

Herbert Csef
Trauma und Resilienz in der Psychoanalyse

Das Anliegen der Buchreihe **BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE** besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft sowie als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert: Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – wie beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, Siegfried Bernfeld, W.R.D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturalistischen und politischen Bezüge vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wiederaufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Die Psychoanalyse steht in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Als das ambitionierteste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapie-Erfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Verfahren zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE

HERAUSGEGEBEN VON HANS-JÜRGEN WIRTH

Herbert Csef

Trauma und Resilienz in der Psychoanalyse

Psychosozial-Verlag

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.

Originalausgabe

© 2024 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Walltorstr. 10

D-35390 Gießen

06 41-96 99 78 0

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Kraft der Natur, @AdobeStock/Tobi

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3320-8 (Print)

ISBN 978-3-8379-6215-4 (E-Book-PDF)

Inhalt

Vorwort	9
1 Einleitung	15
Aktuelle Herausforderungen der Traumatherapie	
2 Sieben Pioniere der ersten Traumaforscher-Generation nach Freud	23
Viktor Frankl (1905–1997)	26
Bruno Bettelheim (1903–1990)	27
Ernst Federn (1914–2007)	27
William G. Niederland (1904–1993)	28
Judith Kestenberg (1910–1999)	28
Hans Keilson (1909–2011)	29
3 Boris Cyrulnik – Psychoanalytiker und Pionier der Resilienzforschung	35
Kurzes biografisches Porträt	35
<i>Am Leid wachsen</i> (2001) – sein erstes Resilienz-Buch	36
<i>Rette dich, das Leben ruft!</i> (2013) – eine Autobiografie	37
Resilienz- und Traumaforschung bis zum 85. Lebensjahr	39
4 Vom Trauma zur Resilienz	41
Die wesentlichen Resilienzfaktoren	42
Fördern Resilienzfaktoren die Traumabewältigung?	42
Resilienzfördernde Interventionen	43
Evaluationsstudien und Meta-Analysen	
zur Wirksamkeit der Resilienzförderung	45
Das Leibniz-Institut für Resilienzforschung in Mainz	47

5 Resilienz in der Psychoanalyse und der Psychotherapie	49
Rezeption der Resilienzforschung in der Psychoanalyse	49
Resilienz als integraler Beitrag von Psychotherapie-Verfahren	51
Neue Aufgabenfelder für Psychotherapeuten	51
Zusammenfassung	52
6 Posttraumatisches Wachstum	53
Am Trauma wachsen – Wie Phönix aus der Asche	53
Trauma und Persönlichkeitsentwicklung	55
»Überlebenskünstler« – Posttraumatisches Wachstum bei Holocaust-Verfolgten	57
Posttraumatic Growth und 9/11	63
Posttraumatisches Wachstum im psychoanalytischen Behandlungsprozess	64
Analyse der drei Fallbeispiele	79
7 Transgenerationale Traumattransmission	83
»... bis ins dritte und vierte Glied«	84
Weitergabe von Traumata an nachfolgende Generationen	84
Transgenerationale Trauma-Weitergabe bei Holocaust- Verfolgten und Kriegsopfern	85
Transgenerationale Trauma-Weitergabe bei Opfern politischer Verfolgung in der DDR	91
Transgenerationale Weitergabe von Gewalt	94
Aus Opfern werden Täter – Der circulus vitiosus von Gewaltspiralen	96
Transgenerationale Weitergabe von Gewalt gegen die eigenen Kinder	97
Transgenerationale Weitergabe von Gewalt gegen den Liebes- oder Ehepartner (Partnerschaftsgewalt, Intimizide)	104
Suizid und Transgenerationale Traumattransmission – »Suizid-Familien« und Suizide in mehreren Generationen	108
Suizide in der Familie von Thomas Mann – die Söhne Klaus und Michael Mann als Suizidopfer	108
Die Suizidversuche von Tilly Wedekind und Suizide in ihrer Familie in mehreren Generationen	112
»Frauenschicksale« – Suizidalität bei Mutter, Tochter und Enkelin – <i>Anatomie eines Suizids</i> von Alice Birch	113

»Männerschicksale« – Suizidalität in drei Männergenerationen einer Familie – Der Roman <i>Serpentinen</i> von Bov Bjerg	114
»Scheidungskinder lassen sich häufiger scheiden.« – Transgenerationale Aspekte von Ehe-Scheidungen	116
Wie geschieht Traumatransmission? Was ist der »Transmissions-Riemen«?	118
8 Trauma-Reaktivierung und Revictimisierung	121
Trauma-Reaktivierung nach sexueller Traumatisierung	121
Reaktivierung von Kriegstraumata im höheren Lebensalter	125
Revictimisierung von Gewaltpffern	135
»Einmal Opfer – immer wieder Opfer« – die Wiederholung der Opfererfahrung als Revictimisierung	137
Revictimisierungen bei aufsehenserregenden Missbrauchs-skandalen mit mehreren schwerkriminellen Tätern – Kriminologische Herausforderungen	145
Gemeinsamkeiten der beschriebenen Revictimisierungsfälle	152
9 Psychoanalyse, Trauma, Gene, Epigenetik und frühkindliche Prägung	157
Was ist Epigenetik?	158
Epigenetische Wirkmechanismen	159
Risikoreiche Genvarianten	160
Löwenzahnkinder und Orchideenkinder – komplexe Interaktionen von Epigenetik und Umwelt	161
Wie Stress, Affekte und Emotionen die Gene verändern	162
»Wir können unsere Gene steuern!« (Isabelle Mansuy)	165
Chronischer Stress – verkürzte Telomere und reduzierte Lebenszeit	167
Pränataler Stress und Fetale Programmierung	168
Epigenetik während der Schwangerschaft – vorgeburtliche Resilienz?	170
Epigenetische Veränderungen durch Psychotherapie	171
Neue Anwendungsgebiete der Psychotherapie in der Geburtsmedizin	173
Erhebliche Präventionspotenziale	174

Interdisziplinäre Kooperationen für Psychotherapeuten in der prä- und postnatalen Entwicklungsphase	175
Fazit	176
10 Die Neuro-Psychoanalyse	177
Versuch einer Integration von Psychoanalyse und Neurowissenschaften	
Der Hirnforscher und Nobelpreisträger Eric Kandel als Impulsgeber	178
Die International Neuropsychoanalysis Society	179
Die Fachzeitschrift <i>Neuropsychoanalysis</i>	180
Die Neuro-Psychoanalyse in Deutschland	180
Die Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie (HNPS)	181
Bedeutung der Neuro-Psychoanalyse für Trauma und Resilienz	183
11 Bestätigung zentraler Theorien der Psychoanalyse durch Hirnforschung und Epigenetik	187
Theorie 1: Das Unbewusste existiert, die meisten Hirnvorgänge sind unbewusst	188
Theorie 2: Die frühe Kindheit prägt wesentlich die weitere psychische Entwicklung	190
Theorie 3: Epigenetische Prozesse bestimmen die transgenerationale Weitergabe von Traumata, Angst und Gewalt	192
Fazit	193
12 Ausblick	195
Literatur	199

Vorwort

In der heutigen Zeit haben viele Menschen das subjektive Empfinden, dass persönliche und kollektive Krisen zugenommen haben. Die Corona-Pandemie, der Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine, die Inflation, die Energiekrise und die globale Klimakrise ängstigen zahlreiche Menschen. Zu diesen kollektiven Krisen kommen bei vielen Menschen persönliche Schicksalsschläge hinzu: Arbeitsplatzverlust, schwere Krankheiten, Unfälle, Todesfälle, Trennungen oder Scheidungen. Die Krisenstimmung, apokalyptische Ängste, das Gefühl von Unsicherheit und Vulnerabilität zählen zu den zeitgenössischen psychischen Herausforderungen. Wie übersteht man diese Krisen am besten? Das fragen sich viele Menschen. Selbst bei extremen Belastungen und Traumata gibt es Menschen, die gesund bleiben und keine psychische Traumafolgestörung entwickeln. Andere zeigen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder leiden unter anderen Spätfolgen. Gerade weil es ein Spektrum von Entwicklungsmöglichkeiten gibt, die sich voneinander krass unterscheiden, stellt sich die Frage nach den entscheidenden Faktoren. Eine moderne und verbreitete Antwort ist das Zauberwort Resilienz. Dieses beschreibt die psychische Widerstandskraft. Eine vereinfachte Antwort wäre: Resiliente Menschen bleiben in Krisen und nach Belastungen gesund – nicht-resiliente haben ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko. Doch wodurch entsteht die positive Kraft der Resilienz, lässt sie sich fördern, trainieren oder entwickeln? Können die relevanten Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie effektive Interventionen für Betroffene anbieten, die zur Traumabewältigung beitragen? Der Buchtitel *Trauma und Resilienz* verweist bereits auf die fundamentale Wechselwirkung zwischen beiden Phänomenen.

Die Resilienzforschung als Wissenschaft hat mittlerweile eine Tradition von mehr als 70 Jahren. Die ersten Jahrzehnte waren besonders Entwicklungspsychologen und Pädagogen an dieser Forschung interessiert.

Sie wollten wissen, welche Faktoren eine gute oder ungünstige kindliche Entwicklung bedingen. In jahrzehntelanger Forschung wurden in aufwändigen Längsschnittstudien schließlich Risikofaktoren und Schutzfaktoren (protektive Faktoren) identifiziert. Durch die Implementierung von Traumastörungen in den Internationalen Diagnosekriterien erlebte die Traumaforschung in den 90er Jahren einen Aufschwung. In der WHO-Klassifikation International Classification of Diseases (ICD) und im psychiatrischen Diagnoseschema DSM (Diagnostisches Statistisches Manual) wurden die Diagnosen »Posttraumatic Stress Disorder« (PTSD) und »Posttraumatische Belastungsstörung« (PTBS) eingeführt. Holocaust-Verfolgte, KZ-Überlebende und Kriegstraumatisierte sowie deren Folgegenerationen waren längere Zeit das Hauptthema der Trauma- und Resilienzforschung. Durch die Terroranschläge in New York am 11. September 2001 wurde die Traumaforschung wesentlich stimuliert. Die auf 9/11 folgenden Kriege im vorderen Orient brachten viele Kriegstraumatisierte mit sich. Das US-amerikanische Militär förderte mit erheblichen Geldsummen Resilienz-Projekte zur Unterstützung von Kriegsveteranen. Hinzu kommt in allen westlichen Ländern die zunehmende Aufdeckung sexueller Traumata. Trauma und Resilienz wurden immer mehr ein zentrales Thema der Psychiatrie und Psychotherapie.

Als Psychoanalytiker und Professor für Psychosomatik arbeitete ich mehr als 40 Jahre in verschiedenen Aufgabenfeldern. Immer wieder kam ich durch eigene Erlebnisse und meine berufliche Tätigkeit zu Trauma und Resilienz und habe diese Entwicklung selbst miterlebt. Ich erlebte auch den Kampf zwischen traditioneller und moderner Psychiatrie. Am deutlichsten wurde dies zu Beginn meiner psychiatrischen Tätigkeit bei Entschädigungsgutachten über durch den Holocaust geschädigte Menschen. Einige Chefärzte lehnten Trauma-Diagnosen oder später die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung bei sexuell Traumatisierten ab. Entschädigungsforderungen sollten dadurch abgewehrt werden. Freyberger und Freyberger (2007) dokumentierten den jahrzehntelangen Kampf um die Diagnosen bei den Entschädigungsopfern. Letztlich wurden mehr als 60 Prozent der Entschädigungsanträge abgelehnt. Das Wort »Trauma« durfte nicht vorkommen, stattdessen wurde der Begriff »erlebnisreaktive Störung« bevorzugt. Der Kampf um die Entschädigung der traumatisierten Opfer von sexueller Gewalt dauert heute noch an. Der seit Februar 2022 geführte Ukraine-Krieg hinterlässt auf beiden Seiten eine hohe Zahl von Kriegstraumatisierten, Hinterbliebenen, Verlusten, Waisenkindern

oder Folteropfern. Die erschreckende Brutalität des Krieges ist durch grausame Kriegsverbrechen gekennzeichnet.

Im vorliegenden Band werden einige Spezialthemen der Resilienz- und Traumaforschung ausführlicher dargestellt. Dies ist zum Beispiel das posttraumatische Wachstum. Nicht wenige traumatisierte Menschen erleben gerade durch die Verarbeitung ihres Traumas eine besonders positive Lebensentwicklung. Sie gehen als gestärkte Persönlichkeiten aus dem Bewältigungsprozess hervor, blühen auf und entwickeln gerade durch das Trauma eine erstaunliche Lebenskraft, die die Forscher immer wieder verblüffte. Dies war auch bei den hier vorgestellten sieben Pionieren der Traumaforschung der Fall. Alle überstanden KZ-Aufenthalt, Holocaust-Verfolgung oder die Flucht ins Exil sehr gut und blieben gesund, aktiv und kreativ bis ins hohe Alter. Fast alle wurden älter als 80 Jahre alt; Hans Keilson wurde sogar 101 Jahre alt. Ein weiteres Hauptthema ist die Transgenerationale Traumatransmission, die Weitergabe des Traumas an nachfolgende Generationen. Sehr spannend und zukunftsträchtig ist das Kapitel zur Epigenetik und vorgeburtlichen Resilienz. Die Identifizierung von pränatalen Risikofaktoren für die kindliche Hirnentwicklung eröffnet ein erhebliches Präventionspotenzial, das bislang noch zu wenig genutzt wird. Die adäquate Betreuung von Schwangeren und Müttern unmittelbar nach der Geburt kann die frühkindlichen Entwicklungen erheblich fördern. Psychologen und Psychotherapeuten in Frauenkliniken oder Mutter-Kind-Sprechstunden werden dafür einen wesentlichen Beitrag leisten. Hier eröffnen sich bedeutsame neue Aufgabenfelder für die Psychotherapie.

Das Thema Resilienz beschäftigt mich persönlich seit Anfang meiner psychotherapeutischen Tätigkeit. Bereits im Jahr 1985 veröffentlichte ich eine Untersuchung zur Bedeutung von Bindung und Trennung für die Entstehung von Krankheiten (Csef & Wyss, 1985). Ich erlebte den Aufschwung der Bindungsforschung innerhalb der Psychotherapie: Sichere Bindungen gelten heute noch als zentraler Resilienzfaktor. In meiner beruflichen Tätigkeit versuchte ich immer, die eigene Behandlungspraxis als Psychoanalytiker mit meinen Forschungsanliegen zu verbinden. Einschneidende Erlebnisse mit Traumatisierten haben nicht selten mein Forschungsinteresse stimuliert. Traumatisierte Menschen, die sich suizidiert haben oder Suizidversuche unternommen haben, haben mich erschüttert. Mehr als zehn Jahre widmete ich mich der Suizidforschung – zuerst bei sexuell Traumatisierten, später bei Krebskranken. Nach meiner Habilitation

erhielt ich bald eine Professur für Psychosomatik mit dem Schwerpunkt Psychoonkologie. Tagtäglich hatte ich psychotherapeutische Erfahrungen mit unheilbar Krebskranken. Diese existenzielle Gratwanderung regte mich zu einem Sammelband mit dem Titel *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit* an (Csef, 1998a). Die Frage der Krisenbewältigung von Krebskranken beschäftigte mich folglich jahrzehntelang. Im Jahr 2005 widmete ich mich konkreter den Resilienzfaktoren – der Differenzierung von Risikofaktoren und protektiven Faktoren (Schutzfaktoren). Die Wechselwirkung von Trauma und Resilienz findet bis heute mein großes Interesse. Innerhalb des Universitätsklinikums Würzburg versuchte ich, für traumatisierte Menschen ein tagesklinisches Psychotherapie-Angebot zu schaffen. Gemeinsam mit der Psychiatrischen Universitätsklinik (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Jürgen Deckert) gründete ich im Jahr 2009 deshalb die Interdisziplinäre Psychosomatische Tagesklinik im Universitätsklinikum Würzburg. Als ärztlicher Leiter dieser Einrichtung erlebte ich regelmäßig traumatisierte Patienten. Etwa jeder dritte Patient dieser Tagesklinik war Trauma-Patient. Hier stellte sich ebenfalls die klinische Herausforderung der Suizidalität. 30 bis 35 Prozent dieser traumatisierten Patienten hatten in der Vorgeschichte Suizidversuche oder waren aktuell durch Suizidgedanken belastet.

Das Spektrum der zugrundeliegenden Traumata dieser Patienten war groß: Traumatisierte durch sexuelle Gewalt, Nachkommen von Holocaust-Verfolgten oder rechtsextremen Tätern, Traumaopfer nach Unfällen und Naturkatastrophen und immer mehr traumatisierte Geflüchtete und Migranten. Neben meiner universitären Tätigkeit behandelte ich regelmäßig Traumapatienten in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. Einige dieser Behandlungen beschreibe ich im Buch anonymisiert als Fallbeispiele. Die Vertraulichkeit bleibt gewahrt durch Änderungen biografischer Daten. Die wesentlichen Faktoren des Behandlungsprozesses werden trotzdem verdeutlicht.

Besonders danke ich den mir anvertrauten Patienten, die schwere Traumata in der Kindheit erlebt hatten oder akut traumatisiert waren. Ich musste immer wieder lernen, besser zuzuhören, mich einzufühlen in die Schrecken des Traumas und es meinem Gesprächspartner zu ermöglichen, über das Unaussprechliche zu sprechen. Gerade weil ich Arzt und Psychotherapeut wurde in einer Zeit, in der es nicht üblich war, offen über ein erlebtes Trauma zu sprechen. Für viele Traumatisierte war ich der erste Mensch, mit

dem sie über ihre schlimmen Erlebnisse der Vergangenheit sprechen konnten. Für dieses entgegengebrachte Vertrauen bin ich ihnen sehr dankbar.

Besonders beeindruckt hat mich der Psychoanalytiker und Traumafor-scher Hans Keilson. Sein Aufsatz und gleichnamiges Buch mit dem Titel »Wohin die Sprache nicht reicht« (Keilson, 1984) verdeutlichen für mich, wie schwer das Ringen um Worte ist, wenn eine dicke Mauer des Schweigens die Aussprache so lange verhindert hat. Der in diesem Band zu Wort kommende Resilienzforscher Boris Cyrulnik spricht in diesem Zusammenhang von »gefrorenen Worten«, die erst auftauen müssen. Erst dann wird die Kommunikation darüber möglich. Denn »die Wahrheit beginnt zu zweit« (Karl Jaspers).

Würzburg, im Mai 2023

1 Einleitung

Aktuelle Herausforderungen der Traumatherapie

Trauma und Resilienz sind aktuell Schlüsselbegriffe in der Psychologie und in der Psychotherapie. Dies hat in erster Linie damit zu tun, dass in den beiden ersten Jahrzehnten des 21. Jahrhundert zahlreiche Krisen und kollektive Veränderungen dazu führten, dass vermehrt traumatisierte Menschen psychotherapeutische Hilfe suchen. Kriege und Terroranschläge haben zahlreiche Traumatisierte hinterlassen, Fälle von sexuellem Missbrauch wurden seit 2010 in Deutschland vermehrt aufgedeckt und andere Trauma-Ursachen wie häusliche Gewalt oder Kindesmisshandlung blieben erschreckend häufig. Der Trauma-Experte Franz Ruppert spricht treffend von einer »traumatisierten Gesellschaft« (Ruppert, 2018). Neuere Umfragen zu traumatischen Belastungen in der Kindheit zeigen ein hohes Risikopotenzial für die Betroffenen. Das Wort »Trauma« ist deshalb sowohl in den Medien als auch in der psychotherapeutischen Fachwelt omnipräsent. Manche Experten vermuten deshalb eine »Inflation des Traumabegriffes«. Inwieweit die Prävalenz für bestimmte Traumafolgestörungen zugenommen hat, ist schwer zu beurteilen, da durch die neue WHO-Klassifikation ICD-11 die relevanten Diagnosen neu definiert wurden. Die ICD-11 ist seit 1. Januar 2022 international gültig. Was eindeutig zugenommen hat, ist die Nachfrage nach Traumatherapien. Dies hat vielfältige Gründe. Die Zunahme von Traumafolgestörungen ist nur ein Faktor. Weitere wären kollektive Veränderungen zum Trauma, Inanspruchnahmeverhalten und Anzeigeverhalten bei traumatischen Gewaltdelikten.

Fast spiegelbildlich zur gesteigerten Trauma-Präsenz ist die Beliebtheit und Verbreitung des Resilienzbegriffes. Resilienz ist für viele Traumafor-scher die wesentliche Gegenkraft zum Trauma. Resilienz als die psychische Widerstandskraft hat nach Ergebnissen dieser Forschungsrichtung einen wesentlichen Einfluss darauf, ob ein Mensch nach einem erlittenen Trauma gesund bleibt oder krank wird. Bei den meisten schweren Traumata liegt

die Prävalenz für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zwischen 20 und 50 Prozent. Nicht alle werden also krank. Die Resilienzforschung widmet sich in einem positiven Ansatz der Frage, wer trotz Trauma gesund bleibt. Darüber gibt es mittlerweile 70 Jahre erfolgreiche Forschung. Ein weiteres Resilienz-Thema zum Trauma ist das posttraumatische Wachstum (Posttraumatic Growth). Zahlreiche Trauma-Opfer erleben nach Überstehen des Traumas eine persönliche Reifung, ein existenzielles Wachstum oder eine besondere Sinnerfüllung. Ohne Trauma wäre es vermutlich dazu nicht gekommen. Der Januskopf des Traumas erhält also durch das posttraumatische Wachstum eine positive Kehrseite des Traumas.

Diese grundlegenden Tendenzen treffen innerhalb der Psychotherapie-Szene auf nicht minder gravierende Veränderungen. Diese betreffen die Praxisrealität der Traumatherapie. Auch hier gab es in den letzten Jahren gravierende Veränderungen. Jeder Psychotherapeut, der traumatisierte Patienten behandelt, ist dadurch direkt oder indirekt betroffen. Ein Praxisproblem liegt darin, dass sich viele Patienten gar nicht als Traumapatienten präsentieren und anfangs nicht über ihr Trauma sprechen. Sie kommen wegen Ängsten, Depressionen, Suchtproblemen oder anderen psychischen Störungen. Das Trauma wird oft erst im Therapieverlauf deutlich. Wenn das Trauma »erkannt und verstanden« ist, stellt sich die Frage nach der adäquaten oder aussichtsreichsten Psychotherapie. Je mehr Traumatherapien am »Psycho-Markt« angeboten werden, umso dringlicher stellt sich die Frage nach der Effektivität oder Wirksamkeit der Methode. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften versuchen durch störungsspezifische Leitlinien hier eine Orientierungshilfe zu geben. Seit dem Jahr 1999 gibt es eine interdisziplinäre Expertengruppe zur Leitlinie für die Posttraumatische Belastungsstörung. Diese wurde im Jahr 2019 neu überarbeitet und publiziert (Schäfer et al., 2019). Darin findet sich auch eine Evaluierung der Psychotherapie-Verfahren für traumatisierte Patienten. Für die Traumabearbeitung werden in den Leitlinien die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) empfohlen. Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden lediglich als adaptive Therapien bewertet und nicht zur Traumabearbeitung geraten. Bei dieser mehr als zwei Jahrzehnte dauernden Leitlinien-Entwicklung waren zahlreiche namhafte Psychoanalytiker beteiligt. Die Evidenzlage der placebokontrollierten und randomisierten Therapiestudien (RCT-Studien) war ausschlaggebend für diese Einschätzung.