

Dialektisch Behaviorale Therapie für komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen (DBT-PTSD)

Martin Bohus & Kathlen Priebe (2018)

Abstract

Die DBT-PTSD wurde entwickelt als ein störungsspezifisches multimodulares Behandlungskonzept für Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung nach interpersoneller Gewalterfahrung (sexueller und/oder körperlicher Gewalt) in Kindheit und Jugend. Das emotionsfokussierte Behandlungsprogramm integriert Komponenten der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), der kognitiven Verhaltenstherapie, der Acceptance und Commitment Therapie (ACT) sowie Interventionen aus der Compassion Focused Therapy (CFT). Nicht nur hohe Wirksamkeit, sondern auch Akzeptanz und Sicherheit konnten mittels randomisiert-kontrollierter Studien im ambulanten und im stationären Behandlungsrahmen nachgewiesen werden. Dies ist insbesondere erwähnenswert, da in diesen Studien auch Patientinnen mit schweren dissoziativen Symptomen, chronischer Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten eingeschlossen – und erfolgreich behandelt werden konnten. Dieses neue Behandlungskonzept findet bereits internationale Verbreitung.

1. Entwicklung und Quellen der DBT-PTSD

Die DBT-PTSD wurde als ein störungsspezifisches Behandlungskonzept entwickelt für Menschen, die an einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach sexualisierter oder körperlicher Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend leiden. Die Wirksamkeit konnten in zwei randomisiert-kontrollierten Studien im stationären und ambulanten Bereich nachgewiesen werden: Beide Studien zeigten hohe Akzeptanz, Sicherheit und große Effektstärken, auch bei Patientinnen mit schwerer komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus et al. 2013; Bohus et al. in Vorbereitung). In diese Studien wurden auch Patientinnen mit ausgeprägter dissoziativer Symptomatik, aktuellem selbstverletzenden Verhalten und chronischer Suizidalität eingeschlossen und hoch wirksam behandelt. Das Programm ist modular aufgebaut, das heißt, es setzt sich aus verschiedenen Behandlungskomponenten zusammen, die je nach Symptomatik der Patientinnen und Patienten oder entsprechend sonstiger Erfordernisse angewendet und kombiniert werden können. Wie alle modernen Psychotherapieprogramme beinhaltet DBT-PTSD eine Vielzahl von Prinzipien, Regeln und Interventionen die weitgehend aus anderen etablierten Therapieverfahren stammen. Dennoch handelt es sich keinesfalls um ein „eklektizistisches Programm“, da klare Behandlungsalgorithmen vorliegen.

Die DBT-PTSD ist ein multimodulares Behandlungsprogramm. Behandlungsalgorithmen geben vor, welche Interventionen bei welcher Symptomatik zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden sollten.

Die Basis des Therapieprogramms, das heißt die Prinzipien und Regeln sowie die meisten Interventionen und insbesondere der „Spirit“ – also die wohlwollend fordernde, „dialektische“ Grundhaltung entstammen der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) (Bohus 2002; Linehan 1996, 2016). Dieses ursprünglich für chronisch suizidale Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen evaluierte Konzept beinhaltet klare Strukturen und dynamische Hierarchisierung der Behandlungsfoki. Die DBT schafft damit einen stabilen Rahmen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Störungen von Emotionsregulation, Selbstkonzept und Beziehungsgestaltung. Ein weiteres wesentliches Element der DBT ist die Vermittlung von sogenannten „Skills“. Dies sind einfache Selbstinstruktionen und Handlungsanweisungen, die darauf zielen, automatisierte intrapsychische Verarbeitung und Verhaltensmuster zu unterbrechen und zu modifizieren. Die Skills können eingesetzt werden, um extreme Zustände von Anspannung und Belastung ohne problematische Verhaltensweisen zu bewältigen, Emotionen zu modulieren und automatisierte Kognitionen zu verändern. All dies spielt für die erfolgreiche Behandlung der komplexen PTBS

eine wichtige Rolle. Da in der Standard-DBT traumaspezifische Interventionen nicht näher ausgeführt sind, ergänzten wir diese entsprechend um traumaspezifische kognitive (Ehlers 1999) und expositionsbasierte Techniken (Foa et al. 2014). Die Erfahrungen mit Betroffenen von sexualisierter und körperlicher Gewalt in der Kindheit haben gezeigt, dass früh ausgebildete kognitiv-affektive Schemata oft nicht komplett zu ändern sind. Daher ist es wichtig, dass die Betroffenen einen besseren Umgang mit diesen automatisierten Prozessen erlernen und wichtige Lebensziele trotz Ängsten oder störender Gedanken umsetzen. Hier bietet die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; Hayes et al. 2014) wertvolle Interventionen. Darüber hinaus beinhaltet die ACT für das Erkennen und Umsetzen von Werten und damit für die Verbesserung der Lebensqualität viele hilfreiche Interventionen.

Neben der Veränderung von Kognitionen und Emotionen fördert die DBT-PTSD die kognitive Distanzierung und Akzeptanz von Kognitionen und Emotionen sowie das Handeln trotz störender Kognitionen und Emotionen.

Gerade weil das Selbstkonzept oft durch traumabezogene Emotionen wie Scham oder Schuld, Ekel und Selbsthass geprägt ist, haben viele Patientinnen und Patienten mit komplexer PTBS große Schwierigkeiten, wohlwollend und wertschätzend mit sich selbst umzugehen – was sich häufig auch in Problemen im zwischenmenschlichen Bereich widerspiegelt. In der Compassion Focused Therapy (CFT; Gilbert 2013) werden diese Schwierigkeiten durch das Training einer mitfühlenden Perspektive sich selbst und anderen Menschen gegenüber adressiert. Mitgefühl wird hier definiert als „Empfindsamkeit gegenüber dem eigenen Leid und dem anderer Menschen, mit einer tiefen Hingabe, dieses zu lindern“ und umfasst also sowohl eine empathisch, fürsorgliche, als auch eine zielorientierte, kraftvolle Komponente. Abbildung 1 gibt eine Übersicht zu den Quellen der DBT-PTSD.

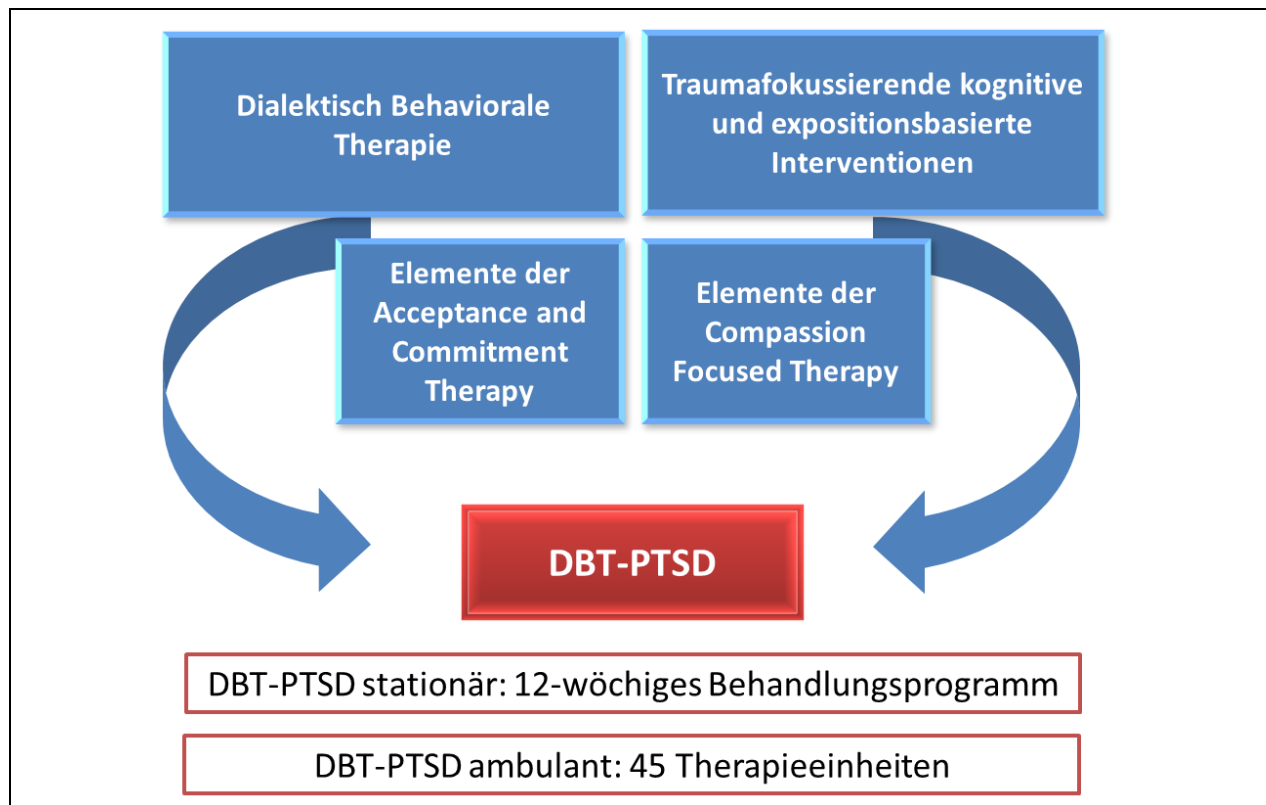


Abbildung 1: Quellen der DBT-PTSD

Sowohl die DBT, als auch ACT und CFT, sind in den Prinzipien der Achtsamkeit verankert (Bohus 2006). Da viele traumatisierte Patientinnen und Patienten längere Achtsamkeitsmeditationen zumindest zu Beginn der Behandlung als unangenehm und belastend erleben, wird in der DBT-PTSD Skills-basierte Achtsamkeit vermittelt. Hierbei werden die psychologischen Wirkprinzipien der Achtsamkeit in einzelne alltagstaugliche Fertigkeiten und kürzere Achtsamkeitsübungen portioniert, ohne dabei auf formelle Meditation als notwendige Erfahrung zurückzugreifen.

Da Achtsamkeitsübungen ihre Wirkung erst durch das regelmäßige Üben entfalten, wird Achtsamkeit modulübergreifend in jeder Therapiestunde eingesetzt und von den Patientinnen und Patienten zu Hause geübt.

2. Modellannahmen

Etwas vereinfacht gliedert sich die Symptomatik der komplexen PTBS in vier Domänen: 1. Störungen der Trauma-Gedächtnisses (Intrusionen, Alpträume, emotionale und physiologische Reaktionen bei traumaassoziierten Reizen), 2. Störungen der Emotionsregulation (affektive Instabilität, hohe emotionale Sensitivität, starke emotionale Auslenkung, Dissoziation), 3.

Störungen des Selbstkonzepts (intensive Scham, Schuld, Selbsthass, Ekel gegenüber der Person und dem Körper) sowie 4. Störungen der sozialen Interaktion (Misstrauen, Angst vor sozialer Zurückweisung, Einsamkeit auch in Anwesenheit anderer).

Entwicklungstheoretisch gehen wir davon aus, dass Kinder und Jugendliche, die anhaltender intra- oder parafamiliärer Gewalt ausgesetzt sind, eine Reihe von altersspezifischen Bewältigungsstrategien anwenden: Zum einen, um zu überleben, zum anderen um die emotionale Bindung zu den primären Bezugspersonen aufrecht zu erhalten. Letztere gehören häufig entweder zum Täterkreis oder liefern die Kinder diesen aus und gewähren keine Unterstützung. Die basale Bewältigungsstrategie besteht zunächst darin, sich das Geschehen zu erklären – also Regelmäßigkeiten und Sinn zu erkennen. Da eine Einsicht in die Psyche des Täters verwehrt ist, bleibt den Kindern meist nichts anderes übrig, als sich selbst die Verantwortung am Geschehen zuzuweisen (*Ich habe irgendetwas getan, das diese Ereignisse hervorruft.*). Die Konsequenz ist ein diffuses und pervasives Schuldgefühl, das sich in das wachsende Selbstkonzept integriert, dabei aber immerhin das Gefühl der Ohnmacht und Unkontrollierbarkeit reduziert. Neben Schuld spielen Scham und Selbstekel sowie Selbsthass- und Verachtung eine wichtige Rolle im Selbstkonzept. Die Bedeutung von Selbstekel ist einfach zu verstehen, wenn man berücksichtigt, dass oraler Missbrauch und Sperma auf dem Körper von Kindern und Jugendlichen starke Ekelgefühle auslösen. Da Kinder kaum zwischen Körper und „Selbst“ differenzieren, bezieht sich dieses Gefühl rasch auf das ganze Selbst. Und wenn man sich selbst ekelhaft findet, ist der Weg zu Selbstverachtung und Selbsthass nicht weit. Das Konzept der Scham ist facettenreicher. Wir gehen davon aus, dass Scham, also die Wahrnehmung, dass man selbst, oder Nahestehende anders und schlechter sind, als sie sein sollten, zum einen die direkte Folge von erfahrener Demütigung ist. Zum anderen kann Scham auch infolge der Bewertung des schuldhaften Verhaltens resultieren (*Ich bin eine Person, die sich so verhalten hat.*). Darüber hinaus kann Scham als Folge von Alienation entstehen, also immer dann, wenn die soziale Synchronisierung – das Teilen und Verstehen von starken Emotionen nicht gewährleistet ist. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von traumatischer Invalidierung, also von der Unmöglichkeit, sozialen Rückhalt – etwa bei der Mutter – zu erhalten, wenn von einer traumatischen Erfahrung berichtet wird. Um dies etwas konkreter zu formulieren: Stellen Sie sich vor, ein achtjähriges Kind kommt nach sexuellem Missbrauch durch den Großvater zur Mutter nach Hause und versucht anzudeuten, was es erlebt hat. Die Mutter aber signalisiert sehr rasch, dass sie davon nichts hören möchte, das Kind sich das einbildet und der Großvater ein lieber Mann ist. Das Kind wird nicht nur bitter enttäuscht sein, sondern sich zutiefst verlassen und unwürdig erleben. Dieses Gefühl des Verlassen-Seins berichten viele unserer Patientinnen und Patienten. Nicht wenige von ihnen

betonen, dass diese Erfahrung der sozialen Zurückweisung als schwerwiegender erlebt wurde, als die sexualisierte oder körperliche Gewalt selbst. Auch Verlassenheit bedarf, wie jedes starke aversive Gefühl, um ertragen zu werden der Erklärung: *Das muss an mir liegen. Ich bin anders als alle anderen. Ich habe es nicht verdient, dass man mich mag. Ich bin im Kern schlecht.* Die Folge ist ein diffuses und pervasives Gefühl der Scham, die sich in das Selbstkonzept integriert. Die Störungen der sozialen Interaktion erklären sich dann folgerichtig, wenn man davon ausgeht, dass diese beschriebenen kognitiv-emotionalen Konzepte die soziale Kooperation steuern, ist es schier unmöglich vertrauensvolle Nähe zuzulassen.

Sekundäre Emotionen wie Schuld, Scham und Selbstverachtung werden als Bewältigungsstrategien verstanden, die ursprünglich dazu dienten, den traumatischen Ereignissen ihre primäre Unkontrollierbarkeit zu nehmen und die familiären Bindungen aufrecht zu erhalten.

Erwachsene Betroffene mit komplexer PTBS können infolge von Reizgeneralisierung durch eine Fülle an äußeren und inneren Stimuli an die traumatischen Erfahrungen erinnert werden. Die Stimuli aktivieren ein implizites Trauma-Netzwerk mit sensorischen Erinnerungen, Kognitionen sowie Emotionen. Das innere Erleben ist nicht nur geprägt von Intrusionen, Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen, die während der Traumatisierung eine Rolle gespielt haben, sondern auch von den oben beschriebenen sekundären Emotionen wie Schuld, Scham, Ekel oder Selbsthass. Diese innerpsychischen Prozesse sind häufig so dominant, dass die sensorische Verarbeitung realer Informationen eingeschränkt ist.

Der stark aversive Charakter des Trauma-Netzwerks drängt die Patientinnen und Patienten zu gelernten „**Escape-Strategien**“. Dies kann sowohl die Handlungsebene als auch die mentale Ebene betreffen. Zu den häufigsten Escape-Verhaltensweisen zählen Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten, Substanzmissbrauch und aggressive Durchbrüche. Beispiele für mentales Escape sind Dissoziation, Rumination, Bagatellisieren oder auch Suizidgedanken. Darüber hinaus bemühen sich die Betroffenen typische Auslöser von trauma-assoziierten Erinnerungen und Emotionen weitgehend zu vermeiden. Diese sogenannten „**Meidungs-Strategien**“ können das soziale Leben vollständig dominieren, da in der Regel zwischenmenschliche Aspekte wie Nähe, Vertrautheit, körperliche Berührungen, sexuelle Erregung, Männer und vieles mehr gemieden werden müssen. Da bleibt nicht viel Lebensspielraum.

Meidungs- und Escape-Strategien sind zwar kurzfristig entlastend, langfristig aber halten sie die Symptomatik aufrecht. Im Sinne eines Rebound-Effektes verstärkt sich der intrusive Charakter

des Trauma-Netzwerkes. Viele der Escape-Strategien wie Selbstverletzungen oder Substanzkonsum haben auch an sich langfristig negative Folgen und verstärken selbstabwertende Gedanken. Meidungsstrategien verhindern korrigierende Erfahrungen und einen Abgleich der Erwartungen mit der Realität (*"Nicht alle Männer sind gefährlich, manche sind zugewandt und nett."*).

In der DBT-Terminologie beschreiben die Meidung- und Escapestrategien den „**Alten Weg**“. Das Verhalten ist von der kurzfristigen „weg von“ – Motivation geprägt. Betroffene wollen Erinnerungen, schmerzliche Emotionen und Kognitionen rasch beenden und setzen dazu Strategien ein, die langfristig dysfunktional sind. Ein „hin zu“ – Verhalten mit der Ausrichtung an langfristigen Zielen, das heißt werteorientiertes Denken, Planen und Handeln ist kaum möglich. In der Therapie soll dies auf dem „**Neuen Weg**“ gestärkt werden. Abbildung 2 skizziert das Modell der DBT-PTSD, wie es den Patientinnen und Patienten im Rahmend der Psychoedukation vermittelt wird. Dabei wird ein 4-Felder-Schema genutzt. Innere Prozesse liegen auf der linken Seite einer vertikalen Linie, während die sensorisch wahrnehmbare Außenwelt auf der rechten Seite der Linie dargestellt wird. Eine horizontale Linie trennt alle langfristig dysfunktionalen mentalen Prozesse und Verhaltensweisen des „Alten Weges“ (unterhalb der horizontalen Linie) von den an langfristigen Zielen orientierten inneren Prozessen und Verhaltensweisen des „Neuen Weges“ (oberhalb der horizontalen Linie).

Zusammengefasst besteht das zentrale Problem der PTBS darin, dass das Trauma-Netzwerke durch eine Fülle von Reizen aktiviert werden kann. Dabei werden primäre und sekundäre traumabezogene Emotionen freigesetzt, die wiederum mentale und verhaltensbasierten Escape- und Meidungsstrategien steuern. Dies hat zwei erhebliche Folgen: Zum einen kann das Trauma-Netzwerk nicht verändert werden, zum anderen sind die Betroffenen nur sehr eingeschränkt in der Lage, ihre eigenen wertebasierten Ziele im Leben umzusetzen. Unabhängig davon, ob das jeweilige Trauma-Netz aktiviert ist, leiden die Betroffenen unter einer Fülle von generalisierten negativen Grundannahmen, sich selbst und das Zusammenleben mit anderen betreffend.

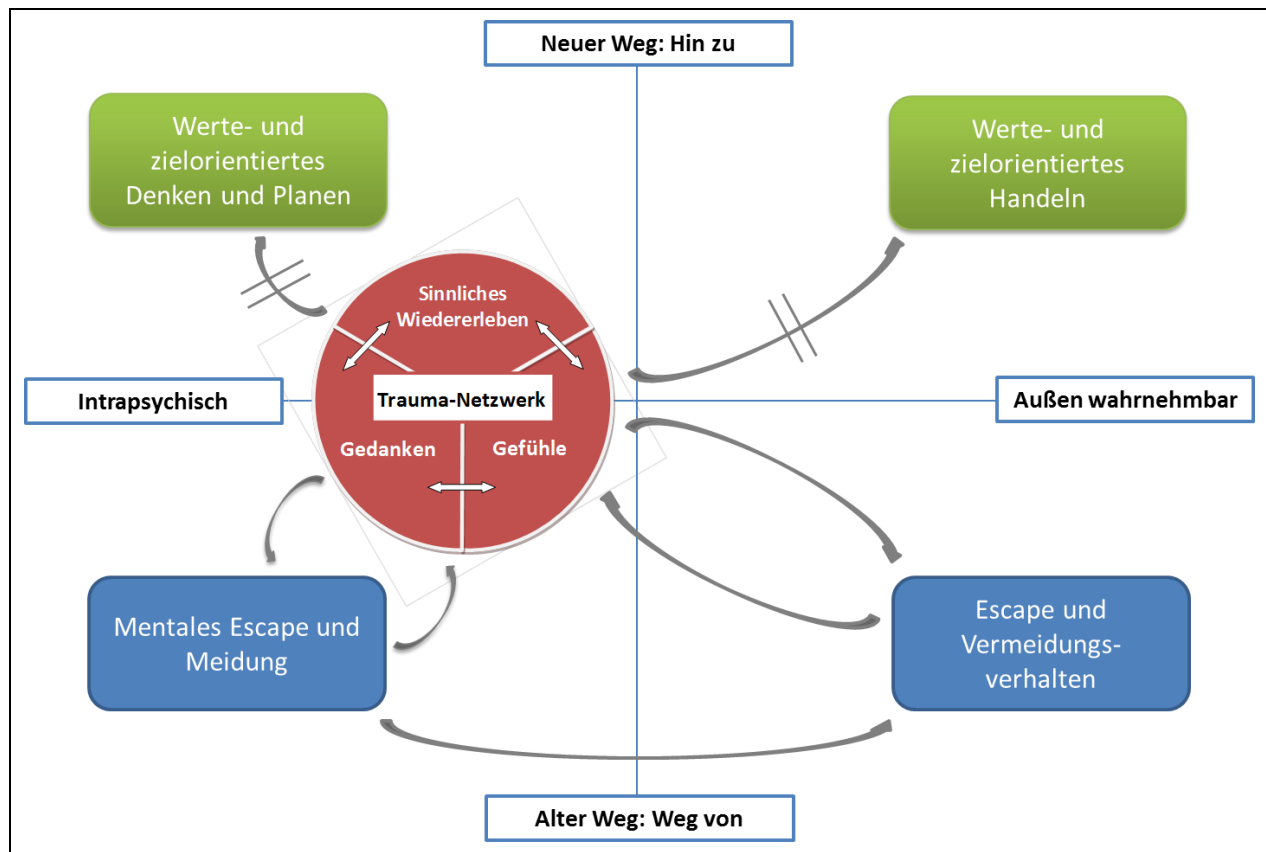


Abbildung 2: Störungsmodell der DBT-PTSD

3. Konzeptuelle Umsetzung der Modellannahmen

In der Behandlung der komplexen PTBS geht es uns zunächst darum, die vom Trauma-Netzwerk aktivierten mentalen und verhaltensbezogenen Escape-Strategien zu reduzieren. Die Betroffenen lernen Skills anstelle von schädlichem Escape-Verhalten einzusetzen. Darüber hinaus werden Fertigkeiten der Emotionsregulation trainiert. Zudem werden dysfunktionale Kognitionen und sekundäre Emotionen mit kognitiven Interventionen verändert.

Doch rein kognitive Interventionen stossen bei den Betroffenen mit komplexer PTBS meist an ihre Grenzen. Wir gehen wie beschrieben davon aus, dass die zentralen kognitiv-affektiven Automatismen, also Schuld, Scham, Selbsthass und Selbstverachtung entwicklungspsychologisch als Bewältigungsstrategien verstanden werden müssen, um eben einerseits die Erfahrung von Ohnmacht und Unkontrollierbarkeit zu reduzieren, und andererseits die Beziehung zur Familie aufrecht zu erhalten. So erklären sich die Schwierigkeiten, die bei primär kognitiven Interventionen entstehen: Selbst wenn die Patientinnen und Patienten rational verstehen, dass sie keine Verantwortung trifft, so sind sie doch selten in der Lage, diese Annahmen aufzugeben, da sie fürchten a) von Ohnmacht überwältigt zu werden, b) die

ambivalente, oft Sehnsuchtsbesetzte Beziehung zur Familie zu verlieren. DBT-PTSD trägt dem Rechnung, indem ein Schwerpunkt auf der Exposition gegenüber den traumaassoziierten primären Emotionen (Ohnmacht, Ausgeliefert sein, Angst, Demütigung, Ekel) liegt, andererseits der Bearbeitung der ambivalenten Täter-Beziehung Raum gegeben wird.

Durch die kognitiven und expositionsbasierten Interventionen werden Aktivierbarkeit und Intensität des Trauma-Netzwerkes wesentlich reduziert – und dennoch das Trauma-Netzwerk und die über viele Jahre gelernten kognitiv-affektiven Schemata werden nicht vollständig aufgelöst. Daher werden Interventionen eingesetzt, die es den Betroffenen ermöglichen, ihre automatisierten Kognitionen und Emotionen zu registrieren, als ich-dyston zu kategorisieren (metakognitive Kompetenz), und trotz aktiviertem Trauma-Netzwerk zielorientiertes Handeln entsprechend einem „Neuen Weg“ einzuleiten.

In Abbildung 3 wird das Behandlungsmodell der DBT-PTSD dargestellt. Zunächst sollen die inneren Prozesse und die Verhaltensweisen des „Alten Weges“ unterhalb der horizontalen Linie reduziert werden. Durch Exposition wird das Trauma-Netzwerk abgeschwächt. Zur Ableitung des entsprechenden Rationals nutzen wir oft die „Wasserball-Metapher“ (Priebe 2014). Schließlich soll entgegengesetzt zu den alten Kognitionen und Emotionen gedacht und gehandelt werden – und somit werteorientiertes Verhalten entsprechend des „Neuen Weges“ oberhalb der horizontalen Linie gefördert werden.

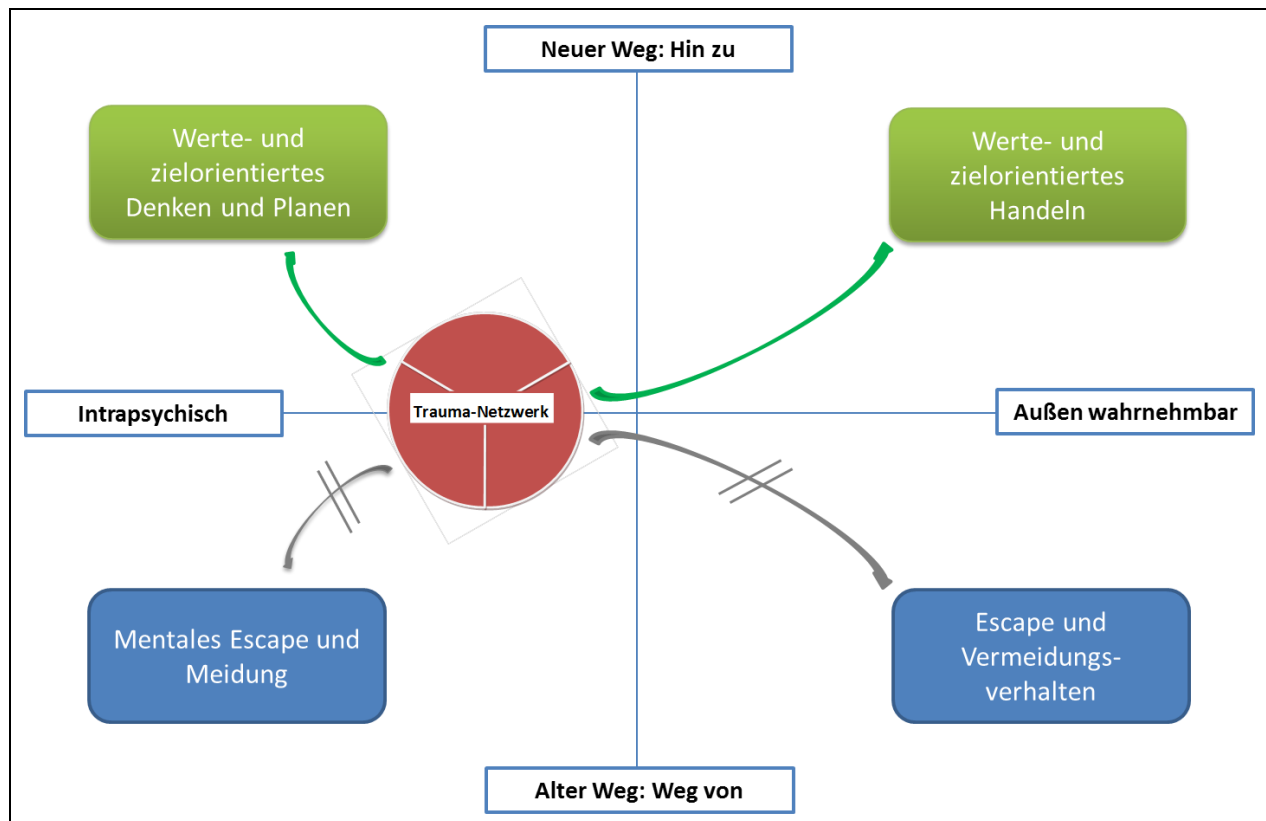


Abbildung 3: Behandlungsmodell der DBT-PTSD

Wasserball-Metapher

In der Wasserball-Metapher werden die Erinnerungen und die traumaassoziierten Kognitionen und Emotionen durch einen Wasserball symbolisiert. Mentale und verhaltensbezogene Escape-Strategien können den Wasserball kurzfristig wegdrücken, bewirken jedoch, dass der Wasserball später unkontrolliert und mit viel Kraft hochkommt. Im Rahmen der Exposition darf der Wasserball langsam und dosiert mit therapeutischer Unterstützung auftauchen. In der Exposition wird das Ventil des Wasserballs geöffnet und etwas der alten Luft (heutige nicht mehr angemessene Gefühle) kann abgelassen werden. Der Wasserball wird jedoch immer als eine Erinnerung bestehen bleiben. Während er an einigen Tagen nicht sichtbar ist, wird er an anderen Tagen sehr nah sein. Dementsprechend werden die Erinnerungen und assoziierte Gefühle an einigen Tagen keine Rolle spielen, an anderen Tagen im Vergleich zu heute in abgeschwächter Form präsent sein. Aus einem unkontrollierbaren Hochkommen (Wiedererleben) soll ein Wahrnehmen und Beobachten (Erinnern) des Wasserballs werden.

In der DBT-PTSD soll die Aktivierbarkeit und die Intensität des Trauma-Netzwerkes, sowie die dysfunktionalen Grundannahmen abgeschächt und situationsadäquates, zielorientiertes Denken, Planen und Handeln verbessert werden.

4. Die therapeutische Haltung

Eine gute therapeutische Arbeitsbeziehung – ist ein zentraler, allgemeiner Wirkfaktor der Psychotherapie. In der DBT-PTSD wird die therapeutische Beziehung wie in der klassischen DBT sehr aktiv und bewusst gestaltet und für eine Vielzahl von Veränderungsprozessen durch gezielte therapeutische Verhaltensweisen genutzt. Grundlage einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung ist eine therapeutische Haltung, die in der DBT-PTSD auf gemeinsamen Grundannahmen des Behandlerteams beruht.

Wir gehen davon aus, dass die folgenden Grundannahmen bei der Arbeit mit Betroffenen von sexualisierter und körperlicher Gewalt in Kindheit und Jugend, die an einer komplexen PTBS leiden, zutreffen und hilfreich sind:

1. Traumatisierte Patientinnen und Patienten, die an einer komplexen PTBS leiden, wollen ihr Erleben und Verhalten grundsätzlich verbessern.
2. Patientinnen und Patienten mit komplexer PTBS müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und mehr Motivation aufbringen, um sich zu verändern als andere, und dies ist ungerecht.
3. Traumatisierte Patientinnen und Patienten sind durch die Hölle gegangen und verdienen all unser Mitgefühl. Dennoch bleiben sie in der Hölle sitzen, wenn wir sie nicht dazu motivieren, ihre Veränderung selbst in die Hand zu nehmen.
4. Traumatisierte Patientinnen und Patienten verdienen – wie alle anderen auch – eine mitfühlend-unterstützende Haltung seitens der Therapeuten, des Teams, und sich selbst.
5. Traumatisierte Patientinnen und Patienten müssen neues Verhalten in vielfältigen sozialen Zusammenhängen erlernen.
6. Der therapeutische Kontext sollte so gestaltet sein, dass dysfunktionales Verhalten gelöscht und funktionales Verhalten verstärkt wird.

7. Patiententinnen und Patienten können in der DBT-PTSD nicht versagen.
8. Therapeuten, die mit Missbrauchsoptionen arbeiten, brauchen Unterstützung – auch hinsichtlich ihrer eigenen Psychohygiene.
9. Die Supervisionsgruppe hilft den Therapeuten und den Patientinnen und Patienten, gemeinsam die Behandlungsziele zu definieren und diese auch zu erreichen.

Die ersten beiden Annahmen, so banal sie klingen, vergegenwärtigen den Therapeuten, den Angehörigen und dem Behandlungsteam die grundsätzliche Willensbereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihre Situation zu verbessern. **Wenn die Patientinnen und Patienten sich optimaler verhalten könnten, so würden sie dies tun!** Es liegt im Aufgabenfeld der Therapeuten oder des Behandlungsteams, die aufrechterhaltenden Bedingungen für dysfunktionales Verhalten herauszuarbeiten. Zudem sollte man sich immer wieder vergegenwärtigen, dass viele dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster von neurobiologischen Mechanismen geprägt sind, die therapeutische Lernprozesse deutlich erschweren.

Andererseits wurden viele der dysfunktionalen Bewertungsprozesse und Handlungsautomatismen ursprünglich entwickelt, um unter sehr schwierigen familiären Bedingungen körperlich und emotional zu überleben. Sie sind daher entsprechend fest verankert. Veränderungen sind deswegen auch immer mit Unsicherheit und Angst besetzt und bedürfen entsprechender Unterstützung. Die Therapeuten sollte also alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die Patientinnen und Patienten bei ihren schwierigen und langwierigen Veränderungsprozessen zu unterstützen.

Die dritte Annahme, dass die Patientinnen und Patienten ihre Probleme in der Regel nicht verursacht haben, es dennoch allein in ihrer Hand liegt, Veränderungen herbeizuführen, beschreibt einen häufigen und leider oft sehr hinderlichen Standpunkt der Betroffenen: Warum soll ich kämpfen, um meine Ziele zu erreichen, obwohl mir dies alles angetan wurde? Man sollte diese Problematik in ihren Auswirkungen auf die Motivation der Betroffenen nicht unterschätzen, und immer wieder im Verlauf der Therapie ansprechen. In Vorwegnahme dieser Problematik hat sich folgende Metapher als hilfreich erwiesen: „*Stellen Sie sich vor, ein Mann ist auf dem Heimweg von der Arbeit, der ihn an einem Fluss entlang führt. Plötzlich, aus heiterem*

Himmel, wird er überfallen und in den Fluss gestoßen. Nun, da der Mann ja wirklich nicht freiwillig in den Fluss gesprungen ist – bedeutet dies, dass er nicht selbst an Land schwimmen muss?“

Die vierte Annahme bezieht sich zum einen auf die therapeutische Haltung und beinhaltet neben einer warmen, mitfühlenden und empathischen Komponente auch den Willen, die Patientinnen und Patienten kraftvoll und zielorientiert darin zu unterstützen, ihr Leben und Erleben zu verändern. Zum anderen beinhaltet diese Annahme den Umgang der Betroffenen mit sich selbst. Gerade Betroffenen mit komplexer PTBS nach sexualisierter Gewalt weisen zu Beginn der Behandlung einen ausgeprägten Selbsthass auf, der sich in vielfältiger Weise im Umgang mit sich selbst und dem eigenen Körper niederschlägt.

Die fünfte Annahme („Traumatisierte Patientinnen und Patienten müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen“), verdeutlicht die Notwendigkeit, neu erlernte Fertigkeiten (Skills) nicht nur unter „Ruhebedingungen“, also während emotionaler Balance oder im Rahmen der therapeutischen Beziehung zu trainieren, sondern diese auch unter emotionaler Belastung und starkem Stress anzuwenden. Krisensituationen sollten also immer als Chance genutzt werden, die Fertigkeiten zu vertiefen. Um stationäre Aufnahmen zu verhindern, gestalten die Therapeuten die Arbeit dann engmaschiger und „coachen“ die Patientinnen und Patienten durch die Krise.

Die **sechste Grundannahme** („Der therapeutische Kontext sollte so gestaltet sein, dass dysfunktionales Verhalten gelöscht und funktionales Verhalten verstärkt wird“) betont die Bedeutung des Kontingenzmanagements in der therapeutischen Beziehung und im Setting. Jede Form von therapeutischer Aufmerksamkeit und Zuwendung (oder das Fehlen derselben) beeinflusst das Verhalten von Patientinnen und Patienten. Einerseits kann ein Übermaß an Trost und Hilfe dysfunktionale Verhaltensweisen wie Passivität oder auch Selbstverletzungen verstärken. Andererseits bestätigt die Nichtbeachtung von emotionaler Not häufig die Vorurteile der Betroffenen und kann ebenfalls zur demonstrativen Intensivierung von dysfunktionalem Verhalten führen. Es gilt also die Balance zu halten, zwischen notwendiger Zuwendung und Vermeidung von unnötiger Verstärkung.

Die siebte Grundannahme („Patientinnen und Patienten können in der DBT-PTSD nicht versagen“) verdeutlicht eine eigentlich selbstverständliche therapeutische Position: Niemand wird auf die Idee kommen, das Versagen einer Chemotherapie einem an Krebs leidenden Menschen anzulasten. Falls die Therapie stagniert oder es zu Therapieabbrüchen kommt, so ist die „Schuld“ in dem angewandten therapeutischen Konzept, den eigenen Ressourcen, der

Supervision oder der mangelhaften Ausbildung der Therapeuten zu suchen – und nicht einem Versagen der Patientin und des Patienten. Das sollte man der Betroffenen auch so mitteilen.

Schließlich formuliert die **achte Grundannahme** die Notwendigkeit einer fachlichen und emotionalen Unterstützung für die Therapeuten. Die Arbeit mit frühen Traumata birgt immer eine besondere Belastung für den psychischen Verarbeitungsprozess der Therapeuten. Gerade junge Therapeuten werden hier oft erstmals mit der gesamten Wucht menschlicher Grausamkeit konfrontiert. Marsha Linehan mahnt hier: „**Don't fall into the pool**“. Also: Fallen Sie nicht in den Sumpf. Denn wenn Sie selbst im Sumpf feststecken, können Sie nicht mehr helfen. Die Behandler sollten sich immer wieder bewusst machen: Die Patientin / der Patient hat überlebt, und die Erfahrungen gehören der Vergangenheit an.

Die **neunte Grundannahme** der DBT-PTSD gibt die Funktion der Supervisionsgruppe vor. Der Supervisionsgruppe hat die Fallführung: Sie steuert die Behandlung und hilft den Therapeuten und den Patientinnen und Patienten, gemeinsam die definierten Therapieziele zu erreichen. Damit unterscheidet sich die Supervision dieser Therapieform deutlich von den meisten Supervisionen. Dies hat Vor- und Nachteile: Zunächst stellt es eine große Entlastung dar. Die Verantwortung für Schlüsselentscheidungen (z.B. etwaige stationäre Aufenthalte) wird immer von der Supervisionsgruppe getragen. Andererseits können die Therapeuten nicht einfach tun, was Sie wollen. Die Supervisionsgruppe wird sich das Recht nehmen, in die Therapie einzugreifen.

5. Struktur der Behandlung

Die DBT-PTSD gliedert sich in sechs thematische Behandlungsphasen (Abbildung 4), die sich im stationären Rahmen über 12 Wochen erstrecken und ambulant bis zu 45 Therapiesitzungen umfassen. Jede Behandlungsphase beinhaltet obligatorische und fakultative Behandlungsmodule. Letztere erlauben es, auf die vielen unterschiedlichen Symptomkonstellationen bei komplexer PTBS individuell einzugehen. Hinsichtlich der fakultativen Module helfen dem Therapeuten „Wenn-dann-Regeln“ zu entscheiden, ob das entsprechende Modul im Einzelfall zur Anwendung kommt. Dies betrifft insbesondere Schwierigkeiten und Symptome, die bei PTBS nach sexualisierter und körperlicher Gewalt in Kindheit und Jugend häufig, aber nicht immer auftreten, wie z.B. starke Dissoziationen, Gefühle von Wut und Schuld, Alpträume oder sexuelle Störungen. Zudem leiden die Patientinnen und Patienten in unterschiedlichem Ausmaß unter Emotionsregulationsstörungen, die mit spezifischen Skills adressiert werden.

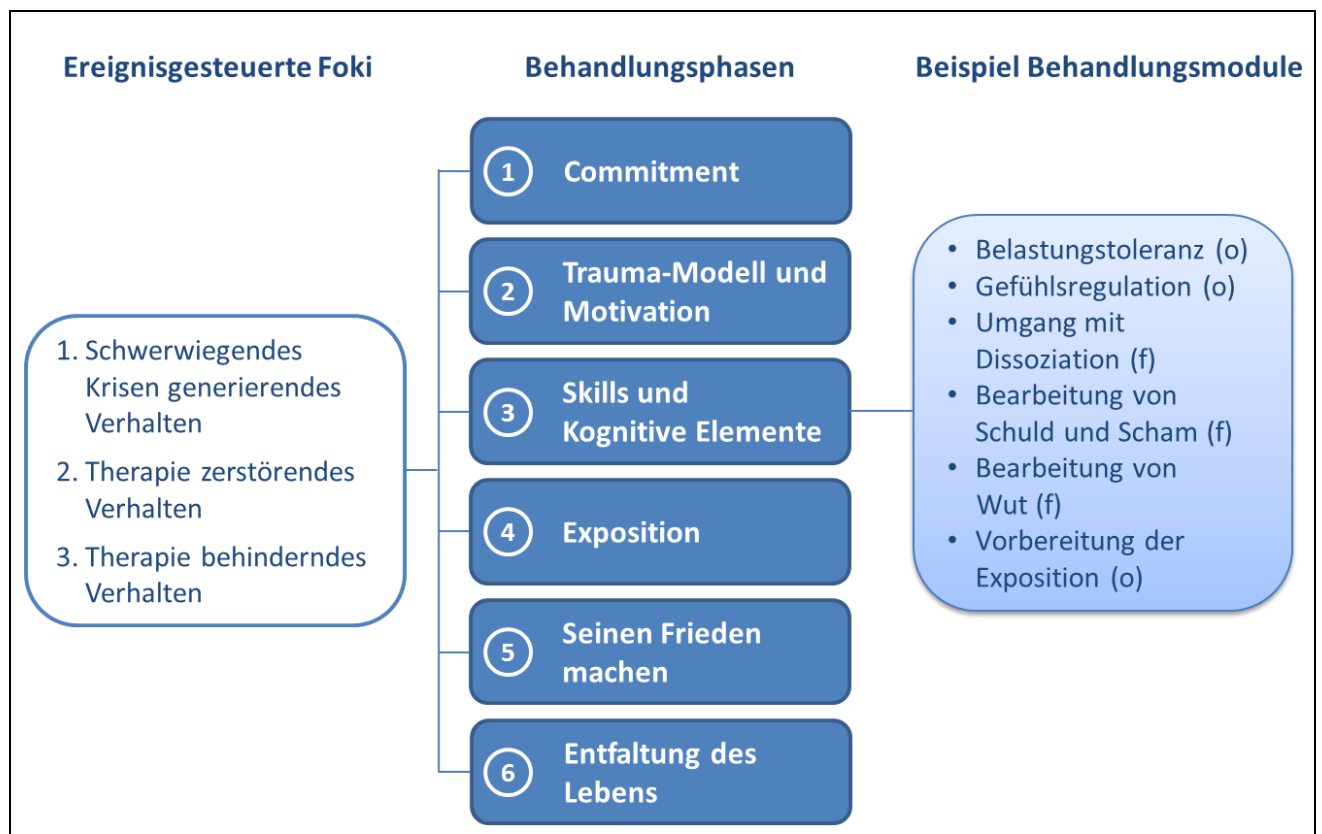


Abbildung 4: Modulare DBT-PTSD mit dynamischer Behandlungshierarchie
o = obligatorisches Behandlungsmodul, f = fakultatives Behandlungsmodul

Bevor die Behandlung beginnt, (**Pre-Treatment Phase**) erfolgen Diagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung über das Behandlungskonzept und die wissenschaftliche Datenlage (80% der Patientinnen erfüllen zum Behandlungsende nicht mehr die diagnostischen Kriterien der PTBS; Bohus et al. in Vorbereitung). Erscheint die Patientin / der Patient ausreichend motiviert, sollte bereits vor Behandlungsbeginn ein sogenannter Non-Suizid-Vertrag abgeschlossen werden. Das heißt, die Betroffenen sichern zu, dass sie während des Behandlungsverlaufes unter keinen Umständen einen Suizidversuch unternehmen werden. Im Gegenzug wird ihnen Krisenintervention per Telefon zugesichert.

In der **ersten Phase („Commitment“)** wird die Anamnese erhoben, einschließlich Informationen zur Vorbehandlungen, Therapieabbrüchen und Suizidversuchen. Ein knappes strukturiertes Interview erfasst derzeit aktive dysfunktionale Verhaltensmuster. Therapeut und Patientin / Patient schließen einen Behandlungsvertrag ab und erarbeiten einen Krisen- und Notfallplan. Darüber hinaus erfolgt eine kurze Einführung in das Skills-Konzept und hier insbesondere in die Achtsamkeit. Eine Besonderheit liegt hier in der Entwicklung eines

imaginativen Verständnisses für ein „Mitfühlend-Unterstützendes Selbst“ (Compassionate Mindfulness). Die Patientinnen und Patienten entwickeln dieses Verständnis indem sie über einen längeren Zeitrahmen täglich imaginative Selbstinstruktionen hören, die von ihren Therapeuten aufgenommen wurden. Bereits in dieser Commitment-Phase sollte eine grobe Orientierung über Zeitpunkt, Art und Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen erarbeitet werden, einschließlich der Bedrohungen, der sich das Kind ausgesetzt sah, für den Fall, dass es über das Trauma berichten würde: (*„Wir kennen es, dass nahezu alle Opfer von Missbrauch und Gewalt von den Tätern bedroht wurden, dass schreckliche Dinge geschehen würden, falls sie jemanden von den Ereignissen erzählen würden. Wie war das denn bei Ihnen? Das ist deshalb wichtig, weil diese alten Ängste oft immer noch aktiv sind, und ihre Kraft entfalten können, wenn sie nun im Rahmen der Therapie darüber sprechen werden. Wie wahrscheinlich ist es, dass diese alten Drohungen wahr werden?“*)

In der **zweiten Phase („Trauma-Modell und Motivation“)** liegt der Schwerpunkt darauf, ein schlüssiges Modell zu erarbeiten, wie PTBS entsteht und aufrechterhalten wird und behandelt werden kann. Dazu wird das Modell des „Alten und Neuen Weges“ mit Trauma-Netzwerk sowie mentalen und verhaltensbezogenen Meidungs- und Escapestrategien erarbeitet. Die Patientinnen und Patienten sollen verstehen, wie stark die PTBS ihr Leben beeinflusst, und wie die ursprünglich mal durchaus sinnvollen automatischen Gedanken und Emotionen sie daran hindern ein sinnerfülltes Leben zu entwickeln. Die Patientinnen und Patienten lernen ihre typischen Escape- und Vermeidungsstrategien kennen und deren kurz- und langfristigen Konsequenzen. Zudem erwerben sie ein gewisses Verständnis für die Mechanismen und Wirksamkeit von expositionsbasierten Interventionen (das Gehirn muss lernen, Vergangenheit und Gegenwart zu unterscheiden). Darauf aufbauend entwickeln Therapeut und Patientin / Patient operationalisierte, realistische und messbare Behandlungsziele, die für das individuelle Wertesystem bedeutsam sind. Gerade weil viele Patientinnen und Patienten mit komplexer PTBS schwerwiegende Enttäuschungen seitens primärer Bezugspersonen erlebt haben, sollten wir davon ausgehen, dass sich diese zwischenmenschlichen Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung im Rahmen von Übertragungsprozessen wiederholen und damit die gemeinsame Arbeit behindern. Um dieser Problematik entgegenzuwirken haben wir eine Idee von McCullough (2015) aufgegriffen, und schalten eine Analyse der Erfahrung mit den wichtigsten prägenden Bezugspersonen (significant others) und deren potentiellen Auswirkung auf die therapeutische Beziehung voraus. Die zweite Behandlungsphase wird komplettiert durch eine Analyse von potentiell störungsaufrechterhaltenden Bedingungen und individuellen Befürchtungen bezüglich der Therapie.

Nach Abschluss dieser zweiten Behandlungsphase sollte die Motivation zur Behandlung ausreichend aufgebaut sein. Die Betroffenen und ihre Therapeuten stellen dann – soweit das möglich ist, die Behandlungsplanung gemeinsam der Supervisionsgruppe vor, diskutieren gemeinsam die Erfolgsaussichten, sowie möglicherweise erforderliche Unterstützung und erwirken die Erlaubnis, in die dritte Therapie-Phase einzutreten – und damit die Vorbereitung für die Expositionsphase beginnen zu dürfen. Auch wenn dieses stufenweise Vorgehen auf den ersten Blick etwas übersteuert erscheinen mag – wir haben mit dieser Methodik ausgezeichnete Erfahrungen gemacht: Die Patientinnen und Patienten können sich mit den Mitgliedern der Supervisionsgruppe bekannt machen, spüren deren Unterstützung, und erfahren, dass die Expositionsbehandlung eine aktive Teilnahme ihrerseits erfordert.

In der **dritten Phase („Skills und Kognitive Elemente“)** analysieren die Therapeuten verhaltensbezogene (z.B. Selbstverletzung) und emotionale (z.B. Schuld, Dissoziation) Escape-Strategien und vermitteln die entsprechenden funktionalen Fertigkeiten (Skills; siehe Bohus und Wolf 2012). Die Patientinnen und Patienten lernen, innere Anspannung und beginnende dissoziative Zustände frühzeitig zu erkennen und durch starke sensorische Reize oder physiologische Distraction zu reduzieren (Eis-Päckchen, Ammoniak, Chilli, Jonglieren, Augenbewegungen, Balancieren). Sie lernen weiterhin die grundlegende evolutionäre Bedeutung von Emotionen wie Schuld, Scham, Verachtung und Ekel kennen und wissen, wie sie zu starke Emotionen erkennen und dämpfen können.

Im Zentrum der **vierten Phase („Exposition“)** steht die expositionsbasierte Bearbeitung von traumaassoziierten Emotionen und Erinnerungen. Um die Belastung in einem tolerierbaren Bereich zu halten und dissoziativen Symptomen vorzubeugen, erfolgt die Exposition nach dem Prinzip der Skills-assisted Exposure. Dabei wird durch Einsatz von Skills eine Balance zwischen Aktivierung traumaassoziiierter Gefühle und Gegenwartsbezug hergestellt. Wie oben bereits ausgeführt, ist das Ziel dieser Intervention nicht so sehr die Entwicklung eines zusammenhängenden Narrativs, sondern die Exposition gegenüber den traumaassoziierten primären Emotionen wie Ohnmacht, Ekel, Angst und Schmerzen. Entsprechend des inhibitorischen Lernens kommt es zu einer Reduktion dieser heute nicht situationsadäquaten Gefühle. Zudem kommt es im Sinne eines Verhaltensexperimentes zur Korrektur unrealistischer Befürchtungen (z.B. *„Ich werde verrückt, wenn ich diese Erinnerung zulasse.“*). Methodisch geht die DBT-PTSD folgendermaßen vor: Zunächst legen die Therapeuten und Patientinnen / Patienten gemeinsam das sogenannte Index-Trauma fest. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, hier dasjenige Ereignis zu wählen, das gegenwärtig mit den unangenehmsten und am stärksten

belastenden Intrusionen und Alpträumen verbunden ist, und das am schwierigsten zu berichten ist. Das Rationale ist einfach: Würde man ein geringer belastendes Ereignis als ersten Fokus wählen (was wir ausreichend versucht haben), so werden während der Exposition automatisch die stärker belastenden Ereignisse assoziiert. Im weiteren Verlauf können dann weitere belastende Erinnerungen fokussiert werden. Im zweiten Schritt werden die wichtigsten Befürchtungen und Bedenken gegenüber Exposition bearbeitet: „*Wenn ich es ausspreche, wird es wirklich.*“, „*Ich werde verrückt werde.*“, „*Ich werde das nicht überleben.*“. Diese Befürchtungen werden zunächst konkretisiert und im sokratischen Dialog hinterfragt. Die eigentliche Expositionsphase beginnt damit, dass die Patientinnen und Patienten das Ereignis zunächst aufschreiben. Dabei können sie eine distanzierte Schreibweise verwenden, das heißt, in der dritten Person und Vergangenheit formulieren. Dieses Skript wird in der Therapiestunde zunächst vorgelesen. Anschließend erfolgt die wiederholte in-sensu Exposition. Dabei sind die Therapeuten grundsätzlich bestrebt, eine hohe emotionale Aktivierung zu erzielen, und dissoziative Zustände aktiv zu unterbrechen. Prototypisch berichtet die Patientin / der Patient die traumatische Erfahrung während der Exposition in der ersten Person, der Gegenwart, mit geschlossenen Augen. Intermittierend wird die Exposition von den Therapeuten unterbrochen, um den sensorischen Realitätsbezug herzustellen: „*Was ist der Unterschied zwischen damals und heute? Wie sehen sie das, wie spüren Sie das?*“. In aller Regel erleben die Patientinnen und Patienten bereits gegen Ende ersten Expositionssitzung eine deutliche Erleichterung. Zwischen den Therapiesitzungen hören die Patientinnen und Patienten die akustischen Aufzeichnungen der Exposition täglich zu Hause. Wir haben eine App entwickelt und evaluiert (Goerg et al. 2016), mit deren Hilfe dissoziative Symptome während der Exposition gut verhindert werden können, und zudem die Verläufe der Emotionen (Abnahme von Schuld, Scham, Ekel, Belastung usw.) gemonitort werden können (<https://morpheus.deuschel-schueller.de/>). In den meisten Fällen stellt sich eine signifikante Symptomreduktion (Abnahme der Häufigkeit und Belastung von Intrusionen und Flashbacks; Revision von Schuld und Scham) innerhalb von 5 bis 6 Expositionssitzungen ein. Dann können weitere Ereignisse in den Fokus genommen werden, deren Behandlung in aller Regel weniger Zeit und Energie erfordern.

Skills-assisted Exposure

Die Exposition gegenüber den belastenden Erinnerungen verfolgt drei zentrale Ziele. Zum ersten sollen primäre, also während des Traumas erlebte Emotionen, die ansonsten vermieden werden, in dem sicheren therapeutischen Rahmen aktiviert werden. Entsprechend des inhibitorischen Lernens kommt es im neuen Kontext zu einer Inhibierung, das heißt zu einer

Reduktion dieser heute nicht situationsadäquaten Gefühle. Zum zweiten sollen unrealistische Befürchtungen bezüglich Zulassen von Erinnerungen und dem Erleben von Emotionen im Sinne eines Verhaltensexperimentes überprüft und korrigiert werden. Zum dritten soll durch das Erleben und Vergegenwärtigen der tatsächlichen damaligen Geschehnisse und Erlebensweisen eine Revision der sekundären Emotionen und Kognitionen erfolgen.

Inhibitorisches Lernen setzt voraus, dass die abgespeicherten Informationen reaktiviert und die neuen aktuellen Umgebungsvariablen wahrgenommen und gespeichert werden. Zudem sollten dieser Prozess mehrmals wiederholt und zur Förderung von Generalisierung in unterschiedlichen Kontexten stattfinden. Die Reaktivierung der Informationen geschieht über das imaginative Nacherleben der traumatischen Ereignisse. Um die neuen Umgebungsvariablen aktiv wahrzunehmen, müssen dissoziative Prozesse unterbrochen werden und immer wieder Bezug auf die Gegenwart genommen werden. Generell lässt sich sagen, dass alle Reize, die auf der körperlichen, sensorischen, kognitiven und emotionalen Ebene dem Trauma entsprechen, die Aktivierung verstärken (z.B. damalige Körperposition, Erfragen und Darbieten damaliger Sinnesreize). Alle Reize, die auf der körperlichen, sensorischen, kognitiven und emotionalen Ebene dem Trauma widersprechen stärken den Gegenwartsbezug (z.B. Erinnern, dass es sich um eine Erinnerung handelt, Erfragen von heutigen Sinnesreizen, Darbieten von Unterscheidungsreizen). Die Wiederholungen geschehen im therapeutischen Setting und auch im Rahmen des wiederholten Hörens während der Hausaufgaben. Für eine Generalisierung der Lernerfahrung nehmen die selbstgesteuerten Expositionen eine zentrale Rolle ein.

Zur Korrektur der Befürchtungen erfolgt eine kognitive Nachbearbeitung im Anschluss an die Exposition. Dabei werden der tatsächliche Verlauf und das Erleben der Exposition mit der vorher formulierten Befürchtung abgeglichen (z.B. „Vorher habe ich die Befürchtung gehabt, dass ich verrückt werde, wenn ich die Erinnerung erzähle und die Gefühle zulasse. Tatsächlich war es belastend, aber weniger belastend als vermutet und ich bin nicht verrückt geworden.“).

Für die Revision der sekundären Emotionen, beispielsweise für die Reduktion von Schuldgefühlen ist es hilfreich, dass sich die Betroffenen während der Exposition noch einmal zu vergegenwärtigen, warum sie sich zum damaligen Zeitpunkt so verhalten haben, wie sie verhalten haben. Selbst wenn die Betroffenen nicht komplett hilflos in der Situation waren, hilft das Erkennen der damaligen Handlungsgründe häufig dabei, gnädiger und verständnisvoller mit sich selbst zu sein. In der kognitiven Nachbearbeitung werden diese Aspekte aufgegriffen und vertieft.

Zum Abschluss der jeweiligen Exposition erfolgt eine finale Sitzung aus der Perspektive des „Mitfühlenden Selbsts“ (Compassionate Self). Ziel ist, eine verständnisvolle Perspektive für die Not und das Leid zu entwickeln, der die Betroffenen als Kind oder Jugendliche ausgesetzt waren. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist in dieser abschließenden Phase die Auseinandersetzung mit Segmenten, die eventuell mit Einverständnis oder unter aktiver Beteiligung der Patientinnen und Patienten erfolgten. Auch hierfür gibt es gute Gründe, die aus der Perspektive des „Mitfühlenden Selbsts“ besser bearbeitet werden können.

Compassionate Self:

Wie oben ausgeführt, leiden die meisten Patientinnen mit komplexer PTBS nicht nur an trauma-assoziierten Erinnerungen und Vermeidung der entsprechenden Emotionen, sondern an den Folgen von einst sinnvollen kognitiv-emotionalen Erklärungs- und Bewältigungsstrategien. Die Grundüberzeugung, Schuld zu haben an dem, was passiert ist, die Scham, dass dies geschehen ist, der Ekel, der damit einherging – als dies amalgamiert zu einem ausgesprochen negativen Selbstkonzept, das durchzogen ist von emotionalen Spuren wie Selbsthass, Ekel gegenüber dem eigenen Körper, aber auch einem sehr starken und durchdringenden Gefühl der Selbst-Verachtung – eine sehr starke, sehr destruktive Komponente. Therapeuten bekommen diese bisweilen zu spüren, wenn sie versuchen, nur wohlwollend unterstützend und „haltend“ auf ihre Patientinnen einzuwirken – was oft unerträgliche Störungen der inneren Konsistenz der Betroffenen nach sich zieht- mit den entsprechenden Verhaltenskonsequenzen.

Was tun?

DBT-PTSD setzt auf kontinuierliche imaginative Übungen zur Entwicklung eines wohlwollend-unterstützenden (compassionate) Selbstkonzeptes: Bereits in den ersten Stunden des Programms versuchen sich die Patientinnen eine imaginative Gestalt (wohlwollender Begleiter) vorzustellen, die einführend, verständnisvoll und unterstützend mit ihnen umgeht. Die meisten Patientinnen können sich dabei kaum auf reale Personen beziehen, entwickeln zudem sekundäre Gedanken und Gefühle wie: „das habe ich nicht verdient, ich hatte niemals so jemanden, das ist fürchterlich traurig etc.“ Im Sinne der metakognitiven Interventionen lernen die Patientinnen diese Gedanken und Gefühle kurz zu beobachten und ziehen zu lassen, wie Wolken. Manche Patientinnen entwickeln abstrakte Gestalten, manche bevorzugen Tiere oder einen Buddha, oder auch den Therapeuten). Diese vom Therapeuten geleiteten Imaginationsübungen werden auf MP3 aufgenommen, und möglichst täglich 10 Minuten gehört. Im zweiten Schritt erfolgt die Versöhnung

mit dem „Inneren Kritiker“. Hier liegt der Schwerpunkt im Erkennen, dass diese kritischen Gedanken (Little Monsters) ursprünglich dazu dienten, die Betroffene zu schützen, und Dinge zu verstehen, die für das Kind nur bedingt zu verstehen waren. Auch hierzu dienen Imaginationsübungen, sowie die klassischen „Stühle-Techniken“. Weitere Aspekte: Mitgefühl für andere und Entwicklung von emotionaler Verbundenheit mit anderen. Erfahrungsgemäß benötigen die Patientinnen einige Wochen, um sich an diese neue Sichtweise zu gewöhnen, ein neues Bild von sich und der Welt zuzulassen. Aber sie erfahren auch, wie angenehm es sich anfühlen kann, wenn man dieser Perspektive langsam Raum geben kann. Ist dieses „wohlwollende Begleiter“ etabliert, so können sehr viele Prozesse (etwa die letzten Expositions-Sitzungen, die Einleitung der Trauerarbeit oder der „Neue Weg“ aus dieser Perspektive entwickelt werden: „Vielleicht schließen Sie die Augen und nehmen die Perspektive Ihres wohlwollenden Begleiters ein... lassen Sie sich Zeit, schicke sie Ihren Atem zu dieser Gestalt und spüren Sie, wie diese sich langsam ausbreiten kann.... Führen Sie sich jetzt die Szene der Vergewaltigung noch einmal vor Augen. Was sieht der wohlwollende Begleiter, was spürt er? Was für Gefühle hegt er für dieses Kind damals? Wie äußert er sich heute, zu Ihnen, als erwachsene Person. Wie fühlt sich das an. Vielleicht sagen Sie diese Sätze noch einmal laut zu sich selbst, mit einer wohlwollenden, angenehmen Stimme.“

An die Expositionsphase schließt die **fünfte Phase („Seinen Frieden machen“)** mit Übungen zu Akzeptanz und Annehmen des Erlebten an. Die meisten Patientinnen und Patienten hadern auch nach der Expositionsphase mit ihrer Vergangenheit und haben ausgeprägte Schwierigkeiten, diese als unveränderbar und geschehen anzunehmen. Bedenken, Akzeptanz könnte bedeuten, dass die Ereignisse gar nicht so schlimm, oder gar gerechtfertigt waren, mögen eine Rolle spielen, aber auch emotionale Schwierigkeiten, sich von alten Illusionen zu verabschieden: „Wenn ich mich nur entsprechend verhalten hätte, wäre das nicht geschehen und ich hätte eine sorgsame liebevolle Beziehung zu meinem Vater / Mutter erreicht.“ Es geht in dieser Phase also auch darum, die kindlich illusionäre Beziehung zu den Eltern zu beenden und einer erwachsenen revidierten und realistischen Betrachtung Raum zu geben. Annehmen des Erlebten eröffnet Raum für Trauer, die ihre Zeit benötigt.

In der **sechten und letzten Phase („Entfaltung des Lebens“)** erschließen sich die Patientinnen und Patienten neue Lebensbereiche, bzw. suchen aktiv nach Verbesserungen, derjenigen Faktoren, die einem sinnerfülltem Leben im Wege stehen. Bei Betroffenen von sexualisierter Gewalt sind Themen wie Partnerschaft, Körpererleben und Sexualität, aber auch Änderungen im Berufsleben fast immer wichtig. Gerade weil bei diesem Therapieprogramm mit sehr starken Veränderungen nicht nur des traumaassoziierten Erlebens und Verhaltens, sondern des gesamten

Selbstkonzeptes zu rechnen ist, brauchen die Patientinnen und Patienten in dieser Phase strukturierte Unterstützung, ein neues Lebens-Konzept zu entwickeln. Methodisch wird in dieser Phase auf das Modell des „Alten und neuen Weges“ zurückgegriffen. Abbildung 5 zeigt ein Beispiel eines ausgefüllten Arbeitsblattes. Zunächst soll der der „Neue Weg“ (oberhalb der horizontalen Linie) erarbeitet werden. Dazu schreiben die Betroffenen ihr werteorientiertes Ziel (z.B. „*Ich möchte als Erzieherin arbeiten.*“) und konkrete Verhaltensschritte zur Erreichung dieses Ziels (z.B. ein Praktikum machen, über den Beruf lesen, mich beim Arbeitsamt informieren) auf. Anschließend sollen Gedanken und Gefühle notiert werden, die für die Umsetzung motivieren und hilfreich sein können (z.B. „*Ich bin gern mit Kindern zusammen.*“). Danach soll notiert werden, welche alten Ängste und selbstabwertenden Gedanken bei Schritten der Umsetzung auftauchen (z.B. „*Das schaffe ich eh nicht.*“) und zu welchen Verhalten diese motivieren könnten (z.B. sich nicht informieren). Viele unserer Patientinnen und Patienten erleben es als hilfreich, diese alten Denk- und Gefühlsgewohnheiten als „Monster“ zu bezeichnen. In der weiteren Therapie und dem weiteren Leben geht darum, trotz dieser „Monster“ den „Neuen Weg“ zu gehen und bei Rückschlägen und Schwierigkeiten, eine mitfühlende und gleichzeitig motivierende Perspektive einzunehmen.

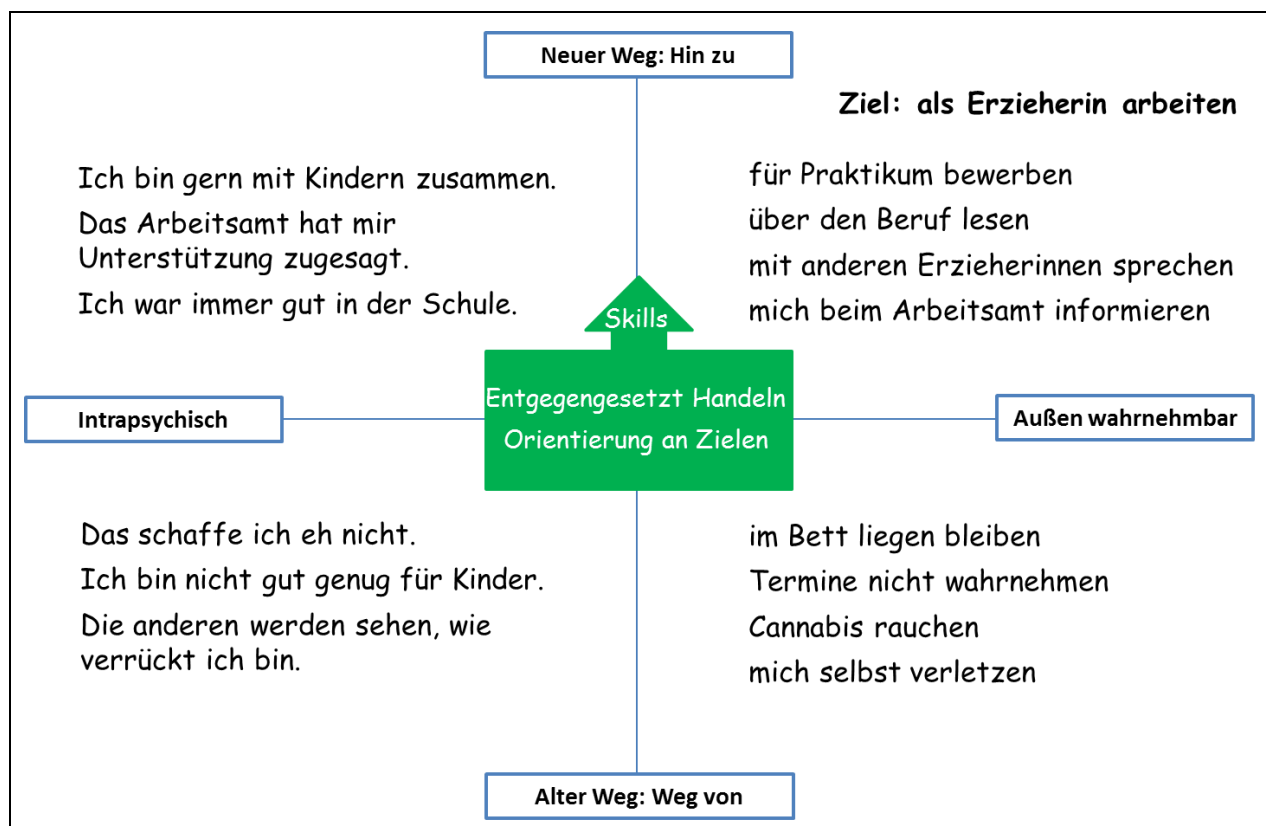


Abbildung 5: Beispiel eines ausgefüllten Arbeitsblattes „Neuer Weg“

6. Allgemeine Behandlungs-Strategien

Die ausgeprägten Störungen der Emotionsregulation von Patientinnen und Patienten mit sexualisierter und körperlicher Gewalt in Kindheit und Jugend führen manchmal zu schweren Krisen oder zu Verhalten, das die Wirksamkeit der Therapie behindern kann. Neben dem oben geschilderten zeitlich organisierten Behandlungsablauf orientiert sich die DBT-PTSD daher zusätzlich an der dynamischen Behandlungshierarchie, wie sie auch die klassische DBT vorgibt: Wann immer vorhanden, haben hier lebensbedrohliche oder krisengenerierende oder therapiestörende Verhaltensweisen Vorrang. Diese werden über die Tagebuchkarte erfasst.

Treten im Laufe einer Woche mehrere Ereignisse gleichzeitig auf, werden diese in der folgenden Reihenfolge behandelt: (I) Verhaltensweisen oder Situationen Vorrang, die potentiell lebensbedrohlich sind oder Therapiesitzungen unmöglich machen; gefolgt von (II) Situationen oder Verhalten, das die Aufrechterhaltung der Therapie gefährden und als dritte Ebene (III) Situationen und Verhalten, die die Wirksamkeit der Interventionen für die PTBS massiv beeinträchtigen. Wann immer eine höherrangige Problemsituation oder Problemverhalten erneut auftreten, werden diese auch erneut in den Fokus genommen. Die entsprechenden Interventionen basieren auf hochauflösenden Situations- und Bedingungsanalysen.

Ereignisgesteuerte Foki
I) Schwerwiegende krisenerzeugende Situationen oder Verhalten
a. Drängende Suizidpläne
b. Schwerwiegende, lebensgefährliche Selbstverletzungen
c. Lebens-Gefährdung durch gewalttätiges Umfeld (Ex-Täter; Zuhälter; Drogen-Dealer)
d. Lebensgefährliches Hochrisikoverhalten
e. Schwerwiegende Alkohol- oder Drogen-Intoxikationen
f. Gefährliche Fremdaggression
II) Situationen oder Verhalten, die die Aufrechterhaltung der Therapie gefährden
a. Verhalten, das Gefängnisstrafen mit sich bringt
b. Bedrohung oder schwerwiegende Verunsicherung des Therapeuten
c. Ausgeprägte Störungen der Therapie durch den Partner
d. Bedrohung oder Gefährdung von anderen Patientinnen und Patienten

e. Vernachlässigung von körperlichen Erkrankungen, die damit eine stationäre Behandlung erfordern
f. Regelhaftes Versäumen von Therapien
III) Situationen und Verhalten, die die Wirksamkeit der Interventionen für die PTBS massiv beeinträchtigen
a. Schwere dissoziative Symptomatik
b. Körperliche und sexuelle Gewalt in der Partnerschaft
c. Sexuelle Gewalterfahrung etwa durch unkontrolliertes Dating oder Ex-Täter
d. Schwere Störungen des Essens und Trinkens
e. Schwere Schlafstörungen
f. Benzodiazepin-Abusus
g. Alkohol- und Drogenmissbrauch (auch massiver Cannabis-Abusus)
h. Therapieaufgaben werden nicht durchgeführt
i. Vermeidung von Exposition etc.
j. Andere schwerwiegende psychosoziale Probleme (drohende Obdachlosigkeit; ernste Probleme mit dem Jugendamt)

7. Wirksamkeitsnachweis

In einer ersten Prä-Post-Studie an 29 stationär behandelten Frauen mit PTBS nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit fanden sich eine Effektstärke von 1,22 für die posttraumatische Symptomatik und keine Therapieabbrüche (Steil et al. 2011).

In einer randomisiert-kontrollierten, DFG-geförderten Studie mit 74 Patientinnen mit PTBS nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der stationären DBT-PTSD im Vergleich zu einer Wartebedingung, in der gewöhnliche Behandlung in Anspruch genommen werden durfte (Treatment-as-usual) auch drei Monate nach Entlassung (Bohus et al. 2013). Die Zwischengruppen-Effektstärke für die posttraumatische Symptomatik lag bei 1,35 (Intention to treat) bzw. 1,6 (Completer). Nur 5% der Patientinnen (2 von 36) brauchen die Behandlung vorzeitig ab. Weder Schweregrad der BPS noch die Anzahl der Selbstverletzungen zu Beginn der Behandlung beeinflussten das Therapieergebnis (Krüger et al. 2014). Auch während der Expositionsphase wurde keine Zunahme an selbstverletzendem Verhalten oder an Suizidgedanken beobachtet.

Für die ambulante DBT-PTSD fanden sich in einer ersten unkontrollierten Pilotstudie vielversprechende Ergebnisse (Steil et al. In Vorbereitung). Insgesamt 81% beendeten die Therapie regulär und 65% erfüllten nach der Behandlung nicht mehr die PTBS-Diagnose. Es fanden sich sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei den Patientinnen, die die Therapie regulär beendeten große Effekte auf selbst- und fremdbewertete posttraumatische Symptomatik, Depressivität, Dissoziation und Borderline-Symptomatik.

Im Rahmen einer multizentrischen BMBF-geförderten Therapiestudie (RELEASE-Projekt) untersuchten wir die Durchführbarkeit, Akzeptanz und Effektivität der ambulanten DBT-PTSD im Rahmen einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Studie. Die Abbruchquoten der DBT-PTSD lagen höher als im stationären Setting (26%), die Response-Raten zwischen 60 und 80% und die Remissionsraten zwischen 55 und 80%. Zudem zeigten sich auch unter ambulanten Bedingungen große Effekte auf die posttraumatische Symptomatik (Prä-Post-Effektstärke= 1,8). Die Details der randomisiert-kontrollierten Studie sind bei Drucklegung dieses Bandes noch nicht publiziert.

Neben den klassischen Outcome-Maßen (e.g. Reduktion von Intrusionen) zeigt dieses Programm auch spezifische starke Effekte hinsichtlich Reduktion von dysfunktionalen trauma-bezogenen Emotionen wie Schuld, Scham und Ekel: ca. 75% der behandelten Patientinnen erreichen nach 3 monatiger stationärer Therapie das Niveau von gesunden Kontrollen (Goerg et al., in Vorbereitung).

Zusammenfassend können wir festhalten, dass DBT-PTSD sowohl unter stationären als auch unter ambulanten Bedingungen hohe Akzeptanz, Sicherheit und Wirksamkeit aufweist.

Das stationäre Modell wurde mittlerweile in Kliniken in Holland (Leuwarden), Berlin, Hamburg und Bad Tölz erfolgreich übernommen. Auch das ambulante Modell wird nun international eingesetzt (McLean Hospital, Harvard Medical School, Peking University).

Die Ausbildung in Deutschland organisiert die AWP Freiburg: <http://www.awp-freiburg.de>.

Nachbemerkung

Erlauben Sie noch eine persönliche Nachbemerkung. Wir haben DBT-PTSD über lange Jahre konzipiert und entwickelt. Das nun vorliegende Programm ist eine Struktur, ein Algorithmus, der mit großer Wahrscheinlichkeit seine hohe Wirksamkeit entfaltet, wenn man den entsprechenden Anweisungen folgt. Und gerade weil die Methoden dieser Therapie so wirksam sind, so birgt dies doch auch eine Gefahr: Das Programm kann seine Wirksamkeit entfalten, auch ohne dem Menschen in seiner tieferen Wesensheit zu begnen. Und dies wäre ein Verlust. Es wird nur wenige Chancen im Leben ihrer Patientin geben, das Gefühl von mitmenschlicher Berührtheit zu

erleben. Eine dieser Chancen sind Sie. Als Mensch. Qua ihres Berufes erhalten Sie ein tiefes Privileg, in die sprachlich kaum fassbaren Zonen menschlicher Verletztheit und Verzweiflung einzutauchen – aus sicherer Position, teilnehmend und dennoch nicht wirklich beteiligt. Wir würden uns wünschen, dass Sie als Therapeut und Therapeutin sich dieser Verantwortung stellen und sich tatsächlich berühren lassen. Nicht nur anrühren - sondern berühren. Das sind wir – bei aller Demut – unseren Patientinnen schuldig.

Literatur

- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störungen. Fortschritte der Psychotherapie*. Hogrefe: Göttingen.
- Bohus, M. (2006). Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie – die dritte Welle in der Evolution der Verhaltenstherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 229.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2012). *Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Die CD-ROM für Betroffene*. Schattauer: Stuttgart. .
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I. & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 221-233.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2014). *Handbuch der prolongierten Exposition. Basiskonzepte und Anwendung*. Lichtenau: GP Probst.
- Gilbert, P. (2013). *Compassion Focussed Therapy*. Junfermann: Paderborn.
- Görg, N., Priebe, K., Deuschel, T., Schüller, M., Schriener, F., Kleindienst, N. et al. (2016). Computer-assisted in sensu exposure for posttraumatic stress disorder: development and evaluation. *JMIR Mental Health*, 3, e27.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie: Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Junfermann: Paderborn.
- Krüger, A., Kleindienst, N., Priebe, K., Dyer, A., Steil, R., Schmahl, C. & Bohus, M. (2014). Non-suicidal self-injury during an exposure-based treatment in patients with posttraumatic stress disorder and borderline features. *Behavior Research and Therapy*, 61, 136-141.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP Medien.
- Linehan, M. M. (2016). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT): Bd. 1: DBT Skills Training Manual und Bd. 2: DBT Arbeitsbuch, Handouts und Arbeitsblätter*. München: CIP Medien.

McCullough, J., Schramm, E., Penberthy K. & Plata, G. (2015). *CBASP - Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: Chronische Depressionen effektiv behandeln*. Junfermann: Paderborn.

Priebe, K. (2014). *Wasserball-Metapher*. In K. Priebe & A. Dyer (Hrsg.), *Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N. & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 102-106.