

15 Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)

L. Reddemann

- 15.1 Grundlagen – 260
- 15.2 Traumabehandlung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie – 260
- 15.3 Grundprinzipien der PITT – 261
- 15.4 Behandlungsverlauf von PITT – 262
 - 15.4.1 Aufbau des Arbeitsbündnisses, Ich-Stärkung und Stabilisierung – 262
 - 15.4.2 Emotionales Durcharbeiten und Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung – 266
 - 15.4.3 Integration – 270
- 15.5 Zusammenfassung der Ziele und Interventionen von PITT – 271
 - 15.5.1 Konkrete Ziele – 271
 - 15.5.2 Die Wirkung fördernder Imagination – 272
- 15.6 Beziehungsgestaltung – 272
- 15.7 Evidenzbasierung – 273
- Literatur – 273

15.1 Grundlagen

Seit 1985 hat sich innerhalb der tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie in Praxis und Theorie sowie beginnend in der Forschung die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) als ein Verfahren herausgebildet, das heute im deutschsprachigen Raum vielfach bei Patienten mit komplexen posttraumatischen Störungsbildern (► Abschn. 2.2.3) eingesetzt wird. PITT entwickelte sich aus den Bedürfnissen der Praxis und erfüllt die Forderung nach einer traumaadaptierten Handhabung psychotherapeutischer Verfahren (Flatten et al., 1998).

Bei der großen Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patienten geht es häufig vorrangig um ein Beziehungstrauma (Fischer & Riedesser, 1998), ein Begriff, der zum Ausdruck bringt, dass es sich ätiologisch um mehr als ein traumatisches Ereignis handelt, vielmehr um eine toxische Beziehungserfahrung, meist mit zentral wichtigen anderen Personen, über lange Zeit. Besonders aus traumatisierenden Bindungserfahrungen entwickeln sich dysfunktionale Selbstregulationsmechanismen (Ford et al., 2005), denen es angemessen zu begegnen gilt.

Vieles spricht dafür, dass auch Bindungsstile über die Zeit verändert werden können von einem unsicheren und desorganisierten Bindungsstil hin zu einem sicheren (Schore, 2003). Dazu bedarf es einerseits einer halt gebenden therapeutischen Beziehung und andererseits einer Förderung der selbstregulativen Kräfte.

! Das therapeutische Anliegen von PITT war es daher von Anfang an, vor allem Fähigkeiten zur Selbstberuhigung, Selbsttröstung und Selbstakzeptanz zu entwickeln und zu fördern.

Das bedeutet, dass Ansätze zur Selbstregulation gefördert werden, die zuvor innerhalb der problematischen Bindungsstile nicht ausreichend erworben werden konnten. Hier ist eine traditionelle Domäne psychodynamischer, aber auch humanistischer Therapien in besonderer Weise angesprochen. In der PITT wird neben der Nutzung der therapeutischen Beziehung Wert darauf gelegt, eine liebevolle, mitfühlende und akzeptierende Selbstbeziehung nicht nur als Identifikation mit der Therapeutin zu fördern, sondern die bereits vorhandenen Rudimente

dazu zu erkunden und deren Wachstum zu fördern. Die Autorin nennt dies das Prinzip der »Sonnenhaftigkeit«, einem Gedicht von Goethe folgend: »Wär nicht das Auge sonnenhaft, die Sonne könnt es nicht erblicken« (Goethe, 1993, 1827).

15.2 Traumabehandlung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Trauma war immer schon ein wichtiges Thema der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapien, wie es die Übersichtsarbeit von Bohleber (2000) verdeutlicht (Fichter et al. 2003).

! PITT legt einen besonderen Akzent auf Ich-stärkende und -stützende Ansätze, die dem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung vorangehen sollten.

Als einer der ersten Psychoanalytiker, die sich systematisch mit Erforschung und Therapie psychotraumatischer Störungen befasst, kann Horowitz gelten. Sein Ansatz (¹1976, 1997; ► Kap. 14) bot eine differenzierte, psychodynamisch fundierte Systematik, die nicht ohne Auswirkung auf PITT blieb. Gemeinsamkeiten zwischen seinem Ansatz und PITT bestehen und seien daher hier genannt:

1. Den Patienten von äußeren Belastungen befreien und für Ausruhen und Erholung sorgen – etwas, was vor allem stationäre und teilstationäre Therapie leisten können sollte.
2. Unterstützung anbieten, was eine weitgehende Modifikation der analytischen Abstinenzregel auslegung erfordern kann.
3. Positive Gefühle hervorrufen, die sich von negativen Affekten im Zusammenhang mit dem Trauma unterscheiden, dazu gehört z. B. in der PITT die gezielte Arbeit mit »ego states« (► Exkurs).
4. Stressreduzierende Techniken vermitteln, z. B. in der PITT gezielte Imagination von angenehmen Erinnerungen.
5. Strukturierung von Ereignissen sowie Strukturierung und Organisation von Informationen, wozu der Patient umfassend über Trauma, Traumafolgen und Traumacoping informiert werden muss.

6. Psychoedukative Deutungen, auch als kognitive Restrukturierung, z. B. bei Selbstanklagen und eigenen Schuldzuschreibungen.
7. Dem Patienten immer wieder behilflich sein, Gegenwart und Vergangenheit voneinander zu unterscheiden.
8. Erkennen von Situationselementen, die assoziativ mit dem Trauma in Verbindung stehen und Anleitung, diese Situationen ggf. zu vermeiden.
9. Lehren von Dosierungstechniken, um dosiert mit traumatischen Erinnerungen umzugehen, z. B. in der PITT die Arbeit mit dem sog. inneren Beobachter.

15.3 Grundprinzipien der PITT

Im Folgenden geht es also um die Behandlung von komplexen posttraumatischen Störungsbildern mit dysfunktionaler Selbstregulation.

Ergänzend zu den eben genannten Grundprinzipien in Bezug auf intrusives Verhalten, sind folgende Vorgehensweisen in Bezug auf konstruktive Symptome wichtig: Verleugnungs- und Vermeidungsphänomene können u. a. mit folgenden beschriebenen Techniken (Reddemann, 2001, 2004) angegangen werden::

1. Reduzieren von exzessiven Kontrollen durch die Interpretation von Abwehrmanövern und Verhaltensweisen, die sich eher als kontraproduktiv erwiesen haben, diesen aber mithilfe von Ego-state-Konzepten einen Sinn verleihen.
2. Ermöglichen und Unterstützen der Aufnahme sozialer Beziehungen, um der Neigung zu emotionaler Erstarrung und Isolation entgegenzuwirken, zumal man heute aus der Forschung zur Resilienz und Salutogenese weiß, dass soziale Beziehungen der am meisten schützende Faktor sind.
3. Rekonstruieren des traumatischen Geschehens, falls Traumabearbeitung möglich ist,
4. Explorieren insbesondere des emotionalen Erlebens, und zwar unter möglichst geschützten Bedingungen, nämlich
5. mithilfe detailliertem Beschreiben der traumatischen Situation und der Situationsfaktoren aus einer Beobachterperspektive (sog. Beobachter-technik).

Intrusive und konstruktive Verhaltensweisen sowie Übererregungssymptome bedürfen bei komplexen posttraumatischen Störungsbildern einer Ergänzung durch die Berücksichtigung weiterer Parameter, die traditionell die Domäne psychodynamischer Therapien darstellen, u. a.:

- anhaltende Verletzung durch nicht angemessene Beziehungs- und Bindungsangebote sowie
- chronifizierte traumatisierende Bindungserfahrung (Pearlman u. Courtois, 2005).

Traumafokussierende Techniken wie die Traumaexposition (► Kap. 12) allein haben sich bei komplexen posttraumatischen Folgestörungen nicht als effektiv erwiesen (Ford & Kidd, 1998; Spinazolla et al., 2005). Einiges spricht sogar dafür, dass die ausschließliche Anwendung von spezifischen traumabearbeitenden Techniken für diese Patientinnen schädlich zu sein scheint (Cloitre et al., 2004; Schottenbauer, 2008). Diese Patientengruppe benötigt ein Behandlungsangebot, das sich auch an ihre spezifischen Schwierigkeiten richtet, die aus ihrer Bindungs- und Entwicklungspathologie resultieren.

Da sich Beziehungsstörung einerseits und punktuelle traumatische Erfahrung andererseits i. Allg. verquicken, ergibt sich für die psychodynamische Traumatherapie eine **Behandlungsregel**, die als »**Vorrang der Beziehungsgestaltung vor der Technik**« i. S. eines heuristischen und hermeneutischen Prozesses aufgefasst werden kann (s. das Fallbeispiel weiter unten).

Findet die psychodynamische Traumatherapie unter ungünstigen äußeren Bedingungen und ungünstigen inneren Voraussetzungen der Patientin statt, so muss häufig ganz darauf verzichtet werden, eine traumatische Erfahrung durcharbeiten zu lassen. Es kommt aber nicht selten vor, dass Patienten nach genügender Stabilisierung eine Traumabearbeitung gar nicht mehr wünschen. Dies könnte in der PITT an dem von der Autorin sog. »kausalen« Teil der Stabilisierung begründet sein. Womit gemeint ist, dass die Arbeit mit verletzten und verletzenden »ego states« einen psychodynamisch aufdeckenden neben dem supportiven Teil beinhaltet.

Das Ziel der psychodynamischen Traumatherapie besteht allgemein darin, die Abwehr und die Kontrollmechanismen soweit zu stärken, dass eine »dosierte Erinnerung« möglich wird und die trau-

matische Erfahrung durchgearbeitet werden kann, ohne dass eine erneute traumatische Reizüberflutung zu befürchten ist.

Die Bedeutung von Intrusion auf der einen und Vermeidung/Verleugnung auf der anderen Seite können sich unter einem psychodynamischen Blickwinkel erschließen, wenn man sie als Wechselspiel von Impuls und Abwehr auffasst. Die Pendelbewegung zwischen Intrusion und Vermeidung kann psychodynamisch als ein Selbstheilungsversuch des verletzten psychischen Systems verstanden werden. Man kann in diesem Sinne von einer Art »natürlichen Wundheilungsprozess« auch bei psychischer Traumatisierung sprechen, der als Analogie zur spontanen Heilungstendenz körperlicher Wunden zu verstehen ist. Auch alle weiteren Symptome und Persönlichkeitsveränderungen können als Traumakompensation, d. h. als Selbstregulationsversuch verstanden und gewürdigt werden.

! Die PITT hat zum Ziel, sich dem natürlichen Selbstheilungsversuch der Patienten anzupassen und diesen gezielt zu fördern. PITT orientiert sich daher am Prozess der »natürlichen Traumaverarbeitung«, wobei es nicht vorrangig um Erkenntnisgewinnung über die traumatische Erfahrung geht, sondern vor allem um solche über Resilienzfaktoren und deren Förderung.

15.4 Behandlungsverlauf von PITT

15.4.1 Aufbau des Arbeitsbündnisses, Ich-Stärkung und Stabilisierung

Es sind Interventionen erforderlich, die in dem Sinne »Ich-stärkend« wirken, dass sie die Traumakompensation unterstützen und Wiederholungstendenzen einschränken. Damit geht der Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses einher, worin das Ich der Patientin als Partnerin in der gemeinsamen therapeutischen Arbeit begriffen wird. Hierfür hat sich in der PITT ein breites Repertoire an Interventionen angesammelt, das im Rahmen dieser Übersicht hier nur kurz skizziert werden kann (ausführliche Infor-

mationen finden sich in Reddemann, 2001, 2004, 2006 und 2008).

Es wird davon ausgegangen, dass als erster Schritt stets eine Würdigung des Leidens der Patienten unbedingt erforderlich ist, daran anschließend macht sich die PITT Erkenntnisse der Resilienz- und Ressourcenforschung (► Kap. 5) sowie neuerdings der positiven Psychologie (Joseph & Linley, 2006; Joseph & Linley, 2008) zunutze.

Das bedeutet, dass die Therapeuten systematisch

1. Fragen nach Ausnahmen (de Shazer, 2000; Isebaert, 2005) stellen,
2. genauestens eine »Freudebiografie« (Kast, 1993) bzw. Ressourcenbiografie erheben sowie
3. auf der Basis allgemeiner Achtsamkeitsorientierung ein Freudetagebuch (Reddemann, 2004b) oder ein Dankbarkeitstagebuch (Seligman, 2004) anregen.

Ausnahmen, biografische Details, die auf gehobene Emotionen hinweisen sowie alltägliche Erfahrungen, die von gehobenen Emotionen getragen sind, sind wichtige Informationen, die dem Auf- und Ausbau von Resilienz dienen. Einige Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Belastungen – z. B. in der Therapie – besser verkraftet werden, wenn positive Emotionen verfügbar sind (Fredrickson & Joiner, 2001; Grawe, 2004).

Das Prinzip des »informed consent«, d. h. die genaue Information der Patientin zu den Hypothesen und Behandlungsangeboten und die Bitte an die Patientin, diesen zuzustimmen, ehe man weiterarbeitet, ist besonders wichtig, um die Kontrollverluste der Patientinnen zu mildern (► Fallbeispiel).

Eine konsequente Anwendung des Prinzips Achtsamkeit mit dem Ziel, einerseits eine verbesserte Wahrnehmung des Hier-und-Jetzt zu ermöglichen und andererseits eine liebevolle Selbstbegegnung zu unterstützen, gilt für den Verlauf der gesamten Behandlung.

PITT geht davon aus, dass jedes Erinnern auch ein Imaginieren ist und greift daher zunächst auf gute und heilsame Erinnerungen zurück, ehe zu quasi vorgefertigten Imaginationen, wie der eines sicheren Ortes, hilfreicher Wesen, etc. übergegangen wird. Aus heutiger Sicht erscheint die Nutzung des-

sen, was die Patienten bereits mitbringen unverzichtbar (► Fallbeispiel).

Fallbeispiel

Es handelt sich um einen in seinem Alltag und Familienleben relativ gut zurechtkommenden Geschäftsmann, der unter chronischen Schmerzzuständen, insbesondere Rückenbeschwerden, leidet. Für diese Schmerzen fand sich keine organmedizinische Erklärung. Die vorläufige Diagnose lautete daher somatoforme Schmerzstörung. Der Patient wünscht eine modifizierte analytische Psychotherapie. Er berichtet bereits im Erstgespräch von massiven Misshandlungen durch den Vater. Er kann darüber sehr distanziert sprechen, fast als sei es die Geschichte von jemand anderem. Der Therapeut formuliert eine Hypothese: »Können Sie sich vorstellen, dass Ihre Schmerzen etwas mit den Misshandlungen, die Sie als Kind erlitten haben, zu tun haben könnten?« Der Patient bestätigt dies sofort, ja, er könne sich das schon vorstellen, aber wie ihm das helfen könne, das wisse er halt nicht.

Es erfolgt dann eine Information über traumatische Erfahrungen und deren Verarbeitung. Die Aussage »Der Körper ist der Ort der Traumatisierung« ist im Fall dieses Patienten mehr als offensichtlich und auch, dass sich der Körper erinnert.

Die Beziehungen zu seiner Frau und seinen Kindern beschreibt der Patient als eher distanziert. Es falle ihm schwer, sich nahe auf Menschen einzulassen. Leider müsse er auch sagen, dass ihm Sexualität nie viel bedeutet habe, was für seine Frau ein Problem sei. Sicher liebe seine Frau ihn mehr als er sie, denn sie stehe trotz allem zu ihm. Mit seiner Tochter, 10 Jahre, verstehe er sich besser als mit seinem 15-jährigen Sohn. Er ertappe sich leider immer wieder dabei, dass er voller Wut auf seinen Sohn sei, und er müsse sich dann immer sehr beherrschen, um den Sohn nicht zu schlagen. Aber er habe sich geschworen, wegen seiner schlimmen Kindheit nie die Hand gegen einen anderen zu erheben, und das sei ihm bis heute auch gelungen. Darauf sei er ein bisschen stolz. Er müsse aber zugeben, dass er oft so angespannt sei, dass er Menschen anbrülle, sowohl seine Familie wie auch seine Mitarbeiter. Hinterher tue ihm das leid, und er entschuldige sich auch immer,

aber er habe sich da nicht unter Kontrolle, und das mache ihm Angst.

Überhaupt habe er das Gefühl, dass er wie ein wandelnder Vulkan sei, der jederzeit ausbrechen könne. Dies gibt dem Therapeuten Gelegenheit, mit dem Patienten über innere Bilder zu sprechen, das Heilsame und das Unheilsame von Bildern zu erläutern und den Patienten einzuladen, ein Gegenbild für das Vulkanbild zu finden. Der Patient antwortet sofort: »Eine klare, kühle Quelle im Gebirge«, und kann, indem er sich intensiver auf die Vorstellung dieser Quelle einlässt, spüren, wie er dadurch ruhiger wird.

Nachdem der Therapeut dem Patienten das mögliche Vorgehen erläutert hat, fragt er ihn am Ende des Erstgesprächs, ob er sich vorstellen könne, immer wieder an dieses Bild der kühlenden Quelle zu denken und es auf sich wirken zu lassen. Er könne auch, wenn er das »Vulkangefühl« habe, ganz aktiv zum Bild der klaren, kühlen Quelle pendeln, wenn er das wolle. Er antwortete: »Klar, das mache ich gerne. Ich hätte nicht gedacht, dass so ein Bild einem so gut tut.«

Diagnostisch erschien die noch nicht in Diagnosemanualen vorgesehene Konzeptualisierung als somatoforme Dissoziation zum Verständnis der Problematik angemessen (► Abschn. 2.2.2). Der Patient kommt in die nächste Stunde und berichtet davon, dass er jeden Tag ein paar Mal an die Quelle gedacht habe. Was ihm besonders gut getan habe: Als er sich über seinen Sohn aufgeregt hätte, weil der mal wieder viel zu spät in der Nacht nach Hause gekommen sei – er solle spätestens um 22 Uhr zu Hause sein, schließlich sei der Junge erst 15 –, habe er ganz intensiv an die Quelle gedacht, und da sei er doch tatsächlich ruhiger geworden. Es sei ihm dann eingefallen, dass er in diesem Alter auch am liebsten viel später nach Hause gekommen wäre und das nur aus Angst vor dem Vater nicht gewagt habe. Da habe er sich gedacht, was er doch für ein Glück habe, dass sein Sohn keine Angst vor ihm habe.

T *Das finde ich auch schön, dass das so ist. Und dafür haben Sie eine Menge getan! Es ist Ihnen ja nicht immer leicht gefallen, sich zu beherrschen.*

P *Wissen Sie, manchmal denke ich, dass, obwohl es so schrecklich war, es doch auch sein Gutes*



hatte, weil ich wirklich weiß, was Gewalt ist, und was es mir wert ist, keine Gewalt anzuwenden.

Der Therapeut bemerkt, dass es ihn fast rührt, wie es diesem philosophisch nicht gebildeten Mann gelungen ist, seine Schreckenskindheit in einen für ihn sinnerfüllenden Zusammenhang zu bringen, und fragt den Patienten, wie er es geschafft habe, so eine Sicht der Dinge zu entwickeln. Seine Hypothese ist, dass er damit »traumatic growth« fördern könne.

- P *Meine Mutter hat mir das, glaube ich, beigebracht. Sie war sehr fromm und hat immer gesagt, dass alles einen Sinn habe, auch wenn wir den nicht verstehen. Ich bin nicht mehr fromm, aber das habe ich nicht vergessen, weil es mich halt getröstet hat, wissen Sie.*
- T *Dann war Ihre Mutter für Sie so etwas wie eine Kraftquelle.*
- P *(dessen Augen zu leuchten beginnen). Ja, sie war herzensgut. Sie hat auch immer versucht, uns Kinder vor dem Vater zu beschützen, aber der hat sie dann auch geschlagen oder eingesperrt – es kommen ihm die Tränen. Damals konnten die Frauen nicht von ihren Männern weggehen, das war in den 50er und 60er Jahren. Sie hatte jung geheiratet, hatte keinen Beruf ... Das waren andere Zeiten. Meine Frau hat übrigens immer gearbeitet, das habe ich auch unterstützt, sie hat es zur Filialeiterin gebracht, meine Mutter hat sich um unsere Kinder gekümmert, als sie klein waren. Leider ist sie vor 5 Jahren gestorben ... aber das war auch richtig, sie war sehr krank, zum Glück nur kurz.*

An dieser Stelle ist wieder eine Entscheidung nötig: Nutzt man das Bild, das der Patient von seiner Mutterbeziehung und seiner Mutter ent-



wirft, als Ressource, oder könnte es sein, dass er hier idealisiert? Möglicherweise ist in der Schilderung ein idealisierendes Moment, dennoch entschließt sich der Therapeut, die Sicht des Patienten erst einmal zu unterstützen, weil er zum einen davon ausgeht, dass das momentane Mutterbild für den Patienten eine Hilfe darstellt, zum anderen diese Äußerung i. S. des Wachtstums des Patienten auch zu fördern ist.

Der Patient verfügt über eine ganze Reihe wichtiger Ressourcen: Er hat ein positives Mutterbild zur Verfügung und gute Erinnerungen an sie. Er kann dankbar sein, und er verfügt über die Fähigkeit zur Kohärenz, d. h., er kann Belastungen, die ihm widerfahren sind, in einen sinnerfüllenden Zusammenhang stellen (Antonovsky, 1997).

Weitere Ressourcen, wie relativ gute Beziehungen, sind erkennbar und machen die Prognose günstig. Sie weisen auch auf relative Stabilität hin.

Der Therapeut erklärt dem Patienten nun noch einmal ausführlich das Phasenmodell, nachdem das Zusammentragen und Erkennen seiner Ressourcen eine wichtige Voraussetzung sein könne, um – falls er es wünscht – an den Belastungen, die zu seinen Beschwerden beigetragen hätten, zu arbeiten. Es leuchtet dem Patienten ein, dass man Belastungen besser verkraften kann, wenn man sich innerlich kraftvoll fühlt, und er stimmt daher dem Vorgehen zu.

Die Stabilisierungsphase unterscheidet sich in zwei Bereiche:

1. den eher kognitiv-psychoedukativen Teil, wie oben kurz beschrieben (► auch Kap. 13),
2. den kausalen Teil, in dem der Therapeut sich bereits behutsam und dosiert traumatischem Material zuwendet. Hier geht es um die Beschäftigung mit verletzten und verletzenden Anteilen (»ego states«; ► Exkurse auf S. 265).

Exkurs**Verletzte »ego states«**

Verletzte Anteile sind früher eher unter dem Label »inneres Kind« beschrieben worden. Da man in den letzten Jahren allerdings konsequent nach dem Ego-state-Modell (Reddemann, 2006; Watkins & Watkins, 1997) arbeitet, hat sich dieser Begriff überlebt. Denn nach dem Ego-state-Modell gibt es nicht »ein inneres Kind«, sondern viele kindliche Anteile. Im Ego-state-Modell, das auf Federn (1952) zurückgeht, arbeitet man mit der Hypothese, dass »ego states« sich zum einen durch normale Entwicklung herausbilden können, so spricht man z. B. vom »Kind im Mann«, zum anderen gerade traumatische Erfahrungen zur Herausbildung von »ego states« als Schutzmechanismus führen können (► folgendes Fallbeispiel). Die dazu ge-

hörige »strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit« (van der Hart et al., 2007) hilft der Patientin nämlich, Traumaerinnerungen quasi im »mentalen off« zu halten und anscheinend normal weiterzuleben. (Daher verwenden van der Hart et al., 2007, die Unterscheidung »anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil« und »emotionaler Persönlichkeitsanteil«).

Während der Zeit der Stabilisierung geht es darum, alle »ego states« zu stabilisieren.

Es ist eine Täuschung, wenn man sich damit zufriedengibt, nur das erwachsene, heutige Ich zu stabilisieren. Der Mangel an Kenntnis über verschiedene Teile oder »states« führte früher zu erheblichen Fehlschlägen in der Behandlung und auch zu einem Missverstehen der Bedürfnisse der Patienten.

Exkurs**Verletzende »ego states«**

Verletzte Teile lassen sich manchmal nicht versorgen, weil verletzende Teile, sog. Täterintrojekte, dies zu verhindern suchen. Nach dem Ego-state-Modell haben alle Teile zum Ziel, das Leben zu schützen, bzw. das Überleben zu sichern. Daher wird in der PITT in der jetzt aktuellen Form der Versuch unternommen, diese Teile zunächst zu würdigen und zu verstehen, wie sie entstanden sind, neuerdings gehen die Therapeutinnen davon aus, dass sie vor allem dem Schutz von Bindungen an wichtige Andere dienen. Anschließend geht es darum, diesen Teilen zu vermitteln, dass es ein erwachsenes Ich gibt, das eine andere Art von Hilfe benötigt als das Ich der traumatischen Situation, und es wird zwischen dem erwachsenen Ich und diesem Teil ein Verhandlungsprozess angeregt und gefördert, welcher am Ende dazu führen soll, dass erwachsenes Ich und dieser Teil konstruktiv zusammen arbeiten (ausführlich in Reddemann, 2008; ► folgendes Fallbeispiel).

Durch die Arbeit mit verletzten und verletzenden Anteilen wird die räumliche und zeitliche Einordnung der traumatischen Erfahrung unterstützt. Man kann Freuds Begriff phasengerecht differenzieren und von »eher kognitivem Durcharbeiten« der traumatischen Erfahrung sprechen. Kognitiv

steht hier im Gegensatz zu »emotionalem Durcharbeiten«, das einem späteren Abschnitt vorbehalten ist. Es ist in dieser Phase der Therapie nicht erforderlich, dass sich die Patienten an den Ablauf des traumatischen Geschehens genau erinnern. Immer wenn Symptome oder massive Übertragungsverzerrungen auftreten, geht der Therapeut mit dem Patienten mögliche auslösende Ereignisse durch und bringt sie in einen biografischen Zusammenhang i. S. strukturierender und klarifizierender Deutungen. Dabei werden erlebnisaktivierende und emotional stimulierende Interventionen unbedingt vermieden. Verliert sich die Patientin in belastenden Erinnerungen oder Flashbacks, wird sie einerseits durch Techniken des sog. Erdens und acht-samen Wahrnehmens in die Gegenwart der Behandlungssituation zurückgeholt, andererseits hilft die Imagination des Tröstens und liebevollen Versorgens eines verletzten jüngeren Anteils und ggfs. die Würdigung seines Schmerzes, dass die Patientin ein resilienzförderndes Verhalten nachholen kann. Symptome werden im Übrigen möglichst als eine normale Reaktion auf eine verrückte Situation dargestellt. Interventionen dieser Art geben dem Patienten die Hoffnung auf Verständlichkeit und Sinngebung zurück, die ein wichtiger salutogenetischer Aspekt des Kohärenzgefühls (Antonowski, 1997) sind.

Fallbeispiel

In den weiteren Sitzungen erfolgt dann eine Konzentration auf die Arbeit mit den verletzten Anteilen, die ebenfalls zunächst beschrieben wird, um anschließend mit dem Patienten zu klären, ob er mit diesem Modell arbeiten will. Ausgehend von Alltagskonflikten und später auch Beziehungskonflikten mit dem Therapeuten werden Zusammenhänge zu verletzten Anteilen und deren Wünschen hergestellt, endlich geliebt und anerkannt zu werden. Es stellt sich heraus, dass der Patient zwar gewaltlos nach außen war, mit sich selbst aber recht gewaltsam umging. Er schlief eindeutig weniger, als er gebraucht hätte, trieb sich dauernd zu zahllosen Aktivitäten an und hatte neben seinem Beruf eine ganze Reihe von Ehrenämtern. Nach und nach wird ihm bewusst, dass er so viel tut, um sich bzw. genauer sein »inneres Kind« und dessen Schmerz nicht zu spüren. Daraus resultiert aber, dass er sich selbst und seine kindlichen Anteile vernachlässigt. In manchen Fällen stellt sich heraus, dass der Patient den Therapeuten »verwechselt«, in ihm den Vater sieht. Hier hilft dem Patienten die Vorstellung, dass diese Reinszenierungen letztlich den verletzten Anteilen helfen, auf sich aufmerksam zu machen. Nach und nach entwickelt er ein verständnisvolleres Verhältnis zu diesen kindlichen Anteilen. Er entwickelt Interesse daran, was ein kleiner Junge in verschiedenen Altersstufen an Zuwendung braucht, und gelegentlich kann jetzt auch etwas Kritik an der Mutter aufschwimmen, von der er sich doch gewünscht hätte, dass sie mit den Kindern weggegangen wäre. Die vielen Gewaltszenen werden jeweils nur angedeutet, besonders wird Wert darauf gelegt, dass »der kleine Junge« in ihm in Sicherheit gebracht wird. Diese Arbeit erstreckt sich über etwa 100 h.

15.4.2 Emotionales Durcharbeiten und Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung

Sowie die Fähigkeit der Patienten zur Kontextualisierung wieder erlangt ist, kann sie sich – gleichsam von einem neuen Punkt außerhalb der traumatischen Erfahrung – den emotionalen Schmerzen zuwenden, die das Trauma bereitet hat und bereitet.

Verläuft die Therapie in der geschilderten Sequenz ihrer Phasen, so ist die Gefahr gering, in der traumatischen Erfahrung erneut zu versinken, die bei einem offenen therapeutischen Prozess und nichtfokussierter Therapieführung verstärkt gegeben sein kann. Die traumatische Erfahrung kann mit starker Verwirrung und emotionalen Schmerzen verbunden sein, denen sich der Patient jetzt annähern kann. Er hat durch die bisherigen Behandlungsschritte die Sicherheit gewonnen, nicht mehr im Trauma zu versinken und von den traumatischen Affekten überflutet zu werden.

Ziel des emotionalen Durcharbeitens ist ein »dosiertes Erinnern«, mit dosierter emotionaler Verarbeitung der traumatischen Erfahrung. Die Dosierung der Emotionen wird u. a. durch Rückgriff auf Übungen unterstützt, die sich in der Einleitungsphase bereits bewährt haben, nämlich die Versorgung von erlebenden, belasteten Anteilen an einem sicheren Ort mittels Helferwesen und die Betrachtung des »Traumafilms« aus einer beobachtenden Perspektive ergänzt durch ausführliche Imagination des »Tröstens für das traumatisierte Ich« (Reddemann, 2004a; ► Fortsetzung des Fallbeispiels).

Fallbeispiel

Bei einigen emotional aufwühlenden Situationen hat der Therapeut den Patienten auch eingeladen, sich mittels der Fähigkeit zur Beobachtung vom Geschehen zu distanzieren. Er empfiehlt in einer eher wahrnehmenden Haltung zu bleiben, so dass sich der Patient bereits mit einer Voraussetzung der Beobachertechnik – einer Fähigkeit der aktiven und möglichst neutralen Selbstbeobachtung – vertraut machen konnte. Die Selbstbeherrschung des Patienten verbesserte sich deutlich. Dennoch ereignet sich eine heftige Auseinandersetzung mit einem Mitarbeiter, bei der der Patient erneut am Rand der Dekompensation steht. Seine Äußerung »Ich habe nur noch rotgesehen« führt zu dem Entschluss, eine Gewaltszene zu bearbeiten, die dem Patienten spontan ins Gedächtnis kommt.

Nachdem der Therapeut dem Patienten das gesamte Vorgehen der Beobachertechnik nochmals erklärt hatte, fragt er den Patienten, ob er sich vorstellen könne, so zu arbeiten. Das erscheint dem Patienten möglich.



Zunächst wird die Szene eingegrenzt:

- P *Das war, als ich 7 Jahre alt war und nicht sofort die Milch geholt habe, wie ich sollte. Es war im Sommer, nachmittags so gegen 6 Uhr.*
- T *Wann war die Szene ganz zu Ende?*
- P *Als ich ungefähr gegen 8 Uhr im Bett lag.*

Als Nächstes fragt der Therapeut, welche anderen Ichs von dieser Szene berührt sein könnten.

- P *Da gibt es sehr, sehr viele. Gewalt war ja an der Tagesordnung. Aber wir haben ja schon viele Kinder an den sicheren Ort gebracht. Ich glaube, die sind wirklich schon alle am sicheren Ort. Der 7-Jährige ist der Letzte, der noch fehlt.*

Der Therapeut bittet den Patienten, diesen 7-Jährigen zu den anderen an den sicheren Ort zu bringen und ihm zu sagen, dass er jetzt, heute, in Sicherheit sei. Dazu planen der Therapeut und der Patient eine Konfrontation, für die sie sich 2 Stunden Zeit nehmen wollen. Der Therapeut fragt den Patienten, ob er sich im Anschluss an die Sitzung Ruhe gönnen könne und ob jemand für ihn da sei.

- P *Meine Frau ist für mich da. Ich nehme mir den Tag dann ganz frei.*

In der folgenden Sitzung erfolgen zunächst weitere vorbereitende Schritte, die darauf abzielen, dass das Geschehene strukturierter erlebt werden kann:

- Ist der sichere Ort verfügbar?
- Gibt es hilfreiche Wesen am sicheren Ort?
- Ist die beobachtende Fähigkeit verfügbar?

- T *Sind alle Ichs, die irgendwie von dem Ereignis berührt sein könnten, vor allem auch der 7-Jährige, in Sicherheit?*
- P *Ja, denen geht es gut.*
- T *Möchte der 7-Jährige sich diese alte Geschichte auch noch einmal anschauen oder machen Sie, der Erwachsene, das für ihn und für sich?*
- P *Das will er nicht. Ich soll das machen.*
- T *Können Sie sich nun noch vorstellen, dass Ihr erlebender Teil auch in Sicherheit ist?*
- P *Klar, das kann ich doch sowieso ... (lacht).*
- T *Jetzt haben wir, glaube ich, alles gut vorbereitet, so dass Ihr beobachtender Teil Ihnen diese alte*

Geschichte zur Verfügung stellen kann. Ich habe Ihnen ja schon erklärt, dass es wichtig ist, dass Sie die fragmentierten Teile dieser schlimmen Erfahrung zusammentragen. Dabei werde ich Ihnen helfen. Auch werde ich darauf achten, falls Sie es vergessen, was vorkommen kann, dass Ihre erlebenden Teile gut in Sicherheit bleiben.

- P *Ich habe ein bisschen Angst.*
- T *Wer hat Angst? Der Erwachsene oder der Junge? Beide können Gründe haben.*
- P *Ah, jetzt merke ich, es ist doch der Junge. Der war grade mal weggeflitzt vom sicheren Ort, war neugierig. Ich erkläre es ihm noch mal ...*
- T *... es ist gut, dass Sie so fürsorglich sind.*
- P *Okay, jetzt geht es.*
- T *Vielleicht beschreiben Sie erst einmal, was der Szene vorausgegangen ist?*
- P *Es ist ein schöner Sommernachmittag. Der Junge spielt draußen auf der Wiese ... Fußball ... Er ist ganz in das Spiel versunken ...*
- T *Möchten Sie das eine Weile spüren, dieses Versunkenseinkönnen ins Spiel?*
- P *Oh ja, das ist ein gutes Gefühl ... die Mutter ruft ... er will sie nicht hören, er möchte spielen ... sie ruft noch einmal ... ihre Stimme ist ein wenig ärgerlich ... jetzt geht er ins Haus ... es fällt ihm ein, dass er Milch holen soll ... – Ich merke, dass ich Angst kriege, muss den 7-Jährigen noch besser versorgen ... jetzt ist ein Helfer bei ihm. – Der Vater ist in der Küche ... er stinkt nach Alkohol ...*
- T *Was denkt der Junge da?*
- P *Er denkt nichts, er fühlt sich leer ... er hat ein blödes Gefühl im Magen ... er will sich am Vater vorbeischieben und die Milchkanne nehmen ... der Vater packt ihn an den Haaren ... er sagt, »na Bürschchen, spielst du wieder den Unschuldengel, dir werd ich's zeigen ...«*
- T *Wie geht es dem Jungen?*
- P *Er hat furchtbare Angst ... er wird ganz starr ... er versucht, nichts zu spüren, macht sich ganz steif ... mein Gott, warum tut dieser Vater das?*
- Der Patient beginnt zu weinen. Das Weinen wird sehr heftig.
- T *Es ist furchtbar, dass der Vater das tut. Es ist gut, dass Sie jetzt darüber weinen können ...*

- P *So ein Scheißkerl, ich könnte ihn umbringen! Stellen Sie sich das vor, bloß weil ich die Milch nicht ganz pünktlich geholt habe. Der war doch krank. Ich hasse ihn, ich hasse ihn, ich hasse ihn ... Er weint wieder.*

Nachdem der Patient sich etwas beruhigt hat, möchte er weitermachen.

- P *Ich habe etwas Schreckliches gesehen, bevor ich weinen musste, das kann ich Ihnen gar nicht erzählen.*
- T *Das entscheiden Sie, ob Sie mir etwas erzählen möchten oder nicht. Wenn Sie das Gefühl haben, dass es für Sie besser ist, etwas für sich zu behalten, ist es gut. Allerdings können Sie mir, wenn Sie wollen, alles erzählen.*
- P *Ich wollte es Ihnen nicht sagen, weil ich mich schäme, ja ich schäme mich für mich und für ihn, und weil ich denke, es ist für Sie auch sehr schlimm.*
- T *Ja, ich finde es schlimm, dass Erwachsene Kinder quälen, aber ich kann es aushalten, wenn Sie mir davon erzählen.*
- P *Der Vater nimmt eine 7-riemige Peitsche vom Schrank ... oh mein Gott ... ich muss noch mehr Abstand einnehmen ... jetzt geht es, ich sehe es von ganz weit weg ... er zieht ihm die Hose runter und schlägt wild drauflos ...*
- T *Was fühlt der Junge?*
- P *Der ist gar nicht mehr da.*
- T *Wo ist er?*
- P *Er schwebt an der Decke.*
- T *Was würde er fühlen, wenn er im Körper wäre?*
- P *Er hat, glaube ich, warten Sie, das ist schwer ... ja, er hat Angst, dass er sterben muss und ... es tut furchtbar weh ... er kann es nicht aushalten.*
- T *Da ist es gut, dass er aus dem Körper herausgegangen ist ... sind Ihre erlebenden Ichs noch in Sicherheit?*
- P *Ja ... ich kann das jetzt merken, dass es furchtbar wehtut, ich spüre es in meinem Rücken und der Hintern tut weh, aber ich kann es aushalten ... mein Gott, mein Gott, warum hilft denn keiner?*
- T *Herr X, es ist schlimm, aber das ist ein alter Film, wissen Sie das noch? Sie sind hier bei mir in der Praxis.*
- P *Ja, ich weiß ... Ich wusste nicht, wie brutal der Vater war ... Der Junge ist immer noch nicht in*

seinem Körper drin ... Warum macht die Mutter nichts? ...

- T *Kann Ihr beobachtender Teil sie wahrnehmen?*
- P *Ja, sie steht in der Ecke, schlägt die Hände vor das Gesicht. Sagt zum Vater, »Franz hör auf, ver-sündige dich nicht« ... jetzt lässt er den Jungen los und geht auf sie los ... Nein, nein, das halte ich nicht aus!*
- T *Herr X, bitte kommen Sie mit der Aufmerksamkeit erst wieder hierher zurück, falls es Ihnen zu viel wird. Hier, in der Gegenwart, im Jahr ... sind Sie in Sicherheit.*
- P *(der sich wieder fasst) Er ist mit dem Messer auf sie losgegangen. Das wusste ich gar nicht, er hat versucht, sie umzubringen. Verstehen Sie das? Bloß wegen der Milch? Das gibt's doch gar nicht. Der war doch wahnsinnig.*

Der Therapeut nimmt wahr, dass der Patient erneut aus der Szene »ausgestiegen« ist in eine eher reflektierende Haltung. Er wertet das als guten Schutz des Patienten. Deshalb beschließt er, zunächst auf das »Verstehen Sie das?« zu antworten. Er geht davon aus, dass jetzt die Beziehung zu ihm wichtig ist und genutzt werden sollte, damit sich der Patient sicher fühlen kann.

- T *Ja, das kann ich mir auch vorstellen, dass Ihr Vater krank war.*
- P *Jetzt weiß ich, warum ich dachte: ich fühle mich total hilflos. Ich konnte überhaupt nichts machen.*
- T *Ja, so war das damals. Es ist sehr wichtig, dass Sie das jetzt verstehen ... Denken Sie, Sie können noch einmal mithilfe Ihres beobachtenden Teils genau wahrnehmen, was weiter geschehen ist? Sind Ihre erlebenden Teile alle noch in Sicherheit?*
- P *Ja, ich will es genau wissen ... Der Junge hat jetzt panische Angst um die Mutter ... Er ... er nimmt die Milchkanne ... und haut sie dem Vater über den Kopf ... das ist der Mut der Verzweiflung ... es ist ihm alles egal ... er sieht rot ... er will nicht, dass der Vater der Mutter etwas tut ... der Vater kommt irgendwie zur Besinnung ... er geht weg ...*
- T *Der Junge hat der Mutter das Leben gerettet?*
- P *Das wusste ich nicht ... (Er beginnt wieder zu weinen ... schluchzt) »Mama, Mama«.*

Der Therapeut ist mit voller Aufmerksamkeit und Mitgefühl bei dem Patienten, aber er schweigt erst eine Weile, dann sagt er dem Patienten, dass es gut ist, dass er jetzt diese Gefühle der Trauer und des Schmerzes zulassen kann. Er erkundigt sich, ob der Patient glaube, dass er diese Gefühle jetzt aushalten könne.

P *Ja, das kann ich, es tut mir gut. Ich habe noch nie so weinen können. Gut, dass Sie da sind. Kann ich noch ein bisschen weinen?*

T *Natürlich, Sie haben so viel Zeit dafür, wie Sie brauchen ... Ich bin da ...*

Nach etwa zwei Minuten fasst sich der Patient. Schaut den Therapeuten an und sagt:

P *Das habe ich alles nicht gewusst. Dass er mich geschlagen hat, wusste ich, aber wie brutal, das wusste ich nicht, und dass er die Mutter umbringen wollte, das habe ich auch nicht gewusst, sie hat darüber nie gesprochen. Mein Gott, was für ein Leben ... Warum ist sie nicht von ihm weggegangen? Das war doch der Horror ... womöglich hat er das öfters gemacht ... ich werde meine Tante fragen ... Und dass ich so ein mutiges Kerlchen war, das wusste ich auch nicht. Dass ich das herausgefunden habe, das ist gut.*

T *Das finde ich auch sehr wichtig, dass Sie das herausgefunden haben. Haben Sie den Eindruck, dass Sie hier mit der Konfrontation aufhören können? Ist das Trauma hier zu Ende?*

P *Ja, wie der Vater weg ist, ist es vorbei. Obwohl es eigentlich aus meiner heutigen Sicht nie richtig vorbei war. Aber alle haben sich so benommen, als sei nichts geschehen. Wie schrecklich!*

T *Ja, dass all die schmerzlichen Gefühle nie ausgesprochen wurden, war wohl noch eine zusätzliche Belastung ... Etwas erscheint mir noch wichtig: Können Sie sich schon mit der Frage beschäftigen, was der Junge gebraucht hätte, was er immer noch braucht?*

P *Ich sage ihm, dass ich ihn toll finde ...*

T *Tut ihm das gut?*

P *Irgendwie schon, aber nicht richtig.*

T *Was braucht er denn? Können Sie ihn fragen?*

P *... Dass ich ihn in den Arm nehme. Ich glaube, er braucht, dass ich ihm sage, dass das falsch war*

vom Vater, dass es böse war und dass er nicht schuld war. Es ist doch normal, dass Kinder nicht immer gleich gehorchen, wenn Eltern was von ihnen wollen. Außerdem haben sie ihn dauernd unterbrochen, wenn er gespielt hat.

T *Ja, sagen Sie ihm das alles ... Wie geht es ihm damit?*

P *Ich glaube, es tut ihm gut zu hören, dass er nicht schuld ist.*

T *Braucht er noch mehr? Mehr Trost vielleicht?*

P *Ich halte ihn einfach in meinem Arm ... Das tut ihm gut. Wir weinen beide ... Aber warum war der Vater so? Warum hat der gesoffen?*

T *Sie haben mir mal erzählt, dass Ihr Vater im Krieg war, und vielleicht hängt es damit zusammen. Aber im Moment ist es vielleicht erst einmal wichtig, dass Sie sich weiter um Ihren Jungen kümmern, und wir klären das mit dem Vater später?*

P *Ja, stimmt, das kann ich mir ja später noch überlegen. Ich rede dann erst einmal mit meiner Tante. Der Junge möchte furchtbar gern ein Eis.*

T *Werden Sie das anschließend mit ihm essen? Mögen Sie auch Eis?*

P *Nicht besonders. Ich achte ja auch sehr auf mein Gewicht ... Na ja, diesmal kriegt er es, so ein tapferes Kerlchen.*

T *Ich kann mir vorstellen, dass es für den Jungen am wichtigsten ist, dass Sie seinen Kummer verstehen, später wird er dann auch stolz sein können.*

P *Sie meinen, ich soll ihm das nicht sagen, dass er ein tapferes Kerlchen ist?*

T *Doch, schon, aber das andere nicht vergessen. Er war ein Kind in großer Not, und dafür braucht er Trost und Mitgefühl.*

P *Ach so, ja, ... leuchtet mir ein, das ist bei meinen Kindern auch so ... leider konnte ich auf sie ja auch nicht sehr eingehen, wenn die Kummer haben.*

T *Das wird sich jetzt ändern, weil Sie mehr Mitgefühl mit sich selbst haben.*

P *Das hoffe ich.*

T *Wie geht es Ihnen, dem Großen, jetzt? Und wie dem Jungen?*

P *... viel besser. Aber ich bin ganz schön erschöpft. Dem Jungen geht es schon sehr gut. Es ist, als hätte er es schon fast vergessen.«*



In der Beobachtertechnik werden zwei Aspekte für die Therapie genutzt:

1. Der Fähigkeit zur Distanzierung wird ein sehr hoher Wert beigemessen.
2. Durch die Trennung von erlebenden und beobachtenden Teilen wird die Fähigkeit zur »Spaltung« genutzt.

Fallbeispiel

Bei diesem Patienten waren noch zwei traumakonfrontative Sitzungen erforderlich:

- eine sehr frühe Erfahrung als Kleinkind und
- die letzte Gewalterfahrung mit dem Vater. Damals war der Patient 18 Jahre alt, und er hatte seinem Vater gedroht zurückzuschlagen, wenn er nicht auf der Stelle aufhöre. Das hatte tatsächlich dazu geführt, dass der Vater, der inzwischen auch physisch schwächer war als sein Sohn, von den Misshandlungen abließ.

Nach dieser Sitzung griff der Patient noch einmal die Frage auf, warum sein Vater sich so verhalten habe. Es wurde deutlich, dass eine mögliche Ursache für das Verhalten des Vaters eine kriegsbedingte posttraumatische Belastungsstörung sein konnte.

Die neu ins Bewusstsein gelangte Fähigkeit des Sich-wehren-Könnens, erprobte der Patient im Alltag. Dies hatte vielfältige Implikationen für den Patienten, dem jetzt erst bewusst wurde, wie häufig er sich so verhielt, als könne er nicht weg, als sei er unfrei. Daran wurde nun in vielen Stunden gearbeitet. Auch in der Übertragung zum Therapeuten war das ein wichtiges Thema. »Durfte« der Patient eine Stunde absagen? »Durfte« er seine eigenen Ferienpläne machen? »Durfte« er seine Meinung sagen?

Komplex traumatisierte Patienten haben meist ein ganzes Geflecht an Traumakompensation aufgebaut. Dieses Geflecht löst sich nicht einfach durch Traumakonfrontation auf, sondern bedarf ein sorgfältiges Durcharbeiten in vielerlei Facetten.

15.4.3 Integration

Die emotionale Rekonstruktion dient in besonderer Weise der Integration der traumatischen Erfahrung

in die Lebensgeschichte und den weiteren Lebensentwurf. Mit der Integration der traumatischen Erfahrung in die Lebensplanung kehrt die psychodynamische Traumatherapie zum Ausgangspunkt der Therapie, zu Ich-Stärkung und weiterer funktionaler Differenzierung des traumakompensatorischen Schemas zurück (► Fallbeispiel).

Fallbeispiel

Für den Patienten wurde nach den traumakonfrontativen Sitzungen die Frage, warum sein Vater so gewalttätig war, zentral. Er befragte seine Tante, die ihm berichtete, der Vater des Patienten sei als knapp 20-Jähriger gleich zu Beginn des Krieges eingezogen worden. Er sei in Stalingrad gewesen und sei völlig verändert zurückgekehrt. Er habe viele Alpträume gehabt, darüber habe er mit ihr manchmal gesprochen. Sie wisse, dass es ihm manchmal leid getan habe, dass er so gewalttätig war, aber durch den Alkohol habe er sich stark verändert. Er habe sich bestimmt als Versager gefühlt, denn er habe ja nach dem Krieg nicht mehr viel erreicht. Vor dem Krieg habe er studieren wollen. Er habe dann die Mutter des Patienten geheiratet. Die sei eine herzengute Frau gewesen, aber ihrem Mann intellektuell weit unterlegen. Die Eltern des Patienten hätten wenig gemeinsam gehabt. Sicher habe der Vater des Patienten sich an ihm für sein aus seiner Sicht verpfushtes Leben abregiert. Nachdem der Patient dies alles erfahren hatte, schwankte er zwischen starker Trauer und heftiger Wut.

Zunächst geht es darum, diese Gefühle anzunehmen, anschließend lädt der Therapeut ihn ein, zu prüfen, wo er dem Vater ähnlich ist und wo er sich unterscheidet. Des Weiteren wirft der Therapeut die Frage auf, ob der Patient sich vorstellen könne, dass er unbewusst einige Themen für den Vater abarbeite. Der Patient kann nach und nach die Identifikationen mit dem Vater erkennen: die Gewalttätigkeit, die ähnlich wie beim Vater eigentlich ein Schutz war.

Immer noch ist das Bild der kühlen, klaren Quelle besonders wichtig für ihn. Aber er hat auch eine ganze Reihe anderer Bilder gefunden, insbesondere Analogien zwischen dem Leben von Tieren und Pflanzen und dem menschlichen Leben.



Die Beziehung zu seiner Frau wird herzlicher, und er entwickelt mehr sexuelle Lust, nachdem er zu der Erkenntnis gelangt ist, er habe sich verhalten wie sein Vater. Diesbezüglich müsse er dem Vater nun nicht mehr die Treue halten, denn er habe ja herausgefunden, dass er seinen Vater auch geliebt habe, und das sei ein gutes Gefühl. Die Entwicklung seines Sohnes, der mittlerweile fast volljährig ist, begleitet er mit Freude, und die Beziehung der beiden wird ebenfalls entspannter. Der Patient entwickelt nach und nach Humor.

Nach knapp 3 Jahren (240 Sitzungen) wird die Therapie beendet.

In dieser relativ langen Therapie, die aufgrund der schweren Belastungen des Patienten so sinnvoll und notwendig war, hat es drei traumakonfrontative Sitzungen im engeren Sinn gegeben, aber sicher an die 180 Sitzungen, in denen traumatische Erfahrungen anklagen und mittels Arbeit mit verletzten Anteilen verstanden und beruhigt wurden. Die traumatischen Erfahrungen wurden nicht in allen Details erkundet. Die vorbereitende Arbeit ermöglichte es, dass der Patient ohne stärkere Einbrüche in seiner Alltagskompetenz die konfrontierende Arbeit verkraften konnte.

Die hoch ambivalente Beziehung zu seinen Eltern, die sich z. T. in der Beziehung zum Therapeuten reinszenierte, wurde erst nach der Traumakonfrontation durchgearbeitet. Es gelang dem Patienten, die sehr schmerzhaften Themen ohne Dissoziation, ohne Spaltung und ohne andauernde Projektionen durchzuarbeiten. Das heißt, er war durchgängig zu therapeutischer Ich-Spaltung fähig. Dies wäre während der ersten 100 h der Behandlung undenkbar gewesen.

! **Therapien von schwer traumatisierten Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen gestalten sich nicht unbedingt kurz.**

15.5 Zusammenfassung der Ziele und Interventionslinien von PITT

15.5.1 Konkrete Ziele

Fokus: Patient

1. Förderung von Progression. Im Arbeitsbündnis wird der Patient als erwachsene Person anerkannt (Fürstenau, 2001) und durch Aufklärung über Hintergrund und Genese psychotraumatischer Störungsbilder auch psychoedukativ in die Behandlungsplanung einbezogen (Reddemann, 2001).
2. Arbeit mit den Ressourcen der Persönlichkeit. Um Konfliktlösung zu fördern, werden biografische und aktuell wirksame Stärken angesprochen. Dieses salutogenetische Vorgehen unterstützt gezielt den natürlichen Selbstheilungsprozess der traumatisierten Patientin.

Fokus: therapeutische Arbeit

1. Integration von Imagination, Meditation, Rollenspiel und Trainingselementen in ein psychodynamisches Konzept von Therapieführung und Beziehungsgestaltung.
2. Lösungsorientiertes Vorgehen.
3. Arbeit an Konstellationen der internalisierten Objektbeziehungen (»innere Bühne«). Die PITT verbindet Imaginationenübungen mit der Arbeit an »inneren verletzten Anteilen« und verletzten Anteilen = Täterintprojekten und fördert durch Einsicht, Deutung und Übungen eine verbesserte innere Kommunikation und Kooperation verschiedener Anteile und eine Nachreifung dysfunktionaler Anteile.
4. In der PITT werden die Fähigkeiten vieler Traumapatienten systematisch genutzt, sich inneren Gegenwelten zu den erschreckenden traumatischen Erfahrungen zu gestalten.
5. Abwehrmanöver werden zunächst stets unter Ressourcengesichtspunkten gewürdigt.
6. Des Weiteren geht es darum, Distanzierung von überflutenden inneren Bildern anzuregen durch Imaginationen und das klassische Vorgehen mit dem Ich als Ganzem zu modifizieren. Dies ermöglicht zunächst eine Stärkung des Erwachsenen-Ichs i. S. der Schulung der Binnenwahrneh-

mung und der Affektsteuerung. Es gilt zugunsten des Konzeptes verschiedener Ich-Zustände, »ego states«, zu modifizieren, vor allem für diese einen realistischen Bezug zur Gegenwart herzustellen und sie damit zu beruhigen (Federn, 1952; Watkins & Watkins, 1997). Weiterhin wird mit Täterintrojekten mittels imaginativer Techniken gearbeitet, die am Konzept der »ego states« orientiert sind.

15.5.2 Die Wirkung fördernder Imagination

Unter der Lupe

Es sei betont, dass nach neuerer Forschung imaginative Prozesse (»das, was wir uns vorstellen«) in ähnlichen Hirnarealen zur Aktivierung gelangt, wie konkretes Handeln (»das, was wir tun«), d. h.: Vorstellung löst Ähnliches aus wie Handeln. Dies beschrieb schon Freud (1925) als er vom Vorstellen als Probehandeln sprach.

So kann ein als Kind vernachlässigter Patient dadurch, dass er sich regelmäßig vorstellt, dass das Kind in ihm jetzt liebevoll von dem Erwachsenen oder von imaginierten Helferwesen wahrgenommen wird, sehr viel an nachholender Heilung bewirken. Leider wird bis auf den heutigen Tag von vielen Therapeuten lediglich das Schmerzliche einer traumatischen Erfahrung hervorgeholt, statt auch alternative progressive Vorstellungen dazu zu entwerfen. Solche Vorstellungen entwickeln sich aber am ehesten mithilfe einer an den Bedürfnissen der Patientin interessierten und diese fördernden Therapeutin.

Weiterhin wichtig ist die **progressionsorientierte Fokussierung** des therapeutischen Arbeitsbündnisses in der Vorstellungsarbeit. Fürstenau (2001) prägte als Motto: »Zwei Erwachsene arbeiten zusammen an den Problemen sog. verbliebener Kindlichkeit.« Das am meisten dafür geeignete Instrument zur Selbstberuhigung erscheint die Arbeit mit verletzten »ego states« (► Exkurs oben) zu sein, wenn man das Augenmerk darauf richtet, dass nicht nur das Leiden dieser Anteile erkannt wird, sondern sie in der Vorstellung auch quasi neu »be-eltert« und versorgt werden, d. h. dass eine bedürfnisbefriedi-

gende Erfahrung mithilfe der Vorstellungskraft ermöglicht wird.

15.6 Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Arbeit geschieht durch Dialog und therapeutische Beziehungsgestaltung. Das eingangs erwähnte Primat von Beziehungsgestaltung bedeutet: Psychotherapie ist grundsätzlich mehr als die Anwendung von Techniken.

! Ohne Einbettung und präzise Integration in Dynamik und Verlauf der Behandlung ist der Einsatz traumbearbeitender Techniken klinisch nicht zu vertreten.

Für die Ziele der PITT müssen Prinzipien der psychodynamischen und analytischen Therapie teilweise umakzentuiert werden. Das gilt für

- den Umgang mit Widerstand und Abwehr,
- die Abstinenzregel oder
- die Technik der freien Assoziation.

Bei Abwehrphänomenen muss z. B. berücksichtigt werden, welches Ziel die Abwehr verfolgt: Richtet sie sich gegen das traumatische Erleben, sollte sie zunächst gestärkt werden, während Abwehrbewegungen gegen die subjektive Bedeutung des traumatischen Geschehens gedeutet werden. Der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung i. S. einer systematischen Wahrnehmung und Auswertung für den therapeutischen Prozess bleibt in der psychodynamischen Traumatherapie von zentraler Bedeutung.

Kontraindiziert ist die Technik der Übertragungsneurose, die Freud in späteren Arbeiten ausführte (etwa 1940). Hingegen ist Freuds Konzeptualisierung der Übertragung als Widerstand (Freud, 1912) ein nützliches Instrument auch in der Behandlung von traumatisierten Patienten. Wie durch Forschung und klinische Erfahrung heute bekannt ist, wirkt sich eine übertragungszentrierte Behandlung bei traumatisierten Patienten äußerst ungünstig aus. Sie ist bei Traumapatienten insofern problematisch, als aus Gründen der Traumaphysiologie eine Überflutung der Patienten durch intrusive Erinnerungsbilder bei diesem Vorgehen kaum zu vermeiden ist und die Gefahr besteht, dass die therapeutische Ar-

beitsbeziehung zusammenbricht und die therapeutische Beziehung selbst retraumatisierende Züge für die Patienten annimmt.

Die Traumakonfrontation geschieht mittels gezielter Nutzung der beobachtenden Fähigkeiten, auf die Freud (1912) bereits hingewiesen hat. Es handelt sich hier um ein aktiver gestaltendes Eingreifen des Therapeuten, um retraumatisierenden Affektüberflutungen zuvor zu kommen und den Patienten zu schützen. Es werden nicht Abreaktion und Katharsis angestrebt, vielmehr wird die detaillierte Wahrnehmung traumaassoziierter Inhalte empfohlen, um damit eine Integration dieser Inhalte zu erzielen (► Fallbeispiel).

15.7 Evidenzbasierung

Wie viele der in der Praxis eingesetzten Psychotherapieverfahren bewegt sich PITT im Übergangsfeld zwischen klinischer Bewährung und Evidenzbasierung. Für den speziellen Wirkungsbereich von Imaginationen liegt empirische Evidenz aus einer klinischen Studie vor, die am Evangelischen Johannes Krankenhaus in Bielefeld gemeinsam mit der Universität Innsbruck durchgeführt wurde. Es konnte gezeigt werden, dass im Verlauf der Therapie die Selbstberuhigungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen mit schweren, überwiegend dissoziativen Traumafolgeerkrankungen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant zunahm, und dass der Rückgang der Symptomatik proportional zur Selbstberuhigungsfähigkeit zunahm (Lampe et al., 2008).

Literatur

- Antonovsky, H. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGZ.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 9 (10): 797–839.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067–1074.
- Courtois, C. A., Ford, J. D., van der Kolk, B. A. (2009). *Treating complex traumatic stress disorder*. New York: Guilford.
- De Shazer, S. (2000). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychosis*. New York: Basic Books.
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski Fäh, R. & Behring, R. (2003) Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Definition und Leitlinien. *Psychotherapeut*, 48, 199–209.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998,1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. München: Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U. Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E. R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer
- Ford, J. D. & Kidd, P. (1998) Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743–747.
- Ford, J. D., Courtois, C.A. Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 437–447.
- Freud, S. (1912). Zur Psychodynamik der Übertragung. *Gesammelte Werke* Band 8, S. 364–374.
- Freud, S. (1940). Abriß der Psychoanalyse. *GW* Band 17, S. 63
- Fürstenau, P. (2001) *Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goethe, J. W. von (1993, 1827) *Xenien*. Goethes Werke. In J.W. von Goethe, *Gedichte und Epen I, Xenien* (Bd. 1, S. 208–234). München: Beck
- Horowitz, M. J. (1996, 1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson. 3rd ed. Stuttgart: Klett-Cotta
- Isebaert, L. (2004). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch: Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2006). *Positive therapy. A meta-theory for positive psychological practice*. Hove: Routledge.
- Joseph, A., Linley, P. A. (2008) Positive psychological perspectives on posttraumatic stress: An integrative psychological framework. In Joseph, S., Linley, P. A. (Eds.), *Trauma, recovery and growth. Positive psychological perspectives on post-traumatic stress* (pp 3-20). Hoboken: Wiley.
- Kast, V. (1997) *Freude, Inspiration, Hoffnung*. München: dtv
- Lampe, A., Mittmannsgruber, H., Gast, U. Schüssler, G., Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22, 189–197.
- Pearlman, L. A. & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 449–459.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004a). *Eine Reise von tausend Meilen beginnt mit dem ersten Schritt*. Freiburg, Herder.
- Reddemann, L. (2004b). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2006). *Überlebenskunst*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT, Das Manual*, 3. erw. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Reddemann, L. (2009). Ego state Therapie, ein Bindeglied zwischen Psychoanalyse und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH* (1+2), Oktober 2009.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and the repair of self*. New York: Norton.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry*, 71 (2), 134–168.
- Seligman, M. (2005). *Der Glücks-Faktor: Warum Optimisten länger leben*. Berg, Gladbach: Lübbe.
- Spinazzola, J., Blaustein, M. & Van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425–436.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (1997). *Ego states, theory and therapy*. New York: Norton