

Geleitwort

„Primum nil nocere, secundum cavere, tertium sanare“ lautet ein lateinisches Zitat in Gänze. „Zuerst einmal nicht schaden; zweitens vorbeugen; drittens heilen.“ Dieser Spruch zeugt von Realismus, Lebenserfahrung und Demut gegenüber dem therapeutischen und ärztlichen Wirken. Ursprünglich stammt diese Handlungsanweisung für den Arzt schon aus den Hippokratischen Schriften: „(Man soll) im Hinblick auf Krankheiten (in) zwei(erlei Hinsicht) verfahren: zu nützen oder nicht zu schaden.“

„Ins Lateinische geriet diese Weisheit durch Scribonius Largus, Hofarzt des Kaisers Tiberius Claudius Nero Caesar Drusus, der rund 50 Jahre nach Christi Geburt in Rom herrschte. Die römische Schadensverhütungsregel ist nachvollziehbar. Ärzte standen schon immer im Ruf, sich mit allerlei giftigen Substanzen auszukennen, also gerieten sie bei mysteriösen oder prominenten Todesfällen in Verdacht – und wurden trotzdem nie dafür belangt. [...] Der Ruf als Auftragskiller aber war verheerend. Um das Image der römischen Mediziner aufzupolieren, empfahl Largus seinen Kollegen mit dem ‚Primum nil nocere‘ eine vertrauensbildende Parole.“ (<http://www.zeit.de/2005/15/M-Hypokrates>)

Da ist doch der heutige Ruf der Mediziner geradezu glänzend!

Es kann heute keinen Zweifel mehr geben, dass Traumatisierungen wie Deprivation, physische Gewalt und sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend zu schweren Traumafolgestörungen, zu Krankheitsbildern vom Phänotypus der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Antisozialen Persönlichkeitsstörung und anderen, schwerwiegenden und schwer behandelbaren Störungsbildern wie Depressionen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen oder Suchtkrankheiten im Erwachsenenalter in erheblichem Umfang beitragen. Die wissenschaftliche Datenlage ist klar: In allen Kulturnationen 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. Mindestens die Hälfte der so Geschädigten entwickeln als Erwachsene gravierende Traumafolgestörungen. 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. Traumafolgestörungen bedürfen einer traumazentrierten Psychotherapie.

Traumazentrierte Psychotherapie hat eine lange Geschichte, die ihre Wurzeln im Arbeitskreis um Jean Martin Charcot in Paris hat. Charcots Mitarbeiter Pierre Janet war es, der die Meinung vertrat, dass schwere Hysterikerinnen alle unter Traumafolgestörungen litten. Er hat ein Vorgehen entwickelt, das später

von Judith Herman 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“ ist ein ausführliches Therapiekapitel enthalten. Sein therapeutisches Vorgehen ist in vielem deckungsgleich mit dem, was heute als hypnotherapeutische Regressionstherapie angewendet wird. Aufbauend auf diesem Grundmuster sind verhaltenstherapeutische und psychodynamische Traumatherapieverfahren entwickelt worden, deren Wirksamkeit inzwischen empirisch überzeugend belegt ist.

Wozu dann dieses Buch? Warum „schonende“ Traumatherapie? Kann traumazentrierte Psychotherapie traumatisierten Menschen auch schaden? Psychotherapie gleich welcher Provenienz hat diese Frage bisher eher gemieden.¹ Traumazentrierte Psychotherapie kann in Anspruch nehmen, sich schon sehr früh damit auseinandergesetzt zu haben, ob ihre Vorgehensweisen Patientinnen und Patienten auch schaden könnten. Dieses Verdienst ist aber nicht alleine darauf zurückzuführen, dass die Protagonisten dieser Verfahren ihren Kollegen moralisch überlegen waren, sondern zu einem großen Teil darauf, dass die Auseinandersetzungen mit traumazentrierten Psychotherapieverfahren zumindest in den USA und in Großbritannien lange Zeit auch ein Politikum waren.

1. Schädigungen durch inadäquate Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie Erwachsener ist eine spezifische Arbeitsbeziehung. Auch im üblichen Arbeitsleben tendieren Menschen dazu, unter Stress zu regredieren. Dann wird die Arbeitsatmosphäre adoleszent, pubertär oder infantil. Ist schon im Alltagsleben eine Arbeitsbeziehung unter Stress regressionsanfällig, so gilt dies für eine Psychotherapie umso mehr. Viele unserer Patienten sind permanent, sehr viele zumindest passager nicht in der Lage, im Rahmen einer Psychotherapie eine erwachsene Arbeitsbeziehung aufrechtzuerhalten. Mit einiger Übung werden auch Anfänger in der Psychotherapie bald merken, ob sie aktuell quasi einem Kleinkind, einem Schulkind, einem Jugendlichen, einem Adoleszenten oder einem erwachsenen Arbeitspartner gegenüber sitzen. Inzwischen ist es das Ziel fast aller psychotherapeutischer Behandlungsmethoden, die Arbeitsebene bei Patienten mit niedrigem Strukturniveau in einem so erwachsenen Zustand (State) wie irgend möglich so lange wie

1 Heft 1/2009 der Zeitschrift „Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie – PTT“ widmet sich der Frage: „Kann Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen schaden?“

irgend möglich aufrechtzuerhalten, um die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten möglichst wenig zu beeinträchtigen. Nil nocere!

Ausschließlich auf einer 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. Psychotherapie als Veränderungsversuch kann wohl nur dann wirksam werden, wenn sie *state dependent learning* ist. Es ist erwiesen, dass viele Lernerfahrungen und Beziehungserfahrungen sehr eng mit dem Zustand verbunden bleiben, in dem sie gelernt worden sind. Diese emotionale Konditionierung bedeutet, dass eine Veränderung in der Psychotherapie nur möglich wird, wenn beides verändert wird: Die Erfahrung und der Kontext, die Erfahrung im Kontext, Stimuli und Kontextvariablen. Wir sind mit einem ersten Zielkonflikt konfrontiert: Ohne Regression erreichen wir nicht jene States, die es zu verändern gilt. In sehr regressiven oder dissoziativen Zuständen sind unsere Patienten aber nicht mehr therapeutisch arbeitsfähig. Nil nocere!

Es ist klinisches Alltagswissen, dass es veränderungsfördernde und veränderungsbehindernde 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 Ihre Patienten fast immer per se beruhigend wirken. Dies hat biologische Wurzeln. Gerald Hüther weist auf Medikamentenversuche hin, bei denen ein Affe im Käfig einem Raubtier außerhalb des Käfigs ausgesetzt war. Der Affe hatte Angst, und diese Angst wurde durch Medikamente weniger. 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: befreundeter Mit-Affe ist wirksamer als Medikament. Wir sind Herdentiere, und die Anwesenheit befreundeter Anderer aus der Horde, Herde oder Familie wirkt primär beruhigend. Die Anwesenheit eines vertrauten Menschen ist auch außerhalb therapeutischer Beziehungen eines der wichtigsten stabilisierenden Elemente. Ein befreundeter Mit-Mensch ist ein besonders wirksames Anxiolyticum und Antidepressivum. Thomas Insel stellt sogar die Frage „Is Attachment an Addictive Disorder?“ und beantwortet diese Frage mit einem „Im Prinzip Ja“. Und das stellt uns vor einen zweiten Zielkonflikt: Ohne Bindung wird Psychotherapie nicht wirksam, das belegt die Ergebnisforschung eindrucksvoll. Andererseits kann die therapeutische Beziehung gerade bei schwer bindungsgestörten Menschen zum Suchtmittel werden – vermutlich nicht nur metaphorisch. Nil nocere!

Bei einer größeren Patientengruppe wird rasch deutlich, dass die Inhalte zwischenmenschlicher oder psychotherapeutischer Gespräche für etwa 24 bis 48 Stunden präsent und wirksam bleiben und dann „wieder weg“ sind. Dies ist häufig bei Patientinnen und Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, komplexen Traumafolgestörungen oder dissoziativen Zuständen der Fall. 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 eines nur akut wirksamen Suchtmittels, wird also zu einer Beziehungsfalle. Diese Patienten behalten: „Es ging mir schlecht, jemand war für mich da, da ging es mir besser.“ Das führt zu langfristigen, manchmal lebenslangen Abhängigkeiten von Therapeutinnen und Therapeuten, Stationen und Kliniken. Nil nocere!

Allenthalben wird überlegt, wie man in diesem Dilemma einen Schritt weiterkommen könnte. Gerade die traumazentrierte Psychotherapie hat hier in den letzten Jahren Pionierarbeit geleistet. Regressive Zustände werden durch Arbeit mit dem State des Inneren Kindes behandelt, bei der immer die innere erwachsene Elternfunktion aktiviert bleiben soll. Durch differenzierte Techniken gelingt es, den pathologischen Trauma-State bei der Traumaexposition zu aktivieren und gleichzeitig den Erwachsenen-State, die Arbeitsfähigkeit, aufrechtzuerhalten. Dadurch sind Entwicklungen möglich geworden, die in der Vergangenheit so nicht erreichbar waren.

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 sicher wieder beendet werden können. Psychotherapeuten wurden dann zu Zauberlehrlingen, die jene Geister nicht mehr los wurden, die sie riefen. Es gibt inzwischen Methoden, Psychotherapie antiregressiv zu gestalten und Menschen aus regressiven Zuständen herauszuholen. Diese Methoden müssen in einer Therapie genau so sicher verfügbar sein wie diejenigen Techniken, um regressive oder pathologische States auszulösen oder auch nur zuzulassen. Nil nocere!

Hilfreich bei der Regulation regressiver oder pathologischer States zur Aufrechterhaltung der Arbeitsbeziehung kann sein, bewusst jene therapeutische Bühne zu wählen, auf der sich die Pathologie darstellen und inszenieren soll. Am natürlichsten ist es sicherlich, wenn sich therapeutische Arbeitsbeziehung und Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung in ein und derselben Dyade ganz natürlich darstellen. Diese Methode der therapeutischen Arbeit ist aber gleichzeitig auch besonders schwierig. Die therapeutische Ich-Spaltung, das Einnehmen einer Metaebene und das distanzierte Betrachten des eigenen Interaktionsverhaltens erfordert viel seelische Reife und die Möglichkeit, sich vom aktuellen Stresslevel jederzeit zu distanzieren und eine kognitive Ebene einzunehmen. Viele Therapieverfahren erleichtern sich die Arbeit, indem sie ritualisiert und

institutionalisiert einen Erlebnis- und Erfahrungs-Raum von einem Arbeits-Raum in der Therapie trennen, etwa durch die Arbeit mit Imaginationen oder mit Spielelementen. Psychotherapie mit einem solchen dritten Raum ist nichts anderes als die Anwendung von Erfahrungen der Spieltherapie bei Erwachsenen.

2. Schädigungen durch überflutende Traumaexpositionsbehandlung

Immer wieder wird diskutiert, ob Menschen mit intrusiven Symptomen, häufig überlagert und abgewehrt durch dissoziative Symptombildungen, nicht am besten durch eine möglichst rasche Traumaexpositionsbehandlung zu helfen ist. Diese Diskussion wird gegenwärtig kontrovers geführt, seitdem der Artikel „Stabilisierung und Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos?“ von Neuner in der Zeitschrift „Verhaltenstherapeut“ die Notwendigkeit von Stabilisierung in Frage stellt. In dem Artikel wird deutlich, dass der Autor kaum über klinische Erfahrungen mit jenem Klientel verfügt, zu dem er publiziert. Es ist nicht nachvollziehbar, dass damit auch eine empirisch besonders gut belegte Stabilisierungsform, die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan praktisch für entbehrlich erklärt wird. Die Tendenz dieses Artikels ist für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen potenziell schädlich. Allen Klinikern, die komplex traumatisierte Patienten 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. Nil nocere!

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

Vielleicht ist es an dieser Stelle wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine Traumaexposition natürlich gar keine Traumaexposition ist. Traumaexposition respektive Traumakonfrontation ist eine Form der therapeutischen Bearbeitung von Traumafolgestörungen. 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 der „Terminator“ machen können. Dem Trauma kann niemand erneut begegnen. Die PTBS ist zentral eine

Angsterkrankung, eine Angst vor der Angst. Konfrontiert wird mit inneren Bildern, Stimmen, Geräuschen, Gefühlen, Körpersensationen, Beziehungsverzerrungen, die Folgen des Traumas sind. Konfrontiert wird also mit Phantomen, Hirngespinnsten, inzwischen dysfunktionalen Gehirn-Engrammen.

Diese Unterscheidung mag auf den ersten Blick kleinkariert, beckmesserisch erscheinen. Sie ist für die Therapieplanung und -durchführung aber zentral. Die Metaphernforschung hat klar ergeben, dass unsere Metaphern unser Denken strukturieren. Wortwahl, Begriffswahl sind also alles andere als beliebig. Die feministische Forschung wird lästigerweise und richtigerweise nicht müde, immer wieder darauf hinzuweisen. Es ist bedeutsam, ob wir beten „Vater unser im Himmel“ oder „Mutter unser im Himmel“. Insofern ist das Ringen um die stimmigste Metapher immer ein Ringen um einen bedeutsamen Inhalt. Stabilisierung oder Ressourcenaktivierung? Traumazentrierte Psychotherapie oder schonende Bearbeitung der Traumafolgestörungen? Der Diskurs ist eröffnet.

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 im 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 Traumasyntese die beste „Stabilisierung“? Nil nocere!

3. 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 rasch 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 (von diesem Begriff, dieser Metapher werde ich persönlich mich sicher nicht so schnell trennen) wird zur Zwickmühle, wenn die erfolgreiche Aufarbeitung der Traumata aus der Vergangenheit zu nicht bearbeitbaren Loyalitätskonflikten im gegenwärtigen Beziehungsgefüge der Patienten führt. Die suffiziente Aufhebung der Amnesie führt nicht selten dazu, dass die Rollen aller Familienmitglieder bei den Traumatisierungen von den Patienten ganz neu gewichtet werden. Schon am Beginn der traumazentrierten Psychotherapie, erneut vor Beginn der Traumaexpositionen wird mit den Patienten zu diskutieren sein, dass eine traumazentrierte Behandlung nicht ohne Auswirkungen

auf ihre Familienbezüge bleiben wird. 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 tangiert 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 zu intensiven Loyalitätskonflikten. Patienten mit engen sozialen Bindungen an ihre Herkunftsfamilie sollten mit den Therapeuten vor den Traumaexpositionen reflektiert haben, ob sie bereit sind, ihre aktuellen Bezüge konflikthaft werden zu lassen und möglicherweise zu gefährden. Manche Patienten sind nach Abschluss der Traumatherapie buchstäblich mutterseelenallein. Nil nocere!

Traumazentrierte Psychotherapie hat sich aufgrund der hohen gesellschaftlichen Relevanz von Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter schon früh mit ihrer Wirksamkeit und ihrer potenziellen Schädlichkeit befassen müssen. Schaden kann eine insuffiziente Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die kein Handlungsrepertoire erarbeitet, um Regressionen zu steuern. Schaden kann Traumaexposition ohne Mentalisierungsfähigkeit im Trauma-State. Schaden kann die Aufhebung von Amnesien und dissoziativen Copingstrategien. Worauf hier noch gar nicht eingegangen wurde: Schaden kann die therapeutische Kreation von Fehlerinnerungen (*false memories*), schaden können auch unreflektierte juristische Schritte. Nil nocere!

Je klarer und deutlicher die potenziellen 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 potenziellen Schäden macht eine Psychotherapie wirksamer, nutzbringender und erfolgreicher. Bekanntlich ist nichts erfolgreicher als der Erfolg.

Warum sollten wir unsere Patienten und uns selbst dieses Erfolges berauben?

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse, Göttingen