

Gabriele Kahn
Sexuelle Komplextraumata

Therapie & Beratung

Gabriele Kahn

Sexuelle Komplextraumata

**Das Innere-Kinder-Retten
als wirksames Verfahren
der sanften Traumaverarbeitung**

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
© 2018 Psychosozial-Verlag, Gießen
E-Mail: 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: Paul Klee, *Schicksal eines Kindes*, 1937
Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar
Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin
www.me-ti.de

ISBN 978-3-8379-2781-8 (Print)
ISBN 978-3-8379-7367-9 (E-Book-PDF)

Wo aber Gefahr ist, wächst
Das Rettende auch.

Friedrich Hölderlin, Patmos

Inhalt

	Einleitung	11
	Verzeichnis der Abkürzungen	17
1	Therapie von Erwachsenen nach Komplextraumatisierung in der Kindheit	19
1.1	Entwicklung der Traumatherapie	19
1.2	Akute und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Dissoziative Identitätsstörung – Definition und Diagnostik	25
1.3	Komplextrauma – Neue Sichtweisen	37
1.3.1	Begleitsymptomatik der kPTBS und ihre Funktion	37
1.3.2	Die fünf Stufen der Dissoziation	40
1.3.3	Der Selbstheilungsprozess	46
1.4	Probleme der Komplextraumatherapie	51
1.5	Neues Vorgehen: Das Innere-Kinder-Retten (IKR)	57
1.6	Das IKR versus Traumakonfrontation bei Komplextraumatisierung	72
1.7	Komplextraumatherapie – Zum heutigen Stand (2017)	84
1.7.1	Psychodynamische Traumatherapieansätze	87
1.7.1.1	Übertragungsfokussierte Therapie der Borderline-Störung (Transference Focused Psychotherapy – TFP)	87
1.7.1.2	Psychoanalytische Traumatherapie	91
1.7.1.3	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	94
1.7.1.4	Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT)	99
1.7.1.5	Ego-State-Therapie (EST)	103

1.7.2	Verhaltenstherapeutische Traumatherapieansätze	106
1.7.2.1	VT-Expositionsmethoden	107
1.7.2.2	Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT)/ Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy (Tf-CBT)	109
1.7.2.3	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	112
1.7.2.4	Schematherapie	114
1.7.2.5	Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)	117
1.7.2.6	Narrative Expositions Therapie (NET)	120
1.7.3	Neue Therapieformen für PTBS	124
1.7.3.1	Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	124
1.7.3.2	Brainspotting	128
1.7.3.3	Somatic Experiencing (SE)	130
1.7.3.4	Das Innere-Kinder-Retten (IKR)	133
1.7.4	Zusammenfassung der Methoden	135
2	Sexuelle Komplextraumata	139
2.1	Der Sonderfall der kPTBS nach sexuellen Traumata – Diagnostik	139
2.1.1	Symptomatik: Stärkere Auswirkungen bei sexueller Komplextraumatisierung	142
2.1.2	Symptomatik: Spezifische Traumafolgen bei kindlicher sexueller Komplextraumatisierung	161
2.1.2.1	Traumaüberflutung	162
2.1.2.2	Gehirnverdrehung	170
2.1.2.3	Auswirkungen auf den ödipalen Konflikt	176
2.1.2.4	Beschädigung der Sexualität	181
2.1.2.5	Spezielle Ego-States	187
2.1.2.6	Spezifische Auswirkung auf das Leben	191
2.1.2.7	Schwere Erkennbarkeit der Traumata	191
2.2	Die Therapie bei sexueller Komplextraumatisierung	192
2.2.1	Die Reihenfolge der therapeutischen Schritte	193
2.2.2	Die Stabilisierungsphase	199
2.2.3	Sanfte Traumaverarbeitung bei sexuellen Traumata und deren Folgen	214
2.2.3.1	Allgemeine Voraussetzungen für das Innere-Kinder-Retten	215
2.2.3.2	Voraussetzung von äußerer Sicherheit bei sexueller Komplextraumatisierung	216

2.2.3.3	Bei Mittäterkontakt	223
2.2.3.4	Vorbereitung der Rettungsaktionen	227
2.2.3.5	Durchführung und Wirkung der Rettungsaktionen	233
2.2.4	Das Aufheben von dissoziativer Amnesie	240
2.2.4.1	Funktionen des Trauma-Filme-Ansehens	241
2.2.4.2	Vorbereitungen für das Filme-Ansehen	242
2.2.4.3	Die Durchführung des Filme-Ansehens	244
2.2.4.4	Komplikationen bei der Aufhebung dissoziativer Amnesie	249
2.2.4.5	Die Integration von ganz Abgespaltenem	254
2.2.5	Umgang mit Täterintrojekten	258
2.2.6	Die Kombination von Innere-Kinder-Retten und Ego-State-Therapie	265
2.2.7	Die Phase der Neuorientierung	273
2.2.7.1	Selbstwert, Selbstachtung, Selbstwirksamkeit, Selbstgewissheit	274
2.2.7.2	Selbstfürsorge	277
2.2.7.3	Irrationale Schuld- und Schamgefühle und reale Schuld	281
2.2.7.4	Aufheben der Gehirnverdrehung	283
2.2.7.5	Nachreifen des EP	286
2.2.7.6	Eigentherapie mit IKR, EST und EMDR	288
2.2.7.7	Besonders schwierige Ego-States und zu rettende Kinder	289
2.2.7.8	Unterstützung der Beziehungsfähigkeit	293
2.2.7.9	Weitere Heilung der Sexualität	295
2.2.7.10	Positive Folgen sexueller Traumatisierung in Kindheit und Jugend	298
2.2.7.11	Abschied aus der Therapie	299
3	Zusammenfassung	301
	Anhänge	305
	Anhang 1: Kurzanleitung Rettungsaktion	305
	Anhang 2: Innere-Stärken-Übung	306
	Anhang 3: Täterintrojektübung	307
	Anhang 4: Herstellen von Trauma-Filmen	308
	Anhang 5: Ansehen von Trauma-Filmen	309
	Literatur	311

Einleitung

Komplextraumatisierung in der Kindheit bedeutet großes und weitgehend dissoziiertes Leid, dessen Verarbeitung im Erwachsenenalter noch immer eine große Herausforderung darstellt – sowohl für Klientinnen als auch für Therapeutinnen. Die komplexe Form der Traumafolgestörung ist am schwierigsten zu behandeln und es gibt dazu am wenigsten empirisch gesicherte Erkenntnisse. Die Forschung steht hier vor allem vor dem Problem, dass in diesen Fällen durch die große Unterschiedlichkeit von Traumafolgen die Einzelschicksale schwer zu vergleichen sind. Zudem gehen die Ansichten der Fachleute zur Therapie komplex traumatisierter Menschen weit auseinander.

Bei der Verarbeitung sexueller komplexer Kindheitstraumata kommen insofern weitere Schwierigkeiten hinzu, als die Folgen erfahrungsgemäß ausgeprägter sind als bei allen anderen Traumatisierungen: Die strukturelle Dissoziation ist stärker, sodass die Traumata schwerer zu erreichen sind; es gibt viel häufiger dissoziative Amnesien, die nicht einfach aufzuheben sind, was jedoch für die Verarbeitung der dissoziierten Traumata notwendig ist. Daneben bestehen weitere bekannte, aber stärker ausgeprägte Traumafolgen. Was in der Fachwelt bisher wenig wahrgenommen worden ist, ist jedoch die Tatsache, dass sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend auch sehr spezielle Folgen hat, die bei keiner anderen Traumatisierungsart auftreten. Zum Teil hängen diese damit zusammen, dass das gesamte Umfeld des Kindes das traumatische Geschehen nicht als solches anerkennt. Dadurch geschehen dem Kind jeweils drei schwere Traumata nacheinander: der Übergriff, der Verrat und die aufbeides folgende Selbstbeschuldigung der Betroffenen. Daraus resultiert ein Misstrauen gegen alle Menschen und eine große innere Einsamkeit, meist verbunden mit starker Selbstablehnung. Außerdem wird durch die Verleugnung der Traumata das im Aufbau befindliche Bewusstsein des Kindes in seiner Einschätzungsfähigkeit sowohl der eigenen Gefühlswelt als auch der Außenwelt gegenüber grundlegend verwirrt. Dadurch wird eine dauerhafte Verunsicherung erzeugt, die in alle Lebensbereiche eindringt. Des Weiteren beziehen sich die fundamental unterschiedlichen Traumafolgen der Betroffenen

auf die Beschädigung des wichtigen Persönlichkeitsbereiches der Sexualität. Eine emotional integrierte Sexualität im Erwachsenenalter ist nach sexueller Gewalt in der Kindheit (ohne geeignete Therapie) nicht möglich, und der Bezug zum eigenen Körper ist stark gestört.

Diese Folgen sexueller Komplextraumatisierung, die tiefere, bis in die Identitätsbildung reichende Persönlichkeitsdimensionen betreffen, wurden in Forschungen zur Komplextraumatisierung bisher kaum berücksichtigt. Dadurch konnte auch die gelegentlich aufgestellte Hypothese, dass sexuelle Traumata theoretisch und therapiepraktisch von allen anderen Traumata unterschieden werden sollten, bisher nicht empirisch bestätigt werden.

Hier setzt die vorliegende Arbeit an. Den theoretischen und erfahrungsbezogenen Hintergrund bildet meine Tätigkeit als Psychotherapeutin für Traumatherapie mit tiefenpsychologisch fundierter Ausrichtung. Seit den 1990er Jahren kommen fast nur noch komplex traumatisierte Menschen in meine Praxis – genau genommen war es mir durch neu hinzugewonnenes Fachwissen, das sich damals gerade erst verbreitete, erstmals möglich, sie als solche zu erkennen. Um sie professionell behandeln zu können, besuchte ich Weiterbildungen in imaginativer Traumatherapie bei Michaela Huber und Luise Reddemann und absolvierte eine EMDR-Ausbildung. Später kamen Weiterbildungen in Brainspotting, Hypnotherapie und Ego-State-Therapie hinzu. Der Bedarf für Traumatherapie war damals schon groß und wächst beständig, weil Fachleute und auch viele Klientinnen immer besser erkennen, wer komplex traumatisiert ist, und wir inzwischen wissen, dass diese Störung einer spezifischen Behandlung bedarf. Daher verwundert es nicht, dass ich seit meiner Übersiedlung nach Berlin im Jahr 2002 ausschließlich traumatisierte Menschen in der Praxis hatte, von denen etwa 90 Prozent sexuell komplex in der Kindheit traumatisiert worden sind. Meine bis dahin erworbenen Methoden der Traumaverarbeitung – vorrangig EMDR und Screen-Technik – stellten sich jedoch für die meisten Klientinnen nicht nur als anstrengend, sondern auch als geradezu überfordernd heraus. Sie schreckten zu Recht vor der Anwendung zurück, weil sie während der Behandlung nicht selten mit Traumagefühlen überflutet wurden. Dies wirkte sich nicht heilsam aus, sondern retraumatisierend. Mit diesen Klientinnen lediglich stabilisierend zu arbeiten, schien mir keine Lösung zu sein, denn ich hatte bereits erkannt, dass traumatisierte Anteile der Person sich über Symptome melden, wenn durch Stabilisierung neue Kraft gewonnen worden ist. Sie wollen in das Persönlichkeitssystem integriert werden, denn die Psyche hat einen starken Drang nach ganzheitlicher Heilung.

Durch zunehmende Erfahrung konnte ich weiterführende Hypothesen bilden, in der Praxis überprüfen, präzisieren und nach und nach in Konzepte für die

Behandlung meiner Traumaklientinnen umwandeln. Zusätzlich zur spezialisierten Psychotherapeutin wurde ich so auch zur Methodenentwicklerin.

Die von mir erarbeiteten praktischen Therapiemethoden wurden 2010 in meinem Buch *Das Innere-Kinder-Retten. Sanfte Traumaverarbeitung bei Komplextraumatisierung* beschrieben. Die vorliegende Arbeit ergänzt meinen Ansatz, indem ich ihn in die gegenwärtige Traumatherapielandschaft einbette und seine theoretischen Prämissen beschreibe. Zudem wurden weitere Konzepte zum Verständnis der komplexen Traumata und ihrer Folgen sowie zum therapeutischen Umgang damit erarbeitet.

Drei Hypothesen liegen meiner Theoriebildung zugrunde:

1. In der Kindheit komplex Traumatisierte entwickeln in den allermeisten Fällen eine *komplexe Posttraumatische Belastungsstörung* (kPTBS). Eventuell haben die Traumata sogar eine Psychose oder eine Dissoziative Identitätsstörung zur Folge, auf keinen Fall jedoch bleiben sie ganz ohne psychische und/oder psychosomatische Folgen. Solange die Hauptsymptome der kPTBS in struktureller Dissoziation (siehe 1.2) und dissoziativer Amnesie (1.3.2) bestehen, kann sie lange Zeit unbemerkt bleiben. Komplex traumatisierte Menschen entwickeln jedoch auch von Beginn der Traumata an eine individuell perfekt angepasste Selbstheilungsstrategie, die ich in vier von mir vielfach beobachtete Phasen unterteilte (1.3.3). Aus theoretisch ableitbaren Gründen kann diese Selbstheilung bei komplexer PTBS – anders als häufig bei akuter PTBS – nicht vollständig gelingen. Je nachdem, in welchem Stadium der Selbstheilung Klientinnen eine Therapie beginnen, muss die Behandlung anders ansetzen. Ich werde in der Folge darlegen, auf welche Weise das Verständnis der Betroffenen für ihren eigenen Selbstheilungsprozess und der konsequente therapeutische Einsatz meiner Methode des Innere-Kinder-Rettens für die Verarbeitung der Ursprungstraumata zur Heilung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung führen.
2. Sexuelle Traumata unterscheiden sich deutlich von allen anderen Traumata. Die Unterschiede ziehen zum Teil einschneidende therapeutische Konsequenzen nach sich. Zum Beispiel ist es notwendig, wie ich theoretisch begründet habe, den Kontakt zu allen Täterinnen und Mittäterinnen konsequent zu beenden, wenn die sexuellen Traumata integriert werden sollen.

Die meisten Traumatherapieverfahren gehen von der Prämisse aus, dass die emotionale Exposition für die Traumaverarbeitung notwendig sei, dass also frühere Traumata noch einmal detailliert durchlebt werden müssten,

um dem Gehirn die Differenzierung von damaliger Verletzung und heutiger Sicherheit zu ermöglichen und dadurch die Traumafolgen aufzulösen und das Trauma zu integrieren. Diese Prämisse hat sich in Fachkreisen derart etabliert, dass sie unumgänglich zu sein scheint. Demgegenüber stelle ich aus therapeutischer Erfahrung die nun folgende Hypothese auf.

3. Bei schwereren Traumata – ein sexuelles Trauma ist in jedem Fall ein solches Schwersttrauma – ist jede Form von emotionaler Exposition der kindlichen Traumata eine Überforderung der Klientinnen.

Sie erzeugt nicht nur die bekannte Gefahr von Traumaüberflutung, sondern auch die weitgehend unerkannte oder unbeachtete Gefahr einer erneuten Dissoziation. Zwar zeigt sich in der Expositionssituation der Teil eines Traumas, den die Erwachsene erträgt, beziehungsweise der Teil des Kindes, der sich einem oder einer zweifelnden und unsicheren Erwachsenen anvertrauen kann; der schwerstverletzte Teil zieht sich im Gegensatz dazu jedoch aus Selbstschutz zurück. Diese erneute Dissoziation geschieht automatisch und unbewusst und wird ganz offenbar weder von der Klientin noch von der Therapeutin bemerkt. Im Ergebnis wird die teilweise Integration durch Exposition fälschlich für die vollständige Heilung des jeweiligen Traumas gehalten. Eine später auftretende, zu ihm gehörige Symptomatik gilt in diesem Kontext ebenso fälschlich als Rückfall. Tatsächlich zeigt sich darin – oft nach Jahren der weiteren Stabilisierung – der zunächst erneut abgespaltene Teil.

Mit dem Innere-Kinder-Retten wird die Überforderung durch Exposition vermieden, und sofort – mit der Rettung eines bestimmten traumatisierten Innenkindes – und ohne erneute Dissoziation wird das vollständige Kind erreicht und integriert.

Die wiederholte Erfahrung, dass bei Exposition der Traumata Klientinnen mit heftigen Traumagefühlen überflutet werden, ist auch für die Behandelnden belastend. Sie kann bei schweren Traumata sogar zu einer Sekundärtraumatisierung der Therapeutinnen führen, indem diese nach Schilderungen von Extremtraumata selbst Traumafolgesymptome zeigen. Dies kommt tatsächlich nicht allzu selten bei der Behandlung einer dissoziativen Identitätsstörung vor. Da ich ständig mit schwer komplex traumatisierten Klientinnen und supervisorisch mit ebenso tätigen Therapeutinnen arbeitete, schien es mir dringend notwendig, eine Methode zu entwickeln, die eine erneute Exposition vermeidet und dennoch eine echte Traumaverarbeitung ermöglicht. Nach und nach gelang es mir, das mir von Huber und Reddemann bekannte Vorgehen, innere Kinder in Sicherheit zu bringen, so

weiterzuentwickeln, dass es der vollständigen Verarbeitung des jeweiligen Traumas dient und nicht nur stabilisierend wirkt – die beiden Expertinnen sehen ihr Vorgehen zu Recht als Stabilisierungsmaßnahme an.¹

Zusätzlich entwickelte ich durch starke Modifizierung der Screen-Technik eine gefahrlose Möglichkeit zur Aufhebung von dissoziativer Amnesie. Sobald Betroffene die Ängste vor dem Wiedergewinnen der Erinnerung bearbeitet haben, bietet diese Methode erstaunliche Möglichkeiten, das Abgespaltene zurückzugewinnen. Die so gefundenen Innenkinder werden zeitnah mittels IKR integriert. Die Aussicht auf diese Rettung ist meiner Vermutung nach mindestens eine günstige, wenn nicht manchmal sogar eine notwendige Voraussetzung, damit die dissoziierten Erinnerungen sich zeigen können.

Eine weitere neue Methode in meiner Arbeit wurde erst kürzlich ausdifferenziert: die Möglichkeit des Zurückholens von Anteilen, die sich ganz vom Leben abgespalten haben. Dies betrifft mein Konzept der verschiedenen Stufen der Dissoziation. Die letzte Stufe beinhaltet Anteile, die sich zum Beispiel in Situationen von erlebter Todesbedrohung dadurch retten, dass sie selbstbestimmt »sterben«. Davon Betroffene erleben sofort eine innere Resonanz, wenn sie auf eine solche Möglichkeit angesprochen werden. Für Traumatherapeutinnen ist das Konzept meist völlig neu.

Im ersten Teil des Buches werden meine neuen Einschätzungen über die Besonderheiten komplexer Traumatisierung beschrieben, wobei ich sexuelle Kindheitstraumata mit einschließe, mich jedoch nicht darauf beschränke. Im Anschluss vergleiche ich meine Verarbeitungsmethoden mit bestehenden Traumatherapieverfahren. Dafür wähle ich die wichtigsten Verfahren, die derzeit in Fachkreisen für die Verarbeitung von Komplextraumata als wirksam angesehen werden; aus den psychoanalytischen Weiterentwicklungen, aus der Verhaltenstherapie und einige für Traumatisierte neu entwickelte Methoden. Die für den Vergleich verwendeten Kategorien beziehen sich auf die zuvor von mir dargestellten Probleme der Komplextraumatherapie.

Im zweiten Teil erläutere und belege ich anhand konkreter Fallbeispiele aus meiner therapeutischen Arbeit im Einzelnen, inwiefern sexuell Traumatisierte durch ihre vielfältigen Symptome vor spezifischen Herausforderungen stehen und wie diese durch meine neuen Methoden auf schonende Weise gemeistert werden können.

1 Ich beziehe mich auf eine Übung von ihnen zum Sicheren Ort der Erwachsenen, an den auch leidende Kindanteile gebracht werden. Sie ist mir aus Michaela Hubers und Luise Reddemanns Seminaren bekannt.

Auch meine Therapien mit sexuell traumatisierten Klientinnen benötigen viel Zeit, denn es ist ein tiefgreifender innerer Umbau für die Heilung nötig. Durch die vorherrschende Arbeit mit positiven Imaginationen ist dieser Prozess jedoch sehr viel weniger belastend als mit Traumaexpositionen. Durch die Retungen und in der Folge die lichte Ausstrahlung des inneren Sicheren Kinderortes in den Rest der Psyche wächst bei den Betroffenen kontinuierlich ihre Zuversicht und Kraft.

Ich habe versucht, die Kapitel auch einzeln lesbar zu machen und durch viele Querverweise den Text verständlicher zu gestalten. – Betroffene Leserinnen achten bitte auf die Dosierung. Insbesondere die kursiv gedruckten Praxisbeispiele könnten triggern. Noch ein sprachlicher Hinweis: Wie in meinem Buch *Das Innere-Kinder-Retten* habe ich die weibliche Form benutzt, da Frauen sehr viel häufiger von dieser Traumatisierung betroffen sind, jedoch sind Männer stets mit gemeint.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinem Verleger, Herrn Professor Wirth, sowie bei dem Lektor Herrn Flierl für das große Wohlwollen und das geduldige Warten auf den lange versprochenen Text. Außerdem danke ich Frau Dr. Eva Koch-Klenske, die mich stets mit großer Klarheit in der Abfassung des Textes beraten und unterstützt hat, und meinem Mann, der viel Arbeit hatte, um meine Computerprobleme zu lösen, aber auch wertvolle inhaltliche und sprachliche Hinweise gab.