

5 Behandlung: Spezifische Konzepte

In der psychoanalytischen und der verhaltenstheoretischen Therapierichtung liegen vor allem Konzepte vor, die sich speziell mit Kurzzeitpsychotherapie bei Traumata beschäftigen. Seit der sog. „kognitiven Wende“ in der Verhaltenstherapie haben sich diese Therapierichtungen weit stärker als zuvor angenähert. Beiden Richtungen verdanken wir theoretische und klinische Beiträge zur Traumatheorie: der Verhaltenstherapie eher aus der Stress- und Coping-Tradition heraus, der Psychoanalyse auf der Grundlage von Freuds Traumabegriff (Kap. 1.3). Einer der wichtigsten Unterschiede besteht darin, dass psychoanalytisch orientierte Therapeuten sich stärker an den natürlichen Selbstheilungsprozess der Traumapatienten anlehnen und diesen durch geeignete Interventionen zu unterstützen und zu fördern versuchen. Verhaltenstherapeuten greifen dagegen aktiver in das Verarbeitungsgeschehen ein und versuchen, den Heilungsprozess durch aktives Üben und aktive Konfrontation mit traumatischen Situationselementen zu unterstützen (Fischer & Riedesser, 2009). Die Verbindung beider Therapieansätze kann für die Zukunft der Traumatherapie von besonderem Vorteil sein. Im Folgenden werden aus beiden Schulen zentrale Konzepte der Traumatherapie vorgestellt.

In jüngster Zeit haben sich zudem um die beiden zentralen Schulen herum eine Reihe von Techniken und Verfahren entwickelt, die spezielle ergänzende Elemente einführen (wie z.B. Augenbewegungen in der EMDR-Technik) oder andere Zugangswege nutzen (wie die kunst- oder bewegungstherapeutischen Ansätze). Aus dieser Vielfalt wird hier eine exemplarische Auswahl vorgestellt.

5.1 Akutinterventionen nach Traumatisierung

Unmittelbar nach Auftreten einer traumatischen Situation wirken eine Fülle von Schutz- und Risikofaktoren auf die beginnenden Anpassungs- und Verarbeitungsprozesse ein (Kap. 2.5). Die Ausprägung und die Zusammensetzung dieser Faktoren entscheiden im zeitlichen Verlauf letztendlich darüber, ob eine Traumafolgestörung entsteht oder ob der Betroffene psychisch gesund bleibt bzw. ob eine vorübergehende Reaktion (Akute Belastungsreaktion, Kap. 2.4) spontan wieder abklingt.

Akutinterventionen in dieser Phase umfassen einen Zeitraum von ca. drei Monaten und werden in den vielfältigen bestehenden Konzeptionen mit sehr unterschiedlichen Elementen und zu verschiedenen Zeitpunkten angewandt. Gemeinsame Basis aller ist eine einleitende Psychoedukation, d. h. die Erklärung psychischer und körperlicher Symptome und der zugrunde liegenden Prozesse.

3 Monats-Zeitraum

Mögliche Varianten sind u. a. das Critical Incident Stress Management (CISM), spezielle Protokolle der EMDR-Technik (Kap. 5.4) und der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) sowie die Traumafokussierte Kognitiv-behaviorale Therapie (TF-CBT).

In einem Review der britischen Cochrane Collaboration, das sich durch eine hohe wissenschaftliche Qualität auszeichnet, wird allerdings nur die TF-CBT in den ersten drei Monaten nach akuter Traumatisierung bei Symptomen einer Akuten Belastungsreaktion oder Posttraumatischen Belastungsstörung als ausreichend wissenschaftlich basiert bewertet und zur Anwendung empfohlen (Cochrane, 2012; www.cochrane.org/CD006869/DEPRESSN_multiple-session-early-psychological-interventions-for-prevention-of-post-traumatic-stress-disorder).

TF-CBT umfasst eine Vielzahl an therapeutischen Elementen, die den frisch traumatisierten Patienten zu einem veränderten Umgang mit bewertenden Gedanken sowie emotionalen und körperlichen Wahrnehmungen anregen (Kornor, 2008). Dazu gehört unter anderem die Übung eines veränderten Umgangs mit Reizen oder Situationen im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung, die angstbesetzt sind und dementsprechend vermieden werden, zum Beispiel soziale Kontakte.

TF-CBT

Ein möglicher Bestandteil der TF-CBT ist Stressbewältigungstraining, bei dem im therapeutischen Gespräch stress-erzeugende Situationen besprochen und Bewältigungsstrategien erarbeitet und geübt werden. Dabei kommen auch psychische und körperliche Stress-Signale zur Sprache, Entspannungstechniken werden geschult (Kap. 3).

Eine wichtige Ergänzung ist die therapeutische Arbeit an traumabezogenen mentalen Prozessen (Kognitionen), die ggf. umstrukturiert werden müssen. Bewertende Gedanken wie „Ich habe mich schuldig gemacht“ sollten überprüft und mit der Realität abgeglichen, ggfs. relativiert werden, ohne aber in eine unreflektiert entlastende, „tröstende“ therapeutische Haltung zu verfallen.

**Kognitionen
umstrukturieren**

Weitere Hinweise, die auch in der Akutsituation gut verwertbar sind, können Kapitel 3.2 entnommen werden.

B Akutintervention

Ein Patient kommt drei Tage nach einem Verkehrsunfall, bei dem drei Menschen schwer verletzt wurden, in die Notaufnahme. Obwohl er selbst nur Ersthelfer gewesen und unverletzt geblieben sei, beklagt er nun neben einer allgemeinen ängstlichen Angespanntheit und Einschlafstörungen, dass er nicht mehr an der Unfallstelle vorbeifahren könne. Er empfinde dann große Angst, dass wieder etwas passieren könne. Er mache einen erheblichen Umweg und müsse deutlich mehr Zeit für seinen Arbeitsweg einplanen.

Nach einer Psychoedukation zu seinen Symptomen und nach einer Erläuterung, dass Vermeidung zu einer Verstärkung der Angst führen kann, wird mit ihm besprochen, die Unfallstelle wieder aufzusuchen, zunächst zu Fuß und möglichst in Begleitung. Er soll dort trotz seiner Angst etwa 1–2 Stunden verbringen und sich dabei wiederholt selbst darlegen, dass die Situation vorüber und er nun in Sicherheit ist. Vor und nach dieser Übung wird ihm die Durchführung eines Entspannungsverfahrens nahegelegt.

Zusätzlich wird mit ihm thematisiert, dass er mit seiner Ehefrau über seine Ängste sprechen soll, ohne aber zu detailliert die Unfallereignisse zu schildern, um Triggerungen zu vermeiden. Ein Info-Blatt mit Schlaftipps wird ihm ausgehändigt.

Es wird abschließend eine Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit traumatherapeutischer Zusatzqualifikation vier Wochen später vereinbart, um den Verlauf zu bewerten und ggfs. weitere therapeutische Schritte (z. B. eine ambulante Psychotherapie) einzuleiten.

Eine Reihe weiterer Verfahren wurde in den letzten Jahren zur Akutintervention entwickelt, zum Teil abgeleitet aus gut etablierten traumatherapeutischen Ansätzen.

Dazu gehört die modifizierte Prolonged Exposure (Kapitel 5.3), die in einer randomisierten und kontrollierten Studie an 137 Patienten einer Notaufnahme nach akuter Traumatisierung zu vermindertem Auftreten einer PTBS in der Folgezeit führte (Rothbaum et al., 2016).

Frühere Standards sind demgegenüber in die Kritik geraten und werden nicht mehr uneingeschränkt empfohlen, zumindest nicht in einer unmodifizierten Form: Dazu gehört unter anderem das „Critical Incident Stress Debriefing“ (Roberts et al., 2012). Dabei handelt es sich um eine Gruppenintervention, die 24–72 Stunden nach einem traumatischen Ereignis angewandt wird. Die Teilnehmer besprechen unter der Leitung eines Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie mindestens eines „Peers“ aus ihrem beruflichen Umfeld mit einer Zusatzausbildung die Geschehnisse nach einem

festgelegten Ablaufschema. Dieses enthält vor allem die Ereignisse selbst, die emotionalen, gedanklichen und die körperlichen Reaktionen.

Auch eine Verabreichung von Medikamenten ist in der Akutphase möglich, um Symptome zu lindern und den Verlauf positiv zu beeinflussen. Untersucht wurde eine Reihe von Substanzen mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen (Vaiva et al., 2003; Zohar et al., 2011). Möglicherweise wirksam ist die Gabe von hochdosiertem Cortison sowie des Beta-Blockers Propranolol unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis. Die Effekte werden unter anderem über eine Abschwächung der konditionierten Angstreaktion erklärt. In der Akuttherapie sollte auf Beruhigungsmittel wie Benzodiazepine nur im Notfall zurückgegriffen werden (z. B. Suizidalität).

Medikamente

5.2 Psychodynamische Verfahren

Die psychodynamische Traumatherapie hat sich seit etwa 40 Jahren aus der Psychoanalyse heraus entwickelt und dabei eigenständige Methoden und Behandlungsregeln ausgearbeitet.

**Wiedererleben,
Durcharbeiten,
Integrieren**

Das therapeutische Vorgehen besteht in der Bearbeitung der verzerrten Abwehrstrukturen in Verbindung mit einer Stärkung der gesunden Strukturen und Funktionen der Persönlichkeit und zielt ab auf Wiedererleben, Durcharbeiten und die Integration der traumatischen Erfahrung. Dieses Ziel hat Pierre Janet (1889) als Abfolge von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Re-Integration des Traumas in die Persönlichkeit formuliert. Freuds für die Traumatherapie wohl relevantester Beitrag war die Entdeckung des Wiederholungszwangs und der Übertragung. Die Kunst der Therapie traumatischer Prozesse bestand darin, die von beiden Pionieren erarbeiteten Konzepte miteinander zu verbinden und ein immer präziseres Vorgehen für die verschiedenen Konstellationen des traumatischen Prozesses zu entwickeln.

Ein Pionier in dieser Hinsicht war Mardi Horowitz (1976) mit seiner *Psychodynamischen Kurztherapie*. Darauf aufbauend sind die *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie* (MPTT, Fischer 2000b; 2007) und die *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie* (PITT) nach Reddemann (Reddemann, 2001; Reddemann, 2011) sowie die *Traumazentrierte Psychotherapie* nach Sachsse (2004) entstanden. Bei Letzterer handelt es sich um eine Konzeption, die in den Grund-