

Wöller ■ Lampe ■ Mattheß ■ Schellong ■ Leichsenring ■ Kruse

# Psychodynamische Therapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Ein Manual zur Behandlung nach Kindheitstrauma



Nach ICD-11

 Schattauer

Wolfgang Wöller ■ Astrid Lampe  
Helga Mattheß ■ Julia Schellong  
Falk Leichsenring ■ Johannes Kruse

# Psychodynamische Therapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

---



Die digitalen Zusatzmaterialien zu diesem Buch haben wir Ihnen zum Download auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40039**

Wolfgang Wöller ■ Astrid Lampe ■  
Helga Mattheß ■ Julia Schellong ■  
Falk Leichsenring ■ Johannes Kruse

# Psychodynamische Therapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

---

Ein Manual zur Behandlung  
nach Kindheitstrauma

Unter Mitarbeit von  
Alexa Negele

**Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller**

E-Mail: wolfgang.woeller@gmx.de

**Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Astrid Lampe**

E-Mail: astrid.lampe@tirol-kliniken.at

**Dr. med. Helga Mattheß**

E-Mail: helga.matthess@t-online.de

**Dr. med. Julia Schellong**

E-Mail: Julia.Schellong@uniklinikum-dresden.de

**Prof. Dr. rer. nat. Falk Leichsenring**

E-Mail: falk.leichsenring@psycho.med.uni-giessen.de

**Prof. Dr. med. Johannes Kruse**

E-Mail: johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

**Dr. phil. Alexa Negele**

E-Mail: alexa.negele@gmail.com

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

### **Besonderer Hinweis**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstraße 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: [produktsicherheit@klett-cotta.de](mailto:produktsicherheit@klett-cotta.de)

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Robert Wnuk on Unsplash

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Dr. Stephanie Born

E-Book: ISBN 978-3-608-11632-8 | PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20474-2

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

# Vorwort

Das vorliegende Manual zur psychodynamischen Behandlung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung beschreibt ein fokussiertes störungsorientiertes therapeutisches Vorgehen, das sich an den Prinzipien strukturbezogener psychodynamischer Psychotherapie orientiert und in besonderem Maße ressourcenaktivierende Interventionen nutzt. Inhaltlich sind zwei Aufgaben zu bewältigen: Zum einen muss es darum gehen, den betroffenen Patienten\* die unter beziehungs-traumatischen Lebensumständen unzureichend ausgebildeten Ich-Funktionen der Selbst- und Beziehungsregulation verfügbar zu machen. Zum zweiten sollen die mit hoher Stressbelastung einhergehenden abgespaltenen traumatischen Erinnerungsfragmente so modifiziert werden, dass sie zu abgeschlossenen Erinnerungen werden, die der Vergangenheit angehören und nicht mehr die Gegenwart vergiften.

In einen psychodynamischen Behandlungskontext eingebundene ressourcenaktivierende Interventionen können dabei wesentlich zur Restitution der traumatisch geschädigten inneren Repräsentanzenwelt beitragen. Sie spielen in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle: bei der Reaktivierung einmal vorhandener, jedoch unzugänglich gewordener Ich-Funktionen, und im Rahmen der Traumabearbeitung durch Stärkung der Selbstrepräsentanz mit ihren erwachsenen und kindlichen Anteilen.

Auch und gerade bei der fokussierten Arbeit an Ich-Funktionen und traumatischen Erinnerungsfragmenten ist psychodynamisches Behandeln in erster Linie ein Arbeiten in und mit Beziehungen. Erhalten bleiben die zentralen Wesensmerkmale psychodynamischer Therapie: die auf subjektive Bedeutungen und zentrale Beziehungsbedürfnisse hin orientierte therapeutische Haltung und die Annahme, dass bei allen Geschehnissen in der Therapie unbewusste Prozesse sowohl auf Seiten der Patientin wie auch auf Seiten der Therapeutin eine wesentliche Rolle spielen.

So wichtig Expertenwissen ist, so bedeutsam ist auch die Bereitschaft, die Grenzen unseres eigenen Wissens nicht nur hinsichtlich der Besonderheiten des Patienten, sondern auch im Hinblick auf unsere unbewusste Motivierung anzuerkennen. Dazu gehört die Überzeugung, dass wir zur Korrektur unseres eigenen Unbewussten und der ihm geschuldeten Wahrnehmungsverzerrungen den fortgesetzten Dialog mit unseren Patienten suchen müssen und ihre Rückmeldungen

---

\* Um im Umgang mit der zunehmend komplexer werdenden Frage einer ausgewogenen Berücksichtigung der Geschlechter von Patienten und Therapeuten die Lesbarkeit dieses Manuals nicht einzuschränken, wurden, wenn beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint sind, in diesem Text die Singularformen »die Patientin« und »die Therapeutin« und die Pluralformen »die Patienten« und »die Therapeuten« gewählt. Sollte ausnahmsweise nur ein Geschlecht gemeint sein, wird dies gesondert vermerkt.

auf verbaler und nonverbaler Ebene brauchen. Wir benötigen ihre Rückmeldung, um Hinweise zu erhalten, ob das, was wir vermitteln wollten, auch tatsächlich als hilfreich erlebt wird. Das bedeutet nicht, dass wir das Wirken unbewusster Prozesse ausschalten können, aber es lehrt uns Bescheidenheit und kann uns im Extremfall vor dem vermessenen Glauben bewahren, wir wüssten schon, was für die Patienten gut sei.

So wollen wir nicht nur das vorzustellende Therapiekonzept, sondern speziell auch den Vorschlag verstanden wissen, die Patienten im Sinne des Durcharbeitens und der Vertiefung des bereits erarbeiteten Verständnisses zu »Sitzungsverbindenden Reflexionen und Übungen« anzuregen. Diese sollen nicht nur der Tatsache Rechnung tragen, dass die Modifikation neuronaler Strukturen auf ein umfangreiches »Durcharbeiten« durch Wiederholen und Üben angewiesen ist, sondern den Patienten auch eine zusätzliche Möglichkeit der Reflexion und Kommunikation schaffen. Keinesfalls sollen damit Inhalte aus der Therapiebeziehung ausgelagert werden; im Gegenteil, sie sollen die therapeutische Beziehung stabilisieren und bereichern, indem sie für die Patienten, objektbeziehungstheoretisch betrachtet, die Rolle von Übergangsobjekten einnehmen, durch die der Therapeut auch außerhalb der Therapiesitzungen symbolisch verfügbar bleibt. Sie sind – ebenso wie Arbeitsblätter zu einzelnen Techniken und Übungen – als Downloadmaterialien zu diesem Buch unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) verfügbar und können so mühelos den behandelten Patienten zugänglich gemacht werden. Einige Beispiele für »Sitzungsverbindende Reflexionen und Übungen« sind darüber hinaus auch im Anhang dieses Buches ab S. 185 enthalten.

Das vorliegende Manual wurde im Rahmen einer multizentrischen Therapiestudie entwickelt, bei der die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nach Kindheitstrauma untersucht wird. Es beansprucht nicht, die gesamte Breite der Problembereiche von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen abzubilden. In vielerlei Hinsicht sind herkömmliche psychodynamische Behandlungstechniken sehr wohl geeignet, um die zahlreichen konflikthaftern und strukturellen Aspekte der betroffenen Patienten angemessen zu bearbeiten. Doch kann, wenn die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung und die mit ihr verbundene Störung der Erinnerungsverarbeitung im Vordergrund stehen, das gewohnte psychodynamische Instrumentarium an Grenzen gelangen. In diesen Fällen mag die Therapeutin dieses Manual zur Grundlage ihrer Therapiekonzeption machen – oder sie kann, wenn die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung erst im Laufe einer schon fortgeschrittenen Therapie auftritt, das in ihm beschriebene Angebot an Interventionen mit modifizierter Behandlungstechnik der laufenden Therapie hinzufügen, um die Besonderheiten dieses Störungsbilds angemessen zu berücksichtigen.

**Die Autoren**

# Inhalt

<b>TEIL I Einleitung und theoretischer Hintergrund</b> .....	1
<b>1 Einleitung</b> .....	3
<b>2 Psychodynamische Modellvorstellungen zu komplexen Traumafolgestörungen nach Kindheitstraumatisierungen</b> .....	6
2.1 Sigmund Freud und die Renaissance seines Antipoden Pierre Janet .....	6
2.2 Sándor Ferenczi und die strukturbildende Wirkung verinnerlichter traumatischer Beziehungsmuster .....	7
2.3 Objektbeziehungstheoretische Modelle .....	8
2.4 Ich-psychologische Modelle und strukturbezogenes Vorgehen .....	9
2.5 Bindungstraumatische Erfahrungen und nicht integrierte Selbstzustände .....	11
2.6 Veränderte Erinnerungsverarbeitung und Kontroversen um das Traumagedächtnis .....	12
2.7 Psychodynamische Konzeptualisierung der veränderten Erinnerungsspeicherung bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung .....	14
<b>3 Therapeutische Möglichkeiten</b> .....	18
3.1 Störungsspezifische Besonderheiten und Herausforderungen bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung .....	18
3.2 Traumaorientierte psychodynamische Konzepte .....	19
3.3 Behandlungstechnische Aspekte .....	20
3.4 Verwendung eines Therapiemanuals und Vertiefung des Durcharbeitens mithilfe Sitzungsverbindender Reflexionen und Übungen .....	23
<b>TEIL II Diagnostik, Behandlungsinformation und Therapieziele</b> .....	27
<b>4 Diagnostik</b> .....	29
4.1 Psychodynamische Erstuntersuchung .....	29
4.2 Diagnostik der Symptomatik .....	32



4.3	Ressourcen- und Traumadiagnostik .....	35
4.4	Psychodynamische Strukturdiagnostik .....	42
<b>5</b>	<b>Erläuterungen zur Therapie und Therapieziele .....</b>	<b>45</b>
5.1	Erläuterungen zum Therapiekonzept .....	45
5.2	Therapiezielvereinbarung .....	49
<b>TEIL III</b>	<b>Die Anfangsphase der Therapie .....</b>	<b>51</b>
<b>6</b>	<b>Sicherheit und Halt in der therapeutischen Beziehung .....</b>	<b>53</b>
6.1	Therapeutische Arbeitsbeziehung und Beziehungsregulierung .....	53
6.2	Das Prinzip des maximalen Kontrasts zur traumatischen Situation .....	61
6.3	Sicherheit .....	62
6.4	Kontrolle, Urheberchaft und Handlungsfähigkeit .....	67
6.5	Präsenz und Regulation .....	69
6.6	Wertschätzung, Respekt und die Validierung des Erlebens der Patientin .....	71
6.7	Abstinenz und parteiliche Abstinenz .....	72
6.8	Selbstverletzung und Suizidalität .....	75
6.9	Schutz vor destruktiven Verhaltensweisen und »verletzenden« Persönlichkeitsanteilen .....	78
6.10	Antiregressive lösungsorientierte Haltung .....	80
6.11	Reparatur von Allianzbrüchen .....	84
6.12	Einen »Notfallkoffer« packen .....	85
6.13	Regelmäßige Überprüfung der Therapieziele und -aufträge .....	86
<b>7</b>	<b>Das Störungsbild und seine Psychodynamik verstehen .....</b>	<b>88</b>
7.1	Bedeutung des störungsbezogenen Wissens .....	88
7.2	Inhalte von Psychoedukation .....	89
<b>8</b>	<b>Imaginatives Containment intrusiver Phänomene und die Aktivierung positiver Selbstzustände .....</b>	<b>93</b>
8.1	Strukturbezogenes Arbeiten und die Nutzung imaginativer Techniken .....	93

8.2	Imaginatives Containment mithilfe der Tresor-(Container-)Technik	94
8.3	Aktivitäten zur Generierung positiver emotionaler Selbstzustände	96
8.4	Stärkung positiver Selbstrepräsentanzen mithilfe von Erinnerungsbildern und Objektfantasien	97
8.5	Die Imagination eines sicheren Ortes	98
8.6	Imagination der inneren Helfer	101
8.7	Aktivierung von positiven Erinnerungen	103
8.8	Vorgehen bei depressiver Komorbidität	105
8.9	Umgang mit dissoziativen Symptomen	106
8.10	Verbesserung der Affektwahrnehmung und -differenzierung	109
<b>TEIL IV Die mittlere Phase</b>		<b>113</b>
<b>9</b>	<b>Übertragung, Gegenübertragung und die Arbeit mit wechselnden Selbstzuständen – Regulation der therapeutischen Beziehung</b>	<b>115</b>
9.1	Die mittlere Phase der Behandlung	115
9.2	Übertragung	116
9.3	Gegenübertragung	121
9.4	Der Mechanismus der projektiven Identifizierung	122
9.5	Gefühle der Hilflosigkeit auf Seiten der Therapeutin	124
<b>10</b>	<b>Selbstfürsorge auf der inneren Bühne</b>	<b>126</b>
10.1	Die Arbeit mit inneren Kindanteilen und ihre psychodynamische Einordnung	126
10.2	Symbolisierung kindlicher Erlebens- und Verhaltensmuster und Bedürfnisse	129
10.3	Das Vorgehen bei der Arbeit mit inneren Kindanteilen	132
10.4	Die Ängste des »Kindes« vor dem erwachsenen Persönlichkeitsanteil – die »Übertragung« auf der inneren Bühne	135
10.5	Die emotionalen Reaktionen des erwachsenen Persönlichkeitsanteils gegenüber dem inneren Kindanteil – die »Gegenübertragung« auf der inneren Bühne	136
10.6	Eigenständige Arbeit mit inneren Kindanteilen	139

10.7	Die Arbeit mit verletzenden und aggressiven Persönlichkeitsanteilen (sog. Täterintrojekte und Täteridentifikation) .....	140
<b>11</b>	<b>Arbeit mit traumatischen Erinnerungsfragmenten und traumabezogenen Belastungen – Varianten schonender Traumabearbeitung</b> .....	<b>144</b>
11.1	Allgemeines zur konfrontativen Behandlung traumatischer Erinnerungsfragmente und traumabezogener Belastungen .....	144
11.2	Schonende konfrontative Bearbeitungstechniken .....	147
11.3	Stressabsorptionstechnik .....	149
11.4	Pendeltechnik .....	151
11.5	Bildschirmtechnik .....	154
11.6	Klinische Differenzialindikation der schonenden konfrontativen Bearbeitungstechniken .....	156
<b>TEIL V</b>	<b>Die Endphase</b> .....	<b>159</b>
<b>12</b>	<b>Weiterleben nach dem Trauma</b> .....	<b>161</b>
12.1	Allgemeines .....	161
12.2	Vorläufige Bilanz .....	162
12.3	Negative Überzeugungen über die eigene Person .....	162
12.4	Selbstfürsorge .....	165
12.5	Abgrenzung .....	166
12.6	Unterstützung der Mentalisierungsfunktion .....	167
12.7	Bewusste und unbewusste Konflikte .....	168
12.8	Täteraspekte und Schuldgefühle .....	168
<b>13</b>	<b>Die Beendigung der Therapie</b> .....	<b>170</b>
13.1	Allgemeines .....	170
13.2	Was wurde erreicht? .....	170
13.3	Abschied .....	171
13.4	Überprüfung der Beherrschung der wichtigsten therapeutischen Techniken ..	171
13.5	Antizipation möglicher Problemsituationen .....	172
13.6	Innere Repräsentanz der Therapeutin .....	172

<b>Anmerkungen</b> .....	173
<b>Literatur</b> .....	174
<b>ANHANG</b> .....	185
<b>Durcharbeiten: Sitzungsverbindende Reflexionen und Übungen (Beispiele)</b> .....	187
<b>AutorInnen und Mitarbeitende</b> .....	192

### ⚡ IM DOWNLOAD ENTHALTENE ZUSATZMATERIALIEN:

(bereitgestellt unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de))

#### **ANHANG A Informationsblatt für Patientinnen und Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung**

#### **ANHANG B Arbeitsblätter**

- 1 Tresor-(Container-)Übung
- 2 Innerer sicherer Ort (Wohlfühlort)
- 3 Die inneren Helfer
- 4 Stressabsorptionstechnik
- 5a Pendeltechnik zur Bearbeitung einer Traumaerinnerung
- 5b Pendeltechnik zur Bearbeitung einer belastenden Situation
- 5c Pendeltechnik zur Bearbeitung eines belastenden Gefühls
- 6a Imaginäre Fernbedienung (zur Vorbereitung der Bildschirmtechnik)
- 6b Bildschirmtechnik zur Traumaexposition

#### **ANHANG C Durcharbeiten: Sitzungsverbindende Reflexionen und Übungen**

- 4-1 Ressourcenlandkarte
- 4-2 Belastende Situationen des Alltags
- 5-1 Therapieziele: Zielformulierung
- 6-1 Schwierige Situationen in der Therapie
- 6-2 Therapiegefährdendes Verhalten

- 6-3 Situationen, die »kindliche« Verhaltensmuster aktivieren
- 6-4 »Notfallkoffer«
- 6-5 Überprüfung der Therapieziele
- 7-1 Offene Fragen
- 8-1 Tresor-(Container-)Technik
- 8-2 Bewährte Aktivitäten zur Verbesserung der Stimmungslage
- 8-3 Sicherer Ort
- 8-4 Innere Helfer
- 8-5 Erinnerung an (kleine) persönliche Erfolge und/oder hilfreiche menschliche Begegnungen
- 8-6 Dissoziative Erinnerungsverluste
- 8-7 Gewünschter Umgang mit dissoziativen Reaktionen
- 8-8 Differenzierung emotionaler Zustände
- 9-1 Irritationen in der therapeutischen Beziehung
- 10-1 Arbeit mit inneren Kindanteilen: Schwierigkeiten des »Kindes«
- 10-2 Arbeit mit inneren Kindanteilen: Schwierigkeiten der/des »Erwachsenen«
- 10-3 Arbeit mit inneren Kindanteilen
- 10-4 Arbeit mit verletzenden und aggressiven Persönlichkeitsanteilen
- 11-1 Aktuelle oder bevorstehende Situation mit hoher Stressbelastung
- 11-2 Eigenständige Vorbereitung einer weiteren Anwendung der Stressabsorptionstechnik
- 11-3 Rückmeldung zur Pendeltechnik
- 11-4 Rückmeldung zur Bildschirmtechnik
- 12-1 In der Therapie Erreichtes und (noch) nicht Erreichtes
- 12-2 Negative Überzeugungen über die eigene Person
- 12-3 Verbesserung der Selbstfürsorge
- 12-4 Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit
- 13-1 Therapieziele: Zielerreichung
- 13-2 Bericht über die praktizierten therapeutischen Techniken
- 13-3 Antizipation möglicher Problemsituationen
- 13-4 »Innere Therapeutin« (»Innerer Therapeut«)

# **TEIL I    Einleitung und theoretischer Hintergrund**

---



# 1 Einleitung

Traumatisierungen in Form physischer, sexueller oder emotionaler Gewalt in Kindheit und Jugend bilden den Hintergrund zahlreicher psychischer und psychosomatischer Störungsbilder, darunter auch die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Misshandlungen und Missbrauch können von Erwachsenen, aber auch von Peers ausgehen. Eine repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung nimmt eine *Prävalenz* von 12 % der Allgemeinbevölkerung für physische Gewalt, von 12,5 % für sexuellen Missbrauch und von 14,9 % für emotionalen Missbrauch an (Häuser et al. 2011).

Das Charakteristikum der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist das Vorhandensein *symbolisch nicht repräsentierter Erinnerungsfragmente* traumatischer Erfahrungen, die so bedrohlich und überwältigend waren, dass sie die Fähigkeit der Psyche, die sensorischen Eindrücke in kohärente Erinnerungen zu transformieren, überfordert haben. Anstelle von Erinnerungen an ein Geschehen, das in höchstem Maße bedrohlich, verletzend, schmerzhaft und demütigend war, aber doch abgeschlossen ist und der Vergangenheit angehört, verfügen die Patienten lediglich über Erinnerungsfragmente – Bilder, Geräusche, Gerüche, Körperwahrnehmungen, Affektzustände und Handlungsmuster –, die sich durch eine hohe Intensität und das Empfinden von *Gegenwärtigkeit* auszeichnen: als würde das damalige Ereignis in der Gegenwart immer wieder erneut geschehen. Zentral ist der Verlust eines Grundgefühls von Sicherheit (Sandler 1960), das in einem generalisierten Bedrohungsleben zum Ausdruck kommt. Das *Selbst- und Weltverständnis* der Betroffenen ist dahingehend gestört, als das – zwar irrationale, für Menschen ohne traumatische Vorgeschichte aber dennoch selbstverständliche – Gefühl, in einer sicheren und einschätzbaren Welt zu leben, verlorengegangen und an seine Stelle das Grundgefühl einer unsicheren und unkalkulierbaren Welt getreten ist. Die Folge ist eine andauernde Habachtstellung, verbunden mit dem Gefühl, jederzeit wieder einer traumatischen Erfahrung ausgeliefert sein zu können.

Bei einer Vorgeschichte von Kindheitstraumatisierungen weist das Störungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung zahlreiche Besonderheiten auf. Anders als bei einer PTBS, die nach akuten Ereignissen im Erwachsenenalter auftritt, geschehen die Misshandlungs- und Missbrauchstraumen in der Kindheit und Jugend in aller Regel in einem familiären Umfeld *emotionaler Vernachlässigung*. Diese Umstände sind den Patienten weniger als einzelne, abgrenzbare traumatische Ereignisse, sondern durch eine Atmosphäre allgemeiner Bedrohung, emotionalen Alleingelassenseins und fehlenden Geborgenseins präsent.

In den meisten Fällen sind die Patienten schon in der präverbalen Lebensphase einem Klima emotionaler Vernachlässigung ausgesetzt gewesen. Diese Erfahrungen, die naturgemäß im deklarativen Gedächtnis nicht als konkrete Erinnerungen repräsentiert sein können, schädigen nicht nur die Entwicklung der kind-



lichen Beziehungsfähigkeit, sondern verändern in gravierender Weise auch basale Ich-Funktionen ebenso wie die Repräsentanzen des Selbst und die der wichtigsten Bezugspersonen (Stoltenborgh et al. 2013).

Zu diesen hier als Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen bezeichneten Einflüssen kommen nicht nur die Schädigungen durch die sog. »realen« Traumatisierungen in Form sexueller Übergriffe oder physischer Gewaltanwendung hinzu, sondern auch Schädigungen durch *emotionale Gewalt* und den *Verrat* durch wichtige Bezugspersonen, die bei den Übergriffen wegschauten oder sie leugneten. Zu den Formen der emotionalen Gewalt zählt das Ängstigen, Terrorisieren, Demütigen, Einsperren von Kindern. Eine weitere Form der Traumatisierung stellt das Alleinlassen dar; verlassen oder alleingelassen zu werden ist für Kinder ein existenzielles Trauma, das zentral die Bindungsbedürfnisse berührt und mit einer umfassenden Hilflosigkeitserfahrung verknüpft ist (Amos et al. 2011; Teicher et al. 2006).

Die frühen und auch späteren traumatischen Beziehungserfahrungen schlagen sich in der Entwicklung der *Selbstrepräsentanz* des Kindes als eines von den wichtigsten Bezugspersonen für unwert befundenen Kindes nieder, das ohne Anspruch auf Liebe ausschließlich ihrer Bedürfnisbefriedigung zu dienen hat und dem ein Recht auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse abgesprochen wurde, und das auf der anderen Seite ohnmächtig, hilflos, voller Scham und zum Überleben auf ihre Gunst und Zuwendung angewiesen ist. Korrespondierend dazu bilden sich *Objektrepräsentanzen* aus, vor deren Hintergrund andere Menschen – und namentlich wichtige Bezugspersonen – als potenziell mächtige und unberechenbare Schädiger oder als mächtige omnipotente Retter aus der Not erlebt werden.

Die Auswirkungen einer solchermaßen veränderten Repräsentanzenwelt auf die zwischenmenschlichen Beziehungen manifestieren sich in der *Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen*, der Neigung der Patientin zu *Selbstentwertung und Selbstbeschuldigung*, und in der *Überzeugung, eine gute Behandlung nicht verdient zu haben*. Darüber hinaus haben sich aus der Notwendigkeit, mit dem missbrauchenden Täter leben und ihn sogar versorgen zu müssen, auf diese Bedingungen abgestimmte *unsichere und oft auch desorganisierte Bindungsmuster* entwickelt, die sich im Alltagsleben als hoch dysfunktional erweisen (Lyons-Ruth et al. 2006). Für diese schädigenden Einflüsse auf die Entwicklung des kindlichen Bindungssystems wurden Begriffe wie »Entwicklungs-trauma« (van der Kolk 2009), »Bindungs-trauma« (Buchheim et al. 2008; Fonagy 2008; Schore 2005) oder »Bindungs- und Beziehungstraumatisierung« (Wöller 2013) vorgeschlagen.

Nach Traumatisierungen in der Kindheit ist daher mit einer weitaus komplexeren Pathogenese und Breite der Symptomatik zu rechnen als nach Traumatisierungen im Erwachsenenalter. Klinisch bedeutsam sind neben der Symptomatik der PTBS vor allem die für komplexe Traumatisierungen charakteristischen Persönlichkeitsveränderungen im Bereich der *Selbst- und Fremdwahrnehmung*, die schweren Störungen der *Selbstwertregulation* mit chronischen *Schuld- und Schamgefühlen*, Veränderungen der persönlichen *Glaubens- und Wertvorstellungen* und die Neigung zu Traumawiederholung und *Reviktimisierung*. Weiterhin

schlägt sich die Komplexität auch in einer breiten Komorbidität nieder. Sie umfasst depressive, somatoforme, dissoziative und Angststörungen, weiterhin Substanzabhängigkeit, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen, die bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen sind (Egle et al. 2015; Mattheß & Schüepf 2013; Reddemann & Wöller 2017; Sack 2004; Sack et al. 2013b; Schellong et al. 2018; Wöller 2005; Wöller 2006; Wöller 2013; Wöller & Mattheß 2018).

Um das Symptombild, das charakteristischerweise nach Kindheitstraumatisierungen auftritt, diagnostisch zu fassen, wurde von Herman (1992) der Begriff der »*komplexen posttraumatischen Belastungsstörung*« eingeführt. Er wurde in letzter Zeit wieder aufgegriffen, um im Hinblick auf die ICD-11 eine neue Diagnosekategorie zu schaffen, die neben der Kernsymptomatik der »klassischen« PTBS auch Störungen der Regulation des Selbst und der interpersonellen Beziehungen beschreibt (Maercker et al. 2013; Reed et al. 2018). Die neue diagnostische Kategorie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung gestattet eine bisher nicht erreichte Präzisierung der Diagnosekriterien, die wir als großen Vorteil und Fortschritt gegenüber allen bisherigen Versuchen der diagnostischen Annäherung betrachten. Er wurde daher diesem Manual zugrunde gelegt (► Kap. 4.2).

Jedoch muss auch auf eine wichtige Einschränkung hingewiesen werden: Durch die Festlegung, dass als eines der Kriterien der neuen Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung auch die Symptomatik der »klassischen« PTBS vorliegen muss, kann der von der ICD-11 verwendete Begriff naturgemäß nicht alle im Gefolge von Kindheitstraumatisierungen zu beobachtenden Symptom- und Phänomenbereiche umfassen. Verschiedene Störungsbilder – wie dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Essstörungen –, die ebenfalls im Gefolge von Kindheitstraumatisierungen auftreten und insofern auch als komplexe Traumafolgestörungen aufgefasst werden können, sind in ihm nicht enthalten. Sie müssen deshalb als komorbide Störungen kodiert werden. So werden sie auch in diesem Manual behandelt. Ungeachtet der Tatsache, dass diese Störungsbilder auch dann, wenn ihnen eine Traumagenese zugrunde liegt, immer auch eigene therapeutische Konzepte erfordern, wird der Praktiker diesem Manual vermutlich dennoch wertvolle Anregungen für ihre Behandlung entnehmen können.

## 2 Psychodynamische Modellvorstellungen zu komplexen Traumafolgestörungen nach Kindheitstraumatisierungen

### 2.1 Sigmund Freud und die Renaissance seines Antipoden Pierre Janet

Historisch betrachtet, stand die Beschäftigung mit psychischen Traumatisierungen am Beginn der psychoanalytischen Bewegung (Freud & Breuer 1895; Freud 1920). Freud und Breuer haben, angeregt durch die wichtigen Arbeiten von Pierre Janet (1889) in Frankreich, Vorstellungen zur *Traumagenese der Hysterie* formuliert, die unter dem Blickwinkel moderner Psychotraumatologie bahnbrechend waren. In einer Serie von Fallberichten beschrieben sie bei Patienten mit hysterischen Symptomen »Verführungen« durch Erwachsene, die aus heutiger Sicht als sexuelle Übergriffe verstanden werden müssen. Auch hatten Freud und Breuer (1895), ähnlich wie Janet, bei hysterischen Patienten veränderte Bewusstseinszustände nach psychischen Traumatisierungen beschrieben und grundlegende Erkenntnisse zur Entstehung der traumatischen Dissoziation formuliert. Der auf sie zurückgehende Gedanke einer kathartischen Abfuhr »eingeklemmter« Affekte kommt dem Prinzip der Desensibilisierung in neueren Traumatherapien bereits sehr nahe (Wöller 2015b).

Durch die folgenschwere Entscheidung Freuds, seine Verführungstheorie der Neurosen – zumindest in ihrer bisherigen Reichweite – zu widerrufen und sich vor allem der Erforschung unbewusster Konflikte und ihrer Abwehr durch Verdrängung zuzuwenden, gerieten die wichtigen Arbeiten von Janet (1889), aber auch seine eigenen, zusammen mit Breuer verfassten Schriften zunehmend in *Vergessenheit*. Im Mainstream der psychoanalytischen Theoriediskussion spielten dissoziative Phänomene über lange Zeit kaum noch eine Rolle. Erst in den letzten Jahrzehnten wurden mit der *Wiederbelebung* der Forschung zu dissoziativen Phänomenen und unter dem Einfluss der modernen Gedächtnisforschung (Tulving 1972) die Beiträge Janets – und damit auch die der frühen Schriften Freuds – für ein psychodynamisches Verständnis der Traumapathologien wiederentdeckt. Auf Janet geht der Gedanke einer Schwäche der integrativen Kapazität der Persönlichkeit zurück, die genetisch verankert ist und durch traumatische Einflüsse manifest wird (van der Hart 2016; Nijenhuis & van der Hart 2011).

Bemerkenswert ist, dass Freud (1920) sich in seinen späten Schriften wieder der Traumapathologie, die mit seinem Konfliktverständnis nur schwer in Einklang zu bringen war, unter dem Blickwinkel ihrer psychoökonomischen Aspekte zuwandte. Im Gegensatz zur Angstentwicklung im Rahmen von Konfliktpathologien wird die unkontrolliert überflutende Angst von Opfern traumatischer

Gewalt als Resultat einer *durchbrochenen Reizschranke* verstanden, bei der die traumatische Energiemenge die Verarbeitungskapazität der individuellen Psyche überschreitet.

Auch die Überlegungen zum *Wiederholungscharakter* traumatischer Erfahrungen gehen auf die späteren Schriften Freuds (Freud 1920) zurück; er hatte die Tendenz zur Traumawiederholung als den Versuch einer nachträglichen Bewältigung der traumatischen Erfahrung verstanden: Eine Person sucht eine der traumatischen Situation ähnliche Situation aktiv wieder auf, um sie nun – in einer Wendung vom Passiven zum Aktiven – kontrollieren und beeinflussen zu können.

## 2.2 Sándor Ferenczi und die strukturbildende Wirkung verinnerlichter traumatischer Beziehungsmuster

Von großer Bedeutung sind nach wie vor die Beiträge von Sándor Ferenczi (Ferenczi 1933/1972) zur *Introjektionsdynamik* von Opfern von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch. Um die Bindungsbeziehung zu den wichtigsten Bezugspersonen zu erhalten, definiert sich das traumatisierte Kind als unwertes, egoistisches oder »böses« Kind. Durch seine Überzeugung von der eigenen Schlechtigkeit und moralischen Minderwertigkeit kann das Bild der guten Eltern erhalten bleiben. Mit der Übernahme der Schuld für die Misshandlung kann ein *Versöhnungsversprechen* verbunden sein: Sobald das Kind sich wieder den Erwartungen der Eltern entsprechend verhält, werden sie wieder liebevoll mit ihm umgehen (Ehlert & Lorke 1988; Gleiser 2003). Die verminderte Fähigkeit zur Selbstfürsorge, das schlechte Selbstwertgefühl und die negativen Überzeugungen komplex traumatisierter Patienten – die Überzeugungen, dass sie als Menschen unfähig, unwert oder moralisch schlecht sind und wertschätzende oder respektvolle Behandlung nicht verdient haben – können als Folge der Verinnerlichung traumatischer Beziehungsmuster verstanden werden.

Zu den Schamgefühlen als Folge der Degradierung zum reinen Objekt der Bedürfnisbefriedigung der erwachsenen Person und den Schuldgefühlen aufgrund des Empfindens, »ein schlechtes Kind« zu sein, kommen zudem von den Tätern *implantierte Scham- und Schuldgefühle*: Nicht wenige Opfer traumatischer Gewalt mussten erleben, wie sie zum Sündenbock für alles Schlechte in der Familie gemacht wurden, wie ihnen die Schuld an der Misshandlung oder dem Missbrauch zugeschoben wurde oder wie ihnen vorgeworfen wurde, sie hätten die Täter verführt oder den an ihnen vollzogenen sexuellen Handlungen bereitwillig zugestimmt. Aus dieser Familiendynamik resultieren umfassende Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, existenzielle Ängste vor dem Verlassenwerden, eine massive Störung des Selbstwertgefühls und die tief verwurzelte Überzeugung auf Seiten des Opfers, kein Recht auf eigene Gefühle und Wünsche zu haben. Oft werden die von traumatischen Introjekten ausgehenden Gefühle von Selbsthass und die daraus hervorgehenden selbstzerstörerischen Tendenzen als nicht zur eigenen Person gehörig und wie *Fremdkörper im Selbst* empfunden (Ferenczi 2013; Hirsch 1994; Hirsch 1996; Hirsch 1995).