ist, wie die Dauer der Stabilisierungsphase, abhängig von Art und Schwere der Traumatisierung des betroffenen Menschen.

Handelt es sich z. B. um ein Monotrauma bei sonst gesunder Person mit begrenzter Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung, können 3 bis 10 Sitzungen von 90 bis 120 Minuten ausreichen, um die PTB-Symptomatik zur vollständigen Rückbildung zu bringen.

Je schwerer und in der Entwicklung früher die Traumatisierung ist, umso mehr Therapiesitzungen über einen entsprechend längeren Zeitraum (nach ausreichender Stabilisierung) benötigt man. Wobei auch bei komplexer Traumatisierung (z. B. körperliche Gewalt über viele Jahre) nicht unbedingt jede einzelne Situation angeschaut werden muss. Hier gilt wieder: Nur das tun, was unbedingt nötig ist, um die Symptomatik zu reduzieren oder zu beseitigen.

Integrationsphase

In der Integrationsphase geht es um die Themen der Einordnung des Erlebten in die persönliche Lebensgeschichte. Es geht um die angemessene Trauer über das, was war und das, was vielleicht bleiben wird (z. B. unerfüllte Wünsche an Eltern, von denen man sich verabschieden muss oder auch körperliche Fähigkeiten, die man seit dem Trauma nicht mehr zur Verfügung hat). Auch geht es vielleicht um die Wut z. B. über die verlorene Zeit oder darüber, dass der Täter nicht zur Verantwortung gezogen werden kann. Und natürlich geht es um die Überprüfung der aktuellen Lebenssituation (z. B. was ist gut und soll erhalten bleiben – was soll verändert werden). Die schwere Aufgabe in dieser Phase ist, sich mit der eigenen Vergangenheit auszusöhnen und sie zu akzeptieren.

Eine besonders wichtige und schwierige Aufgabe in dieser Phase ist die Auseinandersetzung mit den Sinnfragen. Haben Traumata einen Sinn? Diese Frage ist besonders schwer zu beantworten, wenn man Traumata durch nahe stehende Menschen (z. B. Eltern) erleben musste. Leider kann ich Ihnen keine eindeutige Antwort auf diese Frage geben. Wir haben alle mehr oder weniger große und kleine Traumata durchleben und durchleiden müssen. Wir sind dadurch die Frau oder der Mann geworden, die/der wir sind – mit all unseren Stärken und Schwächen, Ressourcen und Verletzungen, liebenswerten Eigenschaften und „Macken“. Es hat unsere Individualität geprägt und so wirken wir auf unsere Umwelt. Vielleicht ist diese individuelle und einmalige Wirkung ein Sinn der Vergangenheit.

Ich habe von vielen sehr starken, kreativen und beeindruckenden Menschen gehört, gelesen und habe sie kennen lernen dürfen, die „Opfer“ schwerer Traumatisierungen und z. T. schlimmster Lebensumstände sind. Sie haben mich und andere durch ihre Fähigkeit beeindruckt, trotz widrigster Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Liebe, Hoffnung und dem Licht zu vertrauen und Verantwortung für sich und ihre Umwelt zu übernehmen. Viele dieser Menschen konnten dabei auf ihre Spiritualität zurückgreifen oder sie für sich (auch in der Therapie) weiterentwickeln.

Und schlussendlich geht es natürlich auch um eine Neuorientierung auf der Basis dessen was und wer man ist. Was sind die eigenen Ziele und Wünsche für die persönliche und berufliche Zukunft? Welche persönlichen Werte hat man? Zu welchem Menschen möchte man sich weiterentwickeln? In einem Roman habe ich mal eine sehr interessante Anregung zu diesem Thema gelesen. Der Protagonist stellte sich die Frage, was er sich wünschen würde, was irgendwann einmal, nach dem eigenen Tod, auf seinem Grabstein stehen sollte. Er wünschte sich den Satz: „Er war lebendig, als er starb“.

Liebe Leserin, Lieber Leser

Ich wünsche Ihnen, dass Sie einen Sinn in Ihren Traumatisierungen finden können und dass die Teile in Ihnen, die verletzt wurden, wieder heilen können. Ich wünsche Ihnen, dass viel-

leicht sogar die Teile, die scheinbar gestorben sind, wieder ins Leben zurückkehren – wenn auch mit Narben.

Dies wird möglich, wenn Sie die Verantwortung für sich, Ihre Erkrankung und ihr Leben übernehmen. Wir Therapeutinnen und Therapeuten können Sie dabei begleiten und unterstützen. Wir können Ihnen eine helfende Hand anbieten und ein Stück des Weges gemeinsam mit Ihnen gehen. Die Hand annehmen, immer wieder aufstehen und gehen – das müssen Sie allein. Und dafür wünsche ich Ihnen viel Kraft und eine immer währende Hoffnung.

Ulrike Ludwig