

Weder die Autoren/innen, noch die Fachschaft Psychologie übernimmt irgendwelche Verantwortung für dieses Skript.

Das Skript soll nicht die Lektüre der Prüfungsliteratur ersetzen.

Verbesserungen und Korrekturen bitte an fs-psycho@uni-koeln.de mailen.

Die Fachschaft dankt den AutorInnen im Namen aller Studierenden!

Mehrdimensionale Psychodynamische Trauma-Therapie – MPTT

Script von Kristina Siever für die Diplomprüfungen bei Professor Fischer

Klinische Psychologie (K):

Thema 3 - Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings

Arbeits-, Betriebs-, Organisationspsychologie

bzw. Arbeits-, -Organisations-/Kommunikations-, Medienpsychologie (ABO):

Thema 1 - Psychologische Fachberatung

Grundlage des Scripts nach FISCHERS Prüfungsliteraturliste für die beiden Diplomprüfungen:

Überwiegend:

- FISCHER, G. (2000 b). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger.

Des besseren Verständnisses wegen unter Ergänzung von Definitionen und zusätzlichen Informationen aus:

- FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- FISCHER, G. (2000 a). Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung – KÖDOPS. Köln: DIPT-Verlag.
- FISCHER, G. (2000 c). Neue Wege nach dem Trauma. Information und Hilfen für Betroffene. Konstanz: Vesalius.

Zusammenstellung der FISCHER-Literatur für die Diplomprüfungen K und ABO:

- FISCHER, G. (2000 a). Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung - KÖDOPS. Köln: DIPT-Verlag.

K: Thema 1 - Ätiologie und Nosologie klinischer Syndrome:

→ Kap. 2.9.5: Klassifikation psychischer Störungen nach ätiologischen Einflüssen, S. 168-172.

K: Thema 3 - Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings:

→ Kap. 1.5.10: *Umriss einer psychodynamisch-behavioralen Psychotherapie*, S. 50-55;

→ Kap. 3.5.3: *Aktivitäten der Therapeutin – Signierungsanleitung am Beispiel der Erlebniszustände*, S. 214-218.

K: Thema 4 - Grundlegende Fragen und Ergebnisse der Psychotherapieforschung:

→ Kap. 1.2: *Notwendigkeit systematischer Fallkonzeptionen in der Psychotherapie*, S. 25-26;

→ Kap. 1.3: *Verbindung von Heilen und Forschen*, S. 26-27;

→ Kap. 1.4: *Psychotherapeutische Prozeß- und Veränderungsforschung*, S. 27-30;

→ Kap. 4.4.6: *Mißerfolgsvorschung in der Psychotherapie*, S. 250-253;

→ Stichwort „*Mißerfolgsvorschung*“ im Sachregister, S. 42-45, S. 124-131, S. 197;

→ Kap. 5.1: *Das Konvergenzprinzip als Regulativ für Forschungsergebnisse*, S. 255 f.

K: Thema 5 - Forschungsmethoden der Klinischen Psychologie:

→ Kap. 5: *Die Nachbefragung – Sicherung der Ergebnisse: Das Konvergenzprinzip als Regulativ für Forschungsergebnisse; Gütekriterien für Dokumentation und Forschung; Empfehlungen für den Aufbau wissenschaftlicher Arbeiten nach der Logik unterschiedlicher Forschungsstrategien*; S. 254-286.

ABO: Thema 6 - Dokumentation und Evaluation von Interventionen:

→ Kap. 2.10: *Verlaufskonstruktion I - Vorhersage von Therapieverlauf und Konstruktion therapeutischer Haltung*; S. 172-182;

→ Kap. 3.3: *Notizen zum Therapieverlauf*; S. 203-205;

→ Kap. 3.6: *Qualitative Rekonstruktion des Prozeßverlaufs*; S. 219-224;

→ Kap. 3.7: *Graphische Verlaufskonstruktion II - Stufen des Veränderungsprozesses*; S. 224-232;

→ Kap. 4.4.5: *Prognostische Gesamtbeurteilung - Synopse von Prozeß und Ergebnis*; S. 244-250.

- **FISCHER, G. (2000 b).** Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger.

K: Thema 3 – Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings:

→ *ganzes Buch bzw. wichtig:*

→ *Vorwort*, S. 6-8;

→ *Kap. 1: Definition und theoretische Grundlage*, S. 17-21;

→ *Kap. 2: Planungsdimensionen und Manualhandhabung*, S. 21-27;

→ *Kap. 3: Dimension I - natürlicher Verlaufsprozeß der traumatischen Erfahrung*, S. 27-43;

→ *Kap. 4: Dimension II - traumatische Situation(-sfaktoren)*, S. 43-48;

→ *Kap. 5: Dimension III - Persönlichkeit und soziales Umfeld*, S. 48-65;

→ *Kap. 6: Dimension IV- therapeutischer Verlaufsprozeß*, S. 66-121.

ABO: Thema 1 - Psychologische Fachberatung:

→ *MPTT-Variante Akuttherapie: Kap. 3 bis Kap. 6*, S. 27-121; *besonders berücksichtigen: Kap. 3.2: Prinzip 1 in der Akuttherapie*, S. 31; *Kap. 6.4.10: Idealtypischer Verlauf der Akuttherapie*, S. 117-119;

→ *Kap. 7.1: MPTT-Modifikation Betreuung*, S. 121;

→ *Kap. 7.2: MPTT-Modifikation Beratung*, S. 121 f.

- **FISCHER, G. (2000 c).** Neue Wege nach dem Trauma. Information und Hilfen für Betroffene. Konstanz: Vesalius.

K: Thema 3 - Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings:

→ *leicht verständliche Einführung ins Thema „Trauma“ und Interventionstechniken.*

ABO: Thema 1 - Psychologische Fachberatung:

→ *Interventionstechniken bei Streß- und Traumaberatung.*

- **FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (1998).** Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.

K: Thema 1 - Ätiologie und Nosologie klinischer Syndrome:

→ *Kap. 1.4: Diagnostik als „Momentaufnahme“: Syndrome der allgemeinen und speziellen Psychotraumatologie*, S. 40-57;

K: Thema 2 - Klinische Theorien zu Entstehung und Verlauf klinischer Syndrome:

→ *Kap. 1.1: Psychotraumatologie als Forschungs- und Praxisfeld*, S. 15-19;

→ *Kap. 1.2: Seelische und körperliche Verletzungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede*, S. 19-28;

→ *Kap. 1.3.1: Zur Geschichte der Psychotraumatologie: Naturgeschichte der Psychotraumatologie*, S. 28-31;

→ *Glossar*, S. 339-355.

K: Thema 5 - Forschungsmethoden der Klinischen Psychologie:

→ *Kap. 3.4: Forschungsstrategien der Psychotraumatologie*, S. 155-179.

Gliederung des Scripts

1. Definitionen der Psychotraumatologie

- Psychotraumatologie
- Psychotrauma
- basales psychotraumatisches Belastungssyndrom (bPTBS)
- verzögertes bPTBS
- Victimisierungssyndrom (VS)
- komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom (kPTBS)
- traumatische Reaktion
- Traumaschema
- traumakompensatorisches Schema
- traumatischer Prozeß
- Desillusionierungsschema
- fraktioniertes Schema
- bizarres (Trauma-)Schema
- Trauma-State
- traumakompensatorischer State
- states of mind
- minimales kontrolliertes Handlungs-/Ausdrucksfeld
- zentrales traumatisches Situationsthema
- minimale Differenz
- optimale Differenz
- Arbeitsbündnis in der Traumatherapie
- Übertragung bei traumatischen Erfahrungen
- Beziehungstrauma
- Orientierungstrauma
- Double-Bind-Situation
- Motivsysteme
- antizipatorisches Verhaltensrepertoire
- Phänomenologie
- Dialektik
- Hermeneutik
- Quantifizierung

2. Mehrdimensionale Psychodynamische Trauma-Therapie

2.1 Definition und theoretische Grundlagen der MPTT

2.2 (Planungs-)Dimensionen des Traumageschehens in der MPTT

2.3 Primat, Prinzipien, Strategie und Standardinterventionslinien der MPTT

2.4 Bearbeitungsschritte der MPTT-Therapieplanung

2.5 Interventionstechniken in der MPTT

- 12 Interventionstechniken für die Intrusionsphasen
- 6 Interventionstechniken für die Numbingphasen

2.6 Ergänzungen zur MPTT-Variante Akuttherapie

- Prinzip 1 in der Akuttherapie
- Idealtypischer Verlauf der Akuttherapie

2.7 MPTT-Modifikationen

- MPTT-Modifikation Betreuung
- MPTT-Modifikation Beratung

1. Definitionen der Psychotraumatologie:

Psychotraumatologie: Erforschung **seelischer Verletzungen** in Entstehungsbedingungen (Ursachen/Ätiologie), aktuellem Verlauf sowie ihren unmittelbaren Folgen und Langzeitfolgen (Traumatisierung, Verlaufsmodell der Traumatisierung) (Lehrbuch, S. 248). Lehre von der Struktur psychischer Verletzungen, ihrem natürlichen, unbehandelten Verlauf und den Möglichkeiten ihrer therapeutischen Beeinflussung; interdisziplinäre, **psychologische** und **psychosomatische Traumatologie** mit dem Gegenstand der Störung bzw. Zerstörung psychischer Strukturen und Funktionen (Lehrbuch, S. 18 f). **Ätiologiespezifische klinische Theorie** zu Entstehung und Verlauf **traumatischer Syndrome**.

(Psycho-)Trauma / traumatische Erfahrung: **seelische Verletzung; vitales Diskrepanz-erlebnis** zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt; **unterbrochene Handlung/Handlungssansatz** mit Kampf- und/oder Flucht tendenz in einer vital bedeutsamen Problemsituation (Lehrbuch, S. 79, S. 351). Eine in einer existenziell bedrohlichen Situation unterbrochene Handlung in Form eines Kampf- und/oder Fluchtversuchs, der unternommen wird, aber aus äußeren oder inneren Gründen erfolglos bleibt (Trauma-Wege, S. 18). Das Trauma ist eine begonnene Handlung, die nicht zu Ende geführt werden konnte – Hilflosigkeit nach Kampf-Flucht-Reaktion - und daher nach Vollendung strebt → **Vollendungstendenz** (MPTT, S. 55).

Typ I-Trauma ≈ Monotraumatisierung: ein einmaliges überwältigendes/traumatisches Ereignis;

Typ II-Trauma ≈ Polytraumatisierung: mehrere sich längerfristig hinziehende traumatische Ereignisse bzw. Umstände:

a) **simultanes Trauma** (gleichzeitig)

b) **sukzessives Trauma** (zeitlich verteilt, aufeinander folgend):

- **kumulatives Trauma:** Abfolge von traumatischen Ereignissen (bzw. Umständen), bei denen jedes für sich subliminal (unterschwellig) bleiben kann, die aber in ihrer zeitlichen Abfolge und Häufung die restitutiven Kräfte des Ich so sehr schwächen, daß insgesamt eine oft sogar schwer **traumatische Verlaufsgestalt** entsteht. Immer von neuem wird die Erholungsphase unterbrochen, so daß durch diese ständige Wiederholung/Retraumatisierung die Abwehrbarriere durchbrochen und das Persönlichkeitssystem beeinträchtigt wird (z.B. Beziehungstraumata).
- **sequentielles Trauma:** Abfolge von traumatischen Ereignissen, die in sich kohärent sind, so daß eine in sich **kohärente Verlaufsgestalt der traumatischen Erfahrung** entsteht (z.B. Verfolgungswellen der deutschen Nazis in Holland: die psychiatrische Nachuntersuchung nach Ende des Krieges ergab bei den Opfern verschiedene Symptomschichten, die sich den verschiedenen Verfolgungswellen zuordnen ließen; jede neue Verfolgungswelle/Retraumatisierung riß die alten Wunden wieder auf, und es wurde eine zeitlich zwar verteilte, subjektiv jedoch kohärente Verfolgungssituation erlebt).

(Lehrbuch, S. 124)

In der Psychotraumatologie wird von einer **Vielzahl** von **Symptomen** und **Syndromen** als möglichen **Folgeerscheinungen** eines psychischen Traumas ausgegangen, die sich zurückführen lassen auf:

a) die Variationsbreite **traumatischer Situationen** (objektiver Aspekt),

b) die Variationsbreite **individueller Reaktionen** (subjektiver Aspekt) und vor allem auf

c) die **wechselseitige Verschränkung** von objektiven und subjektiven Momenten, die sich aus der im Lebenslauf gebildeten individuellen Wirklichkeitskonstruktion ergibt (ökologischer Aspekt).

In dieser Variationsbreite gelten sowohl allgemeine Gesetzmäßigkeiten (→ Allgemeine Psychotraumatologie) als auch individuelle Gesetzmäßigkeiten (individuell-nomothetischer Ansatz) (→ Spezielle Psychotraumatologie). Gemäß der dreifachen Variationsbreite gibt es kein einheitliches ‚Traumasyndrom‘. Es ist vielmehr von einem **Traumasppektrum**, einem weiten **Spektrum von psychotraumatischen Syndromen** auszugehen. (Lehrbuch, S. 41, S. 48)

Allgemeine psychotraumatische Syndrome (→ Allgemeine Psychotraumatologie: allgemeine Gesetzmäßigkeiten traumatischen Erlebens und dadurch bedingten Verhaltens, die mehreren speziellen Syndromen oder sogar allen Syndromen gemeinsam sind):

- 1) basales psychotraumatisches Belastungssyndrom (bPTBS) (DSM IV / ICD-10 - F 43.1: Trauma durch lebensbedrohliche Erkrankung - Variante: verzögertes bPTBS)
- 2) Victimisierungssyndrom
- 3) komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom
- 4) dissoziative Identitätsstörung (DSM IV; ICD-10: F 44.81 multiple Persönlichkeitsstörung)
- 5) akute Belastungsstörung (~ ICD-10: F 43.0 akute Belastungsreaktion)
- 6) Anpassungsstörung (~ ICD-10: F 43.2 Anpassungsstörung) (Lehrbuch, S. 41 ff).

Nach MPTT auch noch folgende (S. 6):

- 7) phobische Störungen (ICD-10: F 40)
- 8) Angststörungen (ICD-10: F 41 sonstige Angststörungen)
- 9) Depression
- 10) Sucht (z.B. Alkoholismus ICD-10: F10.2, Medikamentenabhängigkeit F 13.2)
- 11) psychovegetative und psychosomatische Symptome/Störungen
- 12) Reizbarkeit und Wutausbrüche.

Spezielle psychotraumatische Syndrome (→ Spezielle Psychotraumatologie: individuelle Gesetzmäßigkeiten traumatischen Erlebens und dadurch bedingten Verhaltens in speziellen Syndromen aufgrund spezieller, tyischer traumatischer Situationen und Situationskonstellationen), z.B.:

- 1) Kindheitstraumata (Deprivationstrauma, Trauma durch sexuellen Kindesmißbrauch)
- 2) Vergewaltigungstrauma
- 3) Trauma durch sexuellen Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie: professionales Mißbrauchstrauma
- 4) Trauma durch Gewaltkriminalität
- 5) Trauma durch Verkehrsunfall
- 6) Trauma durch Naturkatastrophe
- 7) Trauma durch Arbeitslosigkeit
- 8) Trauma durch Mobbing
- 9) Foltertrauma/-syndrom
- 10) Exil-Trauma/-syndrom
- 11) Trauma durch Holocaust/KZ-Syndrom usw.

basales Psycho-Traumatisches Belastungs-Syndrom (bPTBS): grundlegendes Traumasyndrom mit Trias oder Sukzession der **3 Grunddimensionen** der traumatischen Reaktion 1) **Intrusion/Erinnerung** (psychologisch), 2) **Vermeidung** (psychic numbing) (psychologisch) und 3) (**Über-)Erregung** (physiologisch), das darüberhinaus noch weitere charakteristische Symptome enthält. Diese 3 Grunddimensionen/grundlegenden Symptomgruppen/basalen Kriterien sind in jeder traumatischen Reaktion wirksam, auch wenn phänomenal noch andere Merkmale in Erscheinung treten. (Lehrbuch, S. 43 f, S. 348)

Symptomkonstellation, wie sie im DSM IV und in der ICD-10 unter der – zu kritisierenden! – Bezeichnung „**Posttraumatische Belastungsstörung**“ (PTBS) (engl. posttraumatic stress disorder, PTSD) beschrieben wird; diagnostische Kriterien der PTBS – zu eng gefaßt! - nach dem DSM IV (Lehrbuch, S. 42 ff):

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- 1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
- 2) Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wie-

dererlebt:

- 1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
- 2) Wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
- 3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
- 4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende **Vermeidung** von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Ab-

flachung der allgemeinen Reagibilität* (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens 3 der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen;
- 2) bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen;
- 3) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern;
- 4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten;
- 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen;
- 6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden);
- 7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet die Person nicht, Karriere zu machen, eine Ehe einzugehen, Kinder zu bekommen oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome **erhöhten Arousal**** (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens 2 der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen;
- 2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche;
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten;
- 4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz);
- 5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterien B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob

- akut: wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern;
- chronisch: wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob

mit verzögertem Beginn: wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

* **Reagibilität**: Fähigkeit, sehr sensibel zu reagieren (DUDEN Fremdwörterbuch)

** **Arousal**: (engl. Wachheit, Erregung) allgemeiner Zustand diffuser kortikaler Anregung, der

auf sensorische Stimulation folgt (DORSCH). Physiologische Erregung, Aktivierung des autonomen Nervensystems (Lehrbuch, S. 45).

FISCHER & RIEDESSER plädieren dafür, auch die möglichen **Extremausprägungen** der drei **Grunddimensionen** und ihre **Folgerscheinungen** mit in den Syndromalgorithmus für das bPTBS einzubeziehen, da auch die darunter fallenden Symptome als Extremvarianten innerhalb des **Prozesses** traumatischer Erlebnisverarbeitung gemäß dem Ansatz, daß die diagnostische „Momentaufnahme“ auch wesentliche Züge der dynamischen Verlaufsprozesse erfassen muß (vgl. S. 41), berücksichtigt werden sollen. Abhängig von der jeweiligen traumatischen Situation und der Disposition des Individuums können die 3 Grunddimensionen recht unterschiedlich und auch extrem ausgeprägt sein, woraus sich phänomenal unterschiedliche Symptombilder ergeben (S. 45, S. 116):

extrem ausgeprägte Grunddimension	extreme phänomenale Symptome
Intrusionsdimension	agitierter Erregungszustand/Panikzustand mit hilfloser Überflutung durch traumatische Reize bzw. Erinnerungen
Vermeidungsdimension	„frozen state“ ~ eingefrorener Erlebniszustand: apathisch-depressiver Erstarrungszustand mit emotionaler Anästhesie u. einem der Katatonie ähnlichen Verhaltensbild, evtl. auch psychosomatische Begleiterkrankungen
Erregungsdimension	langanhaltender Erregungszustand, evtl. mit (psycho)somatischen Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Kammerflimmern bei psychischen Belastungen, kardiale nichtischämische Muskeldegeneration, koronare Herzerkrankungen, Migräne, Spannungskopfschmerz, RAYNAUDSche Krankheit, funktionelle Störungen des Muskelapparates, Magengeschwüre u. chronischer, nicht primär organischer Durchfall

verzögertes basales psychotraumatisches Belastungssyndrom: ein bPTBS, das erst nach Monaten, manchmal erst nach Jahren in Erscheinung tritt; ausgelöst durch 1) ein erst nachträgliches Erleben der existentiellen Bedrohung in der schon länger zurückliegenden traumatischen Situation; 2) eine Wiederholung von Komponenten der traumatischen Situation; 3) Lebenskrisen oder 4) Passagen/ökologische Übergänge im Lebenszyklus (z.B. Adoleszenz, Elternschaft, Altern); durch 2) bis 4) kann ein bis dahin latentes Traumaschema stimuliert werden und zur Symptomproduktion beitragen. (Lehrbuch, S. 45)

Victimisierungssyndrom (VS): Syndromvorschlag nach FRANK OCHBERG (1988) mit Syndromalgorithmus analog zum bPTBS mit 3 Kriterien (A,B, C) und 10 Symptomen:

- A. Die Erfahrung einer oder mehrerer Episoden von **physischer Gewalt** oder **psychischem Mißbrauch** oder Nötigung zu sexueller Aktivität, dies entweder als Opfer oder als Zeuge.
- B. Die Entwicklung von mindestens x (*Anzahl muß noch festgelegt werden*) der folgenden Symptome (nicht vorhanden vor der Victimisierungserfahrung):
 - 1) Ein Gefühl, den täglichen Aufgaben und Verpflichtungen nicht mehr gewachsen zu sein, das über das Erlebnis von Ohnmacht in der speziellen traumatischen Situation hinausgeht (z.B. allgemeine Passivität, mangelnde Selbstbehauptung oder fehlendes Vertrauen in die eigene Urteilsfähigkeit).
 - 2) Die Überzeugung, daß man durch die Victimisierungserfahrung dauerhaft beschädigt ist (z.B. wenn ein mißbrauchtes Kind oder ein Opfer von Vergewaltigung der Überzeugung ist, daß es für andere nie mehr attraktiv sein kann).
 - 3) Gefühle von Isolation, Unfähigkeit zu Vertrauen und Herstellung von Intimität mit anderen.
 - 4) Übermäßige Unterdrückung oder exzessiver Ausdruck von Ärger.
 - 5) Unangemessene Bagatellisierung von zugefügten (psychischen oder physischen) Verletzungen.
 - 6) Amnesie bezüglich des traumatischen Erlebnisses.
 - 7) Die Überzeugung, an dem Vorfall eher selbst die Schuld zu tragen als der Täter.
 - 8) Die Neigung, sich der traumatischen Erfahrung erneut auszusetzen.

- 9) Übernahme des verzerrten Weltbilds des Täters in der Einschätzung von sozial angemessenem Verhalten (z.B. der Annahme, daß es in Ordnung sei, wenn Eltern sexuelle Beziehungen zu ihren Kindern unterhalten oder wenn ein Mann (seine) Frau schlägt/vergewaltigt).
- 10) Idealisierung des Täters.

C. Dauer des Syndroms von mindestens einem Monat.

Mit diesem Syndromvorschlag werden einige der symptomatischen Besonderheiten, die durch eine traumatische **Erschütterung des kommunikativen Realitätsprinzips** entstehen, (bizarres Traumaschema) zum Ausdruck gebracht, so daß es eine spezielle Relevanz für **soziale Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen** (auch psychischer/emotionaler Mißbrauch) hat → **soziale Traumatisierung**. Durch Beziehungs- und Orientierungstraumata sowie vom Menschen verursachte Desaster werden das kommunikative Realitätsprinzip und das Vertrauen in die Verlässlichkeit der sozialen Welt erschüttert; diese negativen sozialen Erfahrungen haben oft auch negative biologische Auswirkungen im Sinn eines Abwärtseffekts im Mehr-Ebenen-Modell der Wirklichkeit (Lehrbuch, S. 85). Das Victimisierungssyndrom überschneidet sich in einigen Punkten mit dem bPTBS, benennt aber zusätzlich Aspekte einer **Erschütterung und Verzerrung von Prämissen der sozialen Welterfahrung** des Menschen. Es sollte für die Diagnostik der Folgen von Gewalterfahrung ergänzend zum bPTBS berücksichtigt werden. (Lehrbuch, S. 46)

komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom (kPTBS): Syndromvorschlag nach JUDITH HERMAN & BESSEL VAN DER KOLK (1992) mit 7 Kriterien bzw. Symptomgruppen:

1. Unterworfensein unter **totalitäre Kontrolle** über einen längeren Zeitraum. Totalitäre Systeme a) **gesellschaftlich**: z.B. Folterhaft, Geiselaft, Lagerhaft (KZ etc.), Kriegsgefangenschaft, religiöse Sekten; b) **familiär**: familiäre Gewalt, Kindesmißhandlung, familiärer sexueller Kindesmißbrauch; c) **sexuell**: Vergewaltigung, außerfamiliärer sexueller Kindesmißbrauch, organisierte sexuelle Ausbeutung.
2. Veränderungen der **Affektregulierung** mit anhaltenden dysphorischen Verstimmungen, chronischer Beschäftigung mit Suizidideen, Neigung zu Selbstverletzungen, explosiver oder extrem unterdrückter Wut (evtl. im Wechsel), zwanghafter oder extrem gehemmter Sexualität (evtl. im Wechsel).
3. Veränderungen des **Bewußtseins** wie Amnesie oder Hypermnesie (abnorme Gedächtnisstärke) für traumatische Ereignisse, dissoziative Episoden, Depersonalisation/Derealisation, Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen entweder in Form intrusiver Symptome oder in Form von ständigem Grübeln.
4. Veränderungen des **Selbstbilds** mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Initiativeverlust, Scham, Schuldgefühlen und Selbstanklage, eigener Wertlosigkeit oder Stigmatisierung; Gefühl, völlig verschieden von anderen zu sein (z.B. Gefühl, etwas Besonderes zu sein; Erleben von äußerster Einsamkeit; Überzeugung, von niemandem verstanden werden zu können oder nicht menschlich zu sein).
5. Veränderungen in der **Wahrnehmung des Täters** wie ständige Beschäftigung mit ihm (z.B. auch in Form von Rachedgedanken), unrealistische Sichtweise des Täters als übermächtig (aber Vorsicht: das Opfer kann die Macht des Täters unter Umständen realistischer einschätzen als die TherapeutInnen!), Idealisierung des Täters oder paradoxe Dankbarkeit ihm gegenüber, Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung zum Täter, Übernahme der Weltanschauung des Täters oder Rechtfertigung seines Tuns.
6. Veränderungen der **sozialen Beziehungen** mit Isolation und Rückzug, Abbruch von intimen Beziehungen, fortgesetzte Suche nach einem Retter (kann wechseln mit Isolation und Rückzug), ständigem Rückzug, wiederholtem Versagen beim Schutz der eigenen Person.
7. Veränderungen von **Stimmungslagen** und **Einstellungen** wie Verlust von Zuversicht, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Das kPTBS ist in mancher Hinsicht eine **Verbindung** zwischen dem **bPTBS** und dem **Victimisierungssyndrom** und beschreibt die **Folgen von schwerster, langanhaltender und wiederholter Traumatisierung**. In das DSM IV wurde das kPTBS noch nicht aufgenommen;

die Arbeitsgruppe DESNOS (Diagnosis of Extrême Stress Not Otherwise Specified) befaßt sich mit der Formulierung von Kriterien für das DSM. Auch die Arbeitsgruppe um die ICD-10 der WHO bereitet zur Zeit eine diagnostische Kategorie zum „Persönlichkeitswandel nach katastrophischen Erfahrungen“ vor. Mit dem kPTBS kommt die Psychotraumatologie dem Ziel näher, Klassifikationssysteme für ein weites Spektrum von Trauma-Folgeerscheinungen

zu entwickeln, das von leichteren traumatischen Reaktionen auf ein einmaliges traumatisches Ereignis bis zu schweren Folgen von extremen langandauernden Traumatisierungen reicht („Traumaspektrum“). (Lehrbuch, S. 47 f)

traumatische Reaktion/Traumareaktion: a) aktivische Bedeutung: gegen den traumatischen Einfluß gerichtete Notfallreaktion; b) passivische Bedeutung: Schadensbegrenzung bei einem schon eingetretenen Schaden. **3 Phasen** der traumatischen Reaktion / des natürlichen Traumaverlaufs: 1) **Schockphase**/expositorische/peritraumatische Phase, 2) **Einwirkungsphase**/ postexpositorische Phase und 3) **Erholungsphase** bzw. bei deren Ausbleiben **traumatischer Prozeß**. Charakteristisch für die traumatische Reaktion ist der **biphasische Wechsel** zwischen **Intrusion** (wiederkehrende Erinnerungen) und „**psychic numbing**“ (emotionale Anästhesie/Dumpfheit), der in einer „Schaukelbewegung“ zur Verarbeitung der traumatischen Erfahrung beitragen kann. Diese natürliche Bewegung zu unterstützen, zu dosieren und Blockaden zu überwinden / das Festfahren in einer der beiden Phasen zu verhindern, ist Ansatzpunkt der MPTT. (Lehrbuch, S. 352) In der Traumareaktion kommt es zu charakteristischen **qualitativen Veränderungen** von psychischen und/oder organischen Systemen; dadurch unterscheidet sie sich deutlich von der Streßreaktion als (physiologische) Antwort des Organismus auf kritische, aber eben nicht traumatische Ereignisse (Lehrbuch, S. 44).

Traumasma: zentrales, in der traumatischen Situation aktiviertes **Wahrnehmungs-/Handlungsschema**, das im Sinn von Trauma als einem unterbrochenen Handlungsansatz mit Kampf- und/oder Flucht tendenz die traumatische Erfahrung **im Gedächtnis speichert**. Die neurokognitiven Anteile des Traumaschemas sind – wegen der mit der traumatischen Reaktion verbundenen neuronalen Informationsblockade – der expliziten, durch die Hippocampusregion gesteuerten Erinnerung oft unzugänglich, so daß die erneute Stimulation des Traumaschemas über **implizite Erinnerungen** erfolgt. Dies begünstigt z.B. die Entwicklung von Phobien und scheinbar grundlosen Panikattacken, da die angustauslösenden Faktoren und ihr Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung subjektiv nicht rekonstruierbar sind. Das Traumaschema hat die **Tendenz zur Wiederholung**, die kognitiv-emotionalen Schemata generell zu eigen ist (PIAGET: Tendenz zur reproduktiven Assimilation des Schemas), und dies noch durch die **Tendenz zur Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen** (ZEIGARNIK-Effekt) verstärkt. Ferner ist beim Traumaschema die **Tendenz zur rekognoszierenden Assimilation** aller Reize, die subjektiv empfunden in seinen Radius fallen, aktiv → wiedererkennende Einpassung von mit dem Trauma assoziierten Reizen. (Lehrbuch, S. 351)

Das Traumaschema hat gemäß der unvollständigen, unterbrochenen Handlung (Trauma), die es repräsentiert, eine **fragmentierte Struktur** → fragmentiertes Schema. Unvollständig ist sowohl die **sensorische Komponente** des Schemas (fragmentierte Erinnerungsbilder) als auch die **motorische Komponente**, da die Handlung z.B. erstarrt sein kann („fight-flight-freeze“) (~ fragmentierte Handlungsbilder). Das Traumaschema beinhaltet also unvollständige und oft auch verzerrte Informationen, auf denen dann das traumakompensatorische Schema aufbaut. Ein zentrales Therapieziel der MPTT ist die Akkomodation des Traumaschemas durch die allmähliche realistische Assimilation der traumatischen Erfahrung und Differenzierung des Traumaschemas (z.B. „Ich bin von einem Mann vergewaltigt worden, aber nicht alle Männer sind Vergewaltiger.“). Das Traumaschema als ‚unterbrochenes‘ Wahrnehmungs-/Handlungsschema entspricht also der ursprünglichen Bemühung, sich gegen die bedrohlichen Situationsfaktoren zur Wehr zu setzen, durch Kampf oder Flucht, einen kurzfristigen Wechsel beider Tendenzen oder aber durch dissoziative Veränderungen der Wahrnehmung wie Verleugnung der Gefahr oder Erstarren („freezing“). So ergibt sich typischerweise ein **zweigliedriger Ausdruck** des Traumaschemas, dessen erster Teil die **spontane Reaktionstendenz** beschreibt, während der zweite Teil das **tatsächliche Handlungsergebnis** beschreibt → **dissoziierte bipolare Struktur**, z.B. „panische Flucht versus Erstarren“, „rasende Wut versus hilflose Unterwerfung“. (MPTT, S. 55 f)

Das Traumaschema ist Ausdruck des **Regulationsverlustes** in der traumatischen Situation. Es speichert die Erinnerung an den Ereignisablauf, die peritraumatischen Erlebnisphänomene sowie ein Bild des Subjekts in hilfloser, ungeschützter Verfassung angesichts einer extrem bedrohlichen Lage. Es ist gekennzeichnet durch einen **Zusammenbruch seiner gewöhnlichen Funktionen der Assimilation geeigneter Umweltfaktoren und der Abwehr**

von bzw. Akkomodation (Anpassung) an Problemsituationen. Kommt es zu einer Umkehr dieser Funktionen, handelt es sich um ein bizarres Traumaschema. (Lehrbuch, S. 115)

traumakompensatorisches Schema: a) allgemein: traumakompensatorische Basisstrategie; b) individuelle Ausprägung traumakompensatorischer Maßnahmen. Während sich in der peritraumatischen Erfahrung (Schockphase) spontane Selbstschutzmechanismen bilden (prototypische psychotraumatische Abwehrmechanismen mit dem Ziel der Erhaltung des inneren Gleichgewichts eines biologischen, psychischen oder sozialen Systems unter Vernachlässigung der Realität im Konfliktfall: 1) Notfallreaktionen: katatonoider Erstarrung, panikartiger Bewegungsturm, 2) Veränderungen der Selbst- und Realitätswahrnehmung: Dissoziation, Derealisation, Depersonalisierung, emotionale Anästhesierung; psychotraumatische Copingstile mit dem Ziel der Einpassung durch Anpassung (Assimilation durch Akkomodation, vgl. PIAGET) im Rahmen des pragmatischen und/oder kommunikativen Realitätsprinzips), werden diese spontanen Selbstschutzmechanismen in der weiteren traumatischen Reaktion (Einwirkungsphase und Erholungsphase) und im traumatischen Prozeß elaboriert → **elaboriertes kognitives System von Selbstschutzmaßnahmen**, mit dem die PatientInnen ein **Gegenmodell** zum Traumaschema entwerfen. **3 Komponenten** des traumakompensatorischen Schemas: 1) **ätiologische Komponente**/Ursachentheorie (Wodurch ist das Trauma entstanden und wie hätte ich mich verhalten müssen, um es zu verhindern?), 2) **reparative/ (naiv-)therapeutische Komponente**/Heilungstheorie (Wie kann das Trauma geheilt werden?) und 3) **präventive Komponente**/Vorbeugungstheorie (Was muß geschehen, um eine Retraumatisierung/vergleichbare traumatische Erfahrung für die Zukunft zu vermeiden?). Diese Komponenten sind **logisch aufeinander bezogen**, basieren aber schon auf einer traumatischen Erfahrung, die entsprechend ihrer Speicherung im Traumaschema nur unvollständig zugänglich ist und in wichtigen Teilen nur implizit erinnert werden kann. Von daher erwecken die traumakompensatorischen Maßnahmen von außen betrachtet einen irrationalen, unzweckmäßigen Eindruck, während es sich, gemessen am gegebenen unvollständigen Informationsstand der PatientInnen, um **subjektiv sinnvolle Maßnahmen** handelt. (Lehrbuch, S. 351)

traumatischer Prozeß: Selbstschutzmaßnahmen zielen auf eine Schadensbegrenzung und traumakompensatorische Maßnahmen ab im Sinn des Versuchs, mit einer Erfahrung zu leben, mit der sich nicht leben läßt. **Zentrales Agens** im traumatischen Prozeß ist die **dynamische Spannung** zwischen **Traumaschema**, das die traumatischen Eindrücke und Erinnerungen im Gedächtnis speichert, und **traumakompensatorischem Schema** als der Basisstrategie kompensatorischer Selbstschutzmaßnahmen. Die psychotraumatischen **Symptome** stellen im Sinn des minimalen kontrollierten Handlungs- bzw. Ausdrucksfelds eine **Kompromißbildung** zwischen diesen Strukturen/Schemata dar. Da so die Symptombildung von der relativen, dynamischen Balance zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema abhängig ist, können Symptome im Verlauf des traumatischen Prozesses wechseln, und zwar in Abhängigkeit von inneren und äußeren Faktoren, die das dynamische Gleichgewicht beeinflussen. Hierin liegt die Schwierigkeit eines rein klassifikatorischen Umgangs mit psychotraumatischen Symptomen begründet. (Lehrbuch, S. 352) (Ein rein klassifikatorischer Umgang führt zu der zu engen Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung im DSM IV und in der ICD-10 aufgrund des zu kritisierenden Algorithmus' (Verrechnungssystem) des Syndroms; z.B. Kritik an dem Kriterium, daß für die Diagnose sowohl Intrusions- als auch Vermeidungssymptome vorhanden sein müssen: in der Betrachtung des Verlaufs der traumatischen Reaktion und erst recht im traumatischen Prozeß können die beiden Phasen der Intrusion und der Vermeidung zeitweilig alternieren; manche PatientInnen sind vorübergehend symptomfrei und entwickeln Symptome erst bei einer situativen ‚Neuaufgabe‘ der traumatischen Erfahrung. (Lehrbuch, S. 43))

Desillusionierungsschema: eine traumadynamisch wirksame Struktur, die die übermäßige **Desillusionierung** / den übermäßigen Verlust von Illusionen aus der traumatischen Erfahrung **in der Charakterstruktur verankert**. Dieses Schema vertritt den Pessimismus, die Hilf- und Hoffnungslosigkeit der traumatischen Erfahrung im traumatischen Prozeß. Seiner inneren Dynamik nach stellt es einen **Kompromiß** zwischen **Traumaschema** und **traumakompensatorischem Schema** dar. Es repräsentiert die traumabedingte Desillusionierung und wirkt zugleich traumapräventiv im Sinn der kompensatorischen

Tendenz: „Wer nichts erwartet, kann auch nicht enttäuscht werden.“ → Enttäuschungsprophylaxe. (Lehrbuch, S. 340)

Das Desillusionierungsschema ist eine **Ausweitung des Traumaschemas**; in ihm wird die für die traumatische Erfahrung zentrale **Erschütterung** des Selbst- und Weltverständnisses **generalisiert** zu **negativen Überzeugungen/Kognitionen** über die **Umwelt** (z.B. „Auf die Menschen ist kein Verlaß!“) oder über die **eigene Person** (z.B. „Ich bin ein Versager!“) oder über beide Pole zugleich (vgl. die „automatischen negativen Gedanken“ über die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft → kognitive Triade nach BECK in der kognitiven Verhaltenstherapie: zugrunde liegen dysfunktionale kognitiv-affektive Schemata, die zu einer verzerrten Wahrnehmung der Realität und fehlerhaften Informationsverarbeitung führen). Die **dissoziierte bipolare Struktur**, wie sie für traumatisierte Schemata kennzeichnend ist, drückt sich in **Entweder-Oder-Formulierungen** aus, z.B. „Ich kann entweder allen Menschen trauen oder überhaupt niemandem.“. Mit der Akkomodation des Traumaschemas durch die allmähliche realistische Assimilation der traumatischen Erfahrung und Differenzierung des Traumaschemas relativieren sich auch die Folgen des Desillusionierungsschemas; sie sollten jedoch therapeutisch besonders beachtet werden. (MPTT, S. 56)

fraktioniertes Schema: ein kognitiv-emotionales Schema, das den Selbstbezug, die Rückkopplung an das zentrale Ich-Selbst-System verloren hat. Das Subjekt handelt unbewußt: ohne zu wissen, daß es handelt (Nicht-Merken des Wirkens) bzw. ohne sich dieses reduzierten Handlungsbewußtseins metakognitiv bewußt zu werden (Nicht-Merken des Nicht-Merkens). Bewußtwerden erfolgt dann über die Negation dieser Abspaltung vom Bewußtsein (Lehrbuch, S. 349).

bizarres (Trauma-)Schema: Traumaschema mit Funktionsumkehr (vgl. biologische Metapher der verletzten Traumamembran, die ihre selektive Kapazität und damit ihre Reizschutzfunktion verloren sowie eine Umkehr ihrer Funktionen erlitten hat: Schadstoffe können von Nährstoffen nicht länger unterschieden werden, so daß schädliche Reize schutzlos assimiliert werden/ ins Zellinnere eindringen und nützliche Reize abgewiesen bzw. wieder ausgeschieden werden). Es handelt sich – auf der psychosozialen Ebene – um ein **Beziehungsschema mit Funktionsumkehr**, das nicht mehr die Fähigkeit hat, zwischen nützlichen und schädlichen Beziehungsangeboten zu unterscheiden und die Grenzziehung zwischen Selbst und Außenwelt aufrechtzuerhalten. Schädliche Einflüsse werden gezielt aufgegriffen und dem Selbst zugeführt, während nützliche ‚Nährstoffe‘, z.B. Hilfsangebote, abgewiesen bzw. wieder an die Umwelt abgegeben werden. Bizarre Schemata arbeiten im Sinn einer **falschen Synthesis**: Durch psychische Traumatisierung kommt es als Folge der traumatischen Erfahrung anstelle einer Synthese von Subjekt und Objekt (vgl. Situationskreis-Modell) zu einer schroffen Antithese von Subjektpol und Objektpol; im Fall eines bizarren Trauma- Beziehungsschemas erfolgt zusätzlich die Umkehr der assimilativen und akkomodativen Funktionen und die Umkehr der Reizschutzfunktionen: negative Umweltfaktoren werden assimilativ in das eigene Selbst einbezogen, während zugleich wertvolle und positive Komponenten des Selbst nach außen verlagert werden. Das zentrale pathogenetische Muster eines (solchen sozialen) Traumas ist also eine **Störung der Informationsverarbeitung**, da die Auswahlfunktion der ‚Zelle‘ mit ihrer ‚Membran‘ auf intakter Analyse der Umwelt und entsprechender Informationsverarbeitung beruht → **Informationstrauma**.

Ein klinisches Beispiel für diesen **pathogenetischen/traumatogenetischen Mechanismus** ist das Victimisierungssyndrom, in dem das Opfer die Weltsicht des Täters übernimmt, sich selbst abwertet und verurteilt, während es den Täter idealisiert und sich mit ihm identifiziert (ihm wertvolle Komponenten des eigenen Selbst zuschreibt). (Lehrbuch, S. 86, S. 88, S. 115, S. 340).

Trauma-State / Traumazustand: **ganzheitlich-emotionale** Entsprechung des (kognitiven) Traumaschemas im Sinn eines **affektabhängigen Erlebniszustands** / einer **persönlichkeitstypischen Stimmungslage** („state of mind“), die die traumatische Erfahrung repräsentiert. Bei der bPTBS: Überflutungszustände (KÖDOPS, S. 163, S. 190). (MPTT, S. 57)

traumakompensatorischer State / Idealzustand: **ganzheitlich-emotionale** Entsprechung / unmittelbarer Erlebnisausdruck des (kognitiven) traumakompensatorischen

Schemas im Sinn eines **affektabhängigen Erlebniszustands** / einer **persönlichkeitstypischen Stimmungslage** („state of mind“), die die traumakompensatorischen Maßnahmen repräsentiert. Ausdruck eines **möglichst kontrastreichen Gegenzustands** zum Traumazustand, Wunschbild der PatientInnen (KÖDOPS, S. 190). Die traumakompensatorischen States sind oft **Kompromißzustände** mit Symptomcharakter (MPTT, S. 57).

- Typ 1: **emotionsloser State/Rückzug-State** (numbing-state): Versuch, sich emotionslos zu machen, um die Gefühle des Traumazustands nicht mehr zu spüren;
- Typ 2: **euphorischer State**: Versuch, die für den Traumazustand charakteristische Stimmungslage ins Gegenteil zu verkehren, bis hin zu manischen Zuständen. (MPTT, S. 57)

„states of mind“ nach HOROWITZ: **persönlichkeitstypische Erlebniszustände/Stimmungslagen**, die mit starken **Affekten** verbunden sind; in sich relativ geschlossene, phänomenologisch beschreibbare, aus bestimmten Signalen erschließbare Subsysteme der Persönlichkeitsorganisation. Diese „states“ haben eine besondere Phänomenologie und Infrastruktur. Im Fall einer Störung werden sie durch das zentrale individualtypische Konfliktmuster bzw. die zentrale traumatische Erfahrung, das Traumaschema und das traumakompensatorische Schema geprägt (KÖDOPS, S. 182 f). Die **Struktur** der Erlebniszustände wird von der Psychodynamik des Traumas in Form eines spannungsreichen Gegeneinanders von Traumaschema und traumakompensatorischem Schema mit den Symptomen als Kompromißbildungen/-handlungen im Sinn des minimalen kontrollierten Ausdrucks- bzw. Handlungsfelds geprägt: auch sie bewegen sich im **Spannungsfeld** zwischen den **gegenläufigen Kräften** (KÖDOPS, S. 189).

minimales kontrolliertes Handlungs- bzw. Ausdrucksfeld: häufig das **Feld der Symptombildung**. Die originäre unkontrollierbare traumatische Situation wird in ihren wichtigsten Elementen an einer minimalen Szenerie abgehandelt, in der sie kontrollierbar gestaltet werden kann → Feld der Symptombildung, in dem die wichtigsten Elemente der traumatischen Situation an einer minimalen, kontrollierbar gestaltbaren Szenerie abgehandelt werden. Dieses **minimale kontrollierbare Feld** kann der eigene Körper sein (innen wie außen), die Phantasie, die ‚Innenwelt‘ oder ein umgrenztes Darstellungsfeld in der Außenwelt. Die Wahl des Feldes schließt sich entsprechend der Psychodynamik des Traumas an das Traumaschema an und bringt dabei zugleich die **traumakompensatorischen Bestrebungen** optimal zum Ausdruck. Durch die Psychodynamik des Traumas in Form eines spannungsreichen Gegeneinanders von Traumaschema und traumakompensatorischem Schema werden Symptome als **Kompromißbildungen/-handlungen** zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema im Sinn des minimalen kontrollierten Ausdrucks- bzw. Handlungsfelds entwickelt (KÖDOPS, S. 189). Das minimale kontrollierte Handlungs-/Ausdrucksfeld ist ein dynamischer Kompromiß zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema (MPTT, S. 57). **Handlungsfelder** (z.B. Zwangshandlungen) werden eher bei Erschütterungen des pragmatischen Realitätsprinzips ‚gewählt‘, **Ausdrucksfelder** (z.B. Konversionssymptome) eher bei Erschütterung des kommunikativen Realitätsprinzips. (Lehrbuch, S. 345)

Die traumakompensatorischen States sind oft Kompromißzustände mit Symptomcharakter. Die MPTT zielt entsprechend ihrer dialektischen Strategie auf **Erweiterung** des minimalen kontrollierten Handlungs-/Ausdrucksfeldes durch Erweiterung und **Strukturveränderung** der traumakompensatorischen Maßnahmen ab. Damit werden **Symptome dialektisch aufgehoben** (und nicht nur einfach bekämpft). (MPTT, S. 57)

Verbindung von MPTT und **kognitiver Verhaltenstherapie**: Die kognitive Verhaltenstherapie sieht die negativen Kognitionen/verzerrten Grundannahmen (z.B. von depressiven Menschen) aufgrund von dysfunktionalen kognitiv-affektiven Schemata nach BECK als „*irrational* Überzeugungen“ an und versucht, sie ‚wegzutrainieren‘. FISCHER betont, daß es dagegen wichtig ist, die negativen Kognitionen / ontologischen Überzeugungen des Desillusionierungsschemas dialektisch zu verstehen als verständliche und sinnvolle (≠ irrationale) Anpassungsbemühungen an existentiell prägende Bedingungen und zugleich (mißglückter) Versuch, diese Bedingungen zu „überschreiten“ (SARTRE) → schiefe Synthese in Symptombildung. Sie dürfen nicht einfach wegtrainiert werden, da sonst der Bruch zwischen dem inneren Kind und der Erwachsenenpersönlichkeit noch vertieft werden könnte. Stattdessen soll sich die Therapie an die vorhandenen Kontrolloperationen (Selbstschutz- und Selbstthei-

lungsmaßnahmen) der Persönlichkeit anschließen, um die zugrundeliegenden Schemata (traumakompensatorisches Schema, Desillusionierungsschema) weiterentwickeln und differenzieren zu können → dialektische Strategie der MPTT: Stärkung und Differenzierung des traumakompensatorischen Schemas. (KÖDOPS, S. 140 f)

zentrales traumatisches Situationsthema: zentrale subjektive Bedeutung, die eine traumatische Situation für die betroffene Person annimmt: was die Person in der Situation zutiefst getroffen und verletzt hat → **zentrale subjektive Bedeutung der traumatischen Situation;**

traumatisiertes Lebensthema, durch das Trauma erschütterter **Lebensentwurf**, der oft selbst schon kompensatorisch war (MPTT, S. 40, S. 59). Hier liegt auch der Punkt **maximaler Interferenz** zwischen der traumatischen Situation und dem Persönlichkeitssystem. Oft sind es gerade die aufgrund früherer Belastungsfaktoren im Lebenslauf gebildeten traumakompensatorischen Mechanismen und Strukturen, die für Traumatisierung besonders anfällig und zerbrechlich sind. (Lehrbuch, S. 355)

minimale Differenz: minimale Differenz zwischen **Arbeitsbündnis** und **Übertragungsbeziehung** bzw. zwischen **traumatischer Erfahrung** und **therapeutischer Beziehungssituation** (MPTT, S. 90); beginnende Differenzierung zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung (MPTT, S. 73); Fähigkeit zum Arbeitsbündnis (MPTT, S. 125) → **minimale therapeutische Kontrasterfahrung zur traumatischen Erfahrung**. Zu Beginn der Therapie muß sehr sorgfältig am Aufbau des Arbeitsbündnisses gearbeitet werden; das Arbeitsbündnis muß zunächst in eine minimale Differenz zur traumatischen Erfahrung kommen. Traumapatienten mit Victimisierungserfahrungen müssen – im **Kontrast** zu der erlittenen Demütigung – stets optimalen **Respekt** erfahren und – kontrastierend zu Ohnmacht und Hilflosigkeit – allgemein ein Maximum an **eigener Entscheidungsmöglichkeit** erhalten (therapeutisches Setting: Geschlecht der TherapeutInnen, Sitzungsfrequenz, Therapieform (im Sitzen oder Liegen)!, vor allem bei sexueller Traumatisierung) → die Therapie soll sich von der traumatischen Erfahrung **unterscheiden**. Allerdings wiederholen sich dennoch Elemente der traumatischen Erfahrung im therapeutischen Prozeß und gehen in die optimale Differenz ein, die sich zu einem späteren Zeitpunkt im Therapieverlauf entwickelt, wenn das Arbeitsbündnis gesichert ist und in eine optimale Kontrasterfahrung zur traumatischen Vorerfahrung treten kann (MPTT, S. 169).

Die minimale Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung muß in der Traumatherapie oft erst durch besondere technische Maßnahmen hergestellt werden (Lehrbuch, S. 341). Sie wird gemäß dem dialektischen Veränderungsmodell dadurch hergestellt, daß die TherapeutInnen es den PatientInnen erleichtern, über die Anteile negativer Übertragung frei zu reden, z.B. über Mißtrauen und Fremdeln (MPTT, S. 99). Solche negativen Übertragungsmuster in Form von Beziehungsfiguren und Gefühlen werden von den TherapeutInnen in taktvoller Weise thematisiert, wobei zugleich auf das Trauma fokussiert wird. Die minimale Differenz ist die Voraussetzung dafür, daß eine im engeren Sinn therapeutische Situation entsteht und die KlientInnen es wagen können, eine gefühlshafte Bindung einzugehen. TraumapatientInnen sichern sich häufig gegen retraumatisierende Erfahrungen in der Therapie durch „Übertragungstests“ ab, mit denen sie sicherstellen, daß sie an vertrauenswürdige, zuverlässige TherapeutInnen geraten sind (MPTT, S. 103 f). Belastungen und potentielle Gefahren für die minimale Differenz werden durch traumatherapeutische Prinzipien der Therapieführung ausgeglichen, z.B. durch die modifizierte Assoziationsregel und durch dialektische Interventionen zur Stärkung des traumakompensatorischen Schemas (MPTT, S. 200)

Für den Aufbau und die Sicherung des Arbeitsbündnisses ist der Anschluß an den natürlichen Verarbeitungsprozeß (Prinzip 1) entscheidend, der zwei Bedingungen voraussetzt: das Therapieangebot muß 1) an die spontane Beziehungsgestaltung der PatientInnen (z.B. Bindungstyp: sicher gebunden versus unsicher gebunden) anknüpfen und 2) der traumatischen Erfahrung optimal entgegengesetzt sein (optimale Differenz) (MPTT, S. 38). Das TherapeutInnenverhalten ist also relativ zur jeweiligen Beziehungsgestaltung und traumatischen Vorerfahrung der PatientInnen (MPTT, S. 29) → kreative dialektische individualisierende Planung und Durchführung der Therapie.

optimale Differenz: optimale Differenz zwischen **Arbeitsbündnis** und **Übertragungsbeziehung** bzw. zwischen **traumatischer Erfahrung** und **therapeutischer Beziehungssituation** (MPTT, S. 90); → **optimale therapeutische Kontrasterfahrung zur traumatischen Erfahrung**. Eine für therapeutische Veränderungen optimale Situation, in der sich das aktualisierte Übertragungsschema der PatientInnen und das therapeutische Arbeitsbündnis optimal annähern und zugleich in einem zentralen Punkt voneinander unterscheiden. In der Übertragungsbeziehung werden vor allem interpersonelle Aspekte des Traumaschemas re-inszeniert, oft zusammen mit den eher dysfunktionalen Momenten des traumakompensatorischen Schemas und/oder des Desillusionierungsschemas. Damit sich das übertragene Beziehungsschema akkomodieren und die neue Erfahrung assimilieren kann (vgl. PIAGET), muß das neue „Objekt“ (die Therapeutin) bzw. die **neue Erfahrung** (die therapeutische Beziehungssituation) dem alten Schema **hinreichend ähnlich** sein, sonst ist sie bedeutungslos und wird ignoriert. Die neue Erfahrung muß aber in zentralen Aspekten zugleich **hinreichend unähnlich**, überraschend und erwartungswidrig ausfallen, damit sich das Schema modifizieren kann. Die TherapeutInnen zeigen also punktuell ein Verhalten, das die PatientInnen nicht in ihr Erwartungsschema einpassen können. Dieses gezielt **erwartungswidrige TherapeutInnenverhalten** ist daher relativ zur jeweiligen traumatischen Erfahrung und der aktuellen Übertragungssituation → kreative dialektische individualisierende Planung und Durchführung der Therapie (MPTT, S. 108).

Die optimale Differenz ist eine therapeutische Situation/Konstellation, die zu einer **korrigierenden emotionalen Erfahrung** führt (MPTT, S. 35) und einen produktiven Veränderungsschritt fördert, mit dem die PatientInnen ihre bisherige **Fixierung an das Trauma dialektisch „aufheben“** (Lehrbuch, S. 341). Die bewirkte therapeutische Veränderung besteht in einer **Akkommodation/Selbstkorrektur** in Form einer **relativierenden und differenzierenden Dekonstruktion des traumakompensatorischen Schemas** (MPTT, S. 90 f).

Die optimale Differenz, die es den PatientInnen ermöglicht, Traumaschema und traumakompensatorisches Schema reflexiv zu überprüfen und einen Neubeginn zu wagen, von dem aus sich die traumatische Erfahrung integrieren läßt, wird durch einen Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung gefördert, der auf **nicht-neutraler Abstinenz** beruht (MPTT, S. 112, S. 109 f). Eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit in der optimalen Differenz ist ein reflektiertes dialektisches Verhältnis der TherapeutInnen zur eigenen HelferInnenposition (siehe Prinzip 13), da die TherapeutInnen in geeigneter Weise mit der **inneren Eltern-Kind-Konstellation** der PatientInnen umgehen müssen. Traumatische Erfahrungen sind mit einem Höchstmaß an Hilflosigkeit verbunden, das in der inneren Erlebniswelt nahezu regelmäßig als eine Eltern-Kind-Konstellation codiert wird (MPTT, S. 149).

Arbeitsbündnis (in der Traumatherapie): Das Arbeitsbündnis ist eine im engeren Sinn **therapeutische Beziehung** (auch therapeutische Allianz), die von der Übertragungsbeziehung zu unterscheiden ist → **duales Beziehungskonzept** der psychodynamisch-behavioralen Psychotherapie mit **2 Beziehungskonfigurationen**. Entscheidend ist das Verhältnis dieser beiden Beziehungskonfigurationen: es soll ein produktiver Kontrast zwischen dem Arbeitsbündnis und der Übertragungsbeziehung, in der die pathogenen Beziehungserfahrungen der KlientInnen wirksam werden, hergestellt werden; das kontrastierende Arbeitsbündnis soll sich von den bisherigen Beziehungserfahrungen optimal (durch gezielte optimale Differenz in der Ähnlichkeit) unterscheiden und so korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglichen (KÖDOPS, S. 51 f). In der Traumatherapie muß die therapeutische Beziehung (Arbeitsbündnis) daher in eine **optimale Distanz/Differenz zur Reproduktion traumatischer Beziehungserfahrungen in der Übertragungsbeziehung** gebracht werden. (Lehrbuch, S. 340)

Übertragung bei traumatischen Erfahrungen: die Neigung, fraktionierte Schemata in der therapeutischen Beziehung zu inszenieren und den TherapeutInnen via Gegenübertragungsangebot eine komplementäre (ergänzende) oder konkordante (übereinstimmende) Rolle zuzuweisen, z.B. die des Täters oder des Opfers vor dem Hintergrund einer traumatischen Beziehungserfahrung (Beziehungstrauma). Vermögen die TherapeutInnen, ihre Gegenübertragungstendenzen zu erkennen, dann können sie das Rollenangebot im Sinn einer minimalen bzw. optimalen Differenz durchkreuzen, das

Arbeitsbündnis stärken und so zu einer Veränderung der traumabedingten Schemata und ihrer internen Organisation beitragen (Lehrbuch, S. 353).

Der **Umgang** mit der Übertragung ist in der MPTT **vielfach funktional**: 1) hinsichtlich des Aufbaus der minimalen Differenz zur Stabilisierung des Arbeitsbündnisses; 2) im Hinblick auf die Herstellung einer optimalen Differenz im Sinn einer optimalen Kontrasterfahrung, die es den PatientInnen ermöglicht, Traumaschema und traumakompensatorischem Schema reflexiv zu überprüfen und einen Neubeginn zu wagen, von dem aus sich die traumatische Erfahrung integrieren läßt; 3) zum Verständnis von ‚Mitteilungen‘/Hinweisen auf noch nicht integrierte Aspekte der traumatischen Erfahrung; 3) zum Verständnis des Versuchs, eine traumatisch unterbrochene Beziehung wiederherzustellen („rebinding“-Aspekt) (MPTT, S. 112).

Beziehungstrauma: traumatische Verzerrung der Beziehungsschemata aufgrund **langanhaltender unangemessener Beziehungserfahrungen**. Im allgemeinen werden Beziehungstraumata paradoxerweise durch die **engen Bindungsfiguren** hervorgerufen, die eigentlich Sicherheit und Schutz gegen Traumatisierung gewährleisten sollen. Opfer dieses Traumatyps geraten in die paradoxe Lage, Schutz und Hilfe bei den **traumatogenen Personen** suchen zu müssen.

Ein Beziehungstrauma vom Typ „Sei spontan!“ entsteht durch **Double-bind-Situationen** und kann zu parasuizidalem Verhalten führen (Lehrbuch, S. 347). Eine Sonderform bildet die **Traumatisierung des Bindungssystems** (ein Motivsystem), die zu Deprivations- bzw. Privationserscheinungen führt (Deprivation (lat. Entbehrung) = mehr oder weniger kontinuierliche unsichere frühe Bindungserfahrungen; Privation (lat. Beraubung) = plötzlicher früher Verlust einer zuvor befriedigenden Bindung); beide Formen unzureichender früher Bindungs- und Beziehungserfahrungen übersteigen die altersgemäße Trennungstoleranz des Kindes. **Deprivation** führt zu **Depression** und Verzweiflung als kurz- und langfristiger Folge und bekommt in Kombination mit anderen Risikofaktoren eine negative Multiplikatorwirkung für Entwicklungsrisiken und spätere Erkrankungen. **Privation** führt vor allem bei Jungen häufig zu **dissozialem Verhalten** wie zwanghaftem Stehlen. (Lehrbuch, S. 340, S. 346)

Orientierungstrauma: Mit der **Verletzung der angeborenen Orientierungsreaktion und des Neugierverhaltens** wird hier ein basales Motivsystem (bei Mensch und Tier) beeinträchtigt, das zur Sicherung der übrigen Motivsysteme und der Bedürfnisbefriedigung dient. Die Orientierung erstreckt sich auf **basale Kategorien** wie freundlich – feindlich, sicher – unsicher, sozial erwünscht – sozial unerwünscht. Werden diese Schemata systematisch verwirrt, z.B. durch **Double-bind-Situationen**, so bricht gleichsam die ‚logische Software des Orientierungsprogramms‘ zusammen. Viele der spektakulären Verhaltenskonsequenzen in entsprechenden Experimenten sind als Folge dieser **erlernten kognitiven Hilflosigkeit** zu verstehen. (Lehrbuch, S. 347)

Die Double-bind-Situation ist der **Prototyp** des Orientierungstraumas. In ihr kommt zusätzlich zu einer unsicheren Bindung – Bindungstrauma – die **systematische Verwirrung/Desinformation** und **kognitive Desorientierung** hinzu. Das Bedürfnis nach Orientierung hat also eine enge Beziehung zu kognitiven Prozessen und ihrer Funktion für soziale Integration und letztlich für das physische Überleben. Werden Menschen in einem Zustand systematischer Desinformation/Desorientierung gehalten, so kann dies aufgrund der **vitalen Bedeutung** von Orientierung und Information eine explosive traumatische Wirkung entfalten. Für die differentielle Psychotraumatologie sind habituelle kognitive Stile/Orientierungsstile von Bedeutung, die für den Umgang mit traumatischen Informationen disponieren. (Lehrbuch, S. 140 f)

Double-bind-Situation: eine **paradoxe Kommunikationssituation** mit ätiologischer Bedeutung für Beziehungs- und Orientierungstraumata und pathogene Entwicklungen. Der zentrale traumatische Situationsfaktor ist in einer **systematischen Diskrepanz zwischen Kommunikation und Metakommunikation**, zwischen Bewußtsein und Selbstbewußtsein begründet. Kann dieser Widerspruch nicht aufgelöst werden, dann wird zugleich ein zentrales Instrument der Traumabewältigung beschädigt: die Fähigkeit zur Metakommunikation bzw. zur Rekategorisierung traumatischer Informationen. (Lehrbuch, S. 342)

Motivsysteme: Trauma als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Umweltfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten besteht u.a. in der exzessiven Bedrohung und/oder Beeinträchtigung der vitalen Bedürfnisse/Bedürfnissysteme/Motiv(ations)systeme. Daher ist die Kenntnis der menschlichen Bedürfnissysteme von grundlegender Bedeutung für die Psychotraumatologie. (Mindestens) **6 Bedürfnis-/Motivsysteme** müssen in der differentiellen Psychotraumatologie berücksichtigt werden:

1. Bedürfnis nach **Überleben** und **Selbsterhaltung** (physiologische Bedürfnisse);
2. Bedürfnis nach **Bindung** (attachment) und **Verbundenheit**;
3. Bedürfnis nach **Orientierung** und **Sicherheit**;
4. Bedürfnis nach **Selbstbehauptung**/Eigenständigkeit und **Exploration**/Neugierverhalten;
5. Bedürfnis, **durch Widerspruch bzw. Rückzug aversiv zu reagieren**;
6. Bedürfnis nach **sinnlichem Vergnügen** und **sexueller Erregung**.

Die Bedürfnisse 1., 2., 4., 5., und 6. werden von LICHTENBERG (1988) im Rahmen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie unterschieden. KAUS (1995) hat das Bedürfnis nach Orientierung und Sicherheit (3.) als Ergänzung zu den traditionellen triebtheoretischen Annahmen der Psychoanalyse angeführt („Sicherheits- und Orientierungstrieb“). (Lehrbuch, S. 140 f) Diese Bedürfnis-/Motivsysteme sind eng mit der physiologischen Ausstattung des Menschen sowie mit zentralnervösen Strukturen verbunden, die für ihre Aktivierung und Kontrolle zuständig sind. Von daher bilden sie eine Brücke zur Erforschung von somatoformen Folgeerscheinungen des Traumas. (MPTT, S. 63) Die Verhaltenskorrelate dieser Motivsysteme lassen sich schon von Geburt an beobachten (Lehrbuch, S. 141).

Traumafolgen werden durch die jeweils betroffenen Motivsysteme mitbestimmt. Traumatisierung des **Bedürfnisses nach Bindung** führt z.B. zu Deprivations- bzw. Privationserscheinungen; Traumatisierung des **Rückzugsbedürfnisses** eines Kindes durch intrusive (eindringende) Beziehungen führt zu schizoiden Abwendungstendenzen. Traumatisierung des **Bedürfnisses nach Sexualität und Sinnlichkeit** / Sexuelle Traumatisierung kann nicht nur durch physischen Mißbrauch, sondern auch durch Verführung, Unterdrückung und fehlende oder inadäquate Sexualaufklärung erfolgen und hat je nach betroffenem Motivsystem unterschiedliche Folgen. (Lehrbuch, S. 346) In der Erholungsphase ist es wichtig, die Restitution des bzw. der betroffenen Motivsysteme zu unterstützen (Lehrbuch, S. 141).

antizipatorisches Verhaltensrepertoire: In der Psychotherapie versuchen die TherapeutInnen, die KlientInnen in ihren spontanen und eigenständigen konstruktiven, dekonstruktiven und rekonstruktiven Veränderungsprozessen zu unterstützen. Es handelt sich bei **Dekonstruktion, Konstruktion** und **Rekonstruktion** um **komplexe Veränderungsoperationen/ Lernprozesse**, die in der Therapie durch den Aufbau eines antizipatorischen Verhaltensrepertoires erleichtert werden, das sich dann im Alltag der KlientInnen bewähren muß.

In der **Traumatherapie** geht es um die eigenständige Dekonstruktion, Konstruktion (= dialektische Aufhebung in einem kreativen Neubeginn) und Rekonstruktion (von einer neuen Stufe persönlicher Sinnggebung aus, um das Trauma in die bisherige Lebensgeschichte und den Lebensentwurf zu integrieren) des Traumaschemas durch die Traumabetroffenen → ein zentrales Therapieziel der MPTT ist die **Akkomodation des Traumaschemas** durch die allmähliche realistische Assimilation der traumatischen Erfahrung und Differenzierung des Traumaschemas. In der MPTT wird durch den Einsatz behavioraler Techniken ein antizipatorisches Repertoire von Verhaltens**möglichkeiten** vermittelt, aus dem die KlientInnen in ihrer kreativen **Synthese des Traumaschemas** dann eine eigenständige Auswahl treffen. Zum besseren Verständnis können diese Veränderungsprozesse bildlich mit einer – vereinfachten – Analogie aus der Computertechnologie erläutert werden:

In der Therapie soll (und kann) nicht einfach ein neues „Programm“ „installiert“ werden, sondern das bereits bestehende „Programm“ der KlientInnen muß „überschrieben“, umgeschrieben werden auf eine Weise, die sich optimal in den bisherigen Lebensentwurf der KlientInnen integriert und ihn produktiv weiterführt → **Integritätskriterium der Veränderung** (als Gütekriterium für die Psychotherapieforschung) nach FISCHER (1994). Wichtig ist, daß die KlientInnen ihre eigenen „Programmentwickler“ sind; die TherapeutInnen können, genügend Wissen um diese komplexen Veränderungsprozesse vorausgesetzt, ihnen dabei allenfalls helfen. Wie in einer Computersimulation entwickeln die PatientInnen in tastenden Konstruktionsversuchen Funktionen und Strukturen für ihr verändertes „Programm“. Parallel dazu werden bisherige Programmmodule vorsichtig in Frage gestellt und dekonstruiert. Wenn sich die

Funktionen und Strukturen des neuen „Programms“ endlich abzeichnen, entsteht ein weiteres Problem: das der „Kompatibilität des Programms“ mit den vorhandenen „Dateien“, den Erinnerungen aus der Lebensgeschichte. Werden diese nicht rechtzeitig rekonstruiert, d.h. in die neue „Programmstruktur“ eingearbeitet, so kann es geschehen, daß sie „verloren gehen“. Handelt es sich hierbei um lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse, führt das zu einem Bruch in der lebensgeschichtlichen Kontinuität und Identität der PatientInnen.

In der psychotherapeutischen Veränderung geschehen also komplexe Prozesse von **dialektischer selbstgegenständlicher Erkenntnis**, die zu einer schrittweisen Selbstkorrektur des mentalen „Programms“ in seinen zentralen Kontrollparametern führen. Verbale Interventionen und/oder ein behaviorales Übungsangebot können diese Operationen und Prozesse unterstützen, indem sie Anregungen und „Bausteine“ für die spontanen dekonstruktiven, konstruktiven und rekonstruktiven Veränderungsoperationen liefern. Übende Module sollen nicht primär einen in sich geschlossenen Satz von Verhaltensweisen aufbauen, sondern regen zur Anlage eines Verhaltensrepertoires an, aus dem sich die KlientInnen als „Baumeister“ bei ihrer spontanen Konstruktionstätigkeit frei bedienen können. In der dialektischen Psychotherapie wird die Wirkung einer behavioralen Technik nicht in erster Linie vom Übungseffekt erwartet (s. klassische und operante Lernvorgänge), sondern von ihrer Eignung, dekonstruktive, konstruktive und rekonstruktive Lernprozesse im Beziehungskontext einer minimalen bzw. optimalen Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung zu unterstützen. Trainingselemente können diesen produktiven Veränderungszyklus nicht von sich aus herbeiführen, sondern nur vorbereiten und unterstützen, indem sie ein antizipatorisches Repertoire alternativer Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung stellen. (KÖDOPS, S. 52 f)

Phänomenologie: Als **qualitative Forschungsmethode** eine Haltung **unvoreingenommener Wahrnehmung und Beschreibung von unmittelbar vorhandenen Phänomenen**, „**disziplinierte Naivität**“ (McLEOD). Eine naive, fast kindliche Wahrnehmung verbindet sich mit disziplinierter Beobachtung und Beschreibung. Die Interpretation bleibt minimal, theoretisches Vorwissen wird möglichst ausgeblendet. Diese phänomenologische Beobachtungshaltung ist auch in der Psychotraumatologie die Basis zuverlässiger Erkenntnisgewinnung. Die weitere Strukturierung der Erkenntnisgewinnung erfolgt über dialektische, hermeneutische und quantifizierende Erkenntnisoperationen. (Lehrbuch, S. 347)

Dialektik: Im Sinn der „naiven“ Dialektik die natürliche Fähigkeit des Menschen, sich in einem **gegensätzlichen Spannungsfeld** zu orientieren, z.B. in den Spannungsfeldern Nähe-Distanz, Innen-Außen, freundlich-feindlich, Ganzes-Teil. In der wissenschaftlichen Dialektik werden diese alltäglichen dialektischen Denkmuster reflektiert und systematisch ausgearbeitet. Die dialektische Logik ist seit HEGEL darum bemüht, den **systematischen Zusammenhang der gegensätzlichen Begriffe** aufzuzeigen und damit Irrtümer zu korrigieren, in die ein vordialektisches, formales Denken führt, z.B. die traditionelle Spaltung zwischen Subjektivismus und Objektivismus oder zwischen systemischem Denken und individualistischem Denken. In bezug auf diese Gegensätze kann man Dialektik als **subjektive Systemtheorie** bezeichnen, die aufzeigt, wie psychosoziale und biologische Systeme durch subjektives Erleben und Handeln vermittelt sind.

Die Dialektik begreift **Entwicklungsprozesse** aus Gegensätzen heraus, die im Verlauf der Entwicklung „aufgehoben“ werden. **3 Aspekte** der dialektischen **Aufhebung von Gegensätzen** in Entwicklungsprozessen: 1) **Auflösen** des Gegensatzes (lat. tollere bzw. eliminare), 2) **Aufbewahren** des Gegensatzes (lat. conservare) und 3) **Überschreiten** bzw. **Emporheben** des Gegensatzes auf eine Metaebene (lat. elevare). → Trauma-Verarbeitungsprozeß:

1) Auflösung des Traumas, so daß es das Leben nicht mehr weiter bestimmt; 2) Aufbewahrung des Traumas im Gedächtnis, so daß man aus der traumatischen Erfahrung lernen und für das weitere Leben Konsequenzen ziehen kann; 3) Emporhebung des Traumas auf eine höhere Ebene, so daß es überschritten werden kann und bisher miteinander unvereinbare Gegensätze verbunden werden können („Das Trauma hat mein Leben bedroht“ – „Ich will leben“ → „Ich habe überlebt, lebe wieder mein eigenes Leben und fühle mich lebendig“ → **Umkehr im Denken:** Die Bedrohung liegt in der Vergangenheit, wurde überlebt und vermittelt gerade durch das Überlebthaben ein neues Gefühl von Sicherheit, Abweichungen vom normalen Leben auch in Zukunft überleben zu können (vgl. Trauma-Wege, S. 107 ff).

(Lehrbuch, S. 341)

Hermeneutik: qualitative Lehre vom Verstehen oder Interpretieren. **Validierungskriterium** ist das schrittweise Abarbeiten des spontanen Vorverständnisses an real beobachtbaren Gegebenheiten, also ein **zirkuläres Verhältnis von spontanem Vorverständnis und dessen schrittweiser Selbstkorrektur an real beobachtbaren Gegebenheiten** im Sinn des „hermeneutischen Zirkels“. Gültigkeit (forschungslogisch wichtigstes Gütekriterium eines Meßwerts bzw. einer wissenschaftlichen Annahme) ist in der wissenschaftlichen Forschung und insbesondere in der klinischen Praxis eher als ein fortlaufender **Prozeß der Validierung** zu sehen anstelle eines ein für allemal feststehenden Gütekriteriums „Validität“. Ein wissenschaftlich hermeneutisches Vorgehen umfaßt im einzelnen die Schritte / **qualitativen Forschungsstrategien** der „kommunikativen Validierung“, der „argumentativen Validierung“ und der „Handlungsvalidierung“. **Kommunikative Validierung** gibt an, inwieweit zwischen UntersuchungsleiterInnen und UntersuchungsteilnehmerInnen ein interpersoneller Konsens über die relevanten Bedeutungen besteht. **Argumentative Validierung** bedeutet, daß eine Aussage hinsichtlich ihrer logischen Stringenz und sachlichen Berechtigung im jeweiligen Kontext geprüft wird. **Handlungsvalidierung** erfolgt über den kritischen Vergleich des realen Verhaltens eines Individuums oder einer sozialen Gruppe mit seiner bzw. ihrer Selbstinterpretation. (Lehrbuch, S. 343, S. 354)

Quantifizierung / quantitative Methoden: Quantifizierung ist in den Humanwissenschaften auf qualitative Phänomenologie und Hermeneutik angewiesen, vor allem in den Phasen der Datenerhebung, -auswertung und -interpretation → **Verbindung von qualitativen und quantitativen Strategien/Methoden**. Wird diese Verbindung vernachlässigt, dann liegen als Ergebnis quantitative Werte vor, deren qualitative Bedeutung beim untersuchten Individuum oder der untersuchten Gruppe unbekannt oder zweifelhaft bleibt. Quantifizierung kann in einer Untersuchung von vornherein durchgeführt werden (a-priori-Quantifizierung), z.B. bei der Erhebung mit standardisierten Skalen, oder im nachhinein (a-posteriori-Quantifizierung) anhand bereits erhobener qualitativer Daten, die in quantitative Werte umgewandelt werden. Die **a-posteriori-Quantifizierung** hat den Vorteil, daß zunächst phänomenologisch-hermeneutisch bestimmt wurde, **was** gemessen wird (qualitativer Aspekt) und erst nach der Messung die Quantifizierung vorgenommen wird (quantitativer Aspekt) (→ damit bestimmt der **Inhalt**, die **Bedeutung** die Messung anstelle der (leichter durchzuführenden quantitativen) Methode!); bei Unsicherheit über die Bedeutung eines Zahlenwerts kann auf das qualitativ erhobene Originalmaterial und die qualitative Auswertung, z.B. die Schritte inhaltsanalytischer Kategorienbildung, zurückgegriffen werden. (Lehrbuch, S. 348)

2. Mehrdimensionale Psychodynamische Trauma-Therapie

2.1 Definition und theoretische Grundlagen der MPTT

Die MPTT ist eine **spezielle Anwendung des psychoanalytischen/psychodynamischen Therapieansatzes**, die die Folgen **psychischer Traumatisierung focussiert** → störungs-/nosologiespezifischer Ansatz. Sie verwendet auch **verhaltenstherapeutische Techniken**, um ungünstige Verhaltensmuster in Frage zu stellen, ihre Dekonstruktion zu fördern, und Anregungen für den persönlichen Neuentwurf, die Konstruktion, traumatisch verzerrter kognitiv-emotionaler Schemata zu geben. Damit stehen diese verhaltenstherapeutischen Techniken im Dienst einer **psychoanalytischen prozeßorientierten** Konzeption von Veränderung und der dazu erforderlichen psychotherapeutischen **Beziehungsgestaltung**. → **psychodynamisch-behaviorale Traumatherapie** (MPTT, S. 17). Ferner enthält die MPTT Elemente aus der **imaginativen Psychotherapie**, insbesondere der Psychodynamisch-Imaginativen Trauma-Therapie (PITT) (Trauma-Wege, S. 139). Die MPTT zeichnet sich durch ihre systematische Orientierung an **differentieller/individueller Ätiologie** und **differentieller Pathogenese/Traumatogenese** aus, die über eine rein an nosologischen Störungsbildern orientierte Vorgehensweise hinausgeht, so daß sie eine **kausal wirksame Psychotherapie** mit kausalen Behandlungsstrategien zur Wiederherstellung der seelischen Gesundheit im Sinn einer **ursächlichen Heilung vom Trauma** darstellt (anstelle einer Symptombehandlung und nur symptombezogenen ‚Heilung‘).

Psychotraumatische Störungen bilden eine **ätiologisch homogene** Kategorie, die sich im traumatischen Prozeß in **unterschiedlichen Symptombildern** manifestieren kann (basales Psychotraumatisches Belastungssyndrom, akute Belastungsstörung, diffuse Angststörungen, Phobien, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Depression, Suchtentwicklungen (Versuch der Selbstmedikation), psychovegetative und psychosomatische Symptome, dissoziative Persönlichkeitsstörungen einschließlich Borderline-Persönlichkeitsstörung). Entsprechend der differenzierten Betrachtung dieser vielfältigen Symptombilder (Nosologie) müssen auch die ätiologischen Situationen/traumatischen Situationen differenziert berücksichtigt werden, da Trauma nicht gleich Trauma ist und es daher *die* Psychotherapie *des* Traumas nicht gibt. Die **Syndrome der speziellen Psychotraumatologie** mit speziellen traumatischen Situationen und Verläufen (z.B. Holocaust-Trauma, Trauma durch Folter und Exil, Kindheitstrauma, Trauma durch Vergewaltigung, Trauma durch Gewaltkriminalität, Trauma durch lebensbedrohliche Erkrankung, Trauma durch Arbeitslosigkeit, Trauma durch Mobbing) erfordern einen spezifischen psychotherapeutischen Zugang, der auf 1) die näheren Umstände der traumatischen Erfahrung / die Dynamik der traumatischen Situation, 2) Persönlichkeitsfaktoren und die jeweilige soziale Umwelt sowie 3) den natürlichen Heilungsverlauf von psychischen Traumata individuell zugeschnitten ist. Um diesem **breiten nosologischen und ätiologischen Spektrum** von Psychotraumata gerecht zu werden, ist die MPTT als **mehrdimensionales** Verfahren konzipiert, das in seinen 4 Dimensionen die genannten Variablengruppen der Traumatogenese berücksichtigt sowie zusätzlich den jeweils aktuellen Stand des psychotherapeutischen Verlaufsprozesses. (MPTT, S. 6 f)

Theoretische Grundlage der MPTT ist die Weiterentwicklung des psychoanalytischen Ansatzes zu einer **ökologisch-dialektischen Konzeption** psychotherapeutischer Veränderungen, deren Ausgangspunkt die **selbstproduzierende, -setzende und -überschreitende Tätigkeit des Subjekts** ist, die gezielt unterstützt und von ihren immanenten Hindernissen befreit wird. Gelingende Therapieverläufe lassen wesentlich einen dialektischen und **gestalthaften Ablauf** von **Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion** verzerrter kognitiv-emotionaler Schemata erkennen. Dialektische Psychotherapie zielt auf Einsicht im Sinn einer **kreativen Selbstüberschreitung** (und nicht allein auf Verhaltensänderung) und verbindet zu diesem Ziel **Einsicht und Handeln**. Dementsprechend verbindet die MPTT als dialektische Traumatherapie psychodynamische Konzepte der Veränderung und Beziehungsgestaltung mit verhaltenstherapeutischen Techniken, mit Focus auf das (aktuelle) Trauma. (MPTT, S. 17 f)

Wichtig ist zu berücksichtigen, daß Psychotraumatisierung nur eine mögliche Ursache für psychische Störungen ist und daß in der klinischen Praxis häufig eine Kombination verschiedener Ursachen vorgefunden wird. Es müssen **4 ätiologische Komponenten psychischer Störungen** berücksichtigt werden:

- 1) **Übersozialisation** (psychosozialer Faktor)
- 2) **Untersozialisation** (psychosozialer Faktor)
- 3) **Psychotrauma**
- 4) **angeborene biologische und früh erworbene physiologische Dispositionen** (biopsychologische/psychobiologische Faktoren). (vgl. KÖDOPS, Kap. 2.9.5, S. 168-172)

Da sich diese ätiologischen Komponenten in vielfältiger Weise miteinander verbinden, kann die Kompetenz zu Traumatherapie lediglich eine Ergänzung, eine weiterführende Spezialisierung von Fachpsychotherapie im Sinn einer **spezialisierten psychotraumatologischen Fachpsychotherapie** sein, die dem breiten und schwierigen Anforderungsprofil von TraumapatientInnen angemessen ist. Eine psychotraumatologische Psychotherapie sollte aber in ihren Grundlagen zugleich **Bestandteil der allgemeinen Psychotherapieausbildung** sein, um allen 4 ätiologischen Komponenten psychotherapeutisch angemessen entsprechen zu können. (MPTT, S. 7 f)

2.2 (Planungs-)Dimensionen des Traumageschehens in der MPTT

Die **4 Dimensionen des Traumageschehens**, die bei der differentiellen und individualisierenden Planung und Durchführung der Therapie berücksichtigt und aufeinander abgestimmt werden:

Dimension I: natürlicher Verlaufsprozeß der traumatischen Erfahrung - Zeitdimension
Dimension II: traumatische Situation(-sfaktoren) - Situationsdimension
Dimension III: Persönlichkeit und soziales Umfeld - Personendimension
Dimension IV: therapeutischer Verlaufsprozeß – Therapieverlaufsdimension.

Dimension I - natürlicher Verlaufsprozeß der traumatischen Erfahrung:

Orientierung am bisherigen, natürlichen Traumaverlauf mit den 3 Phasen 1) Schock-/expositorische/peritraumatische Phase, 2) Einwirkungs-/postexpositorische Phase und 3) Erholungsphase bzw. – beim Ausbleiben derselben – traumatischer Prozeß. Entsprechend dieses Verlaufs wird nach den Regeln der 1) Krisenintervention, 2) Akuttherapie und 3) Therapie traumatischer Prozesse vorgegangen. Die Interventionen zielen darauf ab, den natürlichen Verlaufsprozeß in Gang zu halten und die Vollendungstendenz (Tendenz zur Vollendung der traumatisch unterbrochenen Handlung) zu stärken.

Dimension II - traumatische Situation(-sfaktoren):

Ermittlung und Berücksichtigung der genauen Konstellation der traumatischen Situationsfaktoren und der 5 klinischen Paradigmen des traumatischen Einflusses nach OCHBERG (1989): 1) (Selbst-)Verlust, 2) Victimisierung, 3) Angst und Erregung, 4) Todesnähe und 5) negative Intimität.

Dimension III - Persönlichkeit und soziale Umwelt:

Berücksichtigung der protektiven Faktoren und negativen Faktoren im individuellen sozialen Umfeld, traumadynamische Konzepte sowie die entsprechenden persönlichkeits-typischen Erlebniszustände/Stimmungslagen („states of mind“ nach HOROWITZ (1979)), des individuellen Kontrollstils, von Persönlichkeits-Strukturkonzepten, dem Übertragungsangebot, von stabilen verinnerlichten Beziehungen als möglicher Kern des Arbeitsbündnisses, der Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und Spannungstoleranz, von salutogenen Faktoren der Beziehungsgestaltung, des individuellen Bindungstyps gemäß der Bindungstheorie, von traumatischen Einflüssen der Lebensgeschichte und von besonderen Gefährdungen durch Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen sowie Suicidgefährdung.

Dimension IV - therapeutischer Verlaufsprozeß:

Erstellung eines hypothetischen Verlaufsplans der therapeutischen Traumaverarbeitung zu Therapiebeginn, der für die in den 3 anderen Dimensionen genannten Aspekte jeweils optimale Interventionslinien festlegt. Das Dialektische Veränderungsmodell ist die Grundlage für Antworten auf strategische Fragen wie der nach der Verwirklichung der „minimalen Differenz“ zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung im konkreten Fall oder der nach Förderung des Erlebens einer „optimalen Differenz“ zur traumatischen Vorerfahrung. (Lehrbuch, S. 222)

Diese Dimensionen bilden ein **mehrdimensionales Koordinatensystem**, das es erlaubt, die allgemeinen Prinzipien, Strategien und Interventionslinien der MPTT auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen bzw. des PatientInnensystems zuzuschneiden. Dies geschieht, indem – nach der Eingangs- und Traumaverlaufdiagnostik – die Dimensionen anhand der Planungsmatrizen zu einem **individuellen Muster der Therapieführung/hypothetischen Therapieverlaufskonzept** kombiniert werden, das während der Therapie fortlaufend überprüft und optimiert wird. (MPTT, S. 21 ff)

Innerhalb dieser 4 Dimensionen des Traumageschehens werden die **Prinzipien für die Therapieführung** formuliert. Die Prinzipien bezeichnen grundlegende Regeln/Metaregeln der Therapieführung und Beziehungsgestaltung (vgl. MPTT, S. 189), die durch die Formulierung einer Strategie und von Interventionslinien in praktisches Handeln umgesetzt werden. Die **Strategie** entspricht einer psychodynamisch-dialektischen Therapiekonzeption → grundlegende dialektische Strategie für die Interventionen. Die **Interventionslinien** bezeichnen technische Regeln für die Interventionen und sind als typisierte (verbale) Interventionslinien/Instruktionen formuliert, die im Einzelfall auf die Situation und die Person bzw. die interpersonelle Beziehungskonstellation flexibel abgestimmt werden müssen → Standardinterventionslinien. (MPTT, S. 23)

2.3 Primat, Prinzipien, Strategie und Standardinterventionslinien der MPTT

Logischer Aufbau der Prinzipien und Standardinterventionslinien der MPTT:

Die Prinzipien der Therapieführung und Beziehungsgestaltung und die Standardinterventionslinien/Instruktionen für die Interventionen werden in den **Kapiteln 3 bis 6** anhand der skizzierten 4 Dimensionen des Traumageschehens zunächst für die MPTT-Variante **Akutherapie** entwickelt. Im **Kapitel 9** folgt dann die Darstellung der MPTT-Variante **Prozeßtherapie** für mittel- und langfristige Prozesse, wiederum entlang der 4 Dimensionen. Die Kapitel zur Therapieführung (Kap. 3-6, Kap. 9) sind in aufsteigender Folge verfaßt, d.h., die zuerst genannten Prinzipien und Standardinterventionslinien gelten auch für alle späteren Kapitel, soweit sie dort nicht modifiziert oder erweitert werden. (MPTT, S. 24)

Der Primat der therapeutischen Beziehungsgestaltung vor der Technik in der MPTT beruht darauf, daß das psychoanalytische Wissen um die Gestaltung therapeutischer Beziehungen auf der Grundlage von Übertragung und Gegenübertragung in der MPTT den Bezugsrahmen bildet, in den verhaltensbezogene Techniken integriert werden. Vorrang der Beziehung vor der Technik bedeutet in der Traumatherapie, daß **Trauma** nicht als eine isolierte seelische Verletzung aufgefaßt wird, sondern im **Kontext sozialer Beziehungen** gesehen wird. Traumatherapie ist also nicht das ‚Flicken‘ oder gar Verdecken seelischer Wunden. Heilung des Traumas bedeutet vielmehr die Wiederaufnahme und Fortsetzung des traumatisch unterbrochenen lebenslangen Entwicklungsprozesses, für den der behutsame und reflektierte Umgang mit dem psychisch lebenswichtigen Element der intersubjektiven Beziehung die entscheidende Voraussetzung ist. Daher bildet die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung in der MPTT das **praxeologische* Bezugssystem**, das über den Einsatz von psychotherapeutischen Techniken entscheidet. (MPTT, S. 18 f)

* Praxeologie = Wissenschaft vom (rationalen) Handeln, Entscheidungslogik

* **praxeologisch** = entscheidungslogisch ≈ entscheidungsrelevant, handlungsrelevant

Die 20 Prinzipien/grundlegenden Regeln/Metaregeln für die Therapieführung und Beziehungsgestaltung:

Prinzip 1 - Anschluß der Therapie an den natürlichen Traumaverlauf:

Die MPTT schließt sich eng an den natürlichen Verlaufsprozeß des Traumas an, fördert die vorhandene Bewältigungskapazität und arbeitet Hindernissen der natürlichen Vollendungstendenz gezielt entgegen. Der **biphasische Prozeß** der Traumareaktion (Wechsel/Schaukelbewegung zwischen **Intrusionsphasen** (Intrusion/Eindringen von Erinnerungsbildern/Nachhallerinnerungen/Alpträumen und dadurch affektive/emotionale (Reiz-)Überflutung → Wiederholung) und **Numbingphasen** (emotionale Anästhesie → Vermeidung/Verleugnung) wird dadurch in Gang gehalten, daß für die Intrusionsphasen Techniken der Beruhigung, Distanzierung und Dosierung vermittelt werden und die Numbingphasen durch vorsichtige Techniken der Abwehrdeutung verkürzt oder gemildert werden. Die (dialektische) Deutungsstrategie wird zu Therapiebeginn im Rahmen einer basalen verbalen Interventionslinie festgelegt, in die gegebenenfalls auch praktische Übungen integriert werden. (MPTT, S. 28)

Prinzip 2 - Focus der Therapie auf die traumatische Erfahrung:

Die MPTT focussiert auf die (zunächst zurückliegende) traumatische Situation und die traumatische Erfahrung sowie auf den natürlichen Verarbeitungsprozeß. Ein Bezug zur prätraumatischen Lebensgeschichte der KlientInnen oder gar zu früherer Traumatisierung wird nicht durch die TherapeutInnen hergestellt, da solch eine Technik ungewollt die Schuldzuschreibung der KlientInnen an das eigene Selbst verstärken kann („Es ist so gekommen, weil ich schon früher immer ...“). Auf lebensgeschichtliche Vorerfahrungen gehen die TherapeutInnen nur ein, wenn die KlientInnen von sich aus einen Bezug zu ihnen herstellen. Aber auch dann wird dieser Zusammenhang auf die aktuelle traumatische Erfahrung focussiert und dazu genutzt, das **Zentrale Traumatische Situations-Thema** (ZTST, zentrale subjektive Bedeutung der traumatischen Situation / zentraler durch das Trauma erschütterter Lebensentwurf / was die Person zutiefst getroffen und verletzt hat) verständlich zu machen („Weil Sie früher schon einmal so etwas erlebt haben, hatten Sie das Gefühl, es kommt dieses Mal wieder genauso.“). (MPTT, S. 40)

Prinzip 3 - Analyse der traumatischen Situation:

In der MPTT ist die Analyse der traumatischen Situation Bestandteil der Therapie. Dem liegt die Annahme zugrunde, daß Traumaüberlebende ihre persönliche Erfahrung nur vor dem Hintergrund der traumatischen Situation verstehen können, nicht jedoch allein ‚introspektiv‘. Vor allem in der Phase des Durcharbeitens werden gegebenenfalls die Täterstrategien aufgedeckt und besprochen (Scriptanalyse). Da mehrere Situationsfaktoren/traumatische Faktoren der Situation/klinische Paradigmen bei einem Überlebenden / in einer traumatischen Situation zusammentreffen können, gehört die Analyse und Zusammenstellung der Situationsfaktoren zum Therapieplan und dient als **heuristisches Schema** für das Verständnis von traumatischer Reaktion und traumatischem Prozeß. In der idealen Therapie können alle Situationsfaktoren durchgearbeitet werden. (MPTT, S. 46)

Prinzip 4 - Dynamik der Symptombildung beim Trauma:

Die MPTT versteht Symptome u.a. als Kontrollversuch im Rahmen eines minimalen kontrollierten Handlungs- oder Ausdrucksfeldes (Feld der Symptombildung, in dem die wichtigsten Elemente der traumatischen Situation an einer minimalen, kontrollierbar gestaltbaren Szenerie abgehandelt werden; Erschütterung des pragmatischen Realitätsprinzips → Handlungsfelder, Erschütterung des kommunikativen Realitätsprinzips → Ausdrucksfelder) und von daher als sinnvolle Notfallreaktion und Selbststrettingsversuch der Persönlichkeit im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten. Die Therapie ist daher nicht primär auf Symptombeseitigung gerichtet, sondern auf **Erweiterung des kontrollierbaren Ausdrucks- oder Handlungsfeldes (Ich-Erweiterung)**. Soweit dies gelingt, werden die **Symptome dialektisch „aufgehoben“**. (MPTT, S. 49)

(Die Dialektik begreift **Entwicklungsprozesse** aus Gegensätzen heraus, die im Verlauf der Entwicklung „aufgehoben“ werden. **3 Aspekte** der dialektischen **Aufhebung von Gegensätzen** in Entwicklungsprozessen: 1) **Auflösen** des Gegensatzes (lat. tollere bzw. eliminare), 2) **Aufbewahren** des Gegensatzes (lat. conservare) und 3) **Überschreiten** bzw. **Emporheben** des Gegensatzes auf eine Metaebene (lat. elevare) (vgl. Lehrbuch, S. 341). → Traumaverarbeitungsprozeß: 1) Auflösung des Traumas, so daß es das Leben nicht mehr weiter bestimmt; 2) Aufbewahrung des Traumas im Gedächtnis, so daß man aus der traumatischen Erfahrung lernen und für das weitere Leben Konsequenzen ziehen kann; 3) Emporhebung des Traumas auf eine höhere Ebene, so daß es überschritten werden kann und bisher miteinander unvereinbare Gegensätze verbunden werden können („Das Trauma hat mein Leben bedroht“ – „Ich will leben“ → „Ich habe überlebt, lebe wieder mein eigenes Leben und fühle mich lebendig“ → **Umkehr im Denken**: Die Bedrohung liegt in der Vergangenheit, wurde überlebt und vermittelt gerade durch das Überlebthaben ein neues Gefühl von Sicherheit, Abweichungen vom normalen Leben auch in Zukunft überleben zu können (vgl. Trauma-Wege, S. 107 ff).

Prinzip 5 - Trauma und Persönlichkeitsstil:

Der prätraumatische Persönlichkeitsstil stellt eine **Moderatorvariable** dar, die in der Therapieplanung und therapeutischen Technik berücksichtigt werden muß. (MPTT, S. 62)

Prinzip 6 - Hypothetisches Modell der therapeutischen Traumaverarbeitung:

Die MPTT orientiert sich an einem **dreiphasigen Verlaufsmodell** der therapeutischen Traumaverarbeitung mit Anfangs-, Mittel- und Endphase. Die **Anfangsphase** ist gekennzeichnet durch Erzählen und Anhören der traumatischen Erfahrung und dient dem Aufbau bzw. der Festigung des Arbeitsbündnisses. Die **Mittelphase** zielt ab auf Erweiterung des kontrollierbaren Ausdrucks- und Handlungsfeldes und kann von diesem konstruktiven Schritt aus zu einer vertieften Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung genutzt werden. Der Übergang von der Mittel- zur Endphase ist durch einen Konstruktionsschritt im Sinn des Dialektischen Veränderungsmodells gekennzeichnet, der es erlaubt, die traumatische Erfahrung in den Kontext der Lebensgeschichte zu integrieren. Diese Konstruktion kann sehr unterschiedliche Formen annehmen. Die **Abschlußphase** dient der Trennungsarbeit, dem Abschied und der Planung der nachtherapeutischen Phase einschließlich Katamnese sowie Überlegungen zu möglicher weiterer Behandlung. (MPTT, S. 69)

Prinzip 7 - Phänomenologische Zentrierung auf die PatientInnen:

Das Vorgehen der MPTT ist patientenzentriert, d.h. dialogisch auf die Begriffe, Metaphern und die Lebenswelt der PatientInnen bezogen. Das Trauma soll phänomenologisch, d.h. aus der **Sicht der Betroffenen** verstanden und therapeutisch behandelt werden (vgl. MPTT, S. 19). (→ **empathische Dezentrierung** der TherapeutInnen von sich weg auf die PatientInnen, vgl. PIAGET; Abstinenz (= sich egozentrischer Interventionen enthalten) ≠ Neutralität, ≠ Egozentrierung/Narzißmus der TherapeutInnen!; **engagierte Abstinenz/solidarische Abstinenz**, evtl. **parteiliche Abstinenz** vgl. Lehrbuch, S. 187, S. 191). Um die kreative konstruktive Leistung der PatientInnen nicht zu behindern, bringen die TherapeutInnen möglichst wenig eigene Metaphern und Bilder ein, beteiligen sich aber, wie in einer „Fortsetzungszeichnung“ (WINNICOTT) an der gemeinsamen Entwicklung von Konzepten und Metaphern (→ TherapeutInnen nehmen sich selbst zurück). (MPTT, S. 71)

Prinzip 8 - Arbeiten in der optimalen Differenz von Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung:

In der MPTT wird davon ausgegangen, daß eine für therapeutische Veränderungen optimale Situation entsteht, wenn sich das aktualisierte Übertragungsschema der PatientInnen und das therapeutische Arbeitsbündnis **optimal annähern** und zugleich **in einem zentralen Punkt** voneinander **unterscheiden**. (MPTT, S. 108)

Prinzip 9 - Verständnis von und Umgang mit Übertragungsphänomenen:

Übertragungsphänomene werden in der MPTT als Versuch der PatientInnen verstanden, die durch die traumatische Erfahrung abgebrochene **soziale Bindung wieder aufzubauen**, z.B. wieder Vertrauen in andere Menschen zu gewinnen. Übertragungstests dienen der Prüfung, ob die TherapeutInnen dieses Vertrauen verdienen, ob sie z.B. fähig sind, Mißtrauen auszuhalten. Die Übertragungsphänomene werden normalerweise nur dann gedeutet, wenn sie dem Aufbau des Arbeitsbündnisses direkt entgegenwirken (siehe Standardinterventionslinie 4). Ansonsten nutzen die TherapeutInnen ihr Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung dazu, vor allem solche **Erinnerungen** an die traumatische Situation zu verstehen, die die PatientInnen ihnen nicht verbal, sondern nur **enaktiv*** und **ikonisch****, also auf der Ebene von **Erinnerungsfragmenten** und **Übertragungsinszenierungen**, mitteilen können. (MPTT, S. 110)

* **enaktiv** = auf ausgeführten Handlungsmustern beruhende Handlungsschemata

** **ikonisch** = bildhaft/anschaulich erlebte räumliche Schemata

(symbolisch = von der Reizgrundlage unabhängige Schemata)

(Sequenz enaktiv – ikonisch – symbolisch in der Repräsentation der Welt nach BRUNER

(1956, 1966) im Anschluß an PIAGET (1945), vgl. DORSCH, 1998¹³, S. 388)

Prinzip 10 - Begleitung von dekonstruktiven und konstruktiven Phasen:

Die MPTT achtet bei der Begleitung von dekonstruktiven und konstruktiven Phasen vor allem auf das **Zusammenspiel** von **enaktiver**, **ikonischer** und **lexikalischer Ebene** und auf der neurologischen Ebene auf die Zusammenarbeit von **rechter** und **linker Hirnhemisphäre**. Entsprechend der modifizierten Regel zur freien Assoziation in der MPTT (siehe Standardinterventionslinie 6) greifen die TherapeutInnen im Umkreis der Konstruktionsphasen vor allem Bildvorstellungen auf und erleichtern es den PatientInnen, sich imaginativ einer Bildfolge zu überlassen und sich an Bildern (ikonisch), Handlungssegmenten (enaktiv) und Metaphern (lexikalisch) zu orientieren. (MPTT, S. 113)

Prinzip 11 - Beziehungskonflikt vor Traumabearbeitung:

Bei **Beziehungstraumatisierung** bzw. **Beteiligung zentraler Beziehungsschemata** an der traumatischen Erfahrung hat die therapeutische Aufarbeitung eines konflikthaften Beziehungsschemas Vorrang vor der Traumabearbeitung. (MPTT, S. 139)

Prinzip 12 - Meta-therapeutische Haltung gegenüber der biphasischen Traumareaktion:

Die TherapeutInnen beziehen gegenüber der Wiederholungstendenz (Intrusionsphasen) wie auch der Vermeidungstendenz (Numbingphasen) eine Meta-Position, wobei sie an der **Differenzierung der Abwehr**, am traumakompensatorischen Schema arbeiten und dessen progressive Tendenzen fördern. (MPTT, S. 143)

Prinzip 13 - Reflektierter variabler Umgang mit der therapeutischen Helferrolle:

Die TherapeutInnen können sich sowohl mütterlich- bzw. väterlich-beschützend als auch teilnehmend-begleitend verhalten. Diese Variationsbreite des therapeutischen Verhaltens kann aber nur verwirklicht werden, wenn die TherapeutInnen eigene Bedürfnisse, als HelferInnen gebraucht zu werden („Ich bin davon abhängig, daß du PatientIn dich von mir abhängig fühlst“), reflektieren und relativieren können. (MPTT, S. 149)

Prinzip 14 - Einsatz streßmildernder Übungen mit Ausgang von der Peripherie:

Die Typ-B-Therapie schreitet von der Peripherie zum Zentrum der traumatischen Erfahrung vor, von alltäglichen Streß- und Belastungssituationen hin zur zentralen traumatischen Erfahrung. Dies erfordert eine **aktive Focussierung** und Begrenzung auf **präzise umschriebene Alltagsprobleme** sowie das **Durchbrechen von ‚Teufelskreisen‘**, die sich aus der Interaktion von Alltagsproblemen mit „Abkömmlingen“ der traumatischen Erfahrung bilden. Günstige Erfahrungen an der Peripherie können die Motivation zu einer kausalen Therapie fördern, einer zweiten Phase der Therapie, deren Arbeitsbedingungen dann besprochen und vertraglich vereinbart werden. (MPTT, S. 157)

Prinzip 15 - Offenbarung traumatischer Erfahrungen zur rechten Zeit:

Bei PatientInnen der Typ-C- und Typ-D-Therapie sollte darauf geachtet werden, daß sie nicht vorzeitig in die Offenbarung (coming out) traumatischer Erfahrungen in einer ambivalenten Umwelt oder in die Konfrontation mit traumatogenen Beziehungspersonen hineingeraten. Erst wenn mehrere Konstruktions-Rekonstruktionszyklen in den zentralen Traumabereichen durchlaufen und **neue Strukturen gefestigt** sind, kann eine Konfrontation hilfreich sein. (MPTT, S. 168)

Prinzip 16 - Therapeutischer Umgang mit der Opferrolle durch Negation der Beziehungspole:

Bei negativer Übertragung aufgespaltener Beziehungspolaritäten verwirklichen die TherapeutInnen eine Haltung, die **beide Beziehungspole negiert**. So unterbrechen sie die (im allgemeinen) bipolare Reproduktion des Traumaschemas. In gleicher Weise gehen sie auch mit Übertragungsschemata um, in denen sie jene Operrolle zugewiesen bekommen, unter der die PatientInnen lebensgeschichtlich zu leiden hatten. Bei Inszenierung dieser Konflikt- bzw. Traumathemen muß besonders auf die **Stabilität des therapeutischen Rahmens** geachtet werden, da nur auf diesem Hintergrund die Victimisierungsdynamik wirksam überwunden werden kann. (MPTT, S. 174)

Prinzip 17 - Konstruktionslogik beim traumatischen Prozeß:

In der Typ-C-Therapie richtet sich eine Heuristik des Therapieverlaufs nicht nach der chronologischen/lebensgeschichtlichen Abfolge traumatischer Situationen, sondern folgt einer Konstruktionslogik, die sich aus den wichtigsten, bislang **unterdrückten Entwicklungsbedürfnissen** ergibt sowie aus den **Transformationsstufen der traumabedingten Konfliktpolarität** entsprechend den 3 KÖDOPS-Formaten „Transformationsbogen“ 1, 2 und 3 (vgl. KÖDOPS-Materialband, S. 89, 103, 104). (MPTT, S. 175)

Prinzip 18 - Vereinheitlichende Arbeit an der Konfiguration der Erlebniszustände:

Im Mittelpunkt der Typ-D-Therapie steht die Arbeit mit Erlebniszuständen (states) und dem Traumascript, unabhängig davon, ob sich die Erlebniszustände zu besonderen Teilcharakteren verselbständigt haben oder nicht. Primäres Ziel der Intervention ist die **Vereinheitlichung der dissoziierten Erlebniszustände** durch **Verbindung mit dem zentralen koordinierenden Ich-Selbst-System**. Die Vereinheitlichung wird entsprechend der basalen dialektischen Strategie (siehe MPTT, S. 33) dadurch gefördert, daß zunächst die Unterschiede zwischen den verschiedenen inneren „Gestalten“ betont und ihre Position im inneren Dialog herausgearbeitet wird. (MPTT, S. 179)

Prinzip 19 - Grenzen der Kombination von technischen MPTT-Modulen:

Wenn sich Widersprüche zwischen den grundlegenden MPTT-Prinzipien und einzelnen technischen MPTT-Modulen (z.B. Therapiephasen) ergeben, dann haben die Prinzipien und der Primat der Beziehungsgestaltung vor der Technik (vgl. MPTT, S. 18 ff) Vorrang vor Modulen und Übungselementen. (vgl. MPTT, S. 189)

Prinzip 20 - Verhältnis von Trainingselementen und offenem therapeutischen Prozeß:
Soviel Übung und Unterstützung wie nötig, soviel offener therapeutischer Prozeß wie möglich. (MPTT, S. 201)

Die grundlegende/basale dialektische Strategie für die Interventionen - Stärkung und Differenzierung des traumakompensatorischen Schemas:

Die spontanen traumakompensatorischen Ansätze der Persönlichkeit, insbesondere ihr subjektives Heilungs- und Präventionskonzept, werden **positiv aufgegriffen**, um das traumakompensatorische Schema zu stärken und zu differenzieren. Durch die Interventionen werden gemäß dieser Strategie die traumakompensatorischen **Ziele** der Selbstschutz- und Selbstheilungsmaßnahmen der PatientInnen bestätigt, jedoch nicht oder nicht immer die konkreten Mittel, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen.

→ Stärkung/Bejahung/Anerkennung des traumakompensatorischen Schemas in seiner Bedeutung/seinem Sinn → Differenzierung → In-Fragestellung/Überprüfung → Erweiterung → Heilung. (MPTT, S. 33)

Verbindung von MPTT und kognitiver Verhaltenstherapie:

Das Desillusionierungsschema ist eine Ausweitung des Traumaschemas; in ihm wird die für die traumatische Erfahrung zentrale Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses generalisiert zu **negativen Überzeugungen/Kognitionen** über die **Umwelt** oder über die **eigene Person** oder über beide Pole zugleich (MPTT, S. 56). In der kognitiven Verhaltenstherapie wird von „automatischen negativen Gedanken“ (z.B. von depressiven Menschen) über die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft im Sinn der kognitiven Triade nach BECK gesprochen, denen dysfunktionale kognitiv-affektive Schemata zugrunde liegen, die zu einer verzerrten Wahrnehmung der Realität und fehlerhaften Informationsverarbeitung führen.

Die dissoziierte bipolare Struktur, wie sie für traumatisierte Schemata kennzeichnend ist, drückt sich in Entweder-Oder-Formulierungen der „ontologischen Überzeugungen“ aus, z.B. „Ich kann entweder allen Menschen trauen oder überhaupt niemandem.“. Mit der Akkomodation des Traumaschemas durch die allmähliche realistische Assimilation der traumatischen Erfahrung und Differenzierung des Traumaschemas relativieren sich auch die Folgen des Desillusionierungsschemas; sie sollten jedoch therapeutisch besonders beachtet werden (MPTT, S. 56).

Die kognitive Verhaltenstherapie sieht die negativen Kognitionen/verzerrten Grundannahmen aufgrund von dysfunktionalen kognitiv-affektiven Schemata nach BECK als „**irrationale Überzeugungen**“ an und versucht, sie ‚wegzutrainieren‘. FISCHER betont, daß es dagegen wichtig ist, die negativen Kognitionen / ontologischen Überzeugungen des Desillusionierungsschemas dialektisch zu verstehen als **verständliche und sinnvolle** (≠ irrationale) **Anpassungsbemühungen an existentiell prägende Bedingungen** und zugleich (mißglückter) **Versuch, diese Bedingungen zu „überschreiten“** (SARTRE) → schiefe Synthese in Symptombildung. Sie dürfen nicht einfach wegtrainiert werden, da sonst der Bruch zwischen dem inneren Kind und der Erwachsenenpersönlichkeit noch vertieft werden könnte. Stattdessen **soll sich die Therapie an die vorhandenen Kontrolloperationen** (Selbstschutz- und Selbstheilungsmaßnahmen) **der Persönlichkeit anschließen**, um die zugrundeliegenden Schemata (traumakompensatorisches Schema, Desillusionierungsschema) weiterentwickeln und differenzieren zu können → dialektische Strategie der MPTT: Stärkung und Differenzierung des traumakompensatorischen Schemas. (KÖDOPS, S. 140 f)

Die 11 (verbalen) Standardinterventionslinien für die Interventionen:

Standardinterventionslinie 1 - Strukturierung traumatischer Erlebnismuster:

„Es ist ganz normal, daß Sie sich erschrecken, wenn diese Bilder und Empfindungen auftauchen. Es handelt sich um Eindrücke aus dem traumatischen Erlebnis, die viele Betroffene zunächst nur unklar erinnern können. Wenn der Zusammenhang der realen Vorgänge mit Ihrem Erleben des Traumas deutlicher wird, verlieren diese Bilder ihren Schrecken. Wir könnten gemeinsam überlegen, woran die Bilder vielleicht erinnern, was sie zum Ausdruck bringen.“

→ **inhaltliche Benennung** des Zusammenhangs zwischen den Erinnerungen (Bilder, Geräusche, Gerüche, Körperempfindungen) und den Erlebnissen in der traumatischen

Situation in den **Intrusionsphasen: Benennen der Inhalte** der intrusiven/eindringenden Erinnerungen; dies wirkt strukturierend und beruhigend (Beruhigungstechnik, vgl. MPTT, S. 28, Prinzip 1). (Achtung: In den Numbingphasen dagegen soll nur formal ein Zusammenhang aufgezeigt werden!) (MPTT, S. 31)

Standardinterventionslinie 2 - Stärkung der Kompensation durch Vergessen und Distanzierung:

„Sie bemühen sich, das schreckliche Erlebnis zu vergessen und sich von Erinnerungen abzulenken. Das ist eine wichtige Fähigkeit, die Ihnen bei der Bewältigung des Traumas sehr nützen wird. Manchmal fällt Ihnen das jedoch sehr schwer oder mißlingt auch. Dann helfen Sie mit Tabletten oder Alkohol nach. Wir wollen zusammen überlegen, was Sie tun können, um diese wichtige Fähigkeit, die Sie haben, noch weiter zu stärken.“

Dialektisches Resultat dieser Intervention/Aufforderung zur Verstärkung des Vergessens und Distanzierens (vgl. basale dialektische Strategie: Stärkung/Bejahung/Anerkennung des traumakompensatorischen Schemas in seiner Bedeutung/seinem Sinn → Differenzierung → In-Fragestellung/ Überprüfung → Erweiterung → Heilung): **Erinnern**. Denn wirklich konsequentes Verdrängen und Vergessen bedeutet Er-innern. Nur wer er-innern (~ integrieren) kann, kann wirklich vergessen. Was nicht er-innert werden kann, kann nicht wirklich vergessen werden. (MPTT, S. 35)

Standardinterventionslinie 3 - Reduzieren exzessiver Kontrollen durch vorsichtige Deutung von Abwehr und kontraproduktiven Verhaltensweisen:

„Es ist eine wichtige Leistung, die Gefühle so abschalten zu können und sich so unempfindlich zu machen, wie Sie das in Ihrem jetzigen Erlebniszustand (state) xy (konkret benennen, z.B. im „Alles ist egal-Zustand“) tun. Sie haben inzwischen aber auch gemerkt, daß Sie ihre Erinnerungen eingrenzen und sich beruhigen können. Daher ist es jetzt vielleicht nicht mehr so notwendig, Ihre Gefühle völlig abzuschalten. Vielleicht können wir gerade diesen unempfindlichen Zustand nutzen, um noch besser zu verstehen, wie die Ereignisse abgelaufen sind und was sie für Sie bedeutet haben. Sie wissen ja, wir können jederzeit unterbrechen, wenn Sie sich beunruhigt fühlen.“

→ Eine der Techniken, um ein Festfahren in den Numbingphasen zu verhindern. Sie dürfen aber erst eingesetzt werden, wenn eine **seelische Stabilisierung**/ein inneres Gleichgewicht der PatientInnen durch Stärkung der traumakompensatorischen Funktionen gemäß der basalen dialektischen Strategie erreicht ist! (MPTT, S. 38)

Standardinterventionslinie 4 - Umgang mit negativer Übertragung:

„Wer das erleben mußte, was Sie erlebt haben, dem fällt es selbstverständlich nicht leicht, wieder Vertrauen zu anderen Menschen zu fassen; der fühlt sich zunächst allein und denkt, daß nur jemand, der genau das Gleiche erlebt hat wie er selbst, sich in eine solche Lage hineinversetzen kann.“

→ Auflösung der negativen Übertragung dadurch, daß ihre Komponenten aus der traumatischen Erfahrung heraus verständlich gemacht werden; darüber Stärkung der Unterscheidungsfähigkeit der PatientInnen zwischen dem „Hier und Jetzt“ und dem „Dort und Damals“ und Befreiung des Arbeitsbündnisses von Verzerrungen und Belastungen, so daß es stabil genug für die Arbeit in der „optimalen Differenz“ (siehe Prinzip 8) wird. Damit wird das Ziel verfolgt, die therapeutische Beziehungsgestaltung unmittelbar an den natürlichen Trauma-Verarbeitungsprozeß der PatientInnen anzuschließen. (MPTT, S. 40)

Standardinterventionslinie 5 - Umgang mit Tendenzen zum Therapieabbruch in der Anfangsphase der Therapie:

„Es ist völlig verständlich, daß Sie, wie viele andere Traumabetroffene (konkret benennen, z.B. Kriminalitätsoffer, Unfallopfer) den Vorfall so schnell wie möglich vergessen wollen. Dies mißlingt aber oft, so daß die Erinnerung wiederkehrt, z.B. in Alpträumen und bedrohlichen Bildern. Wir wollen in der Therapie erreichen, daß Sie wirksamer, daß Sie wirklich vergessen können.“ Auf die Frage der KlientInnen, ob sie sich an alles erinnern bzw. über alles sprechen müßten, antworten die TherapeutInnen im Sinn der modifizierten Grundregel der freien Assoziation (siehe Standardinterventionslinie 6): *„Es ist nicht erforderlich, daß Sie an alle Einzelheiten denken oder über alles mit mir sprechen. Für uns ist wichtig, was das Erlebnis heute für Sie bedeutet und wie es sich heute auf Sie auswirkt.“*

→ Milderung der Angst vor der Erinnerung, die von vielen PatientInnen – möglicherweise schon aufgrund der Traumaphysiologie - mit Wiederholung des Traumas gleichgesetzt wird. Erst wenn die traumakompensatorischen Mechanismen differenziert worden sind und Konstruktionsprozesse möglich werden, kann die traumatische Erfahrung wirklich erinnert und durchgearbeitet – rekonstruiert – werden. Diese (Mittel-)Phase der Therapie ist für die PatientInnen aber zu Beginn der Therapie noch unvorstellbar und mobilisiert überflutende Ängste. Nach der Stabilisierungsphase muß eine mögliche Wiederannäherung an das Trauma zwischen TherapeutInnen und PatientInnen erneut diskutiert werden; beide Seiten können zu der alternativen Entscheidung der „Versiegelung“ des Traumas kommen.
(MPTT, S. 104)

Standardinterventionslinie 6 - Modifizierte Regel der freien Assoziation:

„Erinnerungen können sich gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen auswirken: in Körperempfindungen, Körperspannungen, Handlungsimpulsen, Bildern, in Gedanken, die einem spontan durch den Kopf gehen, und natürlich in Worten und Sätzen. Es ist wichtig, daß Sie auf all diese Bereiche achten. Sie können mir Ihre Beobachtungen jederzeit mitteilen. Mit einem anderen Menschen über persönliche Erinnerungen, Empfindungen, Gedanken und Wahrnehmungen zu sprechen, kann sehr erleichternd sein. Sie sind aber selbstverständlich nicht dazu verpflichtet, mit mir über alles zu sprechen, sondern können entscheiden, ob Sie manche Beobachtungen nur für sich behalten wollen.“

Zusatz: *„Anfangs kann es jedoch schwierig und sogar bedenklich sein, sich dem Fluß innerer Bilder zu sehr zu überlassen, da sich beunruhigende Vorstellungen aufdrängen können, die an das Trauma erinnern. Bitte unterbrechen Sie dann sofort diesen Bilderfluß durch (die individuelle Kontrolltechnik konkret benennen, z.B. Stop-Technik, Bildschirmtechnik).“*

Die Instruktion wird dadurch unterstützt und in ihrer Wirkung gefördert, indem die TherapeutInnen in den Anfangssitzungen häufiger wiederholen: *„Bitte achten Sie auf Körperempfindungen, spontane Bilder oder Gedanken.“*

(Auf den traditionellen Zusatz der klassischen Grundregel der freien Assoziation, alles zu sagen, was den PatientInnen durch den Kopf geht, wird dagegen verzichtet, weil dies für Traumabetroffene extrem beängstigend und unproduktiv wäre! Da viele PatientInnen aber von sich aus davon ausgehen, über alles sprechen zu müssen, um geheilt zu werden, wird als entängstigende Gegenmaßnahme die Standardinterventionslinie 5 verwendet.)

(MPTT, S. 105)

Standardinterventionslinie 7 - Vorbereitung auf das Therapiesitzungsende:

Zur Vorbereitung des Sitzungsendes sollen die TherapeutInnen etwa 10 Minuten vor Abschluß gemeinsam mit den PatientInnen eine einfache Entspannungsübung durchführen. *„Wir setzen uns möglichst entspannt hin, die Arme ruhen auf der Unterlage, die Beine fest auf dem Boden. Bitte achten Sie darauf, ob Sie sich jetzt noch angespannt fühlen. Wenn das der Fall ist, sollten wir die letzten Minuten darüber sprechen, was Sie jetzt aktuell beunruhigt.“* Zum Schluß wird die Entspannungsübung wiederholt.

→ Bei Traumabetroffenen muß besondere Rücksicht auf das Sitzungsende genommen werden! (MPTT, S. 117)

Standardinterventionslinie 8 - Umgang mit der Angst vor einer Wiederholung der traumatischen Erfahrung:

Haben im traumatischen Prozeß intrusive Wiederholungserlebnisse stattgefunden, bei denen die Unterscheidung von Gegenwart und Vergangenheit verlorengegangen, so sollte den PatientInnen zunächst der Unterschied zwischen Erinnerung und Wiederholung verdeutlicht werden sowie die (traumaphysiologischen) Gründe, die diese Unterscheidung erschweren. Zudem kann es hilfreich sein, auf positive Ergebnisse auch in Therapien hinzuweisen, in denen nicht erinnert wurde oder erinnert werden konnte. Ziel dieser Interventionslinie ist es, die PatientInnen vom Druck und der Angst zu befreien, die traumatische Situation erneut ‚durchleben‘ zu müssen.

→ Milderung von Ängsten gegenüber der Therapie durch Aufhebung des Syllogismus’ „Therapie = Wiederannäherung = Wiederholung“, der den Anschluß an den natürlichen Traumaverarbeitungsprozeß verstellt. (MPTT, S. 144)

Standardinterventionslinie 9 - Lösungsorientierte Arbeit an der Persönlichkeitsstruktur:

Im Zentrum der Arbeit an den Persönlichkeitsaspekten steht die Stärkung des traumakompensatorischen Systems (siehe basale dialektische Strategie). Seine dysfunktionalen Anteile werden durch Deutung und Analyse der traumatischen Situation (siehe Prinzip 3) in Frage gestellt und können so überprüft und korrigiert werden; negative Zirkel/dysfunktionale Rückkopplungskreise/„Teufelskreise“ werden – vor allem in Prozeßtherapien – unterbrochen. Gleichzeitig wird lösungsorientiert daran gearbeitet, die progressiven, entwicklungsorientierten Anteile zu stärken. (MPTT, S. 146)

Standardinterventionslinie 10 - Förderung der Gestaltbildung:

„Die Erfahrung war so zerstörerisch und verwirrend, daß sich diese Zerrissenheit wie nach einer Explosion auf Sie übertragen hat. Wir könnten zusammen versuchen, die einzelnen Teile wiederzufinden und Ihr Erleben bestimmten Aspekten der Situation zuzuordnen, wie bei einem Puzzle.“

→ Milderung von Kränkungen aufgrund der dissoziierten Zustände und damit evtl. verbundenen Erinnerungslücken durch **Aufhebung der Dissoziation**/Fragmentierung/Zerrissenheit, indem dissoziative Erlebnisse, einzelne Symptome und „Anspielungen“ auf das Trauma in der Übertragung hypothetisch **auf Elemente der traumatischen Situation zurückbezogen** werden. (→ Die PatientInnen können wieder „ganz“ werden, sich wieder „neu zusammensetzen“, vgl. Trauma-Wege, S. 106). (MPTT, S. 160)

Standardinterventionslinie 11 - Selbstmitteilungen der TherapeutInnen:

Selbstmitteilungen sind in der Traumatherapie grundsätzlich hilfreich, da sie zu der wünschenswerten **Offenheit** und **Transparenz** der Beziehung beitragen können. Sie sollten sich primär auf die Mitteilung von **Beziehungserlebnissen** richten, die die TherapeutInnen aus ihrer Sicht, manchmal auch stellvertretend für den Patienten, formulieren können. Vermeiden sollten TherapeutInnen rein private Selbstaussagen, die aus dem Bereich der **Eigenübertragung*** stammen. Diese können die PatientInnen verwirren und beunruhigen. (Oder auch verärgern, sofern sie als eine Relativierung des eigenen Leids erlebt werden?!) (MPTT, S. 172)

* **Eigenübertragung** der TherapeutInnen in der Traumatherapie: In Tendenzen der Eigenübertragung inszenieren die TherapeutInnen ihre abgespaltenen Beziehungsschemata, evtl. vor dem Hintergrund eigener traumatischer Erfahrungen. Aufarbeitung der persönlichen Traumen und hinreichende Selbsterfahrung müssen daher in der Ausbildung künftiger (Trauma-)TherapeutInnen gesichert sein. (Lehrbuch, S. 353)

Einordnung der Prinzipien, der Strategie und der Standardinterventionslinien in die Gliederung des Buches:

Kap. 1: Definitionen und theoretische Grundlagen
Primat der therapeutischen Beziehungsgestaltung vor der Technik

Kap. 2: Planungsdimensionen und Manualhandhabung

Kap. 3: Dimension I - natürlicher Verlaufsprozeß der traumatischen Erfahrung

Prinzip 1: Anschluß der Therapie an den natürlichen Traumaverlauf

Standardinterventionslinie 1: Strukturierung traumatischer Erlebnismuster

Dialektische Strategie: Stärkung und Differenzierung des traumakompensatorischen Schemas

Standardinterventionslinie 2: Stärkung der Kompensation durch Vergessen und Distanzierung

Standardinterventionslinie 3: Reduzieren exzessiver Kontrollen durch vorsichtige Deutung von Abwehr und kontraproduktiven Verhaltensweisen

Standardinterventionslinie 4: Umgang mit negativer Übertragung

Prinzip 2: Focus der Therapie auf die traumatische Erfahrung

Kap. 4: Dimension II - traumatische Situation(-sfaktoren)

Prinzip 3: Analyse der traumatischen Situation

Kap. 5: Dimension III - Persönlichkeit und soziale Umwelt

Prinzip 4: Dynamik der Symptombildung beim Trauma

Prinzip 5: Trauma und Persönlichkeitsstil

Kap. 6: Dimension IV - therapeutischer Verlaufsprozeß

Prinzip 6: Hypothetisches Modell der therapeutischen Traumaverarbeitung

Prinzip 7: Phänomenologische Zentrierung auf die PatientInnen

Standardinterventionslinie 5: Umgang mit Tendenzen zum Therapieabbruch in der Anfangsphase der Therapie

Standardinterventionslinie 6: Modifizierte Regel der freien Assoziation

Prinzip 8: Arbeiten in der optimalen Differenz von Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung

Prinzip 9: Verständnis von und Umgang mit Übertragungsphänomenen

Prinzip 10: Begleitung von dekonstruktiven und konstruktiven Phasen

Standardinterventionslinie 7: Vorbereitung auf das Therapiesitzungsende

Kap. 7: Modifikationen der MPTT: Betreuung und Beratung

Kap. 8: Diagnostische Voruntersuchung und Therapieplanung

Kap. 9: Psychotherapie des traumatischen Prozesses

Prinzip 11: Beziehungskonflikt vor Traumabearbeitung

Prinzip 12: Meta-therapeutische Haltung gegenüber der biphasischen Traumareaktion

Standardinterventionslinie 8: Umgang mit der Angst vor einer Wiederholung der traumatischen Erfahrung

Standardinterventionslinie 9: Lösungsorientierte Arbeit an der Persönlichkeitsstruktur

Prinzip 13: Reflektierter variabler Umgang mit der therapeutischen Helferrolle

Prinzip 14: Einsatz streßmildernder Übungen mit Ausgang von der Peripherie

Standardinterventionslinie 10: Förderung der Gestaltbildung

Prinzip 15: Offenbarung traumatischer Erfahrungen zur rechten Zeit

Standardinterventionslinie 11: Selbstmitteilungen der TherapeutInnen

Prinzip 16: Therapeutischer Umgang mit der Opferrolle durch Negation der Beziehungspole

Prinzip 17: Konstruktionslogik beim traumatischen Prozeß

Prinzip 18: Vereinheitlichende Arbeit an der Konfiguration der Erlebniszustände

Kap. 10: Qualitätssicherung und Forschung

Prinzip 19: Grenzen der Kombination von technischen MPTT-Modulen

Prinzip 20: Verhältnis von Trainingselementen und offenem therapeutischen Prozeß

→ MPTT-Variante Akuttherapie (Form der Traumatherapie = spezialisierte Fachpsychotherapie): Kap. 3-6

→ MPTT-Variante Prozeßtherapie (Form der Traumatherapie = spezialisierte Fachpsychotherapie): Kap. 9

→ MPTT-Modifikation Betreuung: Kap. 7.1

→ MPTT-Modifikation Beratung (Traumaberatung = spezialisierte Fachberatung): Kap. 7.2 (vgl. MPTT, S. 24)

2.4 Bearbeitungsschritte der MPTT-Therapieplanung

1. Diagnose der traumadynamischen Strukturen;
2. Visualisierung der Traumadynamik;
3. Ermittlung der basalen Interventionslinie/Leitlinie der Therapie*;
4. Bearbeitung der Planungsdimension IV - therapeutischer Verlaufsprozeß**;
5. Bearbeitung der Planungsdimensionen I - natürlicher Verlaufsprozeß der traumatischen Erfahrung, II - traumatische Situationsfaktoren und III - Persönlichkeit und soziales Umfeld.

* **basale Interventionslinie:** Es geht hier darum, auf der Grundlage des ermittelten traumakompensatorischen Schemas der PatientInnen ein Einstiegskonzept in die Therapie zu formulieren. Diese **therapeutische Leitlinie** wird nach jeder weiteren Therapiestunde bzw. nach geeigneten Therapieabschnitten weiterentwickelt bzw. modifiziert.

** Die Planungsdimension IV - therapeutischer Verlaufsprozeß muß vor den übrigen Dimensionen bearbeitet werden, damit zunächst eine **Vision der Therapie** entsteht. Diese Therapievision läßt sich mit den planungsrelevanten Inhalten der übrigen Dimensionen vernetzen, da das Schema der Therapieplanung - die Therapieverlaufsdimension - jeweils in der Kopfzeile der übrigen Dimensionen wiederkehrt.

Die Planungsmatrix kann im Verlauf der Therapie überarbeitet und ergänzt werden. Die einzelnen Überarbeitungsschritte sollten im Sinn einer kontrollierten Praxis (vgl. PETERMANN) dokumentiert werden; im Forschungskontext ist dies unerlässlich. So läßt sich der Prozeß der Bildung therapeutischer Konzepte nachträglich rekonstruieren und mit dem realen Therapieablauf vergleichen. (MPTT, S. 26 f, S. 101)

2.5 Interventionstechniken in der MPTT

12 Interventionstechniken für die Intrusionsphasen:

HOROWITZ (1986) schlägt folgende Techniken bzw. Maßnahmen zum Durcharbeiten der belastenden Phasen intrusiver Überflutung durch Erinnerungen und Affekte vor:

- 1) **Strukturierung** von Ereignissen und Informationen (vgl. Standardinterventionslinie 1);
- 2) Befreien der PatientInnen von **äußeren Belastungen**;
- 3) Sorge für **Ausruhen** und **Erholung** der PatientInnen;
- 4) **Identifikations-Beziehungsangebot**: Therapeut stellt sich als Modell zur Verfügung und läßt zeitweilige Abhängigkeit und Idealisierung zu;
- 5) Unterstützen **kognitiver Restrukturierung** durch In-Frage-Stellung und psychoedukative Deutungen, entweder deklarativ, oder durch einen „sokratischen Dialog“;
- 6) Hilfe bei der **Differenzierung** zwischen Gegenwart und vergangener traumatischer Situation (vgl. Standardinterventionslinie 4);
- 7) Analyse von mit dem Trauma assoziierten **Situationen** und **Reizen** sowie Anleitung, diese zu vermeiden; auch Analyse der „Trauma-States“ und ihren Auslöser-Reizen;
- 8) Lehren von **Dosierungstechniken** (z.B. Stop-Technik); FISCHER: auch Lehren von **imaginativen Distanzierungs-*** und **Dosierungstechniken**** (z.B. Lichtstrom-Technik, Bildschirm-/Video-Kassetten-Technik, vgl. Trauma-Wege, S. 56 ff, vgl. MPTT, S. 93 f);
- 9) **Unterstützung**;
- 10) Hervorrufen von **positiven Gefühlen** durch Anknüpfung an traumakompensatorische Erlebniszustände/Stimmungslagen/States und Elemente des traumakompensatorischen Schemas;
- 11) Verwendung von **Stressreduktionstechniken** (Desensibilisierung und Entspannungs-/Beruhigungstechniken, z.B. Progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON);
- 12) Einsatz von angstdämpfenden und antidepressiv wirkenden **Psychopharmaka**: wenn sehr schwere Symptome die Psychotherapie gefährden.

Bei der Auswahl der Distanzierungs- und Dosierungstechniken wird eng an den natürlichen Prozeß der Traumaverarbeitung angeknüpft, d.h. an das traumakompensatorische Schema und die traumakompensatorischen States und damit an die natürliche Fähigkeit der Traumabetroffenen zur Selbstberuhigung und Gefühlsregulierung. (MPTT, S. 32 f)

* sokratischer Dialog:

Im genuin sokratischen Dialog in der Philosophie wird die Frage nach dem geltungslogisch Allgemeinen als solchem, nach dem allgemeinen Wesen menschlicher Handlungs- und Lebensweisen gestellt. Die Untersuchung der sokratischen „Was ist ...-Frage“ endet gewöhnlich ergebnislos – in einer Aporie. In diese treibt SOKRATES seinen Gesprächspartner mittels des **indirekten Beweisverfahrens der Elenktik**, eines Verfahrens der **sinnkritischen Prüfung aufgestellter Behauptungen durch das Erinnern des Gesprächspartner an ihnen widersprechende frühere Behauptungen, aus denen sie scheinbar hervorgehen (reductio ad absurdum)**. Hierbei ist es für das Gelingen der Argumentation entscheidend, daß es sich um echte Überzeugungen des Gesprächspartners handelt, die tief in seinem Leben verankert sind. Sokratische Dialoge basieren auf dem Postulat einer **Kohärenz von Leben und Wissen**. (vgl. Metzler Philosophie-Lexikon).

In der (kognitiven) Verhaltenstherapie wird unter „sokratischem Dialog“ eine Gesprächstechnik verstanden, mit der die TherapeutInnen durch gelenkte Fragen die **subjektiven Bedeutungen von Ereignissen** für die KlientInnen erfassen, während der „empirische Dialog“ eingesetzt wird, damit die KlientInnen ihre verzerrten Wahrnehmungen, Attributionen und Bewertungen an der objektiven Realität überprüfen (ZIMMER in SENF & BRODA 2000², S. 387).

FISCHER (& GURRIS) ist der Ansicht, daß in der kognitiven Verhaltenstherapie KlientInnen im sokratischen Dialog aktiv dazu angeregt werden, bisherige Annahmen, Glaubensgrundsätze und Attributionen zu überprüfen und in für sie angemessener Weise zu verändern; Interven-

tionstechniken wie der sokratische Dialog würden ferner für einen kooperativen offenen Austausch über „Klientenverhalten“ (Übertragung) und „reziprokes Therapeutenverhalten“ (Gegenübertragung) eingesetzt (in SENF & BRODA 2000², S. 468).

** **Distanzierungstechnik** = Technik zur Beendigung der intrusiven Bilder sowie zur Förderung und Differenzierung von Vermeidung/Verleugnung; individuelle Feinabstimmung der Methode durch Analyse des traumakompensatorischen Schemas möglich. (MPTT, S. 93)

*** **Dosierungstechnik** = Technik zur kontrollierten Ausweitung des Zyklus' der Traumaverarbeitung und Förderung einer relativ angstfreien Wiederannäherung an das Trauma; einzusetzen erst, wenn das traumakompensatorische Schema gestärkt und differenziert worden ist. (MPTT, S. 93 f)

6 Interventionstechniken für die Numbingphasen:

HOROWITZ (1986) empfiehlt folgende Techniken bzw. Maßnahmen zur Verhinderung eines Festfahrens in Phasen der Vermeidung/Verleugnung/emotionalen Anästhesie:

- 1) **Reduzieren exzessiver Kontrollen** durch vorsichtige Deutung von Abwehr und kontraproduktiven Verhaltensweisen, um die emotionale Anästhesie zu verkürzen oder zu mildern (siehe Standardinterventionslinie 3);
- 2) Fördern von **Abreaktion** und **Katharsis**;
- 3) Unterstützen einer **detaillierten Beschreibung** der traumatischen Situation und der Situationsfaktoren durch Assoziationen, Sprache, visuelle Bilder, Rollenspiel, künstlerische Gestaltung oder szenische Darstellung (vgl. Prinzip 3);
- 4) **Rekonstruktion des traumatischen Geschehens** in seinem äußeren Ereignisablauf;
- 5) Vorsichtige **Exploration des emotionalen Erlebens** während des traumatischen Ereignisses;
- 6) Ermöglichen und Unterstützen der Aufnahme **emotionaler Beziehungen** mit anderen, um emotionaler Erstarrung und Isolation entgegenzuwirken.

Diese Techniken sind geeignet, den 7 Symptomen der Numbing-/Vermeidungsphase in der Psychotraumatischen Belastungsstörung (bzw. der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV, vgl. Lehrbuch, S. 42 f) entgegenzuwirken. Sie können jedoch erst eingesetzt werden, wenn die PatientInnen ein **seelisches Gleichgewicht** durch die Stärkung der traumakompensatorischen Funktionen gemäß der basalen dialektischen Strategie erreicht haben! (MPTT, S. 37)

2.6 Ergänzungen zur MPTT-Variante Akuttherapie

Zur **Indikation** der Variante MPTT-Akuttherapie:

Die **Trauma-Akuttherapie** kann innerhalb der **ersten 3 Monate nach dem Trauma** durchgeführt werden, sofern keine schwerwiegenden Vortraumatisierungen oder Persönlichkeitsstörungen vorliegen. Sie sollte aber erst nach der akuten Einwirkungsphase beginnen, wenn die Betroffenen sich von der direkten Einwirkung der traumatischen Situation zu erholen beginnen (Lehrbuch, S. 189) (→ vorher: Krisenintervention). Umfang: 10-15 Sitzungen.

(Variante Krisenintervention: während der traumatischen Situation und in der akuten Einwirkungsphase, insbesondere solange Verwirrheitszustände anhalten.

Variante Prozeßtherapie:

- 1) Therapie des mittelfristigen traumatischen Prozesses: bei länger zurückliegender Traumatisierung im Erwachsenenalter (Trauma vor ca. einem $\frac{3}{4}$ -Jahr → physiologische Konsolidierung des Traumaschemas) und Vorliegen gravierender psychotraumatischer Symptome;
- 2) Therapie des langfristigen traumatischen Prozesses: bei langfristig bestehender Traumatisierung, typischerweise nach schweren Kindheitstraumata;
 - offene/nichtfokussierte Variante der beiden Prozeßtherapien jeweils bei stabilem Ich-Selbst-System mit vertikalen Kontrolloperationen (Typ A und Typ C);
 - geschlossene/fokussierte Variante bei Überwiegen dissoziativer Erlebniszustände mit horizontalen Kontrolloperationen (Typ B und Typ D).

(MPTT, S. 27 f)

Prinzip 1 in der Akuttherapie (MPTT, Kap. 3.2, S. 31)

Zur Erinnerung:

Prinzip 1 - Anschluß der Therapie an den natürlichen Traumaverlauf:

Die MPTT schließt sich eng an den natürlichen Verlaufsprozeß des Traumas an, fördert die vorhandene Bewältigungskapazität und arbeitet Hindernissen der natürlichen Vollendungstendenz gezielt entgegen. Der **biphasische Prozeß** der Traumareaktion (Wechsel/Schaukelbewegung zwischen **Intrusionsphasen** (Intrusion/Eindringen von Erinnerungsbildern/Nachhallerinnerungen/Alpträumen und dadurch affektive/emotionale (Reiz-)Überflutung → Wiederholung) und **Numbingphasen** (emotionale Anästhesie → Vermeidung/Verleugnung) wird dadurch in Gang gehalten, daß für die Intrusionsphasen Techniken der Beruhigung, Distanzierung und Dosierung vermittelt werden und die Numbingphasen durch vorsichtige Techniken der Abwehrdeutung verkürzt oder gemildert werden. Die (dialektische) Deutungsstrategie wird zu Therapiebeginn im Rahmen einer basalen verbalen Interventionslinie festgelegt, in die gegebenenfalls auch praktische Übungen integriert werden. (MPTT, S. 28)

Dieses Prinzip muß für die Akuttherapie folgendermaßen **differenziert** werden:

In der MPTT-Akuttherapie wird Prinzip 1 **mit besonderer Vorsicht gegenüber intrusiven Erinnerungen** angewandt. Anlässlich intrusiver Erinnerungen – in den Intrusionsphasen - wird vorsichtig ein **inhaltlicher** Zusammenhang zwischen den eindringenden Erinnerungen (Bilder, Geräusche, Gerüche, Körperempfindungen) und den Erlebnissen in der traumatischen Situation hergestellt. Dieses **Benennen der Inhalte** der intrusiven/eindringenden Erinnerungen wirkt **strukturierend und beruhigend** (Beruhigungstechnik, vgl. MPTT, S. 28, Prinzip 1). Entscheidend ist dabei die Vermittlung des Gefühls an die PatientInnen, daß bislang unverständliche Erscheinungen im Prinzip versteh- und kontrollierbar sind; hierzu wird die Standardinterventionslinie 1 angewandt:

Standardinterventionslinie 1 - Strukturierung traumatischer Erlebnismuster:

„Es ist ganz normal, daß Sie sich erschrecken, wenn diese Bilder und Empfindungen auftauchen. Es handelt sich um Eindrücke aus dem traumatischen Erlebnis, die viele Betroffene zunächst nur unklar erinnern können. Wenn der Zusammenhang der realen Vorgänge mit Ihrem Erleben des Traumas deutlicher wird, verlieren diese Bilder ihren Schrecken. Wir könnten gemeinsam überlegen, woran die Bilder vielleicht erinnern, was sie zum Ausdruck bringen.“

→ **inhaltliche Benennung** des Zusammenhangs zwischen den Erinnerungen und den traumatischen Erlebnissen in den **Intrusionsphasen**. (Achtung: In den Numbingphasen dagegen soll nur formal ein Zusammenhang aufgezeigt werden!) (MPTT, S. 31)

Idealtypischer Verlauf der Akuttherapie (MPTT, Kap. 6.4.10, S. 117-119)

Die folgende Sequenz von Therapiesitzungen kann als eine Art ‚**Checkliste**‘ verwendet werden. Allerdings sollte immer **prozeßorientiert** gearbeitet werden, also dem natürlichen Verarbeitungsprozeß genügend Spielraum gelassen werden, so daß sich Abweichungen von diesem idealtypischen Verlauf ergeben.

1. Sitzung (möglichst Doppelsitzung):

Begleiten beim Traumabericht, vertiefte Exploration des traumakompensatorischen Repertoires. Etwa in der Mitte der Sitzung Erarbeitung der States und des antizipatorischen Moduls. Üben mindestens einer Distanzierungstechnik und evtl. einer Entspannungstechnik, vorzugsweise Progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON, z.B. in der Kurzform, oder Anknüpfen an schon vorhandene Entspannungsfertigkeiten der PatientInnen. Instruktion für die therapiefreie Zeit: Aufschreiben der Beobachtungen und Üben der Distanzierungs-/Entspannungstechnik.

2. Sitzung:

Bei eingetretener Stabilisierung: verstärktes Üben von Schmerztoleranz, damit die Konfrontation mit der traumatischen Erfahrung erleichtert wird.

Bei Labilisierung oder unverändertem Zustand: Überprüfung des Settings („Was könnte Ihnen helfen?“), Analyse des Arbeitsbündnisses (Was stört in der Beziehung?, Eingehen

auf negative Übertragung, Erleichtern von Kritik); Analyse des sozialen Umfelds und der Lebensgewohnheiten (Gesundheitsprobleme, ausgewogene Ernährung, Vermeidung von stimmungsverändernden Substanzen, ausreichender Schlaf, Bewegung, Aufbau von Selbstdisziplin und regelmäßigem, ritualisiertem Tagesablauf mit einer Beschäftigung, in der sich die PatientInnen sicher fühlen und Erfolgserlebnisse haben, Abbau von zusätzlichem Streß, Abklären, ob zusätzlich Betreuung (MPTT-Modifikation) notwendig ist).

Standardintervention: Festigung des antizipatorischen Moduls, strukturierende Deutung des Traumas mit Schwerpunkt auf dem traumatischen Ereignis, empathisches Aufgreifen der zentralen Gefühle, Arbeit an Vervollständigung und Strukturierung des Traumaberichts; empathisches Mitgehen, Auffangen und evtl. Unterbrechen von Abreaktionen.

3. Sitzung:

Bei weiterer Labilisierung: Abklären der Ursachen, evtl. Einsatz angstreduzierender und/oder antidepressiver Psychopharmaka.

Standardvorgehen ansonsten: Vervollständigung der States, Üben des Trainingsmoduls, Aufgreifen der Gefühle, strukturierende und klärende Deutungen mit Focus auf traumatischer Situation und Reaktion; evtl. Einführen der modifizierten Assoziationsregel, zumindest aber vorbereitende Übung durch Fragen nach den verschiedenen semiotischen Ebenen (Ausdrucks-/Bedeutungsebenen) bzw. durch Aufgreifen von Anzeichen in diesem Bereich.

4. Sitzung - Focussierung auf die traumatische Erfahrung:

Fördern der **Gestaltbildung** der traumatischen Erfahrung. Falls die kompensatorischen Mechanismen gestärkt sind, vorsichtige Interpretation des emotionslosen traumakompensatorischen States (numbing-state) und der Motive, Vermeidung/Verleugnung/emotionale Anästhesie aufrechtzuerhalten. Es ist für die Therapie nicht unbedingt notwendig, daß die PatientInnen über alle Aspekte der traumatischen Erfahrung sprechen; wichtig ist aber, daß sie sich selbst damit konfrontieren und der Erinnerung nicht ausweichen. Entsprechend der modifizierten Assoziationsregel können die PatientInnen z.B. mitteilen, daß sie jetzt gerade an Ereignisse denken, die sie aber nicht mitteilen können oder (noch nicht) wollen.

5. Sitzung - Verschiebung des Focus' auf die zentrale persönliche Bedeutung des Traumas

Diese vorsichtige Verschiebung auf die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses kann nur erfolgen, falls das Trauma Gestalt gewonnen hat und eine erste Distanzierung möglich ist. Interpretation von emotionaler Abstumpfung und Verleugnung, Arbeit an Vermeidungsreaktionen. Evtl. Übung: Bekämpfen überflüssiger Affekte durch Entgegenhandeln. Verstärktes Üben von Schmerztoleranz, möglichst an Beispielen: „Könnten Sie jetzt einmal versuchen, den Schmerz fließen zu lassen und ihn anzunehmen? Wie entwickelt sich Ihre Empfindung? Welche Gedanken, Bilder und Worte kommen, welche körperlichen Empfindungen treten dabei auf?“

6. Sitzung - verstärkte Exporation des traumabezogenen Erlebens bis zum zentralen traumatischen Situationsthema:

„Was hat Sie am tiefsten getroffen?“ Stumme Selbstexploration der TherapeutInnen: Was geht in der Übertragungsbeziehung vor sich? Achten auf Beziehungsabbruch und Übertragungstests. Negative Gefühle in der Gegenübertragung als Mitteilung der traumatischen Erfahrung können jetzt verstärkt beachtet und zur Komplettierung der Informationen über das traumatische Erleben verwendet werden. Die TherapeutInnen arbeiten jetzt verstärkt die Gegensätze heraus, die die traumatische Erfahrung aufgeworfen hat (z.B. vertrauensvolle Einstellung vor dem Trauma versus generelles Mißtrauen danach), „Wie können Sie mit diesem Gegensatz leben?“; sie fördern die **Dekonstruktion der Traumadynamik** und den **Übergang zu einer Meta-Ebene** (z.B. eine ‚Meta-Sicherheit‘ durch Anerkennung von Unsicherheit → dialektische Umkehr im Denken, vgl. Trauma-Wege, S. 107 ff).

7. Sitzung - Arbeit an Dekonstruktion der Traumadynamik, Konstruktion und Rekonstruktion

8. Sitzung - Ansprechen des Therapieendes:

Haben die TherapeutInnen den Eindruck, daß die PatientInnen durch die traumatische Erfahrung durch sind, daß die Vollendungstendenz befreit ist und eigenständig arbeitet und daß bis zur 10. Sitzung eine positive Katamnese zu erwarten ist? Wenn die PatientInnen einverstanden sind, die Therapie nach 10 Sitzungen zu beenden, entspricht das einem wirklichen Abschluß? Oder fliehen die PatientInnen vor weiterer Labilisierung? War die Zeit zu kurz, um die konstruktive und rekonstruktive Arbeit abschließen zu können und/oder katamnestic in Gang zu halten? Die TherapeutInnen sollten den PatientInnen ihren Eindruck in offener, aber therapeutisch abgestimmter Form mitteilen. Eine evt. Verlängerung sollte zunächst auf weitere 2 Sitzungen begrenzt werden, danach kann evtl. eine zusätzliche um weitere 2 Sitzungen vereinbart werden.

9. Sitzung - Erarbeiten des Therapieendes:

Auf Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung achten. Einbeziehen von bislang vermiedenen Aspekten, aber immer unter Berücksichtigung der Mitteilungsfreiheit der PatientInnen. Thematisieren der Kontinuität bzw. Diskontinuität zwischen prä- und posttraumatischem Selbst: Wie wird die Kluft überbrückt? Welche dialektische Lösung wurde für den Traumariß gefunden? Durcharbeiten der Symptome und Arbeit an der **Erweiterung des minimalen kontrollierten Handlungs- bzw. Ausdrucksfelds**. Darauf achten (anhand der Planungsmatrix), daß alle 4 Dimensionen des Traumageschehens durchgearbeitet sind, insbesondere die unterschiedlichen Situationsdynamiken. Einbeziehen von evtl. Vortraumatisierung in das zentrale traumatische Situationsthema, jedoch unter Beachtung von Prinzip 2: Focus auf das aktuelle Trauma. Durchspielen möglicher Retraumatisierung in der Phantasie als ‚Impfung‘ gegen Rückfälle bzw. ‚geplanten Rückfall‘ durchspielen: die Alpträume und Symptome kommen wieder: Welche Situationen könnten so etwas auslösen? Was kann ich dagegen tun? Komplettieren und definitive Überarbeitung des traumakompensatorischen Schemas und der traumakompensatorischen States/Erlebniszustände. Festlegen eines Zeitpunkts für die Abschlußtestung und die Katamnese, standardmäßig nach ½ Jahr.

Bei Traumabetroffenen muß besondere Rücksicht auf das jeweilige **Sitzungsende** genommen werden. Hierzu dient die Standardinterventionslinie 7:

Standardinterventionslinie 7 - Vorbereitung auf das Therapiesitzungsende:

Zur Vorbereitung des Sitzungsendes sollen die TherapeutInnen etwa 10 Minuten vor Abschluß gemeinsam mit den PatientInnen eine einfache Entspannungsübung durchführen. *„Wir setzen uns möglichst entspannt hin, die Arme ruhen auf der Unterlage, die Beine fest auf dem Boden. Bitte achten Sie darauf, ob Sie sich jetzt noch angespannt fühlen. Wenn das der Fall ist, sollten wir die letzten Minuten darüber sprechen, was Sie jetzt aktuell beunruhigt.“* Zum Schluß wird die Entspannungsübung wiederholt.

2.7 MPTT-Modifikationen

MPTT-Modifikation Betreuung (MPTT, Kap. 7.1, S. 121)

MPTT-Betreuung stellt die **elementarste Stufe von Unterstützung für Traumabetroffene** im Sinn von **praktischer Hilfe im Alltag** dar; z.B. Begleitung bei Amtsgängen, Hilfe im Haushalt, Babysitten und Kinderbetreuung bei belasteten Müttern (→ ≠ Beratung, ≠ Therapieversuche!)

Voraussetzungen:

- menschliches Einfühlungsvermögen;
- Grundkenntnisse der Psychotraumatologie und Klinischen Psychologie;
- Supervision.

MPTT-Modifikation Beratung (MPTT, Kap. 7.2, S. 121 f)

MPTT-Beratung ist **Unterstützung bei grundsätzlich positiver, spontaner Erholung nach einer (potentiell) traumatischen Erfahrung**; psychotraumatologische Fachberatung.

Zielgruppe: „mittleres Drittel“ von Katastrophen- und Gewaltopfern, das unter ungünstigen sozialen Umständen in die Risikogruppe „kippen“ kann („Kippgruppe“/Wechselgruppe), während es mit gezielter Unterstützung die Traumaverarbeitung bewältigt, ohne eine regelrechte Psychotherapie zu benötigen.

Konzept: Begrenzung von vornherein auf 5 Termine; Möglichkeit, bei ungünstigem Heilungsverlauf mit Ausbleiben der Erholungsphase die Beratung in eine Psychotherapie umzuwandeln (ggf. Überweisung an FachpsychotherapeutInnen). Die Beratung basiert auf den Prinzipien und Standardinterventionenlinien der MPTT mit Ausnahme aller Elemente, die auf das Durcharbeiten der traumatischen Affekte und das zentrale traumatische Situationsthema gerichtet sind. Die psychotraumatologische Beratungstechnik beschränkt sich also auf den Einsatz von **Stabilisierungstechniken** und schließt traumabearbeitende, traumatherapeutische Schritte im engeren Sinn aus (KÖDOPS, S. 92). Nähern sich die KlientInnen dennoch spontan, von sich aus diesem Kern des traumatischen Erlebens, so soll durch eine verständnisvolle und stützende Begleitung der Prozeß erleichtert, aber nicht gezielt gefördert oder verstärkt werden. Falls sich überwältigende Affekte zeigen, wird mit Beruhigungs-, Distanzierungs- und Dosierungstechniken gegengesteuert. Diese stabilisierende Beratungsstrategie zusammen mit eventuell erforderlichen praktischen Hilfsangeboten hat sich als geeignet erwiesen, die Mitglieder der Wechselgruppe so weit zu stabilisieren, daß sie in die Phase der Spontanerholung gelangen können (KÖDOPS, S. 92).

Voraussetzungen:

- solide Kenntnisse der Psychotraumatologie;
- diagnostische Fähigkeit, Entwicklungen in den Risikobereich hinein frühzeitig zu erkennen;
- Kenntnisse in mindestens 2 Entspannungsverfahren, eins davon Progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON → Beruhigungstechniken;
- Erfahrung in der Anwendung von Techniken zur Affektkontrolle wie der 12 grundlegenden Distanzierungs- und Dosierungstechniken für Intrusionsphasen nach HOROWITZ (vgl. MPTT, S. 31 ff) und imaginativer Distanzierungs- und Dosierungstechniken wie Sicherer- Ort-Technik → imaginative Distanzierungstechnik oder Bildschirm-/Video-Kassetten-Technik → Kombination von imaginativer Distanzierungstechnik („Das Trauma wegpacken“) und Dosierungstechnik („Den Trauma-Film stoppen“) (vgl. MPTT, S. 93 f, vgl. Trauma-Wege, S. 56 ff);
- Kenntnisse in Gesprächsführung und Interviewtechnik;
- Kenntnisse in Krisenintervention;
- Kenntnisse in Traumadiagnostik und Traumatherapie, insbesondere MPTT-Manual und KÖDOPS;
- Kenntnisse in den Richtlinien zur Psychotherapie und den gesetzlichen Vorschriften sowie den Verfahrensvorschriften bei der betroffenen Traumapopulation (z.B. Opferentschädigungsgesetz bei Gewaltopfern).