

Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)

Luise Reddemann

Zusammenfassung

Zunächst werden die historischen Hintergründe für die Notwendigkeit der Entwicklung eines Konzepts zur Behandlung schwer traumatisierter Patientinnen vom Borderline-Typ beschrieben. Anschließend das Grundsätzliche dieses Vorgehens ausgeführt. Anhand von zwei klinischen Beispielen wird die traumaspezifische Verwendung des Konzeptes "inneres Kind" sowie der Umgang mit regressiven Phänomenen erläutert. Abschließend werden einige Vorteile im Umgang mit schwer traumatisierten Patientinnen im Rahmen des geschilderten Konzeptes ausgeführt und die Forderung nach verstärkter Forschung auf diesem Gebiet erhoben.

Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy (PITT)

Summary

The historical background of the necessity to develop Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy is described. The model of this work proved to be a powerful tool in the therapy of borderline patients. Two clinical vignettes help to describe the trauma specific work with the concept of the "inner child" and the handling of regression. Finally the advantages of the concept are discussed and a call is made for further research in the field of complex traumatization.

Einleitung

Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie wurde aufgrund klinischer Erfahrungen und Notwendigkeiten entwickelt und konzeptualisiert. Ausgehend von den Berichten traumatisierter (Borderline-) Patientinnen und der daraus sich ergebenden Herausforderung, diesen Patientinnen im Rahmen eines stationären, also kurztherapeutischen, Settings angemessen zu begegnen, ergaben sich für uns folgende Fragen:

- Wie kann man die therapeutische Beziehung für dieses Klientel optimal nutzen?
- Welche Möglichkeiten gibt es, das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen angemessen zu steuern?
- Wie wird man der Tatsache drohender Gefühlsüberflutung und der Angst davor gerecht?

Im folgenden will ich darstellen, welche Antworten wir auf diese Fragen gefunden haben und das daraus resultierende Konzept der PITT, die sich inzwischen auch im ambulanten Setting bewährt hat, beschreiben.

Diese Antworten sind Teil eines fließenden Prozesses, in dem neue Erkenntnisse immer wieder zu Veränderungen bzw. Ergänzungen des Konzeptes und der Praxis geführt haben und auch in Zukunft führen werden.

Der Mechanismus der Spaltung als Ressource für die Beziehungsgestaltung

Die katastrophalen Auswirkungen sog. man made Traumata auf die inneren Objekte ist von Psychoanalytikern vielfach beschrieben worden (Balint, 1969; Ferenczi, 1933; Moses, 1978). Ein zentraler Abwehrmechanismus, der vor allem bei Borderline-Patienten genannt wird, ist der der Spaltung in ganz und gar gute und gar böse innere Objekte und die Projektion dieser inneren Verhältnisse nach außen mit den bekannten schwierigen Folgen für die therapeutische Beziehung (Reddemann & Sachsse, 2000). Diese schwankt ständig zwischen Idealisierung und Entwertung. Janssen (1987) hatte in Anlehnung an Kernberg (1975) empfohlen, den stationären Rahmen so zu gestalten, dass die Tendenzen zur Spaltung durch konsequente Deutung bewusster werden und damit letztlich aufgelöst werden können. Bei unserer Klientel stellte sich heraus, dass diese Art des Umgangs mit der Spaltungstendenz zu vermehrtem Agieren führte. Wir verstehen dies heute so, dass die Deutung eines traumakompensatorischen Mechanismus (Fischer, 2000) mit dem Ziel der Auflösung desselben für unsere traumatisierten Borderline-Patientinnen zu mehr traumatischem Stress führte, was das stär-

kere Agieren erklären kann. Ähnlich wie in der MPTT (Fischer, 2000) gehen wir davon aus, dass die jeweiligen Abwehr – besser Schutzbewegungen – gegen den traumatischen Prozess als eine sinnvolle Leistung zu würdigen sind. Darüber hinaus gehend kann man genau diese Schemata nutzen i.S. einer "Verschreibung", die aber gleichzeitig neue und funktionalere Elemente enthält. Derartige Verschreibungen sind psychodynamisch arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten fremd, da sie ein starkes suggestives Element enthalten. Wohl überlegte und gut aus der Psychodynamik begründete suggestive Interventionen haben in der Therapeutik inzwischen ihren Platz und sind insbesondere von Fürstenau (1992, 2001) gerade für die schwerer gestörten Patienten in nachvollziehbare theoretische Zusammenhänge gebracht worden. Im wesentlichen geht es (ihm) darum, dass die traditionelle Umgangsweise mit dieser Klientel zu ungünstigen regressiven Prozessen führt. Dies entspricht unserer klinischen Erfahrung: Agierendes Verhalten jedweder Form, insbesondere aber selbstverletzendes Verhalten und zunehmende Abhängigkeit vom therapeutischen Team und dessen Hilfeleistung und Zuwendung, nahm in den Anfängen unserer Arbeit deutlich zu. Wir kamen dazu, diese Verhaltensweisen als einen Hilferuf der Patientinnen zu verstehen, genauer, der verletzten Teile oder Ichs in der Patientin. Des weiteren verstanden wir die dysfunktionalen Verhaltensweisen als Versuch unserer Patientinnen mit sie überwältigendem Stress, der teilweise aus unserem Verhalten und unseren Interventionen resultierte, fertig zu werden.

Die Betonung der Selbstregulation und Selbstheilung

Wie sind wir dem begegnet?

Dazu war es erforderlich, die Vorstellung von der ganz und gar hilflosen Patientin infrage zu stellen und ihre Ressourcen stärker in den Blick zu nehmen. Wir bemühten uns, den Aspekt der hilfreichen Beziehung

zugeschnitten auf traumatisierte Patientinnen herauszuarbeiten und kamen zu dem Ergebnis, dass ein freundliches, eher "alltagsweltliches" Verhalten erheblich weniger Stress für unsere Patientinnen bedeutete. Anschließend betonten wir die Selbstregulationsaspekte, gewannen die Patientinnen für diese Sichtweise und arbeiteten mit den Patientinnen daran, sich den bzw. die verletzten inneren Teile vorzustellen und diese in der Vorstellung an einen guten, sicheren Ort zu bringen und von hilfreichen Wesen oder sog. idealen Eltern versorgen und trösten zu lassen. Wir verstehen dies als ein Verweisen der regressiven Prozesse auf die "innere Bühne" als einem imaginären Ort an dem alle regressiven Wünsche wahrgenommen und imaginativ befriedigt werden können. Auf der inneren Bühne gibt es also die idealen, immerwährend verfügbaren und verständnisvollen Objekte (ideale Eltern oder Helferwesen). Nach unserem heutigen Verständnis und unseren Beobachtungen erweist sich die Imagination des traumatisierten Ichs – meist ein Kind – in Verbindung mit der Imagination eines guten inneren Ortes, der Wohlbefinden und Sicherheit spendet, sowie hilfreicher Wesen als die am meisten Ichstärkung fördernde Intervention. Insbesondere hilft diese Imagination der Patientin, aus der Hilflosigkeit sich selbst gegenüber herauszukommen.

Fallbeispiel

Ein Patient suchte um Hilfe nach, da er fürchten musste, seine Tätigkeit in einem sozialen Beruf zu verlieren. Er hatte sich mit einem schutzbefohlenen Minderjährigen auf einen sexuellen Kontakt eingelassen. Er gab an, dass dieses Geschehen "wie in Trance" abgelaufen sei, und er es nicht habe steuern können. Aus moralischen Gründen verurteilte er sein Verhalten scharf. Biografisches Material, das dieses Geschehen hätte erklären können, stand zum Zeitpunkt des Erstgesprächs nicht zur Verfügung. Lebenslang hatte der Patient unter Ängsten, depressiven Verstimmungen und Zwängen gelitten. Aus

verschiedenen Gründen kam eine stationäre Behandlung überhaupt nicht infrage und auch die ambulante Therapie konnte nur in größeren zeitlichen Abständen erfolgen. Mit dem Patienten wurde daher vereinbart, dass die Therapie eher einen beratenden Charakter habe und er vieles für sich alleine zu Hause tun müsse. Dem stimmte er zu. Des Weiteren wurde er über unser imaginatives Konzept genauestens informiert und auch dazu gab er seine Zustimmung. Nun wurde dem Patienten vorgeschlagen, das unkontrollierte, impulsive Verhalten probeweise unter dem Aspekt zu betrachten, dass sich da etwas im Moment noch nicht genau Verstehbares, aber Wichtiges ins Bewusstsein dränge. Anschließend wurde er gefragt, ob er sich vorstellen könne, dass es in ihm einen wissenden, weisen Teil gebe, der ihm etwas auf die Frage, mit wem in ihm dieses Geschehen zu tun haben könne, eine Antwort geben könne. Nach einer nachdenklichen Pause meinte der Patient, das könne er sich vorstellen und ließ sich darauf ein, sich selbst diese Frage zu stellen. Zu seiner Überraschung erhielt er die Antwort, es habe etwas mit ihm selbst als 12-jährigem zu tun, genau das Alter seines Opfers. Er wisse aber nicht was. Nun wurde er eingeladen, sich diesen 12-jährigen vorzustellen und mit ihm in Kontakt zu gehen. Nachdem ihm dies gelungen war, wurde er gebeten, den Jungen einzuladen, mit ihm an einen guten, sicheren Ort zu kommen. Diesen Ort richtete er dann in der Vorstellung gemeinsam mit dem Jungen ein, und es fand sich ein hilfreiches Wesen, das von nun an schützend immer bei dem Jungen blieb. Darüber hinaus versprach er seinem inneren Jungen, ihn regelmäßig zu besuchen.

Es erfolgte also eine stabilisierende Intervention, ohne dass nach Inhalten geforscht worden wäre. Diese Intervention hatte auf den Patienten eine von ihm als solche beschriebene beruhigende Wirkung. Er wurde gebeten, sich täglich Zeit zu nehmen, mit dem Jungen Kontakt aufzunehmen.

Er berichtete dann in der nächsten Sitzung Biografisches im Zusammenhang mit viel Gewalt, häufiges, ritualisiertes Geschlagenwerden und Vernachlässigung. Andererseits wurde auch deutlich, dass die Natur für ihn stets eine Quelle der Kraft und des Trostes war, ebenso wie eine starke religiöse Orientierung, die ihm bis heute erhalten geblieben war. In den folgenden Sitzungen brachte er alle geschlagenen inneren Kinder in Sicherheit und versorgte sie ebenfalls mit hilfreichen Wesen. Er stellte einen Plan auf, wann er welches Kind besuchte und hielt sich genauestens daran (seine zwanghafte Seite wurde ebenfalls als Ressource genutzt). Er sprach mit den Kindern und vermittelte ihnen Verständnis und Mitgefühl. Dabei halfen ihm die therapeutischen Gespräche und Informationen über die Bedürfnisse von Kindern in verschiedenen Lebensaltern, die er zum Teil mitbrachte, zum Teil wurden sie in den Sitzungen erarbeitet. Zusätzlich achtete er darauf, dass er wieder viel in die Natur ging, etwas, das er seit Jahrzehnten aufgegeben hatte. Auch die weiteren traumatischen Erfahrungen wurden also lediglich zur Kenntnis genommen, aber nicht genauer exploriert. Der Patient wusste aber, dass es möglich sein würde, zu diesen Erfahrungen mittels Exposition zu arbeiten, wenn er genügend stabil dafür sein würde. Diese Arbeit nahm etwa 20 Sitzungen in Anspruch.

Schließlich kam der Patient damit, dass er schamvoll andeutete, dass "es da etwas zwischen mir und meinem älteren Bruder gegeben hat. "Es sei ihm in den letzten Wochen wieder eingefallen, aber es sei ihm sehr unangenehm. Wegen der starken Scham des Patienten wurde zunächst an seinen Schamgefühlen gearbeitet und diese i.S. eines Täterintrojekts gedeutet, was den Patienten wiederum deutlich entlastete. Im weiteren ging es um Mitgefühl für den 12-jährigen in ihm, der sich hilflos und wehrlos, aber auch neugierig gefühlt hatte. Anschließend konnte er selbst das Thema einbringen, "dass er sich ähnlich wie der Bruder" verhalten habe und den Wunsch

äußern, eine diesbezügliche Szene zu bearbeiten. Dies geschah mithilfe der Beobachtertechnik (s. dazu Reddemann, 2001), eine imaginative Vorgehensweise, bei der die Geschehnisse des Traumas mittels des Schutzes der Distanzierung zusammengefügt und durchgearbeitet werden können. Diese Arbeit half dem Patienten sowohl für sich selbst wie für sein Opfer Mitgefühl zu entwickeln und sein Handeln nicht nur moralisch, sondern aus einem tiefen Verstehen heraus zu bedauern.

Damit betrachtete der Patient die therapeutische Arbeit als abgeschlossen. Er schreibt gelegentlich, dass es ihm gut gehe, dass er sich weiter um seine inneren Kinder kümmerge und er teilte auch mit, ein Gespräch mit seinem Opfer zu dem Geschehnis geführt zu haben. Das erneut von ihm als "verführerisch" wahrgenommene Verhalten des Jungen habe er nun einordnen und die Grenzen wahren können. Er habe auch sein Bedauern zum Ausdruck bringen können.

Besonderheiten in der Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen und Patienten

Komplex traumatisierte Patientinnen und Patienten benötigen mehr als traumakonfrontative Arbeit, die bei nicht komplexen Traumafolgestörungen als zentral gilt (Flatten et al., 2001). Meines Erachtens ist die Traumakonfrontation nur eine Intervention unter vielen, die nicht vorrangig ist. Viele Patienten profitieren so sehr von der Arbeit mit ihren verletzten Teilen im oben beschriebenen Sinn, dass Traumakonfrontation nicht mehr notwendig ist.

In der PITT wird über das Medium einer hilfreichen Beziehung vor allem die Selbstbeziehung betont und mittels Imagination angeregt, diese neu zu gestalten und seelische Wunden damit einer Heilung zuzuführen. Dabei ist die Beachtung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens von zentraler Bedeutung. Es wird dann allerdings eher dazu genutzt, die Patientin zu einem veränderten imaginativen Umgang

mit sich selbst anzuregen, was nicht bedeutet, dass wir auf das Mittel der Deutung gänzlich verzichten. Mitgefühl und Trost, aber auch Anerkenntnis des geschehenen Unrechts werden im Umgang des erwachsenen Selbst mit den jüngeren Teilen stark betont.

1. Phasenmodell und Prozessorientierung
PITT orientiert sich am 3-Phasenmodell der Traumatherapie nach Janet (Herman, 2003), ohne die Prozessorientierung aus dem Auge zu verlieren (Reddemann, in Vorbereitung).

Fallbeispiel

Eine Patientin, Anfang 60, kommt zum Erstgespräch. Im Fragebogen hat sie angegeben, dass sie unter Alpträumen, Schuldgefühlen, Suizidgedanken und depressiven Verstimmungen leide. Ihre Angaben zur Lebensgeschichte sind spärlich. Schon bei der Begrüßung wird deutlich, dass die Patientin an einem erheblichen hyperarousal zu leiden scheint, ihre Augen zeigen Panik, sie schwitzt stark und wirkt sehr unruhig. Die Therapeutin bemüht sich daher zunächst, die Patientin zu beruhigen, indem sie sie fragt, ob die Reise nach Bielefeld gut verlaufen sei. Daraus ergibt sich ein kleines Gespräch über die Bequemlichkeiten und Unbequemlichkeiten des Reisens und die Patientin scheint etwas ruhiger zu werden (später wird sich herausstellen, dass das Thema Reisen für diese Patientin eine zentrale positive Bedeutung hat). Erst jetzt fragt die Therapeutin (während sie gleichzeitig registriert, dass zu irgendeinem späteren Zeitpunkt diese Szene noch einmal aufgegriffen werden sollte) nach den Beschwerden und dem Anlass der Kontaktaufnahme. Die Patientin bricht in Tränen aus, es gebe etwas, was sie noch nie jemand erzählt habe, das habe sie in letzter Zeit zunehmend belastet und sie wisse, dass sie nun endlich darüber sprechen müsse. An dieser Stelle ist der Therapeutin klar, dass sie der Patientin einen geschützten Raum zur Verfügung stellen sollte, um über das noch nie Ausgesprochene zu sprechen, wenn sie es jetzt will. Sie fragt daher, ob es der Wunsch

der Patientin sei, darüber jetzt zu sprechen. Dies wird bejaht. Darauf erklärt die Therapeutin, dass es ihr wichtig sei, dass sich die Patientin nach dem Gespräch gut fühle und aus diesem Grund könne es wichtig sein, dass die Patientin über die Dinge, die sie noch nie erzählt habe, so spreche, dass sie sich anschließend nicht mehr belastet fühle als zuvor. Sie habe ja sicher aus guten Gründen bisher noch nie mit jemand darüber gesprochen und diese Gründe gelte es mit einzubeziehen. Was denke die Patientin, was sie brauche, um sich sicher zu fühlen? Die Patientin antwortet, dass sie sich an unsere Klinik gewandt habe, weil sie von einer Freundin gehört habe, dass wir mit traumatisierten Menschen arbeiten würden und sie denke, dass sie sich deshalb zutraue, darüber zu sprechen. Sie sei ziemlich gut im Aushalten und das Schlimmste sei, dass sie mit dieser Sache immer allein gewesen sei. Die Therapeutin spürt in sich dennoch eine gewisse Beunruhigung und erklärt deshalb der Patientin, dass, auch wenn man stark im Aushalten sei, das Besprechen von sehr belastenden Dingen dennoch sehr belastend sein könne. Viele Menschen würden deshalb über sie Belastendes eher so sprechen, als sei es die Geschichte von jemand anderem. Diese Distanz helfe, dass einen die Schreckensdinge nicht überwältigen würden. Die Patientin meint darauf, das habe sie sowieso vorgehabt, das alles mit größtmöglicher Distanz zu erzählen, aber sie sei erleichtert, dass die Therapeutin ihr das noch einmal vorschlage, denn sie habe während einer Gruppentherapie, die sie vor 20 Jahren gemacht habe, immer wieder einmal den Vorwurf zu hören bekommen, dass sie so emotional distanziert sei. Die Therapeutin sagt darauf, dass das sicher ein notwendiger Schutz gewesen sei und sie es für wichtig halte, dass sich die Patientin gut schütze. Nun erzählt die Patientin relativ gefasst, dass sie von ihrem Onkel, dem Lieblingsbruder der Mutter, über Jahre sexuell belästigt und ausgebeutet worden sei, und dass es für sie bis heute eine Qual sei, diesem Mann zu begegnen, obwohl der jetzt naturgemäß "uralt" sei. Sie habe

darüber immer Stillschweigen bewahrt, auch ihr Mann habe das nie erfahren, weil sie sich furchtbar geschämt habe. Sie denke, dass sie selbst schuld daran sei, denn sie sei 12 bis 16 Jahre alt gewesen, da sei sie ja eigentlich kein Kind mehr gewesen.

Die Therapeutin bestätigt der Patientin, dass es ein wichtiger und notwendiger Schritt war, diese Dinge anzusprechen, um anschließend zu klären, wie sich die Patientin damit fühle. Als diese bestätigt, dass sie sich erleichtert fühle, erklärt die Therapeutin das Konzept der in uns weiterlebenden verletzten Teile und lädt die Patientin ein, ihr jüngeres Ich in der Vorstellung an einen guten Ort zu bringen und ihr zu erklären, dass nun eine andere Zeit und sie in Sicherheit sei. Diesen Vorschlag greift die Patientin zwar verwundert aber doch bereitwillig auf, und nachdem sie sich diese Imagination erlaubt hat, stellt sie fest, dass sie sich "irgendwie" wohler fühle. Das Phasenmodell – Stabilisierung, Traumakonfrontation, Integration – wurde in dieser ersten Sitzung prozessorientiert angewendet. Denn einerseits war es wichtig, der Patientin die Möglichkeit einzuräumen, über ihr Geheimnis zu sprechen, andererseits war es notwendig, darauf zu achten, dass dies unter geschützten Bedingungen geschah. Hätte die Therapeutin vermutet oder in der Gegenübertragung bei sich wahrgenommen, dass die Patientin in Bezug auf das Aussprechen des Geheimnisses sehr ambivalent war, hätte sie sich darum bemüht, für diese Ambivalenz ebenfalls Raum zur Verfügung zu stellen. Aber gerade bei älteren Patientinnen und Patienten ist es oft sehr wichtig, dass sie endlich die Erfahrung machen können, dass, wenn sie es wollen, ihnen jemand zuhört.

Auch in diesem Fall wurde der inneren Stabilisierung mittels der Imagination eines guten, sicheren Ortes für das verletzte jüngere Ich viel Raum gegeben.

In der PITT wird mit weiteren Imaginationen gearbeitet, die bei Reddemann (2001) nachgelesen werden können.

2. Handlungsspielräume nutzen

Zentral ist das Konzept der "inneren Bühne", die zu einem gemeinsamen imaginären Raum wird, auf dem die Patientin, ggf. angeregt und unterstützt durch die Therapeutin "spielen" kann. Dadurch wird sie wieder handlungsfähiger.

Die Vorstellung schwer gestörter Patientinnen und Patienten so viel Verantwortung für sich selbst zuzutrauen, mag seltsam erscheinen. Tatsächlich ist sie auch nicht für alle PatientInnen einlösbar oder leicht einlösbar. Es ist jedoch erstaunlich, wie viel Menschen können, wenn man es ihnen nur zutraut. Zur PITT gehört auch die "Imagination", dass sehr viele Patientinnen und Patienten trotz großer Beschädigungen viel, viel mehr sind als diese Beschädigungen und deshalb über selbstregulative Kräfte verfügen. Allerdings liegt es in der Hand der Therapeutin, diese zu fördern oder mehr oder weniger zum Versiegen zu bringen. "Beidäugiges Sehen" (Fürstenau, 2002), d.h. das Wahrnehmen der Stärken und der Probleme ist daher ein Grundsatz von PITT. Das bedeutet auch Übernahme von Hilfs-Ichfunktionen eher i.S. von Ermutigung, die eigenen selbstregulativen Kräfte aufzuspüren und zu nutzen, statt direktes Eingreifen (wenn dies aber unumgänglich ist, geschieht es).

Theoretische Grundlagen

Neben der Vorstellung des Unbewussten, der Nutzung der Wahrnehmung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen, der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und der Ich-Psychologie nutzt PITT das Konzept der ego states (Federn, 1952; Watkins & Watkins, 1997). Die Vorstellung verschiedener Ichs ist dem psychoanalytischen Denken vertraut, so sprach z.B. Simmel (1944) von einem "Militär-Ich" und Freud (1919) von dem friedlichen und dem kriegerischen Ich. Federn hat diese Gedanken weiterentwickelt. Ego state Arbeit erfordert es, auf verschiedenen Beziehungsebenen zu arbeiten: Der Ebene der

Patientin mit der Therapeutin, der Ebene der verschiedenen states mit der Therapeutin, der Ebene der Beziehung zwischen der Patientin und ihren states und der Ebene der Beziehung der states miteinander (Patientin meint hier, der Teil, der aktiv in die Therapie kommt). Das Konzept der ego states ist besonders bei dissoziativen Patienten hilfreich.

1. Dissoziation als Ressource

Im obigen Beispiel wird ein Symptom, die Dissoziation, als Ressource genutzt.

Wenn man dissoziatives Verhalten therapeutisch nutzt, erweist sich dies als hervorragender Schutz gegen Affektüberflutung, wie beim zweiten Fallbeispiel angedeutet.

PITT nutzt verschiedentlich die bei komplex traumatisierten Patientinnen und Patienten üblichen dissoziativen Mechanismen.

So empfehlen wir z.B. viel Wahrnehmungsarbeit, wobei ausdrücklich "ohne zu urteilen", d.h. auch sozusagen ohne Gefühle beobachtet und wahrgenommen werden soll. Dies ist eine Art bewusstes und aktives Dissoziieren, bzw. dem Mechanismus der Dissoziation verwandtes Handeln. Die dauernd aktiv betriebene Distanzierung führt dann gerade dazu, dass Kontrolle erlebt werden kann, die Angst vor Gefühlsüberflutung zurückgeht und dadurch mehr an Gefühl toleriert werden kann.

2. Arbeit mit dem Körper

Imagination ist sehr geeignet, den Körper in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen, ohne dass der Körper berührt werden muss, was ja für Menschen, die in zwischenmenschlichen Beziehungen traumatisiert wurden, oft ein Problem darstellen würde. Andererseits ist der Körper der Ort der Traumatisierung.

Achtsames Wahrnehmen des Körpers und der Körperbedürfnisse wird daher fortwährend angeregt, die Auswirkungen von Vorstellungen auf den Körper und sein Befin-

den sind unmittelbar wahrnehmbar und helfen der Patientin, sich bewusst und aktiv auf funktionalere und heilsamere Vorstellungen einzulassen. Das Berühren des Körpers durch die Patientin selbst oder das bewusste und achtsame Ausführen verschiedener Handlungen, die stimmungsaufhellend sind, wie z.B. bewusstes Gähnen, Prusten, Schnauben, Schütteln und nicht zuletzt Lachen und Lächeln (Henderson, 2001), sowie das Pendeln zwischen verschiedenen körperlichen Zuständen (Levine, 1998; Rothschild, 2002) unterstützt und ergänzt die imaginative Therapie im engeren Sinn.

Auswirkungen auf die klinische Arbeit

Die hier skizzierte Arbeitsweise hat dazu geführt, dass agierendes Verhalten bei unseren Patientinnen und Patienten deutlich abgenommen hat. Die PatientInnen geben an, dass sie sich in ihrer Eigenmacht gestärkt und dadurch besser fühlen.

Manche allerdings brauchen viel Ermutigung und lange geduldige Unterstützung, sich zuzutrauen, dass sie selbstfürsorglicher und mitfühlender mit sich umgehen. Schwer beziehungs-traumatisierte Patienten kann man nicht mit wenigen Sitzungen oder einigen Wochen Klinik gesund machen. Sie benötigen im stationären Rahmen in der Regel mehrere Intervalle. Insofern ist die derzeitige Diskussion um immer kürzere Behandlungszeiten für dieses Klientel fatal. Andererseits gibt es auch nicht wenige sog. früh gestörte Patienten, die von einem an den Traumatisierungen orientierten Ansatz sehr profitieren und relativ rasch zu mehr innerer und äußerer Stabilität finden.

Die Forschungslage in Bezug auf Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen und hoher Komorbidität ist unbefriedigend, so dass derzeit Forschung auf diesem Gebiet so gut wie unbekannt und daher dringend zu fordern ist.

Literatur

- Balint, M. (1969). Trauma und Objektbeziehung. *Psyche*, 31, 228-245.
- Federn, P. (1952). In E. Weiss (Ed.), *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Ferenczi, S. (1933, 1972). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. II. Frankfurt/M: Fischer.
- Fischer, G. (2000). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E.R. (2001). Posttraumatische Belastungsstörungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.
- Freud, S. (1919). Einleitung zu: zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. *GW XII*, 321-324.
- Fürstenau, P. (1992). Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Fürstenau, P. (2001). Psychoanalytisch verstehen systemisch denken, suggestiv intervenieren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
- Fürstenau, P. (2002). Neue therapeutische Welt durch beidäugiges diagnostisch-therapeutisches Sehen. Vortrag 52. Lindauer Psychotherapie-wochen, 26.4.2002.
- Henderson, J. (1999). How to feel as good as you can inspite of everything. Selbstverlag.
- Herman, J. (2003). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann.
- Janssen, P.L. (1987). Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F. (1975). Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Levine, P. (1998). Traumaheilung. Essen: Synthesis.
- Moses, R. (1978). Adult psychic trauma: the question of early predisposition and some detailed mechanism. *Int. J. Psycho-Anal.*, 59, 353-363.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren (8.Aufl. 2003). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (in Vorbereitung). Manual der psychodynamisch imaginativen Traumatherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse, *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

DIE PSYCHODYNAMISCH IMAGINATIVE TRAUMATHERAPIE (PITT)

- Rothschild, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.
- Simmel, E. (1944, 1993). Kriegsneurosen. In Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften (S. 204-226). Frankfurt/M.: Fischer.
- Watkins, J.G. & Watkins, H. (1997). Ego States. Theory and Therapy. New York: Norton.

Dr. med. Luise Reddemann

Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin,
Ev. Johannes-Krankenhaus
Graf von Galen Str. 58,
33619 Bielefeld
E-Mail: L.Reddemann
@Johanneswerk.de

