

### **4. Verhaltenstherapeutische Verfahren in der Traumatherapie**

Die verhaltenstherapeutischen Konzepte fußen auf den Modellen der Lern- und Kognitionstheorie sowie den Theorien der Affektregulation. Gemäß diesen Modellen entstehen Krankheiten und psychische Störungen ohne spezifische Gründe, sondern eher zufällig durch verfehlte Lernprozesse. Somit ist die Verhaltenstherapie nicht durch eine besondere Ätiologie oder Theorie zur Entstehung von Krankheiten ausgewiesen.

Besonders ausgezeichnet ist die Verhaltenstherapie allerdings durch Modelle, die erklären, wie psychische Störungen angeeignet, erlernt und vor allem aufrecht erhalten werden – etwa durch Habituation, durch Konditionierung oder durch Lernen am Modell. Die Verhaltenstherapie fragt also weniger nach dem „Warum“, sondern vielmehr nach dem „Wie“ einer psychischen Störung. Dass ein traumatischer Einschlag posttraumatisch zu einer stabilen psychischen Störung führt, wird lern- und kognitionstheoretisch nachgezeichnet.

Lerntheoretisch wird von einer neurologischen Bahnung ausgegangen, bei der Merkmale aus der traumatischen Situation mit maximaler Angst und Erregung verknüpft werden. Diese körpernahe klassisch konditionierte Verknüpfung bleibt posttraumatisch erhalten, wobei die auslösenden Reize schnell generalisieren, da die traumatischen Merkmale unspezifisch im impliziten Gedächtnis gespeichert und unwillkürlich erinnert werden. Die posttraumatischen Belastungen können so durch eine Vielzahl von Reizen ausgelöst und als Störung manifest werden. Auf diese Weise wird Angst zunehmend verstärkt, erlernt und zu einem System von Furcht erweitert, das weitere Emotionen, Kognitionen und Interpretationen umfasst: „alles“ wird traumatisch eingefärbt gefühlt, gedacht und körperlich erlebt.

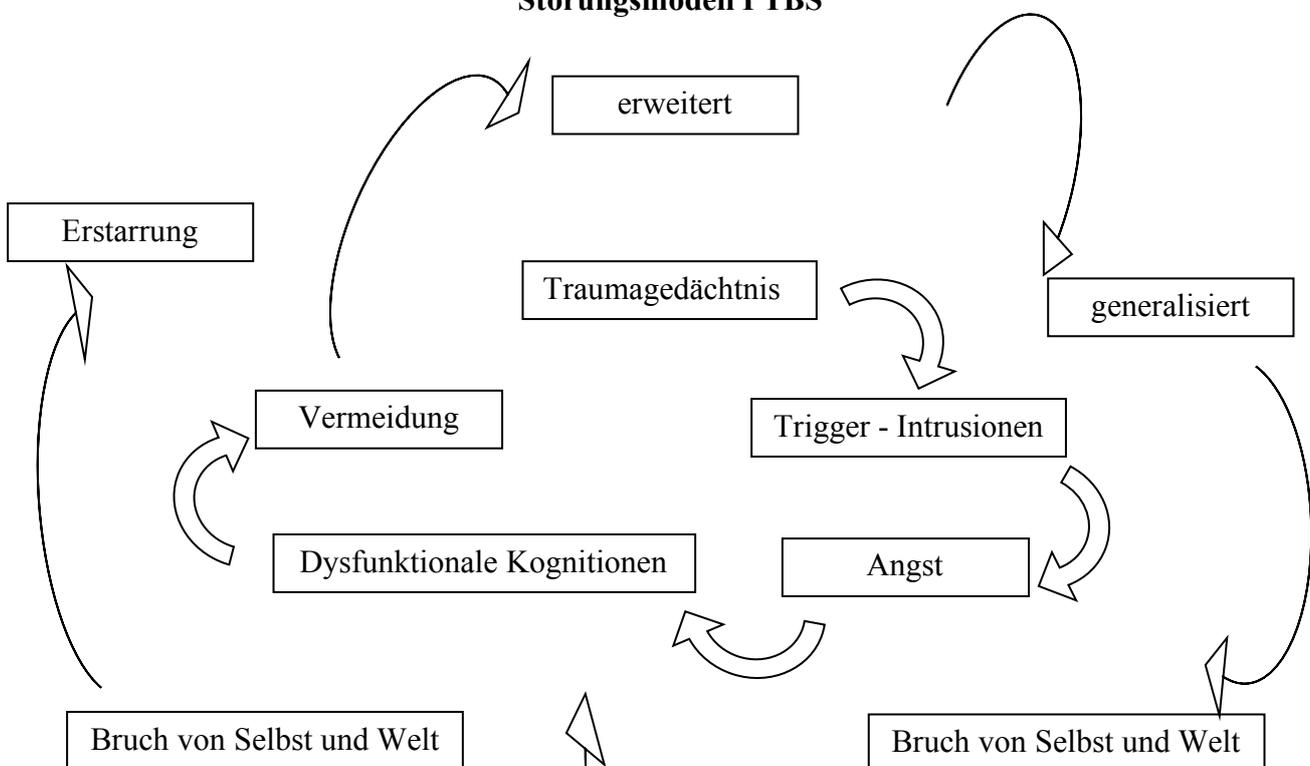
Kognitionstheoretisch wird die Bedeutung der „shattered assumptions“, also die Erschütterung der Grundannahmen unterstrichen, die durch dysfunktionale Selbst- und Weltannahmen ersetzt werden. Da diese Erschütterung umfassend ist, betrifft diese grundsätzlich alle Lebensbereiche. Korrekturen der dysfunktionalen Annahmen sind jedoch schwer möglich, da diese dem expliziten Gedächtnis kaum zugänglich sind und kompensatorisch abgewehrt werden. Gerade weil die traumatischen Fragmente nicht bewusst als biographische Erfahrung eingepasst werden können, sind diese diffus und dauerhaft präsent, so dass sie eine lebensgeschichtliche Veränderung bewirken.

M. Horowitz spricht von einer negativen Kaskade: die Angst vor traumatischen flashbacks und Intrusionen steigert das Vermeidungsverhalten, verhindert auf diese Weise die Integration der traumatischen Erfahrung, so dass diese zunehmend als psychosomatische Reaktionen und Somatisierungsstörungen körperlich anhaften und Teil der Persönlichkeit werden. Traumatisch belastet wird zunehmend „das ganze Leben“ vermieden, negative Einsichten werden generalisiert, vernetzt und in negativen Welt- und Vorbildern („Modell-Lernen“) verstärkt.

Psychotherapeutisch stehen in der Verhaltenstherapie mithin folgende Aspekte im Vordergrund:

- Im Traumagedächtnis sind neben konkreten Trauma-Erfahrungen auch etliche unspezifische Reize gespeichert, die mit dem Trauma zufällig oder nur am Rande verbunden sind (Geruch, Geräusch, zufällige Umgebungsdetails). Trigger-Reize, die traumatische Emotionen wecken, sind mithin oftmals unspezifisch und somit schnell generalisierbar. Auf diese Weise wird das Vermeidungsverhalten gesteigert.
- Wenngleich traumatisierte Menschen nicht ohne Ressourcen sind, erscheint der Zugang zu den Ressourcen blockiert.
- Die Strategien zur Bewältigung des Traumas bewirken und schaffen häufig erst die posttraumatische Belastung. Durch Vermeidung, d.h. allgemeiner sozialer und emotionaler Rückzug und Angst vor Intrusionen entstehen erst die PTBS-Symptome, d. h. die unkontrollierbar eindringenden flashbacks, verbunden mit Hyperarousel und/oder Erstarrung.
- Das Traumagedächtnis ist sensorisch-emotional: das Trauma wird gefühlt, kann jedoch kaum benannt werden. Die traumatische Erfahrung ist im impliziten Gedächtnis gespeichert und kann autobiographisch nur unkonturiert zugänglich. Das Trauma begleitet den/die PatientIn emotional, jedoch ohne klare Erinnerung, so dass der/die PatientIn von den traumatisch aufgeladenen Emotionen überflutet werden können, ohne dass eine Möglichkeit zu Distanzierung bestünde.

### Störungsmodell PTBS



Therapeutisch kommt es also darauf an, negative Kreisläufe des Lernens und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten aufzudecken bzw. zu korrigieren, um zu verhindern, dass traumatische Erinnerungen sich als dissoziative flashes stabilisieren, verbunden mit einer kognitiv-emotionalen Grundhaltung, dass die Welt keine Heimat mehr sein kann.

### **Narrative Expositionstherapie**

Ziel der *Narrative Expositionstherapie* ist es, die traumatische Erfahrung ins Wort zu bringen und in das autobiographische Narrativ zu integrieren, so dass die Erinnerung wieder Worte hat, das Trauma erzählbar wird und explizit abgerufen werden kann. Indem die traumatische Erfahrung von der impliziten (körperlich basierten) Speicherung zur expliziten Erinnerung transformiert wird, wird die Möglichkeit unterbunden, dass sich beliebige Trigger mit der Traumaerinnerung verbinden und diffus flashbacks bzw. andere Traumasymptome auslösen.

In der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Narrativen Traumatherapie wird der/die PatientIn schon sehr bald darum gebeten, „das Trauma zu erzählen“; mit diesem frühen konfrontativen Vorgehen wird beabsichtigt, Vermeidungsverhalten aufzulösen und somit den Teufelskreislauf von Vermeidung und Symptombildung zu durchbrechen.

Indem der/die Traumatisierte das traumatische Geschehen selber erzählt, behält der/die Traumatisierte während dieser erzählenden Konfrontation die Kontrolle – so die therapeutische Intention. Indem der/die Traumatisierte das Trauma einer anderen Person schildert – hier dem/der TherapeutIn – wird das Traumageschehen überdies primär kognitiv und emotional kontrollierbar aufgerufen. Durch das aufmerksame Zuhören, ergänzt evtl. durch kurze körperliche Reaktionen (Kopfnicken, Bewegung der Augenbrauen etc.) oder durch Nachfragen usw. wird die sichere Beziehung bzw. die sichere Gegenwart betont und unterstrichen, dass das vergangene Trauma besprochen und bewältigt werden kann.

Der Konfrontation bzw. der Traumaerzählung gehen Therapieschritte voraus, in denen der „Sinn“ der Symptome erklärt, das Störungsmodell (Teufelskreis von Vermeidung und Symptombildung) sowie der Therapieplan und die Bedeutung von Hausaufgaben (neue Schritte üben und erlenen) erläutert bzw. gemeinsam besprochen werden.

Dem verhaltenstherapeutischen Setting gemäß werden schon in der ersten Stunde Hausaufgaben besprochen, die dem/der PatientIn den Weg vorzeichnen, wie er/sie sich von den Symptomen zu entlasten kann. Mit dem Stichwort „Ins Leben zurück“ wird die Bedeutung von sozialen Kontakten und Förderung der Selbstwirksamkeit betont.

### **Beispiel:**

Ein 40-jähriger Patient berichtet von einem Arbeitsplatzverlust verbunden mit einer plötzlichen schweren Erkrankung, die vor einem Jahr diagnostiziert worden sei. Er habe erfolgreich im Unternehmen gearbeitet und eine leitende Funktion inne gehabt, weitere Karriere-schritte standen in Aussicht. Die plötzliche Erkrankung habe durch „alles einen Strich gemacht“ – immer wieder durchlebe er seither wie in einem Film die Szenen, in denen er seine Diagnose erfuhr oder ihm später gekündigt worden sei. Es sei dabei von Angst überflutet. Er könne sich kaum zu alltäglichen Dingen aufraffen, seine Ehe und die Beziehung zu seinen zwei Kindern (11 und 8 Jahre) seien derzeit durch ihn stark belastet.

Therapeutisch wird vereinbart, dass die traumatischen Erfahrungen schrittweise bearbeitet würden, es gleichzeitig ebenso von großer Bedeutung sei, die Beziehungen in seiner Familie sowie soziale Kontakte zu vitalisieren: erste Schritte dazu werden besprochen und (als Hausaufgabe) vereinbart.

**Therapiemanual der Narrativen Traumatherapie**

<b>1. Stunde</b>	Erklären der Symptome Störungsmodell Intrusionen kommen und gehen lassen Experiment: Gedankenunterdrückung „Leben (in kleinen Schritten) zurück erobern“ Therapieplan Hausaufgaben
<b>2. – 4. Stunde</b>	Trigger identifizieren Vermeidungsverhalten ändern Erzählen und Nacherleben des Trauma Besprechung der Erzählung Beginn: kognitive Umstrukturierung Hausaufgaben: sich selbst täglich ein bis zweimal das Trauma erzählen
<b>5. Stunde</b>	Falls möglich – Exposition in vivo
<b>6. – 10. Stunde</b>	kognitive Umstrukturierung Modifikation des Vermeidungsverhaltens Nacherzählen des Trauma in neuer Sichtweise Nachbesprechung der Erzählung Hausaufgabe
<b>11. – 12. Stunde</b>	Rückfallprophylaxe
<b>13. – 15. Stunde</b>	Monatliche Stabilisierung

**Zum Stundenverlauf:** Der verhaltenstherapeutische Stundenverlauf ist deutlich strukturiert / schematisiert. Zu Beginn werden etwa 5 Min. die Hausaufgaben und die zugehörigen Erfahrungen besprochen. Über etwa 25-30 Min werden dann mit dem/der PatientIn Interventionen erklärt, vereinbart und durchgeführt. In weiteren 5-10 Minuten werden der Fokus der Stunde und die wesentlichen Erfahrungen der Stunden rekapituliert (check up), um diese dann in den abschließenden Minuten als Übungen und Hausaufgaben zu formulieren und zu vertiefen (choose homework).

**Zum Störungsmodell:** Das Störungsmodell (vgl. Skizze Störungsmodell PTBS) geht von einem Teufelskreis aus, in dem das Traumagedächtnis durch getriggertes Wiedererleben sowohl Angst als auch dysfunktionale Kognition auslöst. Da die Trigger in der Regel unspezifisch und leicht verallgemeinerungsfähig sind, kann die Angst leicht zu Übererregung/arousal und/oder Erstarrung/numbing gesteigert werden.

Durch die Erläuterung des Störungsmodells sollen dem/der PatientIn sowohl die Bedeutung bzw. Funktionalität der eigenen Symptome deutlich als auch das Therapierational, also das therapeutische Vorgehen einsichtig werden. Da die aktive Mitarbeit des/der PatientIn für das verhaltenstherapeutische Vorgehen essentiell ist, wird das Störungsmodell nach Möglichkeit schon in der ersten Stunde präsentiert. – Mit der Erläuterung des Modells ist die Stärkung des Selbst („Jetzt verstehe ich mich besser“) als auch der Selbstwirksamkeit impliziert („Ich kann die Trigger suchen / einschränken und bin nicht ohnmächtig“.)