

Willi Butollo

Regina Karl

Dialogische Traumatherapie

Manual zur Behandlung der
Posttraumatischen Belastungsstörung

ZU DIESEM BUCH

Traumatherapie kann nicht nur aus »Techniken« bestehen. Dreh- und Angelpunkt der Verarbeitung einer Traumatisierung ist die Wiederherstellung von Vertrauen in die Welt und die Menschen. Auf dieses Prinzip baut das Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung seine Interventionen auf wie Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsübungen, Rollenspiele, Wiederaufbau des Selbstgefühls und der Bindung zu anderen. Der Ansatz verbindet einen gestalttherapeutischen Rahmen mit verhaltenstherapeutischen Elementen.

Prof. Dr. phil. *Willi Butollo*, Professor em. für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er leitet das »Münchener Institut für Traumatherapie« (MIT); unter seinen zahlreichen Veröffentlichungen sind zwei Bücher in der Reihe »Leben Lernen« erschienen: »Leben nach dem Trauma« und »Kreativität und Destruktion posttraumatischer Belastungsstörung«.

Dr. phil. *Regina Karl*, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, leitet die Ambulanz des Centrums für Integrative Psychotherapie (CIP) in München; sie ist außerdem Mitarbeiterin der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz (Traumaambulanz) der LMU und Studienleiterin der Therapieevaluation »Dialogische Traumatherapie« sowie Mitarbeiterin des Münchener Instituts für Traumatherapie.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Willi Butollo
Regina Karl

Dialogische Traumatherapie

Manual zur Behandlung
der Posttraumatischen Belastungsstörung

Klett-Cotta

Klett-Cotta
www.klett-cotta.de
© 2012 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten

Printausgabe: ISBN 978-3-608-89131-7
E-Book: ISBN 978-3-608-10323-6
PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20046-1

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <[http://
dnb.d-nb.de](http://dnb.d-nb.de)> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	9
Prolog	13
1. Grundprinzipien der Dialogischen Traumatherapie	18
1.1 Notwendigkeit einer Humanistischen Traumatherapie	21
1.2 Dialogische Exposition und Gestalttherapie	27
1.3 Das Therapiekonzept: Dialogische Exposition in der Traumatherapie	30
2. Posttraumatische Anpassung	35
2.1 Posttraumatische Belastungsstörung	36
2.1.1 Diagnostische Kriterien	36
2.1.2 Verlauf	38
2.1.3 Begleitende Störungsbilder	39
2.1.4 Epidemiologie	40
2.1.5 Diagnostik der PTBS	41
2.1.6 Wirksamkeit von Traumatherapien: Integration trauma-fokussierter und nicht-fokussierter interaktioneller Interventionen	42
2.2 Entstehung der PTBS aus humanistischer Sicht / dialogischer Sicht	44
2.3 Dialogische Haltung	46
3. Behandlungsablauf	48
3.1 Zu Beginn der Traumatherapie	48
3.2 Kriterien und Ausschlusskriterien für eine Traumatherapie	54
3.3 Therapeutisches Verhalten	57
3.4 Ablauf und Einteilung der Sitzungen	60

3.5	Die traumatische Erfahrung erzählen – Narrative Konfrontation	63
4.	Therapeutische Schwerpunkte	66
4.1	Fokus 1: Umgang mit Symptomen unter besonderer Berücksichtigung ihrer interaktionellen Aspekte (Symptomorientierung)	67
4.2	Fokus 2: Aktivierung von Ressourcen	69
4.3	Fokus 3: Kontakt- und Beziehungsgestaltung	70
5.	Aufbau der Therapie	72
6.	Phase I: Sicherheit	75
6.1	Aktivierung von Sicherheit / Differenzierung von Sicherheitsaspekten	79
6.2	Kontaktaufnahme mit Sicherheit gebenden prätraumatischen Selbstanteilen	84
6.2.1	Aktivierung bestehender Ressourcen	84
6.2.2	Zugehörigkeit: Aktivierung sozialer Ressourcen bzw. unterstützender Beziehungen	87
6.3	Arbeit an den Intrusionen	90
6.4	Generierung von Sicherheit	96
7.	Phase II: Innere Stabilität – »Selbst-Sicherheit«	98
7.1	Arbeit an Gefühlen – abseits vom Zentrum der traumatischen Erfahrung	100
7.2	Wichtige Gefühle – nicht nur in der Traumatherapie	113
7.2.1	Traumatische Angst	114
7.2.2	Trauer	117
7.2.3	Schuld	120
7.2.4	Scham	127
7.2.5	Ohnmacht, Ärger, Wut und Aggression	129
7.2.6	Ekel	131
7.3	Die Rolle der Kognitionen (Arbeit an inneren Dialogen) ...	131

7.4	Selbstwahrnehmung und Beziehungen	133
7.5	Interpersonelle Verteidigung der eigenen Bedürfnisse	135
8.	Phase III: Konfrontation	142
8.1	Objektorientierte Exposition (Situative Exposition)	145
8.1.1	Aktive Kontrolle der Vorstellung	145
8.1.2	Weitere Themen der objektorientierten Konfrontation	152
8.1.3	Vorbereitung auf die Dialogische Exposition	153
8.2	Dialogische Exposition: Interaktionelle Konfrontation mit der Aggressorrepräsentanz	155
8.2.1	Dialogische Exposition	156
8.2.2	Dialog zwischen Selbst und Objektrepräsentanz	162
8.2.3	Konfrontation mit eigenen aggressiven Anteilen	173
8.3	Transfer in den Alltag	174
8.4	Schwierigkeiten in der Dialogischen Exposition	174
8.4.1	Vermeidungsverhalten	175
8.4.2	Aktivierung von Bildern oder Beziehungen	176
8.4.3	Rationale Argumentation	178
8.4.4	Reaktualisierung, emotionale Überflutung	179
9.	Phase IV: Integration	180
9.1	Annehmen der traumatischen Erfahrung und damit Annehmen der Veränderung	182
9.2	Identifikation isolierter entfremdeter Selbstanteile	185
9.3	Integration von aggressiven Anteilen	187
9.4	Trauer und posttraumatische Reifung	188
9.5	Desensibilisierung als bedrohlich erlebte Gefühle	190
10.	Therapeutische Arbeitsprinzipien	192
10.1	Symptome der PTBS	192
10.2	Übungen der Dialogischen Traumatherapie	204
10.2.1	Awareness (Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsübungen)	205
10.2.2	Methoden der Selbst- und Bindungsunterstützung ..	207

10.2.3	Arbeiten mit und an Emotionen (Distanzierungstechniken, Techniken der Affektregulation)	207
10.2.4	Vertrauensbildung und Bewegung	208
10.2.5	Aufbau der Konflikt- und Dialogfähigkeit und Training sozialer Fertigkeiten	209
10.2.6	Allgemeiner Kompetenzaufbau	210
11.	Reflexion und Rückfallprophylaxe	211
12.	Indikatoren für den Therapieabschluss	214
13.	Evaluation	215
14.	Hilfreiche Übungen und Techniken in der Traumatherapie	218
14.1	Awareness (Aufmerksamkeit- und Wahrnehmungsübungen)	218
14.2	Methoden der Selbst- und Bindungsunterstützung	222
14.3	Arbeiten mit und an Emotionen	233
14.4	Vertrauensbildung und Bewegung	236
14.5	Grübeln	237
14.6	Schlafhygiene	238
14.7	Angsterleben	241
14.8	Diagnostische Kriterien der PTBS	242
	Epilog	245
	Literatur	246

Vorwort

»Wenn Du vor mir stehst und mich ansiehst, was weißt Du von den Schmerzen, die in mir sind und was weiß ich von den Deinen. Und wenn ich mich vor Dir niederwerfen würde und weinen und erzählen, was wüsstest Du von mir mehr als von der Hölle, wenn Dir jemand erzählt, sie ist heiß und fürchterlich. Schon darum sollten wir Menschen voreinander so ehrfürchtig, so nachdenklich, so liebend stehen wie vor dem Eingang zur Hölle.«

Franz Kafka in einem Brief an Oskar Pollak, 8. 11. 1903:

Dieses Buch ist das Ergebnis von drei Jahrzehnten Entwicklungsarbeit in Richtung einer integrativen, dialogischen Traumatherapie. Es vertieft u. a. die in den folgenden Büchern des Erstautors entwickelten Positionen einer humanistisch fundierten Traumatherapie: »Leben nach dem Trauma. Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung« sowie »Trauma, Selbst und Therapie«. Es bietet vor allem aber eine erhebliche Ausarbeitung und Präzisierung der praktischen Anleitungen für therapeutisches Vorgehen, die in früheren Arbeiten noch nicht so detailliert ausgeführt werden konnten.

Es ist kein Manual im üblichen Sinne geworden, in dem jeder Therapieschritt explizit festgelegt wird und das keine Abweichung vom vorgegebenen Prozedere erlaubt. Es ist eher eine Veranschaulichung und auch Begründung von Arbeitsheuristiken für spezifische Therapiesituationen, eher lose geordnet in vier Therapiephasen. Wesentlich ist dabei der rote Faden eines allmählichen Überganges von hoch strukturierter verhaltenstherapeutischer Arbeit an der Symptomreduktion über die den humanistischen Verfahren innewohnenden Prinzipien des Gewahrseins (»Awareness«), der Ressourcenorientierung, der Selbstakzeptanz und -verantwortung. Gewissermaßen alles durchdringend ist das Ziel der Wiederherstellung der Kontakt- und Dialogfähigkeit von Menschen, die sich, erst einmal durchaus zu ihrem eigenen Schutz, von der Welt und den Menschen zurückziehen mussten.

Selbst wenn nach einer so konzipierten Traumatherapie keine substanzielle Verbesserung im Bereich der Traumasymptome erzielt würde – was aber in der Praxis ohnehin nie geschieht – aber die Diagnostikfähigkeit und Bereitschaft des betroffenen Menschen wieder hergestellt werden konnte, hätte sich die Therapie gelohnt.

Warum also bedurfte es eines weiteren Therapiemanuals? Um die Traumatherapien aus ihrer Fixierung auf die sogenannten Leitsymptome der PTBS und aus der Gefangenschaft zu befreien, die sich durch die ausschließliche Bewertung der Qualität der Traumatherapien an der Reduktion dieser Symptome ergibt.

Außerdem wollten wir den Versuch machen, einen grundsätzlich humanistischen Therapieansatz, der ja ganz erheblich auch von Intuition und Kreativität der Therapeutinnen lebt, so zu präzisieren, dass diese wichtigen Aspekte neben den rein technischen Hilfsmitteln spezifiziert und damit auch entmystifiziert werden. Das gilt in besonderer Weise auch für die zwischenmenschlichen Prozesse innerhalb einer Therapie, die Therapeut-Patient-Beziehung, die minutiös freigelegt und so fassbarer werden kann.

Basis dieser Arbeit in den Jahren der Therapieentwicklung, die den Jahren der empirischen Evaluation vorausgegangen ist, war die Traumaambulanz am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Department Psychologie der LMU. Sie hat eine lange Tradition im Bereich der Entwicklung von Therapien zur Behandlung von Angststörungen, woraus sich Mitte der 80er Jahre der Schwerpunkt Traumaforschung/Traumatherapien, verknüpft mit einer zehnjährigen Präsenz des Teams in Bosnien ergab (1993 – 2003).

Zum Sprachgebrauch: Obwohl bei unseren Therapeuten und bei unseren Patienten die Mehrzahl Frauen sind, haben wir zugunsten der besseren Lesbarkeit uns für die männliche Form entschieden, aber an einigen Stellen nicht konsequent durchgehalten. In der Regel sind jedoch beide Geschlechter gemeint und angesprochen.

Danksagung

Wir bedanken uns besonders bei allen Patientinnen und Patienten, die sich vertrauensvoll an unsere Ambulanz gewandt haben und bereit wa-

ren, unser Therapiekonzept anzunehmen und bereitwillig mehrfach Rückmeldung gegeben haben. Wir bedanken uns auch bei unseren Therapeutinnen und Therapeuten, die über die Jahre bereit waren, sich auf ihre z.T. sehr belasteten Patienten in zum Dialog bereiter Weise einzulassen und ihre Erfahrungen in die Evaluation der Therapie haben einfließen lassen. Es sind dies Dr. Lars Auszra, Frau Hilke Ganzert, Dr. Imke Herrmann, Dr. Christiane Kelwing, Dipl. Psych. Armin Landes, Dipl. Psych. Anna Russo, Dipl. Psych. Barbara Spatzl und Dipl. Psych. Ulrike Lippoldmüller.

Allen voran gilt unser besonderer Dank Herrn PD Dr. Markos Maragos, der wertvolle Vorarbeit für die Erstellung des Manuals geleistet hat und die Autoren auch in den weiteren Phasen der Entwicklung der jetzt vorliegenden Version unterstützt hat.

Ein besonderer Dank gilt unserer Kollegin Dr. Julia König, die als »leidenschaftliche Verhaltenstherapeutin« immer offen für kritische und anregende Diskussionen war und uns so Gelegenheit gab, fachlich fundierte Anregungen zu erhalten.

Schließlich geht ein großes Dankeschön an Frau Birgit Rösl in der Schaltzentrale der Traumaambulanz, die mit ihrer Geduld, Unterstützung und ihrem Engagement stets die Übersicht und Organisation behalten hat und den geordneten Ablauf des Ambulanzgeschehens erst möglich macht.

Und schließlich an Frau Dr. Christine Tremml vom Klett-Cotta Verlag, die uns mit ihren Anregungen immer wohlwollend unterstützt hat.

Prolog

Der 45-jährige Mann hat eine lange Anfahrt von Nordbayern nach München hinter sich. Er hatte per Mail, in der er seine Schicksalsschläge geschildert hatte, um einen einmaligen Gesprächstermin gebeten. Er hat in der Nähe seines Heimatortes schon eine vollständige Psychotherapie »erhalten« und wüsste nun gerne, ob es Sinn macht, an seiner ihn immer noch quälenden tiefen Einsamkeit, die ihn seit dem Tod seiner Frau und seiner Tochter erfasst hatte, doch noch einmal zu arbeiten. Die damals aufgetretenen Symptome, wie sie nach einem schweren Schicksalsschlag in der Regel auftreten, konnten weitgehend entschärft werden. Doch die sein Leben durchdringende Resignation, die er förmlich in jeder Zelle seines Körpers spürt und die sein bewusstes Erleben bei Tag und bei Nacht einnimmt, ist eher stärker geworden seit damals, als ihn die Katastrophe ereilte.

Vor sechs Jahren ist es geschehen. Anfangs war es ihm rasch besser gegangen, unterstützt durch die Therapie, doch dann stagnierte sein Zustand. Und nach Beendigung der Therapie begann sich sein Zustand wieder zu verschlechtern. Eher die gesamte Einstellung zum Leben und sein damit korrespondierendes Lebensgefühl waren es, die ihn auf der Stelle treten ließen.

Nun sitzt er mir (W.B.) gegenüber. Ich eröffne das Gespräch, indem ich an den Inhalt seiner Mail anknüpfe und ihm versichere, dass das, was er erleben musste, den wohl schlimmsten Albtraum eines Vaters und Ehemannes noch übertrifft und dass es mir sehr leidtäte, dass er das alles ertragen musste und muss. Ich teile ihm auch mit, dass ich zwar auch schon einige schwierige Vorfälle in meinem Leben zu bewältigen hatte, doch etwas derart Entsetzliches zum Glück nicht erleben musste. Ich bestätige ihm, wie extrem schwierig es ist, mit so einer Last weiterzuleben. Er nickt mir bestätigend zu und sagt, dass er auch froh wäre, dass ich so etwas nicht aus eigener Erfahrung kennengelernt hatte und mir auch wünsche, dass es nie dazu kommen möge. Ich danke ihm.

Es ist mir von Anfang an wichtig, nicht in den Fehler zu verfallen,

aus Schreck über sein Schicksal zu versuchen, die Wucht dieses Ereignisses kleinzureden. Das Ereignis muss bleiben dürfen, was es ist – riesig, wuchtig, schier übermenschlich. Therapie soll meiner Ansicht nach niemals versuchen, den Menschen die Einmaligkeit und das seelische Gewicht ihrer Schicksalsschläge zu nehmen. Manche Menschen vermeiden Therapie genau aus dem Grund, da sie fürchten, Therapeuten würden ihnen ihre Trauer, ihr Entsetzen, ihre Verletztheit ausreden wollen. Sie wollen ihr Leid nicht auf Traumasymptome reduziert bekommen, die man wegtherapieren kann, so als wäre dann alles wieder gut. Menschen mit traumatischen Erfahrungen kämpfen um die Anerkennung ihres Leids. Und dafür, dass dieses Leid ihrem Leben, ihrem Wesen ein Gewicht geben darf, das, würde man es mittels therapeutischer Methoden oder mit medikamentösen Mitteln eliminieren, ihnen einen Teil ihrer Würde nimmt. Also anerkennen, dass das Erlebte existenziell ist. Die Ausgeliefertheit des menschlichen Seins im Kontakt mit dem Klienten annehmen. Die Abhängigkeit dessen würdigen, der Liebe und Bindung riskiert hat.

Ich interessiere mich zuerst einmal dafür, wie es ihm jetzt, in diesen Wochen, geht. Was bewegt ihn, jetzt dieses Gespräch zu suchen?

Er berichtet in einfachen, wohl formulierten Sätzen über seine Beschwerden. Vor allem seine Distanz zum Leben macht ihm zu schaffen. Es ist, als wäre zwischen ihm und der Welt eine Art Trennwand, durch die er zwar alles mitbekommt, was da draußen geschieht, aber berühren würde ihn nichts mehr so richtig. Und interessieren würde ihn das, was den Menschen so Freude macht, auch nicht.

»... Ich selbst habe gar keine richtige Lust mehr. Bin sehr müde.

Ich kann nicht verstehen, was da passiert ist. Ich bin in einer anderen Welt. Nichts ist wichtig. Es gibt keine Regeln, kein Ziel, keine Moral. Mir ist alles egal ...«

Daneben die üblichen Symptome in eher abgeschwächter Form, Wiederkehren der Erinnerung an den Unfall, Selbstvorwürfe, Grübeln darüber, was er hätte anders machen können. Er schläft schlecht, schreckt aus quälenden Träumen auf, wünscht sich zu sterben.

Welche Träume ihn quälen? Einzelne Passagen des Unfalls, manchmal entstellt, manchmal klar so, wie es geschehen ist.

Ich lade ihn ein, mir den Ablauf der Ereignisse zu schildern. Er erzählt, wie er mit seiner sechsjährigen Tochter und seiner Frau in einer Gruppe von Freunden an einem verlängerten Wochenende eine an sich