

Psychotraumatherapie

Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten

Bearbeitet von
Beate Steiner, Klaus Krippner

1. Auflage 2006. Buch. 373 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2465 5
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Vorwort

Die Vorstellung, dass traumatische Ereignisse nicht nur aktuelle seelische Erschütterungen, sondern auch nachwirkende, manchmal sogar unauslöschliche Veränderungen des Erlebens und des Wohlbefindens bewirken können, stößt immer wieder auf Ablehnung und Unglauben. Davor bewahrt auch nicht das Phänomen, dass die Beschäftigung mit dem Trauma wieder in Mode gekommen ist. Im Gegenteil, oft genug wird dies wiederum als Argument genommen, um die Bedeutung von Traumatisierung in der Psychogenese einer Erkrankung zu schmälern.

Nach wie vor findet die Beschäftigung mit „Trauma“ in einem affektiv hoch aufgeladenen Raum statt, der genaues Hinsehen und Urteilen – auch wissenschaftliches Erforschen – immer wieder erschweren und beeinträchtigen kann. Es fällt schwer anzuerkennen, dass bei jeder Patientin und jedem Patienten, letztlich bei jedem Menschen traumatische Erlebnisse in seiner Lebensgeschichte und persönlichen Dynamik eine Rolle spielen. „Es ist lediglich eine Frage unterschiedlicher Schwere, inwieweit Persönlichkeit und Schicksal dadurch geprägt worden sind“ (Wurmser 1999, S. 77).

Wenn das Anerkennen traumatischer Erlebnisse in der Lebensgeschichte und der persönlichen Dynamik verleugnet werden muss, kann dies dazu führen, weniger schwere Traumatisierung im klinischen Alltag zu übersehen und auch die Folgen schwerer Traumatisierung nicht angemessen zu diagnostizieren – und somit auch nicht angemessen zu behandeln.

Womit hängt es zusammen, dass die Beschäftigung mit Traumatisierung immer wieder auf Ablehnung und Unglaube stößt? Ihr scheint ein oft unauflöslicher Widerstand zu Grunde zu liegen, der damit im Zusammenhang steht, dass „der Einbruch traumatischer Gewalt noch bis ins hohe Alter jede Lebensgeschichte in ihren Grundfesten erschüttern und möglicherweise auch endgültig zerstören kann“. Das Bewusstsein, „dass wir alle, solange wir leben, psychisch verwundbar, zerstörbar und damit immer in einem radikalen Sinne schutzbedürftig bleiben, stellt eine fortwährende narzisstische Wunde dar, an die niemand gerne erinnert werden möchte – auch Psychoanalytiker (und Psychotherapeuten; die Autoren) bilden da keine Ausnahme“ (Ehlert-Balzer 1996, S. 291).

Vor allem auch, wenn es um Extremtraumatisierung geht, setzt dieser hartnäckige Widerstand ein. Ernst Federn, der die Judenverfolgung und das KZ überlebte, schreibt:

„Der bloße Bericht über den Schrecken ist unheimlich für die Nichtbetroffenen, weil er sie an etwas allzu Vertrautes, aber längst überwunden Geglaubtes, in den Bereich bloßer Phantasie Abgeschobenes erinnert (vergleiche Freud 1919). Menschen, denen so Schreckliches widerfahren ist, geht man aus dem Weg, man meidet sie wie die aus der Hölle Zurückgekehrten in Dantes ‚Inferno‘ – und die Opfer nehmen Rücksicht und meiden ihrerseits das Gespräch über ihre Erlebnisse: Wer davon erzählt, muss fürchten, dass die Zuhörer ihm nicht glauben oder dass ihnen das Gehörte so peinlich ist, dass man mit dem Erzählen lieber aufhört“ (Federn 1986, S. 465, zit. in Ehlert-Balzer 1996, S. 292).

Jean Améry, ebenfalls Opfer der Judenverfolgung und KZ-Überlebender, bringt seine Erfahrung eindringlich zum Ausdruck:

„Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt ... Das zum Teil schon mit dem ersten Schlag, im vollen Umfang aber schließlich mit der Tortur eingestürzte Weltvertrauen wird nicht wiedergewonnen. Dass der Mitmensch als Gegenmensch erfahren wurde, bleibt als gestauter Schrecken im Gefolterten liegen: Darüber blickt keiner hinaus in eine Welt, in der das Prinzip Hoffnung herrscht“ (Améry 1966, S. 73, zit. in Ehlert-Balzer 1996, S. 292).

Diese – nach Federn und Améry zitierten – eindrücklichen Beschreibungen dessen, was traumatische Erfahrungen aus einem Menschen machen können, werden uns später als Teil der wissenschaftlichen Definition von Fischer und Riedesser (1999) wieder begegnen, in der die dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis als ein wichtiges Kriterium eines Traumas gilt.

Je weiter Traumata historisch zurückliegen, umso eher scheinen wir bereit, sie als solche erinnernd ertragen zu können. In den siebziger und achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts waren in vielen Ländern Lateinamerikas die Militärs an der Macht. Erst allmählich wagen sich zivile, meist nominal linksgerichtete Nachfolgeregierungen daran, die düstere Vergangenheit aufzuarbeiten. Jüngstes Beispiel ist der Bericht einer unabhängigen Kommission in Chile, der die Gräueltaten – Folter, Verschleppung, Tötung – des Regimes Augusto Pinochet schonungslos offen legt (vgl. *Süddeutsche Zeitung* Nr. 279, 1.12.2004, S. 2) Die gegenwärtigen Berichte über Folter, über weltweite Kriegsgewalt, -verfolgung und deren Folgen nehmen wir oft in Mustern vorgegebener „Betroffenheit“, jedoch meist distanziert und affektisoliert zur Kenntnis und gehen danach wieder zur Tagesordnung über.

Die vielen Traumata, die sich in Beziehungen ereignen, die vielgestaltig und -gesichtig sind und durch Seelenblindheit (vgl. Wurmser 1990, 1993, 1999) bis hin zum Seelenmord (Shengold 1989) verursacht werden, wozu auch Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch gehören, werden immer wieder gerne in den Bereich der Phantasie abgeschoben, weil nicht sein kann, was nicht sein darf. Weltweit werden vor allem Kinder im Rahmen des so genannten Sextourismus körperlich

und seelisch ausgebeutet und per Internet Kinderpornografie tausendfach an den Mann gebracht.

Unseres Erachtens sind gerade die Traumata, die auf Seelenblindheit und Seelenmord basieren, einem Teufelskreis gleich, mitverantwortlich für die historischen Grauen der Vergangenheit und gebären fortwährend neues familiäres und gesellschaftliches Grauen.

Erwähnt sei hier auch ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) in Karlsruhe, der eine vierjährige Haftstrafe für den sexuellen Missbrauch an einem Baby durch einen zweiunddreißigjährigen Angeklagten als zu hoch ansah und deshalb das Verfahren an das Landgericht Bielefeld zurückverwies. Diese Entscheidung begründete der BGH unter anderem damit, dass „Spätfolgen“ für das zur Tatzeit erst drei Monate alte Mädchen „nicht zu erwarten“ seien. Diesen „zu Gunsten des Täters sprechenden Umstand“ hätten die Bielefelder Richter bei der Verurteilung des Angeklagten ungenügend berücksichtigt (Aktenzeichen: 4 STR 64/03, zit. in *Focus* 7/2003).

Eine solche, das Opfer verhöhnende Entscheidung kommt einer Einladung an potenzielle Täter gleich, sich möglichst an Säuglingen zu vergreifen.

Die Verharmlosung von Traumatisierung, das Verleugnen und das Nicht-wahrhaben-Wollen dessen, was geschieht und geschehen ist, betrifft die Gesellschaft als Ganzes und leider auch immer wieder unsere Profession. Die Angst vor eigenen Konflikten, die durch die Berichte über schreckliche traumatische Erfahrungen und ihre Folgen in uns ausgelöst, und eigene Traumata, die damit berührt werden könnten, spielen auf der Seite der Behandelnden mehr oder weniger latent grundsätzlich immer eine Rolle (vgl. Ehlert-Balzer 1996). Nicht zuletzt deshalb bedarf es unseres Erachtens eines geschützten Raumes, in dem sich Behandler und Patienten dem Trauma stellen können, damit es gelingt, dem Unerträglichen Worte zu geben und mit Hilfe von Phantasie und Imagination in einer übergreifenden Synthese „dem Schöpferischen in unserem Dasein den Weg zu öffnen“ (Wurmser 1999, 2003, 2004).

Ende der 90er Jahre hat, ausgehend von den USA, das Interesse an Traumaproblemen in der modernen psychiatrischen Literatur zugenommen, haben Herman und van der Kolk (1987) sowie Reddemann und Sachsse (1997a) „die enge Beziehung zwischen Borderline-Pathologie und schwerer Traumatisierung beschrieben. Dabei wurde vor allem als Trauma nur körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und die Anwesenheit bei Gewalttätigkeit zu Hause betrachtet. Ausgelassen sind andere wichtige Traumata, wie frühes Verlassenwerden, schwere körperliche Erkrankungen und operative Eingriffe, und vor allem auch emotioneller Missbrauch, der ja besonders nachhaltig wirkt“ (Wurmser 1999, S. 70).

Wir wissen heute, dass die Verarbeitung von Realtraumatisierungen zur Symptombildung vieler schwerer Neurosen und Persönlichkeitsstörungen beiträgt. So gilt es heute als sehr wahrscheinlich, dass es in der Kindheit von Patientinnen und Patienten mit zum Beispiel Konversionssymptomatik nicht nur pathogene Konflikte, sondern auch Entwicklungsschäden im Sinne von Traumata,

Verlusterlebnissen und schlecht verarbeiteten Bedingungen des sozialen Milieus gab (vgl. Hoffmann u. Hochapfel 1995, S. 194). Für die schweren dissoziativen Störungen des Bewusstseins ist die ätiologische Rolle von Kindesmissbrauch gesichert. Bei psychogenen Krampfanfällen ist an die Möglichkeit von realem Inzest bei den Patientinnen und Patienten zu denken.

Schwere, pathogene Traumatisierungen, wie sie sich in schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und der chronischen Psychotraumatischen Belastungsstörung (Fischer u. Riedesser 1999) niederschlagen, sind häufig frühkindlicher Art, doch nicht auf diese beschränkt. In der Pathogenese sollten wir dem besondere Beachtung schenken, was wir als Seelenblindheit und Seelenmord kennen, die Verachtung für das Individuell-Seelische, die Überstimulierung und Grausamkeit (vgl. Wurmser 1999 u. a.).

Seelenblindheit verstehen wir als „die Vereitelung eines menschlichen Grundbedürfnisses ... in seiner Individualität geachtet, als Selbstzweck anerkannt und als Subjekt gewürdigt, ... im tiefsten Sinne gesehen oder erkannt zu werden“. „... je schroffer die Individualität missachtet wird, je rücksichtsloser der Andere einen zu seinen Zwecken missbraucht und je mehr man als Objekt, als Gegenstand behandelt wird“ (Wurmser 1999, S. 209), umso tiefer und umfassender empfindet man Scham. Seelenblindheit ist eine Sonderform, ein Aspekt dessen, was Shengold als Seelenmord beschreibt.

„Shengold definiert ‚Seelenmord‘ als ‚den absichtlichen Versuch, die besondere Identität eines anderen Menschen auszulöschen oder zu kompromittieren, ... das Opfer der Fähigkeit zu berauben, Freude und Liebe als eigenständige Person zu empfinden. Der Begriff bezeichnet ... eine bestimmte Kategorie traumatischen Erlebens: von Zeiten wiederholter und chronischer Überstimulierung, die mit solchen emotionaler Versagung abwechseln und absichtlich von einem anderen herbeigeführt wurden. Diese Überstimulierung führt zu traumatischer Angst und Wut, aber auch zur Grausamkeit, Unmenschlichkeit und doch auch wieder Unverlässlichkeit des Gewissens.“ (Wurmser 1999, S. 209)

Bei der Darstellung unseres Konzeptes zur Behandlung traumatisierter Menschen mit Imaginationen im Rahmen tiefenpsychologischer und analytischer Psychotherapie geht es uns in erster Linie um die in Kindheit und Jugend durch Seelenblindheit und Seelenmord traumatisierten Patientinnen und Patienten. Sie bilden die Patientengruppe, die nach wie vor zu einem beträchtlichen Teil die ambulanten Praxen aufsucht. Uns ist daran gelegen, in unserer psychotherapeutischen Arbeit reale Traumatisierungen, insbesondere solche, die sich in Beziehung ereignen und auch rein emotional-kommunikativer Art sein können, zu berücksichtigen und die daraus resultierende Bedeutung auch intrapsychischer Konflikte zu beleuchten. Das schließt nicht aus, dass sich unser Ansatz auch gut eignet, im Rahmen von Krisenintervention (vgl. Teil II) bei akuter Traumatisierung in der Behandlung fruchtbar zu werden.

Unser psychotherapeutisches Vorgehen basiert auf theoretischen und praktischen Erkenntnissen der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) und der Tiefenpsychologie, den neueren Strömungen der Psychoanalyse sowie der Psychotraumatologie und versucht, neurowissenschaftliche Erkenntnisse mit einzubeziehen. Auch wir zielen, wie in den modernen Psychotraumatheorien üblich und wie es bereits Janet, als einer der Pioniere der Psychotraumatheorie, formuliert hat, auf eine Abfolge von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration des Traumas in die Persönlichkeit. Unser Konzept der Psychotraumabehandlung erweitert und vertieft die Methode der Katathym Imaginativen Psychotherapie, in die es eingebunden ist. Wir sprechen von Psychotraumabehandlung mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Katathym Imaginative Psychotherapie wird im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie als Methode der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie anerkannt. Sie wird aber auch in der Praxis im Rahmen analytischer Psychotherapie angewendet. Ein 2001 in Halle abgehaltener Kongress widmete sich dem Thema der Traumatisierung; das Buch *Psychotraumatologie und Katathym Imaginative Psychotherapie*, herausgegeben von Bahrke und Rosendahl (2001), fasst Ergebnisse aus der Praxis der KIP, die bei diesem Kongress vorgetragen wurden, zusammen.

Wir, die Autoren dieses Buches, haben das uns vorliegende erfahrungsbezogene und theoretische Wissen sowie eigene Erfahrungen und Kenntnisse zu einem speziellen Fortbildungscurriculum (100 Stunden umfassend) gebündelt und vermitteln ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten diese Kenntnisse und Erfahrungen. Darüber hinaus haben die Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, an vertiefenden Fortsetzungsseminaren über die Bedeutung besonders von Scham, Schuld und Masochismus in Verbindung mit Traumatisierung und an fortlaufender Supervision teilzunehmen.

Die Erfahrungen und Ergebnisse unserer bisherigen Arbeit und ihre theoretische Verortung stellen wir in diesem Buch vor. Es wendet sich vor allem an die Kliniker in der ambulanten psychotherapeutischen und analytischen Arbeit, die vorzugsweise mit chronisch traumatisierten Patienten arbeiten. Das heißt, es geht um solche Patientinnen und Patienten, die, wie Fischer und Riedesser (1999) es ausdrückten, sich oft schon seit ihrer Kindheit darum bemühen, die überwältigenden, physisch und/oder psychisch Existenz bedrohenden, oft unverständlichen Erfahrungen zu begreifen, die letztlich versuchen, mit einer Erfahrung zu leben, mit der sich nicht leben lässt.

Um die vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten angemessen anwenden zu können, ist ein bestimmtes Basiswissen über traumatische Erfahrungen und ihre Verarbeitung und Psychodynamik unabdingbar. Das Buch ist deshalb so aufgebaut, dass es in Teil I diese Basisinhalte vermittelt. Teil I kann vom kundigen Leser als Repetitorium und von weniger Kundigen als Einstieg in die Theorie der Psychotraumatologie genutzt werden. In dem vertiefenden, breit angelegten praktischen Teil II werden dann die Arbeitsweise und die theoretische Verortung der Psychotraumabehandlung mit der KIP dargestellt, die auf der Tiefenpsychologie, der Psychoanalyse, fußen.

Wenn wir zunächst skizzenhaft verschiedene Konzepte zum „psychischen Trauma“, wie sie in der Vergangenheit verstanden wurden, darstellen, berufen wir uns auf eine Entwicklung von über 100 Jahren, an deren Anfang Charcot, Janet, Freud und Ferenczi stehen, deren Pionierleistungen für das Verständnis traumatischer Einflüsse auf psychische Vorgänge bis in die Gegenwart von Bedeutung sind. Danach gehen wir der Frage nach, wie „psychisches Trauma“ heute konzeptualisiert wird. Dabei beziehen wir uns auf eine Definition von Fischer und Riedesser (1999), die die wichtigsten Merkmale des Traumas zusammenfasst, die in der modernen Traumaforschung gegenwärtig diskutiert werden, und das Ineinandergreifen von innerem und äußerem Geschehen in den Blick nimmt. Ihre Traumadefinition erweitern sie zu einem „Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung“. In diesem „Verlaufsmodell“ ist der moderne Pionier der psychotraumatischen Disziplin, Horowitz, ein nordamerikanischer Psychoanalytiker, mit seinem Ansatz vertreten. Trauma wird in diesem Konzept als Prozess verstanden und so auch die zeitliche Dimension einbezogen. Darüber hinaus stellen wir Wurmser's Konzept psychischer Traumatisierung vor. Wurmser beschäftigt sich seit vielen Jahren aus psychoanalytischer Sicht mit den weitreichenden Folgen vor allem psychischer Traumatisierung. In seinem Konzept betont er explizit die Dialektik von Trauma und Konflikt in der Neurose und von innerem und äußerem Geschehen. Er versteht Trauma und Konflikt nicht als Gegensätze, sondern als komplementär und weist seit über zwei Jahrzehnten darauf hin, dass die Konflikte umso absoluter sind, je schwerer die Traumatisierung ist (vgl. Wurmser 1990, 1993, 1999, 2003, 2004). Eine solche Sichtweise löst die strikte Dichotomisierung von Konflikt und Trauma, wie sie im herkömmlichen Verständnis der Psychoneurosen vorherrscht, auf. Hier wird angenommen, dass bei den Psychoneurosen die Abwehrmechanismen eine Traumatisierung verhindern und es stattdessen zu einem inneren neurotischen Konflikt und zu einer Symptombildung kommt, wohingegen bei der traumatischen Neurose das Ich durch das Trauma überwältigt werde und die Abwehrmechanismen zunächst nicht zum Einsatz kämen (vgl. Mertens 1992, S. 254). Löst man die strikte Dichotomisierung von Konflikt und Trauma auf, entdeckt man: Psychoneurotischer Konflikt und Symptombildung und die traumatische Neurose weisen viele Gemeinsamkeiten und Überlappungen auf.

Sowohl der Ansatz von Fischer und Riedesser als auch der von Wurmser ist psychoanalytischem Denken verpflichtet; alle drei betonen die Dialektik innerer und äußerer Faktoren.

Zusätzlich diskutieren wir die Bedeutung einiger neuerer neurowissenschaftlicher Erkenntnisse über die Grundlagen von Traumatisierung. Mittlerweile zeigt sich auch, dass neurobiologische Verstehensansätze psychoanalytische Denkmodelle untermauern können (vgl. *Spektrum der Wissenschaften* 10, 2004; *Psyche* 9/10, 1998).

Für ein einführendes Verständnis von Traumaverarbeitung und Symptomproduktion ist die Kenntnis der Basissymptome der Traumatisierung – 1. Übererregung, 2. Intrusion und 3. Konstriktion – notwendig und ihre Kenntnis ist für das Verständnis der psychodynamischen Prozesse wie für eine diagnostische

Einordnung unerlässlich. Deshalb werden auch sie in Teil I vorgestellt und anschließend wird verdeutlicht, dass eine Zuordnung zu diagnostischen Kategorien nicht immer einfach oder gar eindeutig ist. Da sie aber für den Praktiker von großem Interesse ist, möchten wir verdeutlichen, welche Diagnosen möglich sind, je nachdem, ob man von einem symptomatischen oder neurosenpsychologischen Ansatz ausgeht. Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung wird in Anlehnung an Fischer und Riedesser (1999) einer kritischen Sichtung unterworfen, und es werden zusätzliche Diagnosekategorien benannt sowie differenzialdiagnostische Kriterien diskutiert. Eine Beschäftigung mit der Diagnostizierung von Traumatisierung kommt dabei unseres Erachtens nicht daran vorbei, sich mit der psychiatrischen Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung auseinander zu setzen und daneben die Diagnose schwerer Neurosen (vgl. Wurmser 1987, 1999, 2004) als zumindest gleichwertig zu diskutieren.

In Teil II werden wir die Arbeitsweise und die theoretische Verortung der Psychotraumabehandlung mit der KIP veranschaulichen. Dabei nehmen wir auch kurz Bezug auf die Behandlung akut Traumatisierter im Sinn einer Krisenintervention. Doch liegt der Schwerpunkt unserer Darstellung, wie betont, auf der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die in der Kindheit und Jugend traumatisiert wurden. Dabei leistet nach unserer klinischen Erfahrung die Psychotraumabehandlung mit der KIP als imaginatives Verfahren, mit der Abfolge von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration des Traumas in die Persönlichkeit, einen wichtigen Beitrag.

Die Psychotraumabehandlung mit der KIP legt von der ersten Begegnung mit den traumatisierten Patientinnen und Patienten Wert darauf, eine therapeutisch verlässliche und stabile Beziehung mit einer entsprechenden Rahmengestaltung aufzubauen und therapeutisch Ich-stabilisierend und -stützend zu arbeiten. Wie in der KIP üblich, wird den Patientinnen und Patienten ein imaginärer Raum (Schnell 1997) als Projektions- und Übertragungsfeld zur Verfügung gestellt. Dadurch wird die therapeutische Beziehung entlastet, und sie kann verstärkt Arbeitsbeziehung sein. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene werden auch hier beachtet und thematisiert, wenn sie die Arbeitsbeziehung zu beeinträchtigen drohen (Leuner 1985, Wilke 1996a).

Stabilisierende narzisstisch restitutive Motive und Motive, die ermöglichen, neue Subjekt-, Objekt- und Interaktionsrepräsentanzen zu generieren, unterstützen in der Phase der Stabilisierung zusammen mit einer tragenden und haltenden psychotherapeutischen Beziehung und einem sicheren Rahmen einen Prozess, „das akut (oder chronisch; die Autoren) geschwächte Ich so schnell wie möglich in seine angestammte Position zurückzuführen“. Denn eine psychotherapeutische Bearbeitung des Traumas und der traumatischen Reaktion setzt zwingend voraus, dass sich das Ich „von der traumatischen Erschütterung so weit erholt hat, dass es sich sicher genug fühlen kann, sich auf die Schwächung seiner Position ... einlassen zu können“ (Ehlert u. Lorke 1988, S. 352ff).

Auf der Basis von Sicherheit und Vertrauen wird in Gegenwart der Psychotherapeutin im weiteren Verlauf der Psychotherapie vor allem mit Hilfe

von Tagträumen und deren schöpferischem Potenzial die Phantasiewelt umgestaltet und so „eine neue Formung von Konfliktlösungen in der Auseinandersetzung mit Traumatisierung und überwältigenden Affekten“ (Wurmser 1994, S. 10) ermöglicht und erreicht. Denn Tagtraum, Phantasie und inneres Sprechen enthalten die Möglichkeit, die Realität im „Als-ob-Modus“ zu erleben, Kontrolle über die Situation zu gewinnen und sie aktiv zu modifizieren (vgl. Dornes 2004a, S. 186). Der „Als-ob-Rahmen“ lässt uns in der „phantasierten Situation unsere Affekte nicht wie in realen Situationen (erleben), sondern probeweise oder abgeschwächt“ (ebd., S. 186). „Wir kontrollieren die Szene nicht nur, sondern wir können sie auch aktiv gestalten und nach Belieben modifizieren, denn der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt“ (ebd., S. 197).

Diese regulatorische Kraft des Mentalen erlaubt es der Patientin oder dem Patienten, sich das Abgespaltene allmählich resymbolisierend wieder anzueignen. Im geschützten psychotherapeutischen Raum können so isolierte Fragmente langsam wieder zusammengeführt und kann Distanz zu überflutenden Affekten geschaffen werden. Auf diese Weise können Spaltung und Dissoziation allmählich aufgehoben und die traumatischen Erfahrungen als zur eigenen Biographie zugehörig angenommen werden.

Auf dem Hintergrund unseres tiefenpsychologischen Ansatzes bedeutet Psychotraumatherapie für uns Verschiedenes:

- Stabilisierung des geschwächten Ichs hin zu einer Funktionsweise, die es der Patientin oder dem Patienten ermöglicht, sich so weit von der traumatischen Erschütterung zu erholen, dass er oder sie sich sicher genug fühlt, sich auf den weiteren psychotherapeutischen Prozess einzulassen.
- Durchbrechen des Wiederholungszwangs, bei dem bedingt durch den Wechsel von Verleugnung (bis hin zur totalen Amnesie) und Intrusion – einem Teufelskreis gleich – die in der traumatischen Situation erlebte bedrohliche Realität ständig neu reinszeniert werden muss. Das Durchbrechen des Wiederholungszwangs geschieht durch die gezielt dosierte, auch imaginativ induzierte Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen und Reaktionen, wobei das beobachtende Ich der Patientin bzw. des Patienten stets angesprochen wird und aus einer stabilisierten Position heraus agiert.

Unser Ziel ist es, dem stabilisierten Ich „einen Verstehensrahmen für die bis dahin unbegreiflichen Einbrüche traumatischer Realität“ (Bohleber 2000, 2003) anzubieten und Schritt für Schritt die Wahrnehmungs- und Bedeutungsverleugnung und damit die Ich-Spaltung, die Dissoziation, aufzuheben. Mit Hilfe von Phantasie und Imagination wird versucht, dem Schöpferischen einen Weg zu öffnen, um in einer übergreifenden Synthese dem Unerträglichen Worte zu geben. So kann ein Prozess in Gang gesetzt werden, bei dem langsam das Traumatisierende psychisch repräsentiert, kontrolliert und allmählich integriert werden kann.

In einem länger dauernden Prozess der Behandlung werden mittels induzierter Tagträume verinnerlichte Traumata, die Bestandteil der inneren Struktur im Sinne der Introjektion geworden sind und sich in stetiger Selbsterniedrigung und

-bestrafung äußern, imaginativ und sprachlich symbolisiert, im „Als-ob-Modus“ der Phantasie langsam modifiziert und so be- und durchgearbeitet.

Der gesamte psychotherapeutische Prozess beinhaltet den Versuch, die durch die Traumata bewirkten Konflikte, Paradoxien und Widersprüche, die das Seelenleben der Patientinnen und Patienten zerreißen, so miteinander zu vermitteln, dass eine Transformation gelingt und eine Ich-Erweiterung möglich wird (vgl. Wurmser 1987 u. a.; Fischer 1998).

Der psychotherapeutische Prozess zielt für uns wesentlich darauf, auf der Basis neuer Erfahrungen in der psychotherapeutischen Beziehung und mittels des imaginativen Erlebens und Interagierens, des bildhaften und wortsprachlichen Symbolisierens und Modifizierens allmählich veränderte Selbst-, Objekt- und Interaktionsrepräsentanzen aufzubauen, was nicht nur die intrapsychische Situation verändert, sondern konkrete Auswirkungen auf aktuelle zwischenmenschliche Interaktionen und die gesamte Lebensgestaltung hat. So kann eine neue Art und Weise des „Selbst-mit-dem-Anderen“ (Fonagy et al. 2003, S. 846) entstehen, weil die traumabedingten Beziehungsstörungen nicht weiter lebensprägend bleiben.

Aus neurobiologischer Sicht haben Imaginationen über die gesamte Therapie (Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration des Traumas) hinweg Brückenfunktion. Sie besteht u. a. darin, die zwischen der Amygdala als Angstzentrale und dem Hippocampus als Vermittler verbaler Erinnerungen durch das Trauma zerstörte Verbindung wieder aufzubauen. Dadurch werden die emotional-nonverbalen traumatischen Eindrücke und Erinnerungsbilder – im Gedächtnis vor allem sensomotorisch und bildhaft, rechtshemisphärisch gespeichert –, die abgespalten vom verbalen und explizit logischen Denken sind, wieder mit der verbalen Erinnerung verbunden (vgl. Fischer u. Riedesser 1999, S. 221).

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass wir Zitate orthographisch modernisiert haben. Wenn wir im Weiteren von Patienten sprechen, verwenden wir sowohl die weibliche als auch die männliche Form, manchmal aber auch nur eine der beiden. Das gleiche gilt, wenn von der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten die Rede ist.

Den dargestellten Fallbeispielen liegen handschriftliche Stundenmitschriften zu Grunde. Die Namen der Patientinnen und Patienten sind anonymisiert, und die Erlaubnis zur Veröffentlichung wurde eingeholt.

**Beate Steiner
Klaus Krippner**