



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

ZU DIESEM BUCH

Heute wissen wir, dass psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in vielen Fällen traumatische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zugrunde liegen. Viele Betroffene verfügen ansatzweise über erstaunliche Selbstheilungskräfte, die es zu unterstützen und zu entfalten gilt. Aus dieser Erfahrung heraus hat die Autorin zahlreiche Imaginationsübungen entwickelt und gesammelt, die Patientinnen und Patienten helfen, stabiler zu werden. Erst wenn auf diese Weise innere Stabilität gewonnen wurde, folgt die Phase der Konfrontation mit dem Trauma und der Abschluss. Ergänzt wird die Imaginationstherapie in der praktischen Arbeit Luise Reddemanns durch Elemente aus der Kunsttherapie (Susanne Lücke) und die Körperübungen des Qigong (Veronika Engl), die je auf ihre Weise innere Bilder umsetzen. Ausführungen zur Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (Cornelia Appel-Ramb) sind mit der 6. Auflage des Buches neu hinzugekommen.

Prof. Dr. med. Luise Reddemann ist Nervenärztin und Psychoanalytikerin. Seit mehr als 25 Jahren beschäftigt sie sich intensiv mit Trauma und Traumafolgestörungen. Von 1985 bis 2003 war sie Leiterin der Klinik für Psychotherapie und psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses in Bielefeld und entwickelte dort ein Konzept zur Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen, die »Psychodynamisch imaginative Traumatherapie« (PITT). Luise Reddemann führt zahlreiche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durch. Sie ist Mitglied im Weiterbildungsausschuss der Deutschen Akademie für Psychotraumatologie, im Wissenschaftlichen Beirat der Lindauer Psychotherapiewochen und in der wissenschaftlichen Leitung der Psychotherapietage NRW.
Weitere Informationen: www.luise-reddemann.info

Veronika Engl, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, war als Oberärztin im Ev. Johanneskrankenhaus tätig.

Susanne Lücke, Kunstpsychotherapeutin (DFKGT), Psychotherapeutin (HPG, ECP), Praxis für Psychotherapie und Kunstpsychotherapie; Bielefelder Institut für Kunsttherapie (bik).

Dr. rer. medic. Cornelia Appel-Ramb, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ist Mitarbeiterin am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Psychosomatischer Bereich, am Uniklinikum Münster.

Luise Reddemann

Imagination als heilsame Kraft

Zur Behandlung von Traumafolgen
mit ressourcenorientierten Verfahren

Unter Mitarbeit von
Veronika Engl, Susanne Lücke
und Cornelia Appel-Ramb

Klett-Cotta

Leben Lernen

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2001 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger

Unter Verwendung eines Fotos von © berzina/fotolia.com

Satz: PC-Print, München

Gedruckt und gebunden von Pustet, Regensburg

ISBN 978-3-608-89159-1

Jubiläumsausgabe 2015

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.

*Für meinen Sohn Olaf Reddemann
und meine Schwiegertochter Bernadette Kalus-Reddemann
für ihren kreativen und spielerischen Mut als Eltern*

*Für Helena und Milan, meine Enkelkinder mit ihrer Lebenslust,
die sie so selbstverständlich mit mir zu teilen bereit sind*

Inhalt

Vorwort zur 6. Auflage	9
Einleitung: Warum dieses Buch?	11
1. Teil	
Innere Stabilität finden	23
1.1 Die therapeutische Beziehung	24
1.2 Ein Arbeitsbündnis etablieren	26
1.3 Die vorhandenen Ressourcen würdigen	27
1.4 Gegenbilder zu den Schreckensbildern finden	29
1.5 Achtsamkeit üben	34
1.6 Den inneren Beobachter kennen lernen	39
1.7 Ein Gegengewicht für die Schreckensbilder finden	40
1.8 Sich von den Schreckensbildern distanzieren lernen	61
1.9 Gefühle kennen lernen und den Umgang mit schwierigen Gefühlen steuern lernen	67
1.10 Dem unangenehmen Bild eine Gestalt geben	68
1.11 Dem Kind in sich oder den jüngeren Ichs begegnen	72
1.12 Die innere Bühne	81
2. Teil	
Heilsamen Umgang mit dem Körper lernen	89
2.1 Selbstheilung, Körpergedächtnis und das Prinzip Achtsamkeit	91
2.2 Breema-Körperarbeit	92
2.3 Weitere Körperübungen	96
2.4 Qigong (Veronika Engl)	97
3. Teil	
Dem Schrecken begegnen	109
3.1 Vorbereitung	109
3.2 Traumakonfrontation	113
3.2.1 Die Bildschirmtechnik	113
3.2.2 Die »Beobachter-Technik«	115
3.3 Die Zeit nach der Traumakonfrontation	128

4. Teil	
Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung (Susanne Lücke)	132
4.1 Einleitung	132
4.2 Stabilisierung	134
4.2.1 Stabilisierende Kreisbilder	134
4.2.2 Am Rand des Traumawirbels	136
4.2.3 Die inneren Schätze bergen	143
4.2.4 Wut aus alten Verletzungen (Umgang mit Autoaggression)	146
4.2.5 Die Begegnung mit dem ›inneren Räuber‹ (Arbeit mit Täterintprojekten)	151
4.3 Traumaexposition	157
4.3.1 Bildnerisches Gestalten in der Traumabearbeitung	157
4.4 Der (vorläufige) Abschied	164
5. Teil	
Die eigene Geschichte annehmen und integrieren	166
5.1 Der Trauer eine Gestalt und Raum geben	166
5.2 Briefe schreiben	168
5.3 Dem ganz alten Menschen, der man sein wird, begegnen	168
5.4 Rituale	170
5.5 Geschichte(n) neu erfinden und erzählen	170
5.6 Schuld und Sühne	170
5.7 Sinnfragen	172
5.8 Dankbarkeit und Versöhnung	173
5.9 Neu beginnen	174
6. Teil	
Zur psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen (Cornelia Appel-Ramb)	177
Anhang: Phasen der Traumatherapie	203
Danksagung	207
Literatur	211
Verzeichnis der Übungen	216

Vorwort zur 6. Auflage

Mit Freude und Dankbarkeit konnte ich in den letzten Monaten erleben, dass dieses Buch für viele Menschen, Kolleginnen und Kollegen ebenso wie Betroffene, eine Hilfe ist. Ich habe viele ermutigende Rückmeldungen bekommen. Dafür danke ich allen, die sich die Zeit genommen haben, mir zu schreiben.

Es gab auch wichtige kritische Hinweise. Am häufigsten wurde die Frage gestellt, ob ich nicht doch ein wenig zu schönfärberisch denke. Es gäbe doch auch ganz und gar verzweifelte Menschen, denen nie etwas Gutes widerfahren sei. Dem will ich nicht widersprechen. Und es gibt sicher Menschen, für die es hilfreich ist, wenn sie einem anderen ihr Leid und Leiden einfach so berichten können. Haben sie das getan, fühlen sie sich angenommen und beginnen dann einen Heilungsprozess aus sich heraus, d. h. sie benötigen keine stabilisierende Arbeit. Mein Buch ist vor allem für diejenigen gedacht, die einen langen Vorbereitungsprozess benötigen, um sich dem Grauen stellen zu können. Ohne inneres Gegengewicht erscheint dies in diesen Fällen nicht möglich. Ich habe mit Menschen gearbeitet, die bereits verschiedene Einsicht und Erkenntnis fördernde Therapien hinter sich hatten, aber innerlich nicht zur Ruhe kommen konnten. Für diese Menschen kam der Umschwung und die Heilung erst, nachdem sie an inneren Gegengewichten gearbeitet hatten.

Es gibt auch Menschen, die mit dem von mir vorgeschlagenen Weg nichts anfangen können. Ich halte es für schlichtweg ausgeschlossen, dass es *den* therapeutischen Weg gibt, der für alle hilfreich ist. Es ist zum einen eine therapeutische Aufgabe, die Differenzialindikation verschiedener therapeutischer Verfahren zu klären, zum anderen möchte ich den Betroffenen raten, sich selbst zu vertrauen und Wege, von denen sie spüren, dass es nicht die ihren sind, wieder zu verlassen. Ich weiß, dass das nicht immer leicht ist, dennoch ist es den Versuch wert.

Mich erreichten viele Anfragen nach einem Kapitel zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Deshalb freue ich mich besonders, dass Frau Appel-Ramb dieses Kapitel aus ihrer Erfahrung heraus geschrieben hat. Eine ganze Reihe von Kolleginnen und

Kollegen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, haben mir rückgemeldet, dass sie die imaginativen Techniken gut in ihre Arbeit integrieren können. Z. T. geschieht das dann auch in Form von alt vertrauten spieltherapeutischen Techniken.

Hinzugefügt habe ich einen kleineren Text zur Akuttraumatisierung (S. 21 f.). Im Stabilisierungskapitel ist ein Abschnitt: »Die vorhandenen Ressourcen würdigen« dazugekommen (S. 26 ff.).

Auf vielfachen Wunsch haben wir auch einige Fortbildungsmöglichkeiten aufgelistet.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Christine Treml und dem Verlag Klett-Cotta für die Bereitschaft, eine erweiterte und ergänzte Auflage herauszubringen.

Warum dieses Buch?

1985 übernahm ich die Leitung einer psychosomatischen Klinik. Zu diesem Zeitpunkt machten sich deutsche Psychotherapeuten und Psychiater keine Gedanken über Traumatisierungen ihrer Patienten und Patientinnen. Psychoanalytiker waren der Meinung, dass Traumatisierungen weniger wichtig waren – wenn überhaupt – als Fantasien. Alice Miller, die Anfang der 80er Jahre einige Bücher zu diesem Thema veröffentlicht hatte, wurde in Fachkreisen wenig ernst genommen. Meist wurden Traumatisierungen, über die Patientinnen berichteten, als Fantasien behandelt. Insbesondere der so genannte sexuelle Missbrauch – ich möchte lieber und wie mir scheint korrekter von sexualisierter Gewalt sprechen, denn es handelt sich nicht um etwas Sexuelles, sondern eben um Gewalt, die sexualisiert eingesetzt wird (Missbrauch würde Gebrauch implizieren) – galt als Ausdruck von so genannten ödipalen Fantasien. Damit waren die Psychoanalytiker der 70er und 80er Jahre noch konservativer als Freud, der immerhin die Möglichkeit offen gelassen hatte, dass es so etwas wie sexualisierte Gewalt gegen Kinder gibt.

In unserer Klinik wurde bald nach meiner Übernahme der Leitung auf Vorschlag einer Kollegin, die in der Frauenbewegung aktiv war, eine Frauengruppe eingerichtet. Hier fühlten sich die Patientinnen sicher genug, um über die ihnen angetane Gewalt zu berichten. Heute wissen wir, dass hinter sehr vielen seelischen und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere den Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetyp, aber auch Suchterkrankungen, Essstörungen, selbstverletzendem Verhalten und den Somatisierungs- und Angststörungen, traumatische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zu finden sind. Damals kostete es uns einigen Mut, die von den Patientinnen mitgeteilten Erfahrungen als solche zu akzeptieren. Das hieß natürlich nicht, dass es sich um Berichte handelte, die in jedem Detail kriminologisch »stimmten«, aber wir glaubten unseren Patientinnen, dass sie Gewalt und sexualisierte Gewalt erfahren hatten und dass sich dies schädlich und schädigend auf ihre Seele und ihren Körper ausgewirkt hatte. Dies sprach sich rasch herum und immer mehr Frauen mit solchen Lebensgeschichten wollten zu uns in Therapie kommen – heute sind

es übrigens auch immer mehr Männer, die uns wegen ähnlicher Lebensgeschichten aufsuchen. Nun sahen wir uns damit konfrontiert, dass unser therapeutisches Handwerkszeug für die Arbeit an den Traumatisierungen und den Traumafolgen nicht ausreichte. Ein wesentlicher Punkt dabei war, dass wir durch die Arbeit im bis dahin gelernten Stil alle mit heftiger Burn-out-Problematik zu kämpfen hatten und dass es unseren Patientinnen längst nicht so gut ging, wie wir das für sie erwarteten.

Ich begab mich also auf die Suche nach anderen therapeutischen Wegen als denen, die wir kannten. Wir entdeckten, dass in anderen Ländern bereits ein breites Wissen über Traumatisierungen und die dazugehörigen Therapiestrategien zur Verfügung stand. So begannen wir, Neues zu lernen. Wir lernten aber mindestens genauso viel von unseren Patientinnen. Am entscheidendsten war die Erkenntnis, die schon Hölderlin so formuliert hat: »Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch.« Das lehrten uns unsere Patientinnen, denn sie hatten in den Situationen ihrer größten Not für sich kreative Auswege gefunden. Sie hatten sich innere und manchmal äußere Räume geschaffen, in denen sie sich wohl und geborgen fühlen konnten. Sie hatten innere Begleiter »erfunden«, Feen, Schutzengel, Tiergestalten und anderes, um sich nicht mehr alleine fühlen zu müssen und um Trost zu erhalten. Als unsere Patientinnen bemerkten, dass wir sie nicht für verrückt, sondern ihre kreativen Lösungen für höchst achtenswert und wunderbar hielten, ließen sie uns teilhaben an diesen inneren Welten. Ich lernte bei Carl Simonton (1992) Übungen kennen, die genau dies, was unsere Patientinnen spontan getan hatten, bewirkten, nämlich Bilder von einem guten Ort und von hilfreichen Wesen zu erschaffen. Ich lernte, dass dies im Wesentlichen sehr alten schamanischen Vorgehensweisen entsprach. Heute denke ich, dass es in jedem von uns so etwas wie einen Schamanen oder eine innere Weisheit gibt. Mögen manche dies auch als »esoterisch« abtun. Ich habe es zu oft beobachten können, dass Menschen, auch und gerade solche, die sehr verstört waren, in sich über Wissen und Weisheit verfügen, die weit über das hinausgehen, was das bewusste Ich weiß. Die meisten haben aber verlernt, auf diese innere Weisheit zu lauschen, denn das Hören der inneren Weisheit erfordert Stille. Es erfordert auch, dem Verstand den Platz zuzuweisen, der ihm gebührt, und ihn nicht über alles zu stellen.

Wir lernten, dass jeder Mensch über Selbstheilungskräfte verfügt und dass unsere wichtigste Aufgabe darin besteht, diese zu unterstützen. Die Erkenntnisse über Selbstheilungskräfte haben inzwischen als Forschung über Salutogenese und Resilienz Eingang in die Wissenschaft gefunden. Wenn wir die Patienten dabei unterstützen, auf die Stimme ihrer inneren Weisheit zu hören, unterstützen wir ihre Selbstheilungskräfte und das freie Fließen dieser oft verschütteten Kräfte.

Wir lernten, dass Menschen, die an den Folgen von Traumatisierungen leiden, am besten mit einer dreiphasigen Therapie behandelt werden, die eine Stabilisierungsphase, eine Phase der Begegnung mit dem Trauma und eine Phase der Integration beinhaltet. Dabei ist es vor allem wichtig, bei den Patienten die ganze Behandlung hindurch auf genügend innere Stabilität und auf Stabilisierung zu achten. Nur dann ist es überhaupt möglich, dem Grauen einen Namen zu geben, und dann ist es fruchtbar und befreiend, es auszusprechen. Es braucht innere Kraft und eine liebevolle äußere Begleitung, den Schrecken der Vergangenheit zu begegnen, und es ist uns wichtig, dies zu ermöglichen.

Mein Interesse für die verschiedensten Möglichkeiten, Menschen dabei zu begleiten, stabiler zu werden und zu lernen, sich selbst zu trösten, war geweckt. Damit stieß ich bei Kollegen oft auf Unverständnis und Ablehnung. Die Idee, dass ein beschädigter Mensch sich selbst trösten und dies in einer Therapie erlernen kann, finden viele schwer verdaulich. Gilt doch die Vorstellung, es sei fast ausschließlich Aufgabe der Therapeutin, als Hilfs-Ich für Trost zu sorgen. Doch werden Patientinnen, die dies nicht selbst erlernen oder denen diese Fähigkeit durch Therapie quasi enteignet wird, immer abhängiger von der Zuwendung ihrer Therapeutinnen. Da diese naturgemäß nicht immer zur Verfügung stehen können, entwickelt sich oft ein erhebliches Dilemma sowohl für die Patientin wie für die Therapeutin. Erfährt die Patientin andererseits von Anfang an, dass ihre Therapeutin ihr zutraut, dass sie in sich Fähigkeiten zur Verfügung hat, sich selbst zu trösten, und sucht die Therapeutin gemeinsam mit der Patientin von Anfang an beharrlich nach deren Ressourcen, gibt das der Patientin viel Mut. Das bedeutet nicht, dass sich die Therapeutin nicht als empathische Begleiterin zur Verfügung stellt, sondern sie macht von Anfang an ihre Grenzen und die Grenzen der Therapie deutlich.

Vielleicht ist die einfache Frage klärend: Wie hätte ein Mensch überlebt, wenn in ihm nicht Selbstheilungskräfte, (Über-)Lebenswillen und etwas, was ihn tröstet, zur Verfügung stünden? Die inneren Bilder der sicheren Orte und der hilfreichen Begleiter scheinen mir diese Hypothese zu bestätigen.

Auf der Suche nach neuen Wegen war ich durch Sylvia Wetzel auch in Kontakt mit buddhistischer Meditation gekommen und hatte manches über die buddhistische Psychologie gelernt. Der Kernsatz dieser Psychologie ist nach meinem Verständnis der dem Buddha zugeschriebene: »Es gibt keinen Weg zum Glück, Glück ist der Weg.« Was bedeutet dies? Die meisten, wenn nicht alle Menschen, suchen Glück, Freude, Zufriedenheit, jedoch beschäftigen sie sich die meiste Zeit des Lebens damit, die Steine aus dem Weg zu räumen, die sie daran hindern, glücklich zu sein. Damit sind sie dann aber mehr mit den Steinen als mit dem Glück beschäftigt. Es erfolgt eine Konzentration auf das Unglück, was häufig zur Folge hat, dass man noch unglücklicher wird, denn man »hat« bekanntlich, worauf man sich konzentriert. Wir lernten von Theorieschulen, die lösungsorientiert arbeiten, uns mehr auf Lösungen zu konzentrieren, oder genauer, genauso viel auf Lösungen wie auf Probleme, d. h. für ein Gleichgewicht zwischen beidem zu sorgen. Wir regten unsere Patientinnen an, sich auf die Fähigkeit zum froh und glücklich sein ungefähr genau soviel zu konzentrieren wie auf die Sorgen und Probleme, und auf ihre Kompetenz und Eigenmacht ebenso sorgfältig zu achten wie auf ihre Gefühle der Ohnmacht. Oft wird auch deutlich, dass Probleme längst nicht 24 Stunden am Tag präsent sind, sondern nur kurzfristig, dass es aber durch die Konzentration darauf so aussieht, als bestünde das Leben nur aus Problemen. Wir erkannten, dass erst, wenn die Fähigkeiten zum froh sein wieder entdeckt waren und erstarkten, die traumatischen Erfahrungen konfrontiert werden konnten, ohne dass dies extrem und kaum aushaltbar belastend wurde. Auch dies widerspricht der Ansicht vieler Menschen, die meinen, man müsse sich doch erst einmal um das Leid und das Leiden kümmern, bevor man froh sein könne. Nun ist es aber eine simple Alltagserfahrung, dass man Probleme leichter löst, wenn man »gut drauf« ist. Sorgen wir also – ob Patientin oder Therapeutin – dafür, dass wir in Kontakt sind mit unseren inneren Kraftquellen. Dann lassen sich die schrecklichen Dinge der Vergangenheit leichter bearbeiten und auflösen

bzw. integrieren. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Schrecken der Vergangenheit im Falle einer posttraumatischen Belastungsstörung oft »anfühlen«, als geschähen sie jetzt, d. h., es ist oft ein langer Weg in der Therapie, bis klar ist, dass man heute ein anderer oder eine andere ist als damals.

Wir lernten, dass Achtsamkeit ein wesentliches Element der Heilung darstellt. Wir lernten viele Übungen, die die Achtsamkeit schulen, und geben sie weiter.

Unser Therapieansatz ist ein integrativer und theoretisch psychodynamisch begründet. Wir meinen, dass die Psychoanalyse mit ihren Konzepten von Übertragung und Gegenübertragung und vom Unbewussten eine hilfreiche Verstehensgrundlage bietet, die psychoanalytischen Interventionen aber modifiziert werden müssen, um den Anforderungen, die traumatisierte Menschen an eine Behandlung stellen, gerecht zu werden.

Eine weitere Grundlage unserer Arbeit ist die Berücksichtigung der Tatsache, dass wir jeden Tag so etwas wie neue Menschen – ein anderer Mensch – sind. Viele Menschen leben mit der Vorstellung, sie seien immer dieselben. Dies entspricht aber nicht einmal physiologisch gesehen den Tatsachen. Denn unser Körper erneuert und verändert sich ständig. Auf der geistig-seelischen Ebene verändern wir uns ebenfalls. Ich lade die Leserin/den Leser ein, sich einmal an sich vor ein paar Jahren oder noch weiter zurückzuerinnern. Da hatten Sie sicher nicht in allem die gleichen Ansichten, die gleichen Wünsche, Vorlieben und Meinungen wie heute.

Dieser Prozess des Wandels ist für uns so selbstverständlich, dass wir nicht darüber nachdenken. Wenn man meditiert, bemerkt man bald, wie sich Gedanken, Gefühle, Empfindungen dauernd wandeln. Manchen Menschen macht das Angst, weil sie meinen, dass ihnen Beständigkeit allein die nötige Sicherheit geben könne. »Das einzig Unveränderliche ist die Veränderung«, sagte Laotse. Ich halte diese Einsicht für eine große Chance. Wenn wir uns darin üben, den Wandel in uns ohne Vorurteil wahrzunehmen, sehen wir darin ein Potenzial, das uns ohnehin zur Verfügung steht. Ich bin heute nicht mehr die, die ich gestern war. Damit kann ich, die Person von heute, anfangen, mit all den vielen Ichs, die ich je gewesen bin, in Verbindung zu treten. Das Ich von heute kann mit den jüngeren Ichs sprechen, sie trösten, sie unterstützen, von

ihnen Unterstützung bekommen und so fort. Und, was das Wichtigste ist, von heute an kann ich neue Entscheidungen treffen für die Zukunft. Alles, was ich je war, erkenne ich an. Es geht nicht darum, zu verdrängen und zu vergessen, sondern es geht darum, sich selbst die Chance einzuräumen, dass das Heute, der jetzige Moment zur Verfügung stellt, was ich sein will. So kann ich schließlich meine Vergangenheit da lassen, wo sie hingehört, nämlich in die Vergangenheit, und kann mich auf einen neuen Weg begeben. Ich kann aus vielen Wegen wählen, auch Glück als Weg.

Die oben beschriebenen Überlegungen sind in meiner therapeutischen Arbeit wegweisend geworden. *Ich möchte in diesem Buch darstellen, wie es möglich ist, trotz großem persönlichem Leid einen therapeutischen Weg zu gehen, der von Anfang an die inneren Fähigkeiten zum froh sein und zum glücklich sein ebenso berücksichtigt wie den Schmerz.* Damit kann dem Schmerz viel eher der ihm gebührende Platz zugewiesen werden. Erich Fried sagt: »Es gibt nur ein Gegengewicht gegen Unglück ... und das ist Glück.« *Ich möchte deutlich machen, dass Menschen, die extreme Ohnmachtserfahrungen gemacht haben, dennoch oder gerade deswegen über Kompetenz und Eigenmacht verfügen.* Deshalb sind Patientinnen und Patientin für mich Partnerinnen und Partner, mit denen ich *zusammenarbeite.*

Wir haben alle jederzeit und überall ein Zaubermittel zur Verfügung: unsere Vorstellungskraft. Mit Hilfe dieser Vorstellungskraft ist es möglich, uns innere Welten des Trostes, der Hilfe und der Stärke zu erschaffen, unabhängig von der Freundlichkeit und Gewogenheit unserer Umgebung. Viele Traumatisierte wissen das spontan und haben ihre Vorstellungskraft in unerträglichen Situationen so verwendet. *Unsere Fähigkeit zu imaginieren ist das Hilfsmittel, das uns in Kontakt bringt mit dem Heilsamen in uns. So durchzieht die Verwendung von Bildern bzw. bildhaften Gedanken unsere ganze Arbeit mit Traumatisierten.*

Ich will in diesem Buch darstellen, wie wir anregen, nach und nach zunächst eine gute Gegenwelt zu erschaffen zu der Welt der traumatischen Bilder, wie wir dann mit traumatischen Bildern arbeiten und wie wir schließlich, wieder mit Bildern, eine Integration der Schreckenserfahrung in den Lebenskontext herbeiführen. Die wesentlichen Übungen, wie wir sie verwenden, werden hier wiedergegeben, damit die Leserin/der Leser sie nachvollziehen kann. Wir

haben gefunden, dass diese Übungen auch hilfreich sind, wenn man nicht Opfer traumatischer Erfahrungen war.

Anhand von Falldarstellungen werde ich illustrieren, wie wir arbeiten. Durch Veränderung von Details in den Kasuistiken wird der Persönlichkeitsschutz der Patientinnen und Patienten gewährleistet.

Für wen ist dieses Buch geschrieben?

Dieses Buch wendet sich an Therapeutinnen und Therapeuten. In unserer Klinik ist es jedoch üblich, Patientinnen und Patienten genauso gut zu informieren wie Kolleginnen und Kollegen. Wir meinen, dass gründliche Information die beste Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit darstellt. Für Traumatisierte ist Gut-informiert-Sein außerdem wichtig, um ein Gefühl von Kontrolle zu behalten. So können Therapeuten und Therapeutinnen dieses Buch ihren Patientinnen und Patienten weiterempfehlen.

Insbesondere die Imaginationsübungen und die anderen Übungen, die ich darstelle, können für alle von Nutzen sein. Ich werde die Leserin/den Leser daher direkt ansprechen. Therapeuten und Therapeutinnen können von vielen der Übungen auch im Sinne ihrer Psychohygiene profitieren. Im Übrigen bitte ich Sie, nichts an Patienten weiterzugeben, das Sie nicht selbst ausprobiert haben und selbst schätzen.

Ich werde in diesem Buch Theorien über posttraumatische Belastungsstörungen nur kurz erklären. Dazu gibt es inzwischen genügend Literatur. Ich empfehle die Bücher von Butollo und seinen Mitarbeiterinnen (1999) als eine gute Einführung. Das Lehrbuch von Fischer und Riedesser (1998) ist sehr empfehlenswert für eine Vertiefung.

Dieses Buch ist gedacht als ein Bericht aus der Werkstatt. Praxisnahe Beispiele sollen dazu anregen, einen ressourcenorientierten Ansatz in der Arbeit an Traumafolgen zu erproben.

Die Zusammenarbeit der Forscher und Therapeuten, die sich um Vietnam-Veteranen kümmerten, und der Forscherinnen und Therapeutinnen, die sich mit Gewalt und sexualisierter Gewalt in der Familie, also besonders mit Gewalt an Frauen und Kindern, beschäftigten, erbrachte, dass die Folgen von Traumatisierungen relativ ähnlich sind und auch die Symptome, wenn man eine Trau-

matisierung nicht verarbeiten und integrieren kann. Dennoch gibt es auch wichtige Unterschiede: Kollektive Traumatisierungen wirken sich anders aus als Traumatisierung in der Familie. Eine Vergewaltigung verletzt darüber hinaus die Integrität als Frau und manchmal als Mann.

In diesem Buch geht es um individuelle Lösungen. Dies bedeutet nicht, dass wir das Problem struktureller Gewalt ausblenden. Eine wichtige Grundlage unserer Arbeit sind Theorien, die von feministischen Forscherinnen entwickelt wurden, wonach patriarchale Strukturen innerhalb der Familie insbesondere für das Leben von Frauen und Kindern ein Gewaltrisiko ersten Ranges darstellen. Ich gehe davon aus, dass ein Mensch erst in sich Ruhe finden sollte, d. h. zu einem ausreichenden Selbst- und Stressmanagement fähig sein sollte, ehe er oder sie sich den Fragen struktureller Gewalt zuwenden kann. Jedoch scheint es mir notwendig, die Zusammenhänge deutlich zu machen und traumatische Erfahrungen der Kategorie »man made« auch in diesem Lichte zu betrachten.

Ich habe mich entschieden, Fälle und Vignetten auszuwählen, in denen es sich entweder um leichter zu ertragende Geschichten wie z. B. Verkehrsunfälle handelt oder die nicht allzu viele Details preisgeben. Das Lesen von Schreckensgeschichten kann sich bereits traumatisierend auswirken. Das bedeutet aber nicht, dass wir uns in der Therapie die Geschichten von Gewalt, sexualisierter Gewalt und Folter nicht anhören. Das Gegenteil ist der Fall! Therapeuten und Therapeutinnen, die mit Opfern von Gewalt und sexualisierter Gewalt arbeiten, sollten das nur tun, wenn sie sich dazu in der Lage fühlen, wirklich alles zu hören. Dieses Buch soll aber nicht der Ort sein, um dies darzustellen. Es gibt genügend ausgezeichnete literarische Zeugnisse solcher Erfahrungen. Außer durch meine therapeutische Arbeit habe ich viel gelernt von Jorge Semprun (1994), Primo Levi (1991) und Ka-Tzetnik (1991), was die Schrecken des KZ angeht, Wolfgang Borchert (1956) hat mir eindrücklich die Schrecken des Krieges vermittelt. Leserinnen und Leser, die ihr Wissen über Traumatisierung vertiefen wollen, empfehle ich diese Autoren. Ein relativ neues Buch, das in hervorragender Weise einen traumatischen Prozess darstellt, ist »Der Gott der kleinen Dinge« von Arundhati Roy (1997).

Einige Überlegungen zur therapeutischen Haltung und zum psychodynamischen Verständnis

Unter der Stabilisierungsphase verstehen wir Ich-Stärkung. Das traumatisierte Ich ist kein Normal-Ich i. S. Freuds (1937), und daher ist eine Modifizierung der analytischen Vorgehensweise i. S. der Ich-Stärkung notwendig. Deshalb ist Traumatherapie kein spezielles Verfahren, sondern sie zieht lediglich Konsequenzen aus den Bedingungen, die Patienten mitbringen. Es hat sich wissenschaftlich fundiert nachweisen lassen, dass »trauma first« sinnvoll ist. In einer Metaanalyse haben van Etten und Taylor (1998) zeigen können, dass sich durch Traumatherapie auch komorbide Störungen bessern. Dennoch behandeln wir immer den ganzen Menschen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes. Das kann tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sein, die international psychodynamische Therapie genannt wird, oder auch analytische Psychotherapie, das kann auch Verhaltenstherapie sein, in die sich unser Vorgehen ebenfalls gut integrieren lässt.

Der Einsatz von Ich-stabilisierenden imaginativen Techniken dient der Stärkung und dem Aufbau von Ich-Funktionen. Jerome L. Singer (1986) hat mehrfach darauf hingewiesen, dass imaginative Techniken eine adaptive Funktion haben, und auch bedauert, dass wohl wegen gewisser Ängste, die in der Persönlichkeit von Freud zu suchen sind, die imaginative Arbeit wenig Anerkennung in der klassischen Psychoanalyse gefunden hat. Darüber hinaus kann die erste Phase auch verstanden werden als Arbeit an einem stabilen Arbeitsbündnis, das der Patientin Handwerkszeug zur Verfügung stellt. Auch wenn einige Autoren den Begriff des Arbeitsbündnisses in Frage stellen, so hat sich das Konzept doch bewährt. Insbesondere das Konzept »Arbeit mit kindlichen Anteilen« dient der Stärkung des Arbeitsbündnisses im Rahmen einer die Regression eingrenzenden Therapie. Zur Modifizierung der psychoanalytischen Technik im Umgang mit einem geschwächten Ich hat Fürstenau (1979) bereits vor über zwanzig Jahren Wegweises geschrieben. Sein jüngstes Buch (2001) »Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren« sei interessierten Leserinnen und Lesern wärmstens empfohlen. Die Stabilisierungsphase dient im Rahmen Ich-psychologischer Konzepte der

Ich-Stärkung, objektpsychologisch ausgedrückt dient sie dem Aufbau sicherer und guter innerer Objektrepräsentanzen.

Es ist wichtig, das Bedürfnis der Patientinnen nach Kontrolle ebenso wie alle anderen Coping-Strategien der Patientin zu würdigen. (Ich benutze diesen Begriff lieber als Abwehr, da Abwehr oft einen verurteilenden Beigeschmack hat.) Widerstandsanalyse sollte in diesem Zusammenhang nicht erfolgen, da sie das Ich schwächen würde. Es ist eine gute alte psychoanalytische Regel, dass man das Ich durch Deutungen nicht schwächen darf, Deutungen sind immer erst sinnvoll, wenn das Ich erstarkt ist. Dies ist in der Regel nach der Stabilisierungs- und »endgültig« nach der Traumabegegnungsphase der Fall.

Ich empfehle, von Anfang an, also vom ersten Kontakt an, neben dem Gespräch über die belastende Lebensgeschichte auch ein Gespräch zu allem, was der Patientin Freude macht, ihr gelingt und gelang, d. h. über alle Ressourcen, zu führen. Gerade die Anfangsphase der Therapie ist wichtig, um der Patientin deutlich zu machen, woran der Therapeut interessiert ist. Fragen wir nur nach Problemen, vermitteln wir unausgesprochen, wir seien nur an Problemen interessiert und der Patient wird sich danach richten. Merkt der Patient unser Interesse an seinen Stärken, so ermutigen wir ihn indirekt, diese bei sich selbst verstärkt wahrzunehmen. Am besten erscheint es mir, immer wieder i. S. der bereits genannten Pendelbewegung sich für das eine und das andere gleichrangig zu interessieren. Später mag sich der Fokus dann zunächst mehr in Richtung Ressourcen verschieben und in der Traumabegegnungsphase dann vorübergehend mehr in Richtung der Belastungen.

Ich halte es nicht für sinnvoll, mit Patienten und Patientinnen um irgendetwas zu kämpfen. Die Patientin weiß selbst am besten, was für sie in einem gegebenen Moment das Beste ist. Das heißt auch, man sollte niemand die Übungen aufdrängen, sondern sie anbieten und darüber hinaus offen sein für jede Lösung, die die Patientin mitbringt. Wenn man mit dem »Ressourcenohr« zuhört, erfährt man immer etwas.

Wichtig erscheint mir auch, dass Therapeuten und Therapeutinnen darauf achten, dass sie nicht die Arbeit tun, die die Patientin oder der Patient zu tun haben. Es erscheint mir sinnvoll, das immer wieder gemeinsam zu überprüfen. D. h., das Hilfs-Ich-Konzept sollte nicht dazu führen, der Patientin mehr, als ihr gut tun könn-

te, abzunehmen. Ich habe mir angewöhnt, möglichst jede Intervention in Form einer Frage zu stellen. »Kann es sein, dass ... Mir kommt gerade der Gedanke, dass ... Was halten Sie davon ...« u. Ä. Interventionen lassen dem Patienten seine Verantwortung eher, als wenn man sagt: »Sie machen das jetzt, weil ... oder Sie haben Angst vor ...« usw. Für Therapeuten haben die zuletzt genannten Interventionen den Nachteil, dass sie sich schrecklich viel Gedanken machen müssen, anstatt gemeinsam mit ihren Patienten zu überlegen, was vor sich geht. Das ist auch ein Nachteil für die Beziehung, die immer mehr ins Ungleichgewicht gerät, und es entsteht der Eindruck, als gäbe es einen hoch kompetenten Therapeuten und einen erheblich weniger kompetenten Patienten.

Es empfiehlt sich, der Patientin so viel wie möglich zuzutrauen, ohne sie zu überfordern. Sie bestimmt das Tempo. Sätze wie »das kann ich nicht, das habe ich noch nie gekonnt«, sind für uns keine Dogmen. Wir laden ein, sie sorgfältig zu überprüfen. »War das wirklich bis jetzt immer, immer so? Gibt es Ausnahmen? Helfen solche Sätze die angestrebten Ziele zu erreichen? Wer sagt den Satz? Ist das ein Introjekt?« Sampson und Weiss (1986) haben für die Psychoanalyse nachgewiesen, dass Patienten ihre Therapeuten testen, ob diese wirklich auf der Seite der Gesundheit stehen. Etwas nicht verurteilen heißt nicht, es gutheißen. Diese Unterschiede, die einen Unterschied machen, wie Gregory Bateson (1981) das nannte, immer wieder herauszuarbeiten, ist manchmal etwas mühsam, aber es lohnt sich für beide Beteiligten.

Wenn das Trauma noch akut ist

Zwischen einer akuten Traumatisierung, die eben erst geschehen ist oder erst wenige Wochen zurückliegt, und einer posttraumatischen Belastungsstörung, die sich entwickelt, wenn ein Trauma – oder viele Traumata – nicht verarbeitet werden kann/können, gibt es wesentliche Unterschiede.

Bei großen Unglücksfällen (wie Flugzeugabsturz, Eisenbahnunglück etc.) ist es inzwischen üblich, nicht nur Notfallärzte, sondern auch Psychotherapeuten an den Unglücksort zu entsenden. Notfallpsychologen halten eine schnelle Hilfe für die Seele für ebenso wichtig wie die körperliche Versorgung. Notfallpsychologen sagen, dass es genauso eine Notfallversorgung für die Seele ge-

ben sollte wie eine für den Körper. Notfallversorgung dient in der Regel dazu, weiteren Schaden abzuwenden und Selbstheilung in Gang zu setzen. Alles, was unserem Organismus hilft, Selbstheilungskräfte freizusetzen, scheint mir daher empfehlenswert. Für nicht so günstig halte ich allzu massive Eingriffe von außen, die dem Organismus gar nicht die Zeit lassen, Selbstheilung zu erfahren. So können professionelle Helfer viel Gutes tun, wenn sie Betroffene und Angehörige aufklären und beruhigen. Hilfreich erscheint es mir auch, Wissen über die normale Verarbeitung von Traumatisierungen zu vermitteln. Es ist gut zu wissen, dass unser Organismus über zwei Arten der Verarbeitung verfügt: Erstens das »Dichtmachen« und »Abschotten« und zweitens die intensive Auseinandersetzung mit dem Geschehen. Beides wechselt sich in der Verarbeitungsphase nach einem akuten Trauma ab. (Ausführlicheres dazu in: Reddemann und Sachsse 1997). Verhaltensweisen, die von außen her gesehen seltsam wirken, wie z. B. Rückzug oder ständiges Darüberreden, sollten als Versuch unseres Organismus verstanden werden, sich selbst zu helfen. Und es ist wichtig, sich klar zu machen, dass diese Mechanismen in der Tat bei vielen Menschen auch greifen. Das heißt, wenn sie sich genügend Zeit lassen, wenn sie sich zurückziehen und reden können, wenn sie ihre Alpträume als ein notwendiges Übel der Verarbeitung erkennen und dies alles nicht gleich für krank erklären und mit Beruhigungsmitteln wegmachen, dann bestehen oft gute Chancen, daß auch schreckliche Dinge verarbeitet werden können. Dabei ist eine liebevolle und verständnisvolle Umgebung, in der andere zur Hilfe bereit sind, aber sich nicht aufdrängen, besonders unterstützend. Zur Vertiefung empfehle ich Betroffenen das Buch »Neue Wege nach dem Trauma. Informationen und Hilfen für Betroffene« von Gottfried Fischer.

Die hier vorgestellten Stabilisierungsübungen können hilfreich sein. Ich empfehle sowohl den »inneren sicheren Ort«, als auch alle distanzierenden Übungen. Aber auch die anderen Übungen können im Einzelfall dienlich sein. Es ist immer wichtig zu prüfen, wer mit welcher Übung etwas anfangen kann. Auch die innere Pendelbewegung wieder in Gang zu setzen ist eine wichtige Maßnahme.