

*Serge K. D. Sulz & Maria Schreiner*

## Editorial



**Psychotherapie**  
2024 | Nr. 01 | 148 S.

**Trauma und Traumatherapie**  
Herausgegeben von Serge K. D. Sulz und Maria Schreiner

**Inhalt:**

- Susanne Trautwein  
Traumatherapie als Teil der systemischen  
Psychotherapie in einer Zeit  
transgenerationaler Traumatisierung (20)  
Jörg Peter
- Stephanie Trautwein  
Die Rolle von Selbstplatz  
als Ressource
- Psychosoziale Integration von Traumata  
und Schemata
- Heide Weisberg, Christoph Weisberg, Ralf  
von Knorring, Christoph Weisberg, Ralf  
von Knorring, Christoph Weisberg  
Die Rolle von Selbstplatz in der Traumatherapie  
als Teil der systemischen  
Psychotherapie (20)
- Die Rolle von Selbstplatz  
als Teil der systemischen  
Psychotherapie (20)
- Die Rolle von Selbstplatz  
als Teil der systemischen  
Psychotherapie (20)

**Psychosozial-Verlag**

**Psychotherapie**  
29. Jahrgang, Nr. 1, 2024, Seite 5–9  
Psychosozial-Verlag  
DOI: 10.30820/2364-1517-2024-1-5

## Impressum

### Psychotherapie

ISSN 2364-1517 (print)

ISSN 2699-2051 (digital)

[www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie](http://www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie)

29. Jahrgang, 2024, Heft 1

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-1>

### Herausgeber

Prof. Dr. phil. Willi Butollo, München

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch, München

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K. D. Sulz, München

### Schriftleitung

Serge K. D. Sulz

Manuskriptsendungen bitte an:

[prof.sulz@eupehs.org](mailto:prof.sulz@eupehs.org)

### Erscheinungsweise

halbjährlich (April/November)

### Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

[anzeigen@psychosozial-verlag.de](mailto:anzeigen@psychosozial-verlag.de)

### Abonnementbetreuung

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Walltorstr. 10

35390 Gießen

Tel. 0641/969978-26

Fax 0641/969978-19

[bestellung@psychosozial-verlag.de](mailto:bestellung@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

### Bezug

Jahresabonnement 33,90 € (zzgl. Versand)

Einzelheft 34,- € (zzgl. Versand)

Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

### Copyright

© 2024 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern und dem Verlag.

### Hauptredaktion

Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz

### Fachredaktionen

Psychiatrie und Psychotherapie: Prof. Dr. med.

Hans Peter Kapfhammer, Graz | Psychotherapeutische Medizin: Dr. med. Friedrich von Heymann,

München | Klinische Psychologie: Prof. Dr.

phil. Eibe-Rudolf Rey, Weinheim | Kinder- und

Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Dr. med.

Peter Altherr, Klingenmünster; Prof. Dr. med. Jörg

Wiesse, Nürnberg | Psychotherapie im Alter: Prof.

Dr. Dr. Rolf Hirsch, Bonn | Tiefenpsychologie

und Psychoanalyse: Dr. phil. Matthias Lohmer,

München | Verhaltenstherapie: Prof. Dr. rer. nat.

Winfried Rief, Marburg | Familientherapie: Dr.

phil. Jörg Kaspar Roth, München | Gruppen-

therapie: Univ.-Doz. Dr. phil. Dieter Sandner,

München; Prof. Dr. phil. Volker Tschuschke,

Köln | Neue Psychotherapien: Dr. med. Wolf

Büntig, Penzberg | Pharmakotherapie: Prof. Dr.

med. Gerd Laux, Wasserburg | Klinische Ent-

wicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper,

München | Klinische Persönlichkeitspsycholo-

gie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin |

Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg;

PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psy-

chotherapieforschung: Prof. Dr. med. Mathias

Berger, Freiburg; Prof. Dr. med. Horst Kächele,

Ulm | Prävention und Rehabilitation: Dr. med.

Mark Schmid-Neuhaus, München | Kliniken:

Prof. Dr. phil. Wolfgang Hiller, Mainz; Dr. med.

Rainer Schors, München | Tageskliniken: Dr. med.

Igor Tominschek, München | Ambulante Praxis:

Dipl.-Psych. Jochen Weidhaas, Bad Dürkheim |

Geschichtliches: Prof. Dr. med. Matthias Weber,

München | Ethik: Dr. med. Gebhard Allert, Ulm |

Redaktion Österreich: Prof. Dr. med. Gerhard

Lenz, Wien | Redaktion Schweiz: Dr. phil. Peter

von Tessin, St. Gallen

# Editorial

## Trauma und Traumatherapie – eine Hinführung zum Thema

Serge K. D. Sulz & Maria Schreiner

Psychotherapie 2024, 29(1), 5–9

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-1-5>

[www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie](http://www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie)

Nach einem Trauma resultieren in erster Linie zwei Erkrankungen: unmittelbar nach dem Trauma kann es vorübergehend zu einer Akuten Belastungsreaktion (AB) und/oder verzögert zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen.

ICD-10 definiert ein Trauma als

»belastendes Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein« (Dilling et al., 1999, S. 169).

Die Akute Belastungsreaktion (AB) wird im ICD-10 so beschrieben: Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung, auf die unmittelbar (innerhalb einer Stunde) die Symptome beginnen – einerseits Symptome einer Generalisierten Angststörung und andererseits Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen und Einengung der Aufmerksamkeit, offensichtliche Desorientierung, Ärger oder verbale Aggressionen, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, unangemessene oder sinnlose Überaktivität sowie unkont-

rollierbare und außergewöhnliche Trauer. Mit dem Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer) nehmen diese Symptome zu oder treten hinzu (Dilling et al., 1999, S. 123).

Die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS tritt in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma auf. Dabei kommt es zu anhaltenden Erinnerungen oder Wiedererleben des Traumas »durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-Backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.« (Dilling et al., 1999, S. 124).

Es werden zwei Varianten unterschieden: entweder Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern oder erhöhte psychische Sensitivität und Erregung, die vor dem Trauma nicht vorhanden war, mit »Ein- oder Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche[n], Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte[r] Schreckhaftigkeit« (Dilling et al., 1999, S. 125).

Kessler et al. (1995) geben die Lebenszeit-Prävalenz mit 8 % an, sodass von einer häufigen psychischen Störung gesprochen werden muss. Sie geben an, dass physische, besonders sexuelle Gewalt das Risiko des Entstehens einer PTBS im Vergleich zu Unfällen oder Naturkatastrophen um das Sechs- bis Siebenfache erhöht. Frauen erkranken doppelt so häufig an einer PTBS

als Männer. In fast der Hälfte der Fälle wird der Verlauf chronisch, eventuell Jahrzehntelang. Oft treten Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Somatisierungsstörungen sekundär komorbid hinzu.

Steil & Straube (2002) berichten, dass Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel bezüglich der Entwicklung einer PTBS sind und neue Ängste wie Trennungsangst, Dunkelangst bzw. externalisierendes Verhalten oder Verlust bereits erworbener Fähigkeiten im Vordergrund stehen.

True & Lyons (1999) weisen auf ein genetisch bedingt erhöhtes Risiko der Entstehung einer PTBS hin.

Um sich Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS zu erklären, greift die Kognitive Verhaltenstherapie auf die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1947) zurück: Vermeidung des traumatischen Stimulus verhindert die Löschung der konditionierten Verknüpfung.

Foa et al. (1989) gehen von einem spezifischen Traumagedächtnisnetzwerk im Gehirn aus. Sie verknüpft ihre Betrachtungen mit Langs (1979) Modell pathologischer Furchtstrukturen. Miteinander vernetzte traumatische Gedächtnisinhalte sind leicht aktivierbar und münden jeweils in Intrusion, Angst, großer Erregung und Erwartung, dass die Bedrohung jeden Moment wiederkommt, wobei die ständige Suche nach Gefahrensignalen eine große Rolle spielt. Diese Verknüpfungen können nach Foa (1989) nur durch direkte Exposition mit dem Trauma dekontingiert werden.

Die Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen und kognitiver Vermeidungen in der Bewertung des Traumas wird von Beck et al. (1986), Ehlers und Clark (2000) hervorgehoben. Sie verhindern die Integration der traumatischen Erfahrung in das autobiografische Gedächtnis, wodurch die Integration in ein persönliches Selbst- und Weltbild verhindert wird.

Steil fasst in ihrem sehr zu empfehlenden Trauma-Kapitel im Lehrbuch für Psychotherapie (Steil, 2019, S. 306) den aktuellen Stand so zusammen:

»Gemeinsam sind allen psychologischen Modellen folgende Annahmen:

- A) Vermeidung, emotionale Taubheit und sozialer Rückzug werden als Reaktion des Individuums auf das Auftreten belastender Intrusionen und damit einhergehender Übererregung gewertet,
- B) Vermeidung verhindert eine hilfreiche und adäquate Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen,
- C) Eine dysfunktionale Bewertung des Traumas ist an der Pathogenese der PTBS beteiligt.

Als Interventionen werden die Konfrontation mit den traumabezogenen Reizen sowie die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen abgeleitet.«

Für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung empfiehlt Steil (ebd., S. 307),

- a) bei zögerlichem Einlassen des Patienten immer wieder geduldig neu einzuladen,
- b) dem Patienten die Kontrolle über die Therapiesitzungen zu geben,
- c) nach jeder Sitzung zu fragen, was der Patient anders gebraucht hätte,
- d) kritische Aspekte des Traumas beim Namen zu nennen, auch um die eigene Belastbarkeit zu zeigen,
- e) emotionale Reaktionen des Patienten stets anzusprechen.

Für Steil (ebd.) ist neben der Veränderung dysfunktionaler Bewertungen das imaginative Nacherleben des Traumas (Exposition in sensu) Grundpfeiler der Behandlung:

»Zu Beginn jeder Sitzung wird der Patient gebeten, die jeweils belastendsten Teile

der Erinnerung an die Traumatisierung nachzuerleben (so erfolgt die Exposition immer mit den Teilen der Erinnerung, die für den Patienten von größter Bedeutung sind). Der Patient imaginiert (möglichst mit geschlossenen Augen) Teile des traumatischen Geschehens so als würden sie wieder stattfinden, und berichtet dabei über sein Erleben in der Ich- und Gegenwartsform. Empfindet der Patient das Sprechen über die Traumatisierung zu Beginn als zu belastend, so ist zu Beginn auch das Schreiben über die Traumatisierung möglich. Dabei soll er die auftretenden Kognitionen und Emotionen nicht bekämpfen. [...] Während der Exposition in sensu wie in vivo sollte der Therapeut ein zugewandtes Verhalten zeigen, Hörsignale geben, Lob spenden (bei Exposition in sensu auf die Einhaltung des Präsens und der ›Ich-Form‹ achten) und bei längeren Pausen etc. Fragen stellen (›Was fühlen Sie jetzt?‹, ›Was sehen Sie?‹ etc.). Verliert der Patient den Kontakt zur Gegenwart, indem er z. B. dissoziative Symptome zeigt, so fokussiert die Therapeutin auf sein gegenwärtiges körperliches Befinden (›Sie fühlen, wie Sie im Sessel sitzen/sich bewegen.‹). Nach Beendigung der Exposition erfolgt eine Analyse der befürchteten im Vergleich zu den eingetretenen emotionalen, kognitiven und physischen [...] Konsequenzen« (Steil, 2019, S. 307).

Steil (ebd.) weist darauf hin, dass das Verändern der Imagination, sodass das Trauma zu einem erträglichen Ende führt, hilfreich sein kann. Insgesamt berichtet sie, dass kognitive Herangehensweisen und Trauma-Exposition wie das imaginative Nacherleben gleich wirksam sind.

Die Artikel dieses Themenhefts stellen eine besondere Auswahl dar, die unseren Verstehenshorizont erweitern:

- Der Beitrag von Ulrich Frommberger, Rolf Keller und Joachim Graul geht von dem Anspruch aus, den State of the Art stationärer Traumatherapie darzustellen. Sie setzen den Standard für die stationäre Behandlung posttraumatischer Störungen.
- Georg Piepers siebenstufiges Behandlungskonzept (SBK) ist ein kognitiv-behavioraler Beitrag, der zahlreiche integrative Elemente und kreative Ergänzungen aufweist. Die sieben Stufen sind:
  1. Exploration, Diagnostik und Stabilisierung,
  2. Vermittlung des Therapierationals,
  3. Kontrollierte Trauma-Exposition (KTE),
  4. Exposition in sensu,
  5. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR),
  6. Exposition in vivo,
  7. Nachbesprechung, Trauma-Integration und Follow-up.
- Willi Butollo ist ein Pionier der Traumatherapie. Schon 1982 übertrug er die Expositionstherapie auf Traumastörungen und entwickelte sie mit seinem Team so weiter, dass als der jugoslawische Krieg begann, ein wirksames Therapiekonzept vorlag. Dessen Weiterentwicklung im Lauf der Jahrzehnte mündete in die Dialogische Traumatherapie, die er heute vorstellt. Sehr interessant ist seine Vier-Stühle-Arbeit ...
- Luise Reddemann zeigt die tiefenpsychologische Perspektive auf und entwickelte Ende der Achtziger Jahre zu einen inzwischen weitverbreiteten integrativen Ansatz, in dem Imaginationen die zentrale Rolle spielen: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT).
- Rolf Köster, Silvia Köster und Mervyn Schmucker laden uns ein, sie auf ihrem

Weg der Behandlung posttraumatischer Störungen, der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) zu begleiten. Es geht um das imaginative Umschreiben traumatischer Erfahrungen aus der Sicht des *heutigen Ichs*, das sich schließlich dem *damaligen Ich* tröstend zuwendet.

- Michel Ackermann & Sonja Heinrich geben einen fundierten Überblick über die Bedeutung der Polyvagal-Theorie von Dr. Stephen W. Porges. Wir können uns die drei Ebenen des Vagalsystems vergegenwärtigen – mit dem Einfrieren oder Erstarren (dorsaler Vagus) über den Sympathikus-gesteuerten »Kampf-oder-Flucht«-Mechanismus bis zur Ebene des ventralen Vagus, der die Heimat des »Social Engagement Systems« (SES) ist. Therapeutisches Ziel ist, auf dieser Ebene anzukommen.
- Herbert Grassmann erläutert, wie die Polyvagal-Theorie eine sehr hilfreiche Perspektive für die Praxis der Traumatherapie sein kann. Er hebt hervor, dass die Fähigkeit, zwischen den verschiedenen Vagusnerv-Modi auf der polyvagal-ten Leiter zu wechseln, entscheidend für die Anpassung an soziale Situationen und für die Wahrnehmung von Sicherheit ist. Sicherheit entsteht durch Verbundenheit/Bindung, die über die *Vagus-Bremse* zu einer Verlangsamung der Herzfrequenz führt – Zeichen von Entspannung und Wohlbefinden. Dort ist auch Ko-Regulierung möglich – die autonome Abstimmung der Vagus-Aktivität zweier Menschen.
- Dorothea Rahm & Szilvia Meggyesy stellen das Somatic Experiencing (SE) nach Peter A. Levine auf lebendige und gut nachvollziehbare Weise dar. Dabei spielen aktivierende Körper-Interventionen zur Überwindung der Erstarrung und Blockade von Flucht/Kampf eine

sehr große Rolle. Hier darf noch einmal daran erinnert werden, dass Bessel van der Kolk sagt, er habe für sein Verständnis und seine Therapie von Traumastörungen im Wesentlichen von drei Personen gelernt: Pat Ogden (Gründerin der vom Körper ausgehenden Sensorimotor Psychotherapy für Traumapatienten), Peter A. Levine und Albert Pesso (siehe Bachg & Sulz, 2022, sowie den Artikel von Maria Schreiner). Allen dreien ist das Primat der Körpererinnerung gemeinsam, sodass die wesentlichen Interventionen vom Körper ausgehen.

- Maria Schreiner gelangt mit ihrem ganz persönlichen, aus der Praxiserfahrung als Pesso-Therapeutin entstandenen Ansatz zu zukunftsweisenden Betrachtungen. Mit ihr schließt sich der Kreis dieses Themenhefts, der sich aufspannt von kognitiv-behavioralen Vorgehensweisen, die zunehmend die Macht innerer Bilder im imaginativen Arbeiten nutzen (Steil, 2019), über körperorientierte Vorgehensweisen bis zur Pesso-Therapie, die Bessel van der Kolk für die erfolgversprechendste Traumatherapie hält.

## Literatur

- Bachg, M. & Sulz, S.K.D. (2022). *Bühnen des Bewusstseins – Die Pesso-Therapie: Anwendung, Entwicklung, Wirksamkeit*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. Psychologie-Verlags-Union.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinische-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioural/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.

- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the national comorbidity sample. *Archives Of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
- Lang, P. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495–512.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of »conditioning« and problem-solving«. *Harvard Educational Review*, 17,102–148.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2009). *Trauma und Körper: Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Steil, R. (2010). Posttraumatische und Akute Belastungsstörung. In E. Leibing, W. Hiller & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 285–297). München: CIP-Medien.
- Steil, R. & Straube, E.R. (2002). Die Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen – ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1), 1–13.
- True, W.R. & Lyons, M.J. (1999). Genetic Risk Factors For PTSD: A twin study. In R. Yehuda (Hrsg.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. Washington, DC, London: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.