

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Luise Reddemann 2., unveränderte Auflage
Wolfgang Wöller

Praxis der psychodynamischen
Psychotherapie – analytische
und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

 **hogrefe**

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Luise Reddemann 2., unveränderte Auflage
Wolfgang Wöller

Praxis der psychodynamischen
Psychotherapie – analytische
und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

 **hogrefe**

**Luise Reddemann
Wolfgang Wöller**

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

2., unveränderte Auflage

 **hogrefe**

**Praxis der psychodynamischen Psychotherapie -
analytische und tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie
Band 11**

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Prof. Dr. Luise Reddemann, PD Dr. Wolfgang Wöller

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred E. Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering, Prof.
Dr. Falk Leichsenring, Prof. Dr. Günter Reich

Prof. Dr. Luise Reddemann, geb. 1943. Nervenärztin und Psychoanalytikerin. 1985–2003 Leiterin der Klinik für Psychotherapie und psychosomatische Medizin des Evangelischen Johannes-Krankenhauses in Bielefeld. Seit 2007 Honorarprofessorin für Psychotraumatologie und psychologische Medizin an der Universität Klagenfurt. Durchführung zahlreicher Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.

PD Dr. Wolfgang Wöller, geb. 1952. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalytiker. Ärztlicher Direktor und Leitender Abteilungsarzt der Abteilung 1 (Schwerpunkt Traumafolgeerkrankungen) der Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bad Honnef. Lehrtätigkeiten an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf sowie in Kigali/Ruanda.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: EPUB

2., unveränderte Auflage 2019

© 2017, 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2961-8; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-2961-9)

ISBN 978-3-8017-2961-5

<http://doi.org/10.1026/02961-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf

und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1 Beschreibung der Störung

1.1 Bezeichnung

1.2 Definition

1.3 Epidemiologische Daten

1.4 Verlauf und Prognose

1.5 Differenzialdiagnose

1.6 Komorbidität

2 Störungstheorien und -modelle

2.1 Traumagenese

2.2 Psychoanalytische Modellbildungen

2.3 Dissoziations- und Gedächtnisforschung

2.4 Neurobiologisch fundierte Entwicklungs- und Bindungsforschung

3 Diagnostik

3.1 Diagnostik der Symptomatik einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

3.2 Diagnostik psychischer Traumatisierungen

3.3 Diagnostik dissoziativer Störungen

4 Behandlung

4.1 Allgemeine Prinzipien der Arbeit mit komplex traumatisierten Patientinnen

4.1.1 Psychodynamisches Beziehungsverständnis

4.1.2 Phasenorientiertes Vorgehen

4.1.3 Förderung salutogenetischer Faktoren und Ressourcenaktivierung

4.1.4 Keine Entfaltung der Pathologie in der therapeutischen Beziehung

4.1.5 Stellenwert von Imaginationen

4.1.6 Beobachtende Haltung

4.1.7 Strukturbezogene Interventionen

4.1.8 Ego-State-Arbeit

4.2 Therapeutische Beziehung

4.2.1 Aufbau und Aufrechterhaltung einer haltenden Beziehung

4.2.2 Parteiliche Abstinenz

4.2.3 Der Umgang mit Übertragungsphänomenen

4.3 Psychoedukation

4.4 Traumaspezifische Stabilisierung (Phase 1)

4.4.1 Imaginationen zur Emotionsregulierung

4.4.2 Schutz vor weiterer Traumatisierung

4.4.3 Benennung, Validierung und Differenzierung von Gefühlen

4.4.4 Eigene Bedürfnisse wahrnehmen

4.4.5 Selbstfürsorge fördern

4.4.6 Progressionsorientierte Interventionen

4.4.7 Stärkung des Selbstwertgefühls

4.4.8 Zusammenfassung

4.5 Traumaexposition (Erinnerungsarbeit) (Phase 2)

4.5.1 Voraussetzungen

4.5.2 Beobachtertechnik

4.5.3 Hinweise zur Anwendung von EMDR bei komplex traumatisierten Patientinnen

4.6 Die Phase des Trauerns und Neubeginns (Phase 3)

4.7 Umgang mit speziellen Situationen

4.7.1 Selbstverletzendes Verhalten

4.7.2 Grenzüberschreitungen und destruktive Persönlichkeitsanteile

4.7.3 Aggressives Verhalten

4.7.4 Maligne Introjekte

4.7.5 Dissoziative Symptome

5 Wirksamkeit der Methode

5.1 Allgemeines zur Wirksamkeitsforschung bei Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung

5.2 Die Studie von Lampe et al. über das Konzept der Psychodynamischen Imaginativen Traumatherapie (PITT)

5.3 Weitere Studien mit vergleichbaren Konzepten zur Behandlung der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

6 Literatur

^[1] **Einleitung**

Komplexe Traumatisierungen können die gesunde Entwicklung der Persönlichkeit nachhaltig prägen und negativ beeinflussen. Wie bei körperlichen Wunden gibt es einen natürlichen Heilungsverlauf auch bei seelischen Verletzungen, daher streben wir mittels einer psychodynamischen Traumatherapie an, uns an diesen „natürlichen Heilungsverlauf“ anzuschließen. Die Förderung natürlicher Selbstheilungstendenzen mittels Therapie kann langfristige Erfolge ermöglichen, weil Patientinnen lernen, auch im nachtherapeutischen Zeitraum mit sich selbst weiterzuarbeiten¹.

Bei den manualisierten Vorschlägen zur Behandlung von Traumafolgestörungen geht es uns darum, pathogene wie salutogene Tendenzen aufzugreifen, Ressourcen zu stärken und Reifungsprozesse zu fördern. Wir verstehen psychodynamische Traumatherapie als eine Form der Psychotherapie, die nicht nur den traumatischen Prozess, sondern das gesamte Krankheitsgeschehen der Verhinderung einer Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit aufgreift, um es in eine salutogene Richtung zu lenken. Wir sind daher bemüht, an den Entwicklungsprozess des Kindes, der Jugendlichen oder jüngeren Erwachsenen dort wieder anzuschließen, wo er unterbrochen wurde, und streben an, eine kreative Weiterentwicklung der Person zu unterstützen.

Wir gehen außerdem davon aus, dass Symptome – eben weil die Patientin deren progressiven, salutogenen Anteil in ihr Selbst- und Weltverständnis integrieren kann – auch als Ressource genutzt werden können. Das Therapieziel in der psychodynamischen Traumatherapie beschränkt sich daher nicht auf die Beseitigung von Symptomen, wenngleich wir es für notwendig erachten, Patientinnen bei der Bewältigung von Symptomen, die zu massiven Beeinträchtigungen führen, frühestmöglich zu einer verbesserten Selbstkontrolle und vor allem Selbstberuhigung anzuregen.

Entsprechend verfolgt das therapeutische Vorgehen zwei Ziele:

1. mithilfe gezielter Interventionen die Wiederaufnahme des Traumaverarbeitungsprozesses zu fördern,
2. progressive Entwicklungsschritte zu unterstützen.

[2] Traumafolgenstörungen bzw. der Zusammenhang zwischen der sich präsentierenden Belastungssymptomatik und der Erfahrung multipler frühkindlicher Traumatisierungen werden häufig nicht erkannt bzw. erfragt. Das führt dazu, dass Patienten in einzel- oder gruppentherapeutischen Sitzungen ohne ausreichende Stabilisierung für sie extrem belastenden Erinnerungen ausgesetzt werden. Die unvorbereitete und manchmal auch unreflektierte Aufforderung zu erzählen, führt dann schnell zu einer für die Patientin unkontrollierbaren Affektüberflutung, die zu einer Symptomverstärkung oder gar einem Therapieabbruch führen kann.

Versteht man unter Traumakonfrontation das detaillierte Erinnern traumatischer Ereignisse, verbunden mit dem Erleben zum Teil extrem schmerzhafter Gefühlszustände und körperlicher Abreaktionen, so sollte dieses niemals ohne eine vorhergehende Stabilisierungsphase und die Sicherstellung von innerer *und* äußerer Sicherheit stattfinden.

Die Traumaverarbeitung kommt erst dann zu einem Abschluss, wenn die Persönlichkeit in der Lage ist, Erinnerungen und Gefühle im Zusammenhang mit dem Trauma bewusst hervorzurufen, ohne ihnen verhaftet zu bleiben. Ein weiteres Kriterium ist die Integration der traumatischen Erfahrung in die Selbststruktur und Ich-Identität.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass das Ziel der Therapie vor allem bei Men-made-Desastern die Wiederherstellung der persönlichen Sicherheit und Identität der Betroffenen ist. Es geht uns daher um Kontrolle von Dissoziationen, Stärkung und Integration des Selbstbewusstseins und des Selbstwerterlebens sowie der Selbstwirksamkeit unter Einbezug der Innenwelt in ihrer ganzen Tiefe und Breite in den therapeutischen Prozess. Die Arbeit mit den „Gestalten der inneren Bühne“, bei der wir uns am Ego-State-Modell nach [Watkins und Watkins \(2012\)](#) orientieren, erscheint uns notwendig im Sinne der Nachreifung der Persönlichkeit. *Für einen psychodynamischen Zugang halten wir es für entscheidend, den inneren Zusammenhang der Symptomatik zu verstehen.*

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass wir bei unserem Modell der psychischen Traumatisierung von der Annahme ausgehen, dass der Prozess der Traumaverarbeitung auch sozialer Natur ist bzw. dass er durch soziale Faktoren massiv beeinträchtigt werden kann. Wird den Opfern nicht jene Anerkennung und Unterstützung zuteil, die von ihrem Gerechtigkeitsempfinden her angebracht erscheint, so kann sich das erschütterte Selbst- und Weltverständnis nicht regenerieren. Das Trauma bleibt „unfasslich“. Die Betroffenen fühlen sich fremd in einer sozialen Welt, die das Unrecht, das ihnen widerfuhr, als solches nicht anerkannt hat. Auch durch – äußerlich betrachtet – geringe „Dosen“ von Retraumatisierung kann der Erholungsprozess unterbrochen werden. Die Betroffenen können dann die Hoffnung auf einen relativen Abschluss des Verarbeitungszyklus und eine Restitution ^[3] ihres erschütterten Weltverständnisses verlieren. Nicht zuletzt deshalb ist es uns ein wichtiges therapeutisches Anliegen, Hoffnung zu ermöglichen.

Wir wollen im Folgenden anhand einer fiktiven Patientin, die aber in allen Details realen Patientinnen entspricht, darstellen, wie wir arbeiten. Auf diese Patientin, Frau X, wird also im Laufe des Buches immer wieder eingegangen werden.

Fallbeispiel: Erstkontakt

Frau X, Mitte 40, hat sich zur Behandlung angemeldet mit folgenden Beschwerden: Sie könne „fast gar nicht schlafen“. Seit dem Tod ihrer Mutter vor gut einem Jahr leide sie an Depressionen, Panik, Schuldgefühlen. Schon lange leide sie unter nicht erklärbaren Unterbauch- und Menstruationsbeschwerden.

Die Anamneseerhebung erweist sich als schwierig, da die Patientin bei vielen Fragen nicht in der Lage erscheint zu antworten, sie scheint in dissoziative Zustände zu geraten. Daher erklärt ihr die Therapeutin, dass es ihr wichtig sei, dass dieses Gespräch nicht dazu führe, dass der Zustand der Patientin sich verschlechtere, und fragt sie, ob sie etwas darüber hören wolle, wie sie sich besser schützen könne. Dies wird von der Patientin mit Erstaunen bejaht. Die Therapeutin erklärt ihr, dass man sich vor innerer Überlastung z. B. dadurch schützen könne, dass man eine sich beobachtende Haltung einnehme, die dazu führen könne, dass man die Dinge aus einer gewünschten Distanz betrachten würde. Die Patientin findet das interessant und meint, das mache sie doch sowieso, wenn sie dissoziiere. Ja, das sei ähnlich, aber es sei ein wichtiger Unterschied, meint die Therapeutin, wenn man das bewusst mache. Die Patientin versucht dann, diese innere Haltung einzunehmen. Sie ist überrascht, dass sich ihr Befinden dadurch verändert und dass sie ein Erleben von Kontrolle bei dieser Art des Über-sich-Sprechens hat. Ohne dass die Therapeutin es vorgeschlagen hat, redet sie bald von sich in der 3. Person, als „das Kind“. Die Therapeutin beantwortet dies mit einer bestätigenden Nachfrage, ob sie merken könne, dass ihr dies gut tue, was sie bejaht.

Frau X erzählt dann, wie sehr sie an ihrer Mutter hing, dass diese ein sehr lieber Mensch gewesen sei, der Vater allerdings sei ein gewalttätiger Mann gewesen, er habe die Mutter geschlagen, die Kinder, sie und ihre Schwester, auch, und er habe sich „an ihr vergangen“. Bei dieser Mitteilung meint sie, jetzt habe sie Unterbauchschmerzen und sie schäme sich, das auszusprechen. Die Therapeutin bringt zum Ausdruck, dass sie sich vorstellen könne, dass diese Erfahrungen für die Patientin sicher extrem belastend waren, und dass es sie erneut sehr belaste, wenn sie daran denke, und fragt dann: „Wie haben Sie das alles überlebt, |4| Frau X, was hat Ihnen geholfen oder wer hat Ihnen geholfen, zu überleben?“ Die Patientin nennt ihre Mutter, und die Therapeutin geht an dieser Stelle nicht darauf ein – es wäre viel zu früh! –, dass die Mutter sie ja nicht geschützt hat. Später sei eine Lehrerin sehr wichtig gewesen. Die Therapeutin fragt, ob sie von guten Momenten mit der Mutter und der Lehrerin mehr erzählen wolle, was die Patientin bejaht.

Die Therapeutin bemerkt, wie die Patientin sich entspannt und nimmt dies zum Anlass, sie zu fragen, ob sie bemerken könne, dass sie jetzt, wo sie über gute Erfahrungen spreche, mehr zur Ruhe komme. Als die Patientin dies bejaht, kann die Therapeutin ihr erklären, dass eine Möglichkeit der Zusammenarbeit darin bestehen könne, dass die Patientin eingeladen sei, zwischen leidvollen und angenehmen Erinnerungen und auch aktuellen

Erfahrungen zu pendeln, um so immer wieder Kräfte zu sammeln. Ob sie damit einverstanden sei, dass die Therapeutin sie dazu einlade. Auch hier stimmt die Patientin zu. Die Therapeutin bittet auch darum, dass die Patientin genau prüfen möge, wie viel sie erzählen wolle. Sie könne verstehen, dass es schwer sei, über manche Dinge zu sprechen, sie werde daher jetzt und auch in Zukunft, falls sie zusammenarbeiten würden, immer wieder fragen, ob sie Fragen stellen dürfe und die Patientin sei eingeladen, auszusprechen, wenn ihr etwas zu viel würde. Andererseits könne sie, wenn sie es wolle, über alles mit der Therapeutin sprechen. Die Patientin meint, mehr wolle sie jetzt nicht erzählen. Darauf erläutert ihr die Therapeutin die wesentlichen Punkte des therapeutischen Vorgehens und beantwortet eine Reihe von Fragen der Patientin dazu.

Am Ende der Stunde angekommen, fragt die Therapeutin, ob in diesem Gespräch etwas für die Patientin hilfreich war. Diese meint: „Ja, dass man sich nicht nur mit dem Schlimmen befassen muss.“ Sie habe das anders gehört und habe große Angst gehabt. Jetzt wisse sie ja, dass sie das selbst bestimmen könne, wie viel sie sagen wolle, und das tue ihr gut.

- 1 Die folgenden Überlegungen zur psychodynamischen Behandlung gehen auf Gespräche und kollegialen Austausch von Luise Reddemann mit Gottfried Fischer und Monika Becker-Fischer über Jahrzehnte des gemeinsamen Engagements in der Behandlung traumatisierter Menschen zurück. Eine geplante gemeinsame Arbeit mit Gottfried Fischer konnte aufgrund seines plötzlichen Todes nicht mehr ausgeführt werden.

Beschreibung der Störung

1.1 Bezeichnung

Die Bezeichnung „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ steht für ein Spektrum von Störungsbildern, das typischerweise im Gefolge chronischer und kumulativer personaler Traumatisierungen auftritt. Es geht weit über das hinaus, was mit den ICD-10-Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beschrieben ist. Aufgrund fehlender Klassifikation als eigenständige Störung sowohl in der ICD-10 ([World Health Organization, 2000](#)) als auch in der überarbeiteten DSM-5-Klassifikation ([American Psychiatric Association, 2013](#)) bleibt diese Gruppe von Patienten und Patientinnen diagnostisch immer noch namen- und heimatlos, und Therapeuten sind gezwungen, die zugehörigen Einzelsymptome unabhängig voneinander wie komorbide Störungsbilder zu kodieren.

Gehen wir davon aus, dass die unter diesem Begriff zusammengefassten Störungsbilder komplexe somatische, kognitive, affektive und verhaltensbezogene Folgen komplexer psychischer Traumatisierungen darstellen können, so hat dieses singularisierende Vorgehen weitreichende Folgen für den therapeutischen Prozess und den Therapieerfolg. Menschen mit komplexen