

Luise Reddemann und Gottfried Fischer

Worauf es ankommt: Psychodynamische Traumatherapien

What matters most: Psychodynamic Orientated Psychotherapy of Posttraumatic Stress Disorder

Zusammenfassung

Die Autoren gehen der Frage nach, welche Kriterien die psychodynamische Traumatherapie erfüllen muss, um eine Behandlung traumatisierter Patient(inn)en auf dem gegenwärtigen Forschungsstand zu gewährleisten. Spezielle Anforderungen und Modifikationen ergeben sich aus dem Erkenntnisstand interdisziplinärer Forschungsansätze, worin psychobiologische Forschungsergebnisse und Modellvorstellungen mit Konzepten und Ergebnissen empirischer Psychotherapieforschung konvergieren. Zur Zeit der Entwicklung psychodynamischer Therapieansätze war dieser interdisziplinäre Ansatz noch außer Reichweite. Inzwischen liegen elaborierte traumaspezifische Konzepte vor und weisen eine günstige empirische Forschungslage auf, die hier vorgestellt wird. Die Anpassung der psychodynamischen Therapie an die Erfordernisse von Traumapatient(inn)en sollte nach Ansicht der Autoren nach dem Motto verfahren: „So viel Reform wie nötig, so viel Tradition wie möglich“, um wertvolle und bewährte Behandlungsprinzipien nicht zu gefährden.

Schlüsselwörter

posttraumatische Belastungsstörung – komplexe posttraumatische Belastungsstörung – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – interdisziplinäre Forschungsansätze – mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie – psychodynamisch-imaginative Traumatherapie – psychodynamisch-dialektisches Vorgehen

Summary

The authors discuss the question whether psychodynamic psychotherapies have to meet certain criteria in order to guarantee a treatment for traumatized patients that is based on the latest scientific research. Specific demands on and modifications of the methods arise from scientific findings of interdisciplinary research positions linking psychobiological research results and models with concepts and results from empirical psychotherapy research. During the process of conceptualization, an interdisciplinary model was still out of range. Meanwhile, there exist elaborated trauma-specific concepts which show promising empirical research findings; these concepts are described here. In the opinion of the authors the adaptation of psychodynamic psychotherapies to the demands of trauma patients should proceed as described by the following statement: “as much reformation as necessary, as much tradition as possible” in order to prevent the valuable and proven principles of psychodynamic treatments from being jeopardized.

Keywords

posttraumatic stress disorder – complex PTSD psychodynamic psychotherapy – interdisciplinary research – multidimensional psychodynamic trauma therapy – psychodynamic-imaginative trauma therapy – psychodynamic-dialectical therapy

■ Was ist traumaadaptierte Psychotherapie?

Seit etwa 10 Jahren, insbesondere seit dem ersten Erscheinen der Leitlinien zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (Flatten et al., 2001), wird auch in Deutschland die Forderung nach einer Adaptation der gängigen Verfahren für traumaassoziierte Erkrankungen erhoben. Dies gilt sowohl für die nicht komplexe posttraumatische Belastungsstörung und umso mehr für die so genannte komplexe.

Innerhalb der Richtlinien zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie kommen MPTT und PITT dieser Leitlinienforderung entgegen.

Wir wollen in dieser Arbeit zunächst die allgemeinen Grundsätze einer traumaadaptierten psychodynamischen Therapie darstellen und diese anschließend am Beispiel sowohl der MPTT wie der PITT konkretisieren; letztere hat sich in den letzten Jahren insbesondere in der für die Praxis besonders relevanten Behandlung von komplex traumatisierten Patient(inn)en mit komplexen Traumafolgeerkrankungen durchgesetzt.

Es ist davon auszugehen, dass die psychobiologische Komponente der PTBS an die Therapie akuter und chronifizierter psychotraumatischer Belastungsstörungen spezifische Anforderungen stellt, die vor Bekanntwerden der wissenschaftlichen Forschungsergebnisse aus jüngster Zeit in den Standardverfahren der unterschiedlichen Psychotherapieansätze noch nicht berücksichtigt werden konnten. Vor allem wurden zeitliche Persistenz der Symptomatik und ihre Bedeutung für die therapeutische Situation unterschätzt, was erst in den neurobiologischen Forschungsergebnissen eine angemessene Erklärung findet.

Allerdings hat schon Abraham Kardiner, einer von Freuds Lehranalysanden, die traumainduzierten Störungsbilder als „Physioneurosen“ bezeichnet (1941), und diese Hypothese kann unserem heutigen Wissensstand entsprechend als „ins Schwarze treffend“ anerkannt werden. Eine Eins-zu-eins-Übertragung von Psychopathologie, Psychodynamik und Neurobiologie ist beim derzeitigen Wissensstand allerdings nicht gegeben. Aus der aktuellen Forschungslage ergibt sich aber die Forderung an tradierte Psychotherapieverfahren, Diagnostik, technisches Vorgehen und die verfahrensspezifische Beziehungsgestaltung dieser Erkenntnislage anzugleichen. Insbesondere sollte der Tatsache eines möglicherweise therapiebedingten (traumatischen) Stress entsprochen werden, der durch Therapie der herkömmlichen Art häufig genug regelrecht erhöht statt vermindert wird (Fischer et al., 2003).

Ein weiterer für die psychodynamische Traumatherapie relevanter Bereich sind neurobiologische Grundlagen, die innerhalb der Bindungsforschung erarbeitet wurden. Fischer und Riedesser (1998/2009) schlagen für chronisch verzerrte, letztlich ebenfalls traumatisierende Bindungsformen das Konzept des „Beziehungstraumas“ vor. Inzwischen liegen Hinweise dafür vor, dass auch Bindungsstile über die Zeit verändert werden können, von einem unsicheren und desorganisierten Bindungsstil hin zu einem sicheren (Schore, 2003; Ford, 2009). Die therapeutische Wirkung ist vor allem darin zu sehen, dass Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und -tröstung in einer tragfähigen therapeutischen Beziehung „nachgeholt“ werden können, die innerhalb der problematischen Bindungsstile nicht erworben werden konnten. Hier ist eine traditionelle Domäne der psychodynamischen Therapie in besonderer Weise angesprochen (Fischer & Riedesser, op. cit.).

■ Grundsätzliches zur Traumabehandlung in psychodynamischen Therapien

Trauma war immer schon ein wichtiges Thema der psychodynamischen Therapien; was die Psychoanalyse angeht, zeigt beispielsweise die Übersichtsarbeit von Bohleber (2000), dass auch hier ein stetiges, wenn auch im Mainstream nicht allgemein verbreitetes Interesse an der Psychotraumatologie bestand. Agieren und Wiederholen ersetzen schon nach Freud (1914, GW Band X, S. 127) das Erinnern und stellen in sich eine bestimmte Form des Erinnerns dar. Diese Hypothese hat durch psychotraumatologische Forschungsergebnisse neue Aktualität gewonnen. Freud bemerkte, dass die Vergangenheit

im Wiederholungszwang sensomotorisch organisiert ist und in der Übertragung reinszeniert wird.

Freuds Überlegungen bilden auch heute noch eine Grundlage der modernen psychodynamischen Traumatherapie. MPTT und PITT setzen zusätzlich einen besonderen Akzent auf ich-stärkende und -stützende Ansätze, die dem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung vorangehen. Auch die spätere Entwicklung der psychoanalytischen Selbstpsychologie betont diesen Aspekt.

Als einer der ersten Psychoanalytiker, die sich systematisch mit Erforschung und Therapie psychotraumatischer Störungen befassten, kann Mardi Horowitz gelten. Sein Werk „Traumatic Stress Syndromes“ (1976) bietet eine differenzierte, psychodynamisch fundierte Systematik. Seit über 30 Jahren in mehrfach überarbeiteter Form (zuletzt auf Deutsch 2009) stellte Horowitz einen Katalog von Techniken zusammen, der auch heute noch zum Bestand einer traumaadaptierten psychodynamischen Therapie gerechnet werden kann. Die von Horowitz beschriebenen Techniken im Umgang mit intrusiven und konstriktiven Verhaltensweisen bedürfen im Falle von chronifizierten traumatisierenden Bindungserfahrungen einer Ergänzung durch die Berücksichtigung weiterer Parameter, die schon immer die Domäne psychodynamischer Therapien darstellen (Pearlman & Courtois, 2005), insbesondere die Erfahrungen minimaler bzw. optimaler Differenz in der therapeutischen Beziehung, verglichen mit früheren Beziehungserfahrungen unter sorgfältiger Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung sowie einer beantwortenden Haltung. Traumafokussierende Techniken allein haben sich bei komplexen posttraumatischen Folgestörungen selten als effektiv erwiesen (Ford & Kidd, 1998; Spinazolla, Blaustein & Van der Kolk, 2005; Courtois, Ford & Cloitre, 2009), einiges spricht sogar dafür, dass die Anwendung von spezifischen traumabearbeitenden Techniken für diese Klientel schädlich sein kann (Ford et al., 1998; Spinazolla et al., 2005). Diese Patientengruppe benötigt ein Behandlungsangebot, das bei spezifischen Schwierigkeiten, die aus ihrer Bindungs- und Entwicklungspathologie resultieren, eingesetzt werden kann. Das bedeutet, dass vor einem emotional resonanten „Durcharbeiten“ der traumatischen Erfahrung der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen (Arbeits-)Beziehung einerseits und vor allem ein Erkennen aller vorhandenen Ressourcen erforderlich sind (s.u.). Findet die psychodynamische Traumatherapie unter ungünstigen äußeren Bedingungen und ungünstigen inneren Voraussetzungen der Patientin statt, so muss auf ein Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung häufig ganz verzichtet werden.

Alle Symptome können als Versuch der Selbstheilung des verletzten psychischen Systems verstanden werden, so auch die „Schaukelbewegung“ zwischen Intrusion und Vermeidung. Man kann in diesem Sinne von „natürlicher Wundheilung“ auch bei psychischer Traumatisierung sprechen, die als Analogie zur spontanen Heilungstendenz körperlicher Wunden zu verstehen ist. Dieses Bild impliziert, dass auch seelische Wunden eine „Salbe“ und einen „Verband“ benötigen können. Psychodynamische Traumatherapie unterscheidet sich von vielen anderen Verfahren darin, dass sie sich diesem

natürlichen Selbstheilungsprozess der Patientinnen und Patienten anpassen will und diesen gezielt unterstützt. Dosierte, „titriertes“ Wiederholen, Durcharbeiten und Erinnern unter Berücksichtigung von Ressourcen und Unterstützung des Aufbaus von Resilienz im Rahmen einer haltgebenden Beziehung, so lässt sich die psychodynamische Traumatherapie immer noch zum Teil mit Freuds Worten umschreiben.

■ Idealtypischer Verlauf

Aufbau des Arbeitsbündnisses, Ich-Stärkung und Stabilisierung

Neurobiologisch betrachtet, muss zunächst die Funktion und Integrationskraft des präfrontalen Cortex gestärkt und ein „top-down“-Prozess des Lernens von bewusst zu unbewusst in Gang gebracht werden. Es sind Interventionen erforderlich, die „ich-stärkend“ wirken, die Traumakompensation unterstützen und Wiederholungstendenzen eindämmen. Damit einher geht der Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, worin das Ich der Patientin als eine Partnerin in der gemeinsamen therapeutischen Arbeit gesehen wird nach der Devise von Fürstenau, wonach zwei Erwachsene an den Problemen verbliebener Kindlichkeit arbeiten. (Verbliebene „Kindlichkeit“ kann in diesem Fall auch manchmal meinen: verbliebene maligne Regressionsneigung auf frühere traumatische Erfahrungen im Erwachsenenalter, z. B. eine Vergewaltigung.)

Stabilisierung ist zu verstehen als Förderung der Selbstberuhigungsfähigkeit und der Selbstwirksamkeit, was im Allgemeinen bedeutet, Symptomreduktion sowie Erlernen von Fähigkeiten, Affektüberflutung zu vermeiden und Affekte allgemein zu steuern.

Kognitives Durcharbeiten

„Kognitiv“ steht hier im Gegensatz zu „emotionalem Durcharbeiten“, das einem späteren Abschnitt vorbehalten ist. Der Therapeut geht mit dem Patienten erinnerbare Ereignisse so durch, dass er hilft, sie in einen Zusammenhang zu bringen - wie ein Puzzle, das allmählich zusammengesetzt wird. Dies geschieht mit strukturierenden und klarifizierenden Deutungen. Dabei werden erlebnisaktivierende und emotional stimulierende Interventionen - wie das in vielen Therapien übliche „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“ - unbedingt vermieden. Verliert sich die Patientin in belastenden Erinnerungen oder Flashbacks, wird sie durch Techniken des sog. Erdens und der Achtsamkeitslenkung in die Gegenwart der Behandlungssituation zurückgeholt bzw. eingeladen, dorthin zurückzukommen. Ich-stärkend und ermutigend wirkt es auch, wenn die Therapeutin Symptome der Patientin mit der traumatischen Situation in eine zunächst kognitive, eventuell auch psychoedukative Verbindung bringt. Symptome werden möglichst normalisiert und als eine normale Reaktion auf eine verrückte Situation dargestellt mit der zusätzlichen Versicherung, dass Therapeutin und Patientin den Zusammenhang zwischen der traumatischen Situation und den gegenwärtigen Symptomen der Patientin noch genauer verstehen werden können, wenn ihre gemeinsame Arbeit weiter fortgeschritten

sein wird. Interventionen dieser Art geben dem Patienten die Hoffnung auf Verständlichkeit und Sinngebung zurück, die ein wichtiger salutogenetischer Aspekt des Kohärenzgefühls (Antonowski, 1997) sind. Deutungen, die Überblick verschaffen und Zusammenhänge herstellen, sind allgemein geeignet, das Ziel dieses Therapieabschnittes zu fördern. Ob und wie weit das Ziel des kognitiven Durcharbeitens erreicht ist, kann am Stand einer „Gestaltbildung“ der traumatischen Situation und der damit zusammenhängenden Resilienz erkannt werden.

Emotionales Durcharbeiten und Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung

Wenn die Funktion der Kontextualisierung erreicht ist, verläuft das emotionale Durcharbeiten bildlich gesprochen als ein „Hinaufarbeiten“ der traumatischen Erfahrung auf die Metastufe neuer Gedächtnisleistung und Konfliktlösung. Die Patientin wendet sich jetzt gleichsam von einem „sicheren Ort“ außerhalb der traumatischen Erfahrung den emotionalen Schmerzen zu, die das Trauma bereitet hat und bereitet. Verläuft die Therapie in dieser Sequenz ihrer Phasen, ist die Gefahr gering, in der traumatischen Erfahrung erneut zu versinken, die sich bei einem offenen therapeutischen Prozess und nicht fokussierter Therapieführung verstärkt ergeben kann. Die traumatische Erfahrung ist mit starker Verwirrung und emotionalen Schmerzen verbunden, denen sich die Patientin jetzt annähern kann. Sie hat durch die stabilisierende Arbeit die Sicherheit gewonnen, nicht mehr im Trauma zu versinken und von den traumatischen Affekten überflutet zu werden. In der therapeutischen Beziehung hat sich die Patientin versichert,

- a) dass sie selbst und das Arbeitsbündnis hinreichend stabil und tragfähig sind für das emotionale Durcharbeiten und
- b) dass sie selbst und die Therapeutin mit den traumatischen Affekten und Beziehungsinzenierungen umgehen können, falls diese auftauchen und/oder wenn diese sich in der Übertragung manifestieren.

Ziel des emotionalen Durcharbeitens ist ein „dosierte Erinnern“ mit dosierter emotionaler Verarbeitung der traumatischen Erfahrung. Das affektive Erleben wird vorsichtig aufgegriffen, begleitet von unterstützenden und haltgebenden Interventionen. Die Dosierung der Emotionen wird u.a. durch Rückgriff auf Imaginationen unterstützt, die sich in der Einleitungsphase bewährt haben, und/oder durch Rückgriff auf die beschreibenden, stabilisierenden Deutungen aus dem kognitiven Durcharbeiten.

Integration der traumatischen Erfahrung

Die emotionale Rekonstruktion dient in besonderer Weise der Integration der traumatischen Erfahrung in die Lebensgeschichte und den weiteren Lebensentwurf. Mit diesem Schritt kehrt die psychodynamische Traumatherapie zum Ausgangspunkt der Therapie, zur Ich-Stärkung und weiteren funktionellen Differenzierung des „traumakompensatorischen Schemas“ zurück.

Bei Polytraumatisierung kann die psychodynamische Traumatherapie mehrere Zyklen dieser Phasensequenz durchlaufen

(vgl. Fischer, 2000a). Der basale Ablauf der Therapie ist u. a. durch die Neurobiologie des Traumas vorgezeichnet: Daher – und nicht aufgrund einer Überängstlichkeit des Therapeuten – sollen Traumapatienten zunächst „stabilisiert“ werden, d. h., spezifische Ich-Funktionen sollen installiert bzw. verstärkt werden. Die Therapie soll dazu verhelfen, intrusive Erinnerungen zu stoppen bzw. zu kontrollieren, da andernfalls eine Retraumatisierung durch die fragmentierten, raum- und zeitlosen Erinnerungsbilder zu befürchten ist, aber auch die Phobie vor Emotionen zu überwinden. Erst wenn diese Schritte erreicht sind, kann Traumabearbeitung erfolgen, um implizite, automatisierte Erinnerungsmuster schrittweise in das explizite Gedächtnis zu integrieren und das Trauma-Narrativ zu vollenden.

Jede Phase erfordert eigene traumatherapeutische Techniken (Courtois, 1999; Fischer, 2000a, 2003, 2007; Reddemann, 2001, 2004; Reddemann, Wöller & Kruse, 2001/2006).

■ Allgemeine Ziele und Interventionslinien

In der folgenden Übersicht werden Ziele und Interventionslinien aufgeführt, die sowohl in der PITT als auch in der MPTT praktiziert werden, wenn teilweise auch mit unterschiedlichen Mitteln. Wir sind der Auffassung, dass Psychotherapie grundsätzlich mehr und anderes ist als die Anwendung von Techniken. Ohne Einbettung und präzise Integration in Dynamik und Verlauf der Behandlung ist der Einsatz traumabearbeitender Techniken unseres Erachtens klinisch nicht zu vertreten.

Der Beziehungsgestaltung ist größtmögliche Aufmerksamkeit zu widmen. Es gelten hier die so genannten unspezifischen Therapiefaktoren wie Wertschätzung, Respekt, Empathie, Rücksichtnahme auf die besondere Verletzlichkeit der Patient(inn)en und Berücksichtigung des Rechts auf Würde (Reddemann, 2008).

Integration von Imagination, Achtsamkeitspraxis, Rollenspiel und Trainingselementen in ein psychodynamisches Konzept von Therapieführung und Beziehungsgestaltung wirkt unterstützend.

Förderung von Progression: Im Arbeitsbündnis wird die Patient(in) als erwachsene Person anerkannt (Fürstenau, 2001) und durch Aufklärung über Hintergrund und Genese psychotraumatischer Störungsbilder auch psychoedukativ in die Behandlungsplanung einbezogen (Fischer, 2003; Reddemann, 2001, 2004). Auch die unter (1) und (2) genannten Therapieelemente werden progressionsfördernd und ressourcenfördernd eingesetzt.

Lösungsorientiertes Vorgehen: Rekonstruktion und Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung setzen eine zumindest ansatzweise erreichte Lösung der durch die traumatische Erfahrung verursachten inneren Affektspannungen und Konflikte voraus.

Arbeit mit den Ressourcen der Persönlichkeit: Um Konfliktlösung zu fördern, werden biographische und aktuell wirksame Stärken angesprochen und in den therapeutischen Prozess integriert. Dieses „salutogenetische“ Vorgehen unterstützt gezielt den „natürlichen Selbstheilungsprozess“ der traumatisierten Patient(inn)en.

Arbeit an Konstellationen der internalisierten Objektbeziehungen („innere Bühne“): Die PITT arbeitet mittels Imagination mit „inneren verletzten Anteilen“ und Täterintrojekten nach dem *ego-state*-Konzept (Watkins & Watkins, 2003). Die MPTT geht vom Systemdiagramm der Erlebniszustände aus (den sog. *states of mind* nach Mardi Horowitz) und fördert durch Einsicht, Deutung und Übungen den Übergang in erwünschte und das Vermeiden problematischer *states*.

Manualisierung und Evidenzbasierung

In der psychoanalytischen Tradition wurde der Schritt hin zu einer Manualisierung bislang nur selten unternommen, vermutlich deshalb, weil man sich unter einem „Manual“ vor allem handlungsbezogene Instruktionen und konkrete, oft schematisierte Verhaltensanweisungen vorgestellt hatte. An der Kluft zwischen Theorie und Technik seien notwendige Innovationen der Behandlungstechnik bislang oft gescheitert, schreiben Fonagy, Roth und Higgitt (2005). Akzeptiert man diese Überlegung, so bietet sich als Ausweg eine dem psychodynamischen Gegenstand angemessene Manualisierung an. Prinzipien der Therapieführung und Beziehungsgestaltung sowie Interventionslinien stehen hierbei im Vordergrund.

Vergleicht man die Manuale von MPTT und PITT mit den innerhalb des psychodynamischen Feldes bislang vorliegenden Manualen, so ist festzustellen, dass dort spezielle Anleitungen für den Umgang mit traumatisierten Patienten fehlen.

Derzeit werden in den gängigen Bewertungssystemen durchweg RCTs (randomized controlled trials) an oberster Stelle angesetzt und damit ein Studientypus, der sich durch die vergleichsweise höchste Praxisferne auszeichnet. Insbesondere deshalb, weil es sich hier ausschließlich um Gruppenvergleiche handelt, die der Forderung nach einer individuellen Therapieführung oft genug Hohn sprechen. Aus unserer Sicht ist die Tendenz, möglichst nur noch RCTs gelten zu lassen, ein Verstoß gegen das Recht auf Würde, will sagen ein Verstoß gegen das Recht der Menschen, als einmalige Individuen betrachtet und behandelt zu werden.

Wie die meisten gegenwärtig bekannten Psychotherapieverfahren bewegen sich MPTT und PITT im Übergangsfeld zwischen klinischer Bewährung und „Evidenzbasierung“.

Einschlägig für die psychodynamische Traumatherapie ist die Untersuchung von Brom et al. aus dem Jahre 1989. In einer umfangreichen kontrollierten Studie an PTBS-Patienten in Holland ermittelten Brom, Kleber und Defares (1989) annähernd gleiche Therapieeffekte für kognitive Verhaltenstherapie, Hypnotherapie und psychodynamische Kurzzeittherapie nach dem Horowitz-Konzept, wobei letzteres tendenziell überlegene katamnestiche Daten aufwies.

Im Folgenden wollen wir sowohl die MPTT wie die PITT darstellen, beide in ihrer „Reinform“. Erfahrene Kliniker(innen) werden feststellen können, dass es sich als hilfreich herausstellt, beide Wege je nach den unterschiedlichen Bedürfnissen von Patient(innen) auch einander ergänzend anzuwenden.

■ Die mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT)

Die MPTT liegt in manualisierter Fassung seit dem Jahr 2000 vor, in neuer und erweiterter Ausgabe seit zwei Jahren, als Bestandteil einer ätiologieorientierten und insofern auch *kausalen* Psychotherapie psychotraumatischer und neurotischer Störungen (Fischer, 2007). Für Patientinnen, bei denen die psychotraumatische Ätiologie überwiegt, ist das spezielle Vorgehen nach der MPTT indiziert. Daneben werden im Manual zur „Kausalen Psychotherapie“ Therapievarianten für Übersozialisation (Neurose), Untersozialisation (Verwahrlosung, Verwöhnung, dissoziale Entwicklung) und für das Überwiegen einer psychobiologischen Ätiopathogenese (genetisch angeboren oder epigenetisch erworben) ausgeführt. Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach der beim einzelnen Patienten vorherrschenden Ätiopathogenese. Die genannten Ätiologien erfordern, was in der Vergangenheit nicht immer berücksichtigt wurde, ein jeweils recht unterschiedliches therapeutisches Vorgehen.

Die MPTT als für die psychotraumatische Ätiologie indiziertes Verfahren beruht auf einer *Standardversion*, die bei der Trauma-Akuttherapie durchschnittlich 10 therapeutische Sitzungen umfasst. *Varianten* der MPTT richten sich vor allem nach der Dauer des traumatischen Prozesses und der Komplexität des Traumaverlaufs. Während die Akuttherapie bei einfacher Traumatisierung durchschnittlich 10 Sitzungen umfasst, ist bei einem mittelfristigen Prozess (ab 1 Jahr) von einer bereits fortgeschrittenen neurobiologischen Verankerung der Traumafolgen auszugehen, so dass mit 30 - 50 Sitzungen ambulant zu rechnen ist. Bei Polytraumatisierung wird die MPTT-Standardversion mehrfach durchlaufen. Bei langfristig bestehendem und komplexem traumatischem Prozess (z. B. Kindheitstraumata) wird die Standardversion „antiregressiv“, ausgehend von der aktuellsten Traumatisierung bzw. Reaktualisierung hin zu den lebensgeschichtlich vorangehenden Traumata, eingesetzt. Nach der Regel (N + 1) leitet die Intervention von der (onto-)genetischen Störungsebene (N) zur nächsthöheren Strukturebene (N + 1) über, um von dieser „Metaebene“ aus die traumatische Erfahrung „aufzuheben“ im Sinne der dreifachen dialektischen Bedeutung von „Aufheben“ als lat. *tollere*, *conservare* und *elevare*. Die traumatische Erfahrung als ein zwanghaftes, intrusives Erinnern wird außer Kraft gesetzt (*tollere*, Kriterium A), sie wird als bewusste und kontrollierbare Erinnerung aufbewahrt (*conservare*, Kriterium B) und durch Übergang zu einer kognitiv-emotionalen Metaebene (*elevare*, Kriterium C) überwunden.

Was bedeutet „Integration“ in der MPTT?

Der MPTT liegt in allen Varianten ein psychodynamisch-

dialektisches Veränderungskonzept zugrunde, wonach ein therapeutischer Veränderungsschritt nur dann als gelungen bezeichnet werden kann, wenn er die dreifache Bedeutung von „Aufheben“ in sich verwirklicht. Nach dieser dialektischen Logik lässt sich auch das Konzept einer *Integration* der traumatischen Erfahrung präzisieren. Ist beispielsweise die Therapie vor allem auf Eliminierung von Symptomen gerichtet, so wird günstigenfalls zwar Kriterium (A) erfüllt, nicht aber die Kriterien (B) und (C). Von *Integration* der traumatischen Erfahrung im dialektischen Verständnis von „Aufhebung“ kann nicht die Rede sein, ebenso wenig bei Fehlen von (A), (B) oder/und (C). Gelingt es hingegen, in einem therapeutischen Veränderungsschritt alle drei Kriterien zu realisieren, so kann das Ziel einer *kausalen* Traumatherapie, das wir in der psychologischen ebenso wie in der somatischen Medizin einer bloß symptomatischen Heilung vorziehen, als erfüllt betrachtet werden. Ebenfalls unzulänglich erscheint, gemessen am Ziel einer kausalen Therapie, eine bloße „Strukturtherapie“ bei Traumapatienten. Hier werden zwar die Kriterien (A) und (C) angestrebt. Die wirkliche Integration der traumatischen Erfahrung scheitert jedoch, soweit Kriterium (B) ausgespart bleibt und damit die Umwandlung der überflutenden, intrusiven und automatisierten Erinnerungsfragmente in bewusste und kontrollierbare Erinnerung. In beiden Fällen, der Symptom- und der Strukturtherapie, kann bildlich von „Schiefeilung“ gesprochen werden: Über dem verborgenen Vulkan und um ihn herum wird eine ansehnliche Fassade errichtet, die jedoch in der Gefahr steht, bei den nächsten zu erwartenden Erdstößen einzubrechen. Zwar muss in der therapeutischen Praxis bei manchen Patienten die Phase des „emotionalen Durcharbeitens“ ausgespart bleiben oder sie wird erst nach längerer Behandlungsdauer möglich. Diese pragmatische Notwendigkeit, die sich bei einigen Patienten ergibt, sollte jedoch nicht zum Anlass genommen werden, das Ziel einer kausalen Heilung für die Traumatherapie generell aufzugeben.

Besonders problematisch erscheint, gemessen am Kriterium der Integration, eine verhaltenstherapeutische Konfrontationstherapie, die bisweilen sogar als „state of the art“ der Traumatherapie verkündet wird. Hier wird Kriterium (A) aus seinem konstitutiven Zusammenhang mit (B) und (C) gerissen. Die traumatische Erfahrung soll nicht „aufgehoben“, sondern einfach „gelöscht“ werden im Sinne beliebiger Programmierbarkeit. Nach dem obigen Vergleich soll hier zwar der Vulkan stillgelegt werden, mit dieser Maßnahme zugleich aber werden – bildlich gesprochen – die umgebenden Siedlungen der Menschen und ihre Städte vernichtet. Lebensgeschichtliche Kontinuität (Kriterium B – *conservare*) und eine kohärente Konstruktion von persönlicher Identität und Kohärenz der Lebensgeschichte (Kriterium C – *elevare*) werden dem Konditionierungsprozess geopfert.

Die MPTT ist eine verlaufsorientierte, phasenspezifische Therapieform und folgt wie auch die PITT grundsätzlich dem Janet'schen Regime von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration der traumatischen Erfahrung. Im Detail wird dieses Schema durch folgende Interventionen bzw. Veränderungsschritte umgesetzt:

Formulierung der basalen Interventionslinie. Hier wird das traumakompensatorische Schema, das u. a. im Selbstheilungsaspekt der Symptome zum Ausdruck kommt, positiv konnotiert und unterstützt. Die basale Interventionslinie wird verbal vorgetragen und kann durch Einführung eines Trainingsmoduls unterstützt werden, das auf das traumakompensatorische Schema optimal abgestimmt ist. Sie folgt einer dialektischen Intervention, deren Ziel es ist, die automatisierten Kontrollmechanismen des traumakompensatorischen Schemas, insbesondere den persönlichkeitsstypischen Kontrollstil und die präventive bzw. reparative Teilkomponente in eine geplante und planbare Handlung zu überführen. Ziel dieser Basisintervention ist die Stärkung und Differenzierung des traumakompensatorischen Schemas. Sie ist zugleich eines der wichtigsten Instrumente zum Aufbau der *minimalen Differenz*.

Arbeit an der minimalen Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung ist Voraussetzung für die therapeutische Arbeit. Ist sie nicht vorhanden, beherrschen negative Beziehungserfahrungen und mangelnde Beziehungsressourcen die therapeutische Beziehung. Das therapeutische Vorgehen besteht nicht nur darin, positive Beziehungserfahrungen zu vermitteln, sondern immer auch darin, negative Vorerfahrungen zu dekonstruieren.

Kognitives Durcharbeiten. Die erste Hälfte der Standardversion von MPTT zielt ab auf die „Gestaltbildung der traumatischen Situation“. Dazu werden Techniken eingesetzt, die auf kognitive Strukturierung hinarbeiten. Ziel ist es, den räumlichen und zeitlichen Zusammenhang der traumatischen Erfahrung wiederherzustellen, der in der zumeist fragmentierten Speicherung verloren ging. Neurobiologisch zielen die Interventionen auf eine Reaktualisierung der Hippocampusfunktion.

Gestaltbildung der traumatischen Situation. Woran lässt sich erkennen, ob die Phase der Gestaltbildung erreicht ist? Gestaltbildung bedeutet: Die traumatische Situation hat eine „Gestalt“, einen Umriss und damit eine Grenze gewonnen. Während der Patient zunächst *in* der Situation steckt, hat er nun eine gewisse Distanz dazu gewonnen und steht ihr gleichsam gegenüber. Kriterien der Gestaltbildung sind:

- Die Betroffene spricht in einer veränderten Weise über die traumatische Situation, z. B. in der Vergangenheitsform, während sie anfangs im Präsens sprach;
- sie zeigt eine veränderte Wortwahl, die auf stärkere Reflexion und Distanzierung hinweist, z. B. beschreibt sie jetzt selbst Zusammenhänge zwischen Elementen der traumatischen Situationen und gegenwärtigen Reaktionen, die ihr zuvor vielleicht unbewusst waren. Etwa eine Patientin, die sich nach negativer Intimität übergeben musste, kann dies jetzt in Zusammenhang bringen mit Ekel und Abscheu durch die negative Intimitätserfahrung in der traumatischen Situation;
- die traumatische Situation ist nunmehr räumlich und zeitlich kontextualisiert;

- deutlich geringer ausgeprägt sind somatische Begleitscheinungen beim Traumabericht, z. B. Weinen, Schmerzempfinden;
- das Erregungsniveau beim Reden über die traumatische Erfahrung hat abgenommen.

Neurobiologisch deuten diese Kriterien auf eine Normalisierung der u. a. in der Mandelkernregion verankerten Funktion des impliziten Gedächtnisses hin.

Emotionales Durcharbeiten und Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung. Die traumatische Erfahrung ist mit starken emotionalen Schmerzen verbunden, denen sich die Patientin jetzt direkter annähern kann. Sie hat durch den ersten Konstruktionsschritt die Sicherheit gewonnen, nicht mehr im Trauma zu versinken und von den traumatischen Affekten überflutet zu werden. In der Übertragung sind jetzt verstärkte „Beziehungstests“ zu erwarten, in denen sich die Patientin unbewusst versichern möchte,

- a) dass das Arbeitsbündnis hinreichend stabil und tragfähig ist für das emotionale Durcharbeiten und
- b) dass die Therapeutin mit den traumatischen Affekten und Inszenierungen umgehen kann, wenn sie jetzt in die Übertragung kommen.

Ziel dieser Phase der MPTT ist ein „dosiertes Erinnern“ und dosiertes emotionales Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung. Die Interventionen der Therapeutin sind durch ein vorsichtiges, dosiertes Aufgreifen der emotionalen Aspekte bestimmt und vor allem durch haltgebende Interventionen. Eine Dosierung der Emotionen wird u. a. durch Rückgriff auf Übungen erreicht, die sich in Phase (A) bewährt haben und/oder durch Rückgriff auf die beschreibenden und stabilisierenden Deutungen dieser Phase.

Integration. Die Rekonstruktion dient in besonderer Weise der Integration der traumatischen Erfahrung in die Lebensgeschichte und den weiteren Lebensentwurf. Durcharbeiten kann man auch verstehen als „auf- oder hinaufarbeiten“ der traumatischen Erfahrung auf den gegenwärtig erreichten Stand der konstruktiven Konfliktlösung. Insofern erfüllt diese Phase vor allem die Funktionen (B) und (C) der therapeutischen „Aufhebung“: im Gedächtnis bewahren (*conservare*) und auf eine Metastufe hin überschreiten (*elevare*).

Implementierung. Integration in die Lebensgeschichte ist die eine, Implementierung der konstruktiven Lösung in die gegenwärtigen Lebensverhältnisse die zweite Aufgabe in der Abschlussphase des Standardmoduls.

Rückfallprophylaxe. Hier wird als Szenario durchgespielt, was die Patientin tun kann, wenn die Symptome oder sonstige Züge der Vergangenheit wieder lebendig werden. In der Phantasie oder auch im Rollenspiel wird die Szene durchgespielt, und optimale Verhaltensweisen werden gemeinsam ausgearbeitet.

Im Folgenden wird am Beispiel einer 24-jährigen Patientin, Frau ZK, die Opfer eines Banküberfalls wurde, die Standardversion durchgespielt. Zu den einzelnen Sitzungen wird

zunächst die Anleitung aus dem „idealtypischen Sitzungsverlauf“ der MPTT angegeben, eingeleitet mit dem Hinweis *Manual*.

Stunden 1 - 3

Manual: Begleiten beim Traumbericht; Erarbeiten der *states of mind*; Psychoedukation; Normalisierung der Traumreaktion; strukturierende und klarifizierende Interpretationen; Formulieren der „basalen Interventionslinie“; Erarbeiten mindestens einer Technik zur Stabilisierung des traumakompensatorischen Schemas. Arbeit an der minimalen Differenz.

Verlauf: Frau ZK berichtet von dem Banküberfall, der ihr widerfahren ist. Dabei kommen ihre Symptome und Beschwerden deutlich zum Vorschein. Sie klagt über ein Spannungsgefühl im Kopf, das Bild des maskierten Täters vor dem Einschlafen, nächtliches Erwachen, Angst, allein aus dem Haus zu gehen, Angst bei Geräuschen, Verwirrung, Überforderung und dissoziatives Erleben (automatisiertes Handeln und Zeitlupengefühl in der Situation des Banküberfalls).

Die Patientin versucht mit Hilfe von Vermeidung, das Erlebnis, „eingesperrt sein und nicht fliehen können in einer lebensbedrohlichen Situation“ (Traumaschema, im Folgenden: TS), zu kontrollieren. Beim „traumakompensatorischen Schema“ werden lt. MPTT-Manual neben dem persönlichkeitsstypischen Kontrollstil drei Aspekte einer „naiv-psychologischen Traumatheorie“ unterschieden: der ätiologische Aspekt (wie hat es zu dem Ereignis kommen können?), der präventive (wie kann das Ereignis in Zukunft vermieden werden?) und der naiv-therapeutische Aspekt (wie kann das Trauma geheilt werden?). Bei der Exploration ihres traumakompensatorischen Schemas (im Folgenden: TKS) stößt man auf relativ rationale Ansätze, die sich therapeutisch aufgreifen und erweitern lassen. So besagt ihre Ätiologie (kognitiver Aspekt): „Mit so was muss man als Bankangestellte rechnen, gerade auch in so einer schwer einsehbaren Filiale.“ Die Heilungstheorie der Patientin kommt u.a. darin zum Ausdruck, dass sie das Hilfsangebot der Polizei, eine Beratungsstelle aufzusuchen, für sich annimmt und umsetzt. Auch der präventive Aspekt des TKS ist durch tatkräftige Entschlossenheit gekennzeichnet. Frau ZK beantragt die Versetzung in eine sichere Filiale, was ihr auch gestattet wird. Allerdings dominiert hier noch das ängstliche Vermeidungsverhalten. Nachts wird die Patientin durch jedes Geräusch auf dem Flur geängstigt, bei jedem Kunden, der die Bank betritt, argwöhnt sie, es könne der Täter sein, den sie ja nur maskiert gesehen hat.

In der „basalen Interventionslinie“ der MPTT wird in der Regel zunächst der präventive Aspekt des TKS aufgegriffen. Zusammengefasst lautete sie hier: „Es ist verständlich, dass Sie nach dem Ereignis so wachsam und misstrauisch sind. Manchmal besteht aber die Gefahr, dass Sie Hinweise auf bestimmte Gefahren übersehen. Was können wir tun, damit Sie in Zukunft noch wachsamer und aufmerksamer sein können?“ Der Patientin wurde die sog. Wachsamkeitsübung (Fischer, 2001, 2. Aufl. 2003, S. 74 ff.) vorgeschlagen. In einem Tagebuch vermerkt die Patientin verdächtige Anzei-

chen für Gefahren und bespricht sie in der folgenden Sitzung mit der Therapeutin. Dabei kann Frau ZK selbst einige Verdachtsmomente in Frage stellen. Ihre ängstliche Erregtheit geht allmählich zurück. Jetzt konnten mit der Patientin erste Entspannungs- und Distanzierungsübungen erarbeitet werden, wie „sicherer Ort“ (Reddemann, 2001) und Entspannung durch Atmen (a.a.O.; Fischer, 2001/2003). Wegen ihrer ständig gespannten Wachsamkeit und Übererregung hatte sie auf das Angebot von Entspannungsübungen zuvor ablehnend reagiert. Nicht nur bei Frau ZK, sondern bei den meisten Patienten mit Wachsamkeit und Misstrauen als traumakompensatorischer Komponente sind Entspannungsübungen zunächst kontraindiziert, da sie das traumakompensatorische Schema dieser Patienten und damit ihr Sicherheitsgefühl untergraben. Parallel zur einsetzenden Beruhigung konnte die Patientin gut mit der „Videotechnik“ arbeiten, sich den Täter auf dem Bildschirm vorstellen, ihn schrumpfen lassen und die Videokassette mit Szenen vom Banküberfall in einen Safe verpacken. Im Rahmen der basalen Interventionslinie wurde sie weiter dazu angehalten, verdächtige Hinweise aufzuschreiben und in der folgenden Sitzung zu besprechen.

Stunde 4

Manual: Fördern einer Gestaltbildung der traumatischen Situation (Übersicht statt Gefangensein in der Situation); Übungen zum Umgang mit schmerzhaften Affekten; Fokussieren des traumabedingten Konfliktthemas als vorbereitende Arbeit an einer konstruktiven Lösung (antizipatorisches Repertoire).

Verlauf: Frau ZK berichtet von einer ersten positiven Veränderung. Sie konnte ihre Angst vor Geräuschen, als sie sich allein in der Wohnung befand, mit einer imaginativen Übung schrumpfen lassen. Außerdem macht sie die erleichternde Erfahrung einer unterstützenden und verständnisvollen Umwelt, als sie bei einem defekten Aufzug nicht in der Lage ist, allein durch das Treppenhaus zu gehen und von ihrer Mutter hoch begleitet wird.

Die Gestaltbildung der traumatischen Erfahrung wird gefördert. Frau ZK kann in der Video-Übung das Ereignis einmal durchlaufen, mit dem emotionalen Beteiligungsgrad einer Zuschauerin: Sie imaginiert im Film eine Frau, der das Gleiche widerfuhr wie ihr selbst. Sie ist aber nicht selbst diese Frau. Dabei verbalisiert sie aus ihrer Zuschauerperspektive eine für sie selbst relevante Erlebnissequenz: Die Frau im Film „... bleibt aus Angst stehen ..., ... findet auf Antrieb den richtigen Schlüssel ..., ... Hände beginnen zu zittern ..., ... wurde von Polizei aus Kasse geholt ..., ... Heulen und Zittern ...“.

Die Konfrontation mit der traumatischen Erfahrung wird weiter intensiviert durch eine anstehende Gerichtsverhandlung, in der Täter und Opfer einander gegenüberstehen und Frau ZK eine Zeugenaussage machen muss. Dieses „Folgeereignis“ erzeugt erneute Belastung und Ängste vor der Rache des Täters. Sie lehnt die Auseinandersetzung damit heftig ab: „Ich will nicht daran denken.“

Die Entspannungs- und Visualisierungsübungen schreiten fort.

Stunde 5

Manual: Falls die traumatische Situation eine „Gestalt“ gewonnen hat, verschiebt sich der Fokus allmählich in Richtung des emotionalen Durcharbeitens; Fokussieren des traumabedingten Konfliktthemas.

Verlauf: Frau ZK berichtet zu Beginn der Stunde, dass die beunruhigenden Bilder vor dem Einschlafen seltener werden. Diesmal durchläuft sie bei der Videoübung in der Rolle einer Schauspielerin den Banküberfall: „... ich gehe zurück, drücke den Alarmknopf und bleib' da stehen und stehe da und denke, das kann nicht wahr sein, ich fühle mich wie im Film. Mein Kollege fängt an zu schreien, da weiß ich, es ist wirklich ...“ Die Thematisierung der Gerichtsverhandlung wird weiter abgelehnt: „Ich verdränge das.“ Nach dem wünschenswerten Ablauf der Gerichtsverhandlung befragt, kann sie angeben, dass ein Bankmitarbeiter und die Mutter mit dabei sein sollten. Frau ZK klagt weiterhin über Ängste, wenn sie allein zu Hause ist: „Ich versuche, nicht alleine zu sein, ich höre das Geräusch dreimal so laut.“ In einer Vorstellungübung „Allein – Knistern vor der Tür“ wird versucht, die Angst spürbar und gleichzeitig kontrollierbar zu machen.

Die Entspannungsübung und die Visualisierung „sicherer Ort“ laufen gut.

Das traumabedingte Konfliktthema der Patientin dreht sich vor allem um die Frage, ob sie den Bankkunden künftig noch vertrauen kann, da ja jeder als maskierter Täter später wiederkommen könnte. Dieser Kern ihrer Ängste wird positiv konnotiert und als verständliche Antwort auf die traumatische Erfahrung „normalisiert“. Der Therapeut spitzt den Konflikt auf die Frage zu, wie die Patientin je wieder Vertrauen fassen könnte und welche Lösung es für diesen Konflikt vielleicht geben könnte. Die basale Interventionslinie wird allmählich zum ZTST hingeleitet.

Stunde 6

Manual: Suche nach konstruktiver Lösung für den traumabedingten Konflikt; emotionales Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung; Ansprechen des Therapieendes.

Verlauf: Ein weiteres stark belastendes Folgeereignis ist das Entschuldigungsschreiben des Täters, das an die Privatanschrift des Opfers geschickt wurde. „Ich komme mal gerade mit der Situation klar, es wird immer besser und besser - und jetzt so was - ... ich war total geschockt, musste mich setzen.“ Heftige Wut und Ärger kommen zum Ausdruck.

Das gemeinsame Nachdenken darüber, wie der Täter an die Privatanschrift des Opfers kommen konnte, das empathische Aufgreifen des zentralen Gefühls („Sie haben sich in dem Moment so ungeschützt gefühlt ...“) sowie das Aufzeigen eines Lösungsweges („... das würde ich in der Gerichtsverhandlung erwähnen. Der Bankvorstand könne sich, um die erneute Belastung zu belegen, auch an ihn [den Therapeuten] wenden ...“) führen zu einer Beruhigung und gleichzeitig zu einer ersten Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Gerichtsverhandlung. In einem Rollenspiel wird der mögliche Ablauf der Verhandlung vorausphantasiert, so dass die Patientin sich allmählich darauf vorbereiten kann.

Die Entspannungsübung, die mit der Visualisierung eines sicheren Ortes gekoppelt ist, führt nach dem akuten Ereignis (Brief des Täters) und dem ersten Durchsprechen des Vorgefallenen wieder zu Beruhigung und Distanzierung.

Frau ZK berichtet noch, dass der Bankvorstand wegen des Schreibens an die Privatadresse einen Rechtsanwalt eingeschaltet habe. Damit erlebt die Patientin erneut eine kooperative und schützende Umwelt.

Kommentar: Wegen der Komplikation durch die Verhandlung wurde entgegen dem Manual darauf verzichtet, schon in dieser Sitzung das Therapieende anzusprechen.

Stunde 7

Manual: Auf Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung achten; Einbezug von bislang vermiedenen Elementen, jedoch mit Rücksicht auf die Mitteilungsfreiheit des Patienten; Erweiterung des „minimalen kontrollierten Ausdrucks- oder Handlungsfeldes“: Was kann die Patientin gegen erneute Symptomatik unternehmen? Durchspielen von Retraumatisierung und „Impfung“ gegen Rückfälle.

Verlauf: Frau ZK berichtet von einem erneuten Banküberfall auf ihre ehemalige Filiale, was ihre Ängste wieder aufgerührt hat („... ich bin sofort aus der Kasse raus, auf die Straße raus und hatte das Gefühl, ich war selber wieder betroffen. Herzklopfen ...“). Sie ist in der Lage, das Geschehene sofort durchzusprechen. Dabei hat sie folgende Erfahrung machen können: „Die Ängste sind wieder da. Abends habe ich mir das wieder vorgestellt. Da war das Bild wieder da. Nach drei Tagen war es wieder weg.“

Der Therapeut hebt im Rahmen der „basalen Interventionslinie“ als Leistung der Patientin hervor, dass sie ihre Ängste wahrnehmen und darauf vertrauen konnte, dass diese wieder vergehen. Das sei ein Zeichen dafür, dass sie ihre Ängste jetzt besser unter Kontrolle habe.

Frau ZK erlebt sich mächtig und kompetent.

Sie macht erstmals die Entspannungsübung von sich aus vor, der Therapeut macht sie mit.

Die bevorstehende Gerichtsverhandlung kann jetzt im Rollenspiel mit einem hohen Intensitätsgrad durchgespielt werden.

Stunde 8

Manual (für Sitzungen 8, 9, 10): Rückfallprophylaxe; Diskussion der weiteren Lebensplanung; Angebot, notfalls wieder in die Therapie zu kommen; Abschiednehmen, Durcharbeiten des Trennungsschmerzes (so vorhanden).

Verlauf: Diese Stunde ist gefüllt von den Erfahrungen, die Frau ZK während der Gerichtsverhandlung gemacht hat. Hier zeigt sich am deutlichsten, dass die traumatische Erfahrung durchgearbeitet werden konnte und das TKS seine Funktion wieder erfüllt.

Frau ZK hat selbständig „gute“ Begleitpersonen (Mutter und Kollege) für die Gerichtsverhandlung gewonnen. Sie erlebt sich zu Beginn der Verhandlung sehr nervös, nimmt dann aber Blickkontakt zu einer vertrauten Person auf, so dass sie sich fangen kann und Konzentration möglich wird.

Sie kann auf die „komischen“ Fragen des Richters sowie auf eine unpassende Äußerung des Rechtsanwalts adäquat reagieren. Selbstbewusst äußert sie vor dem Gericht, dass sie keinen Kontakt zum Täter mehr wünscht.

Außerdem beschreibt sie, dass ihr „ganz schlimmes Bild vom Täter“ durch den realen Menschen ohne Maske („ganz normal und ordentlich“) ersetzt worden sei. Damit haben sich auch ihre diffusen Ängste weiter reduziert.

War sie zuerst „ohnmächtig der Situation ausgeliefert“, so kann sie nun aktiv mit der Gefahr umgehen. Frau ZK lässt sich in die sichere Hauptstelle weiterversetzen; der Täter wird vom Gericht verurteilt.

Stunde 9

Manual (für Sitzungen 8, 9, 10): Rückfallprophylaxe; Diskussion der weiteren Lebensplanung; Angebot, notfalls wieder in die Therapie zu kommen; Abschiednehmen, Durcharbeiten des Trennungsschmerzes (so vorhanden).

Verlauf: Diese Stunde dient dem Aufbau einer Immunisierung gegen mögliche Rückfälle. Es werden kritische Situationen nach ihrem Schweregrad aufgelistet und schrittweise durchgearbeitet. Dazu werden hilfreiche Gedanken entwickelt. Frau ZK arbeitet bis zur höchsten Belastungsstufe mit. Die Vorstellungsbildungen „Noch einmal eine Aussage machen“ und „Überfall“ lösen jedoch heftige Ablehnung aus. Therapeutisch wird zunächst insistiert, sich erneut auf die Vorstellungen einzulassen. Die Patientin lehnt das konsequent ab. Dabei baut sich eine belastende Spannung auf. Patientin und Therapeut leiten abwechselnd die Entspannungsübung, in der sich Frau ZK maximal erholen kann. Die Spannung zwischen Therapeut und Patientin weicht, was in einem entspannten und gelösten Lachen am Ende der Übung zum Ausdruck kommt.

Stunde 10

Manual (für Sitzungen 8, 9, 10): Rückfallprophylaxe; Diskussion der weiteren Lebensplanung; Angebot, notfalls wieder in die Therapie zu kommen; Abschiednehmen, Durcharbeiten des Trennungsschmerzes (so vorhanden).

Verlauf: Das Ansprechen des Therapieendes löst keine Ängste aus. Frau ZK fühlt sich sicher und kompetent: „Es wird immer besser und besser. Ich denke fast gar nicht mehr an die Geschichte.“ Sie will gerne an der katamnestic Nachuntersuchung in einem halben Jahr teilnehmen. Die Patientin erhält das Angebot, bei erneuten Ereignissen wiederkommen zu können, und wird ermuntert, die Entspannungsübung zu Hause fortzuführen.

Abschließend sprechen Therapeut und Patientin über Verbesserungsvorschläge bezüglich der Betreuung und Behandlung in der Beratungsstelle.

Der Therapeut erläutert noch das psychotraumatische Belastungssyndrom, unter dessen Symptomatik die Patientin zu Therapiebeginn gelitten hatte. Daraus leiten beide zusammen Kriterien ab, woran die Patientin einen möglichen Rückfall erkennen könnte. Es wird ein Termin für die Katamnese vereinbart.

■ Die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)

Die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie wurde aufgrund klinischer Erfahrungen und Notwendigkeiten ab 1985 entwickelt und konzeptualisiert. Manualisiert liegt sie seit 2004 vor (Reddemann, 2004). Ausgehend von den Berichten traumatisierter (Borderline-)Patientinnen und der daraus sich ergebenden Herausforderung, diesen Patientinnen im Rahmen eines stationären Settings angemessen zu begegnen, ergaben sich für uns folgende Fragen:

Wie kann man die therapeutische Beziehung für diese Klientel optimal nutzen?

Welche Möglichkeiten gibt es, das Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen angemessen zu steuern?

Wie wird man der Tatsache drohender Gefühlsüberflutung und der Angst davor gerecht?

Allgemeine Grundlagen von PITT

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; Schwartz, Schwartz & Galperin, 2009; Watkins & Watkins, 2001). Die Vorstellung verschiedener Ichs ist dem psychoanalytischen Denken vertraut, so sprach z. B. E. Simmel (1918) 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 den Teil, der aktiv in die Therapie kommt). Das Konzept der *ego states* ermöglicht es in besonderem Maße, die Selbstbeziehung und Selbstheilung zu fördern und ist besonders bei dissoziierenden Patienten hilfreich. Hier wird das dissoziative Verhalten als Ressource genutzt, d. h., PITT nutzt verschiedentlich die bei komplex traumatisierten Patientinnen und Patienten üblichen dissoziativen Mechanismen in verwandelter Form.

Wenn man dissoziatives Verhalten bewusst therapeutisch nutzt i. S. einer aktiv herbeigeführten Distanzierung, erweist sich dies als hervorragender Schutz gegen Affektüberflutung, wie beim 2. Fallbeispiel angedeutet. Darüber hinaus kann das Konzept der verschiedenen *states* oder der Teile in besonders leicht nachvollziehbarer Form verdeutlichen, dass die Patientin alles, was sie braucht, letztlich in sich selbst finden kann, so z. B. beobachtende oder tröstende *ego states*. Und dass sie selbst schon längst die Schöpferin dieser selbstregulativen Prozesse war und ist. Damit orientieren wir uns an dem Satz von Paracelsus, wonach der Arzt nur kurieren könne, aber die Natur – das Selbst – heile. (Dies vertritt ähnlich Richard Schwartz in seinem Ansatz der „Internal Family Systems Therapy“; Schwartz, Schwartz & Galperin, 2009.)

So empfehlen wir z. B. Wahrnehmungsarbeit, wobei ausdrücklich „ohne zu urteilen“, d. h. auch ohne das Risiko der

Gefühlsüberflutung beobachtet und wahrgenommen werden soll. Dies ist eine Art bewusstes und aktives Dissoziieren bzw. dem Mechanismus der Dissoziation verwandtes Handeln. Die aktiv betriebene Distanzierung führt dazu, dass Kontrolle erlebt werden kann, die Angst vor Gefühlsüberflutung zurückgeht und dadurch mehr an Gefühl toleriert werden kann.

In der psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (PITT) werden die Fähigkeiten vieler Traumapatienten, sich innere Gegenwelten zu den erschreckenden traumatischen Erfahrungen zu gestalten, systematisch genutzt. Abwehrmanöver werden zunächst stets unter Ressourcengesichtspunkten gewürdigt. Des Weiteren geht es darum, Distanzierung von überflutenden inneren Bildern anzuregen durch Imaginationen; und das klassische Vorgehen mit dem Ich als Ganzem zu arbeiten zugunsten des Konzepts, verschiedener Ich-Zustände, *ego states*, teilweise zu ersetzen und zu modifizieren (Federn, 1952; Watkins & Watkins, 1979). Dies ermöglicht zunächst eine Stärkung des „erwachsenen Ich“ i. S. der Schulung der Binnenwahrnehmung und der Affektsteuerung. Weiterhin wird mit Täterintrojekten mittels imaginativer Techniken gearbeitet, die am Konzept der *ego states* orientiert sind.

Es sei betont, dass nach neuerer Forschung das, was wir uns vorstellen, in ähnlichen Hirnarealen zur Aktivierung gelangt wie das, was wir konkret tun, d. h., Vorstellung löst Ähnliches aus wie Handeln, das wusste schon Freud, 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 behandelt wird, sehr viel an nachholender Heilung bewirken. Leider wird bis auf den heutigen Tag von vielen Therapeut(inn)en lediglich das Schmerzliche einer traumatischen Erfahrung hervorgeholt, statt auch alternative progressive Vorstellungen dazu zu entwerfen. Solche Vorstellungen entwickeln sich aber am ehesten mit Hilfe einer an den Bedürfnissen der Patientin interessierten und diese fördernden Therapeutin.

Dazu gehört aus unserer Sicht insbesondere eine progressionsorientierte Fokussierung auf das Arbeitsbündnis nach Fürstenaus Motto: Zwei Erwachsene arbeiten zusammen an den Problemen sog. verbliebener Kindlichkeit. Das am meisten dafür geeignete Instrument zur Selbstberuhigung scheint nach unserer Erfahrung die Arbeit mit verletzten Anteilen 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 beelert und versorgt werden, d. h., dass eine bedürfnisbefriedigende Erfahrung mit Hilfe der Vorstellungskraft ermöglicht wird.

Die Traumakonfrontation geschieht mit gezielter Nutzung der beobachtenden Fähigkeiten, auf die Freud (1912) bereits hingewiesen hat. Es handelt es sich hier um ein aktiver gestaltendes Eingreifen des Therapeuten, indem er die bewusste Nutzung dieser Fähigkeit einbringt, um retraumatisierenden Affektüberflutungen zuvorzukommen und den Patienten zu schützen. Es lässt sich auch sagen, dass durch diese bewusste Nutzung die therapeutische Ich-Spaltung angeregt wird, die ansonsten vielen traumatisierten Patient(inn)en kaum oder gar nicht möglich ist.

Im Gegensatz zu den Empfehlungen von Horowitz werden nicht Abreaktion und Katharsis angestrebt, vielmehr wird die detaillierte Wahrnehmung traumaassoziierter Inhalte empfohlen, um damit eine Integration dieser Inhalte zu erzielen.

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 (u.a. Ferenczi, 1999; Balint, 1969; Moses, 1978). Ein zentraler Abwehrmechanismus, der vor allem bei Borderline-Patienten genannt wird, ist der der Spaltung in ganz und gar gute und ganz und gar böse innere Objekte und die Projektion dieser inneren Verhältnisse nach außen mit den bekannten schwierigen Folgen für die therapeutische Beziehung. Diese schwankt ständig zwischen Idealisierung und Entwertung. Bei unserer Klientel stellte sich heraus, dass ein konsequent deutender Umgang mit der Spaltungstendenz zu vermehrtem Agieren führte. Wir verstehen dies heute so, dass die Deutung eines traumakompensatorischen Mechanismus (Fischer, 2000a) mit dem Ziel der Auflösung desselben für unsere traumatisierten Borderline-Patientinnen zu mehr traumatischem Stress führte, was das stärkere Agieren erklären kann. Ähnlich wie in der MPTT gehen wir davon aus, dass die jeweiligen Abwehr-, besser Schutzbewegungen gegen den traumatischen Prozess als eine sinnvolle Leistung zu würdigen sind. Darüber hinausgehend 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 Umgehensweise 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 auch aus unserem Verhalten und unseren Interventionen resultierte, fertig zu werden.

Wie sind wir dem begegnet?

Dazu war es erforderlich, die Vorstellung von der ganz und gar hilflosen Patientin in Frage 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, indem wir mit ihnen detailliert ihre Ressourcen explorierten 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 so genannten idealen Eltern versorgen und trösten zu lassen. Wir verstehen dies als ein Verweisen der regressiven Prozesse auf die „innere Bühne“ als einen 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, Geborgenheit und Sicherheit spendet, sowie hilfreicher Wesen als die am meisten Ich-Stärkung fördernde Intervention. Insbesondere hilft diese Imagination der Patientin, aus der Hilflosigkeit sich selbst gegenüber herauszukommen. (Nicht unähnlich wird in der Schematherapie [Young et al., 2005; Roediger, 2009] mit verletzen kindlichen Teilen gearbeitet.)

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. Biographisches 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. Der Patient wurde über unser Vorgehen, insbesondere das imaginative Konzept, genauestens informiert, und er gab dazu seine Zustimmung. Nun wurde dem Patienten vorgeschlagen, das unkontrollierte, impulsive Verhalten probeweise unter dem Aspekt zu betrachten, dass sich 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 treten. Nachdem ihm dies gelungen war, wurde er gebeten, den Jungen einzuladen, mit ihm an einen guten, Geborgenheit spendenden, 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 Biographisches 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 mehreren 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 kindlichen Anteilen 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 weitere traumatische Erfahrungen wurden lediglich mitfühlend zur Kenntnis genommen, aber nicht genauer exploriert. Der Patient wusste allerdings, dass es zu einem späteren Zeitpunkt 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 mit der schamvollen Andeutung, 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 mit Hilfe der Beobachertechnik (s. dazu Reddemann, 2001 und 2004), einer imaginative Vorgehensweise, bei der die Geschehnisse des Traumas mit dem Schutz der Distanzierung durch einen „inneren Beobachter“ 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 kümmere, 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.

Unseres Erachtens ist die Traumakonfrontation bei komplex traumatisierten Patient(inn)en 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. Eine ähnliche Ansicht wird von Christine Courtois, Julian Ford und Marilyn Cloitre in ihrer jüngst erschienen Arbeit „Best practice in psychotherapy for adults“ im Buch „Treating complex traumatic stress disorder“ (Courtois et al., 2009) vertreten.

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-Gegenübertragungs-Geschehens von zentraler Bedeutung. Es wird dann allerdings 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 Anerkennung des geschehenen Unrechts werden im Umgang des erwachsenen Selbst mit den jüngeren Teilen stark betont. In der PITT arbeiten wir mit der Vorstellung, dass die nicht abgeschlossene Gestalt des Traumas nicht nur durch ein genaues Durcharbeiten desselben, sondern besonders durch Trost und Mitgefühl abgeschlossen werden kann, möglicherweise genügen sogar Trost und Mitgefühl mit sich selbst ohne intensive Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf.

Die Arbeit mit dem oben beschriebenen Patienten führte beim Therapeuten häufig zu inneren Reaktionen des Verurteilens, die er als Übernahme der Rolle strafender Eltern verstand, andererseits auch häufig zu Gefühlen der Lähmung und der Ausweglosigkeit, wie sie der Patient schilderte, und dem Therapeuten zu vertieftem Mitgefühl mit dem Patienten verhalf.

PITT und das 3-Phasenmodell der Traumatherapie

Wir bemühen uns von Beginn der Therapie an, das Phasenmodell nach Janet (Herman, 2003) ohne die Prozessorientierung aus dem Auge zu verlieren, anzuwenden (dazu Reddemann, 2004) sowie die weiter oben beschriebenen Interventionslinien zu verfolgen.

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 B. 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 die Patientin es jetzt will. Sie fragt daher, ob es *der Wunsch* der Patientin sei, darüber jetzt zu sprechen. Dies wird bejaht. Darauf erklärt die Therapeutin, es sei ihr wichtig, dass sich die Patientin nach dem Gespräch in sich sicher 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 trotzdem 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 emotional so 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 es für sie bis heute eine Qual sei, diesem Mann zu begegnen, obwohl der jetzt naturgemäß „uralte“ 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 ihm zu erklären, dass nun eine andere Zeit und es 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 ihnen, wenn sie es wollen, 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 – falls erforderlich, auch mit malignen inneren Objekten, so genannten Täterintrojekten. Im Wesentlichen geht es darum, auch diese Teile in ihrer Schutzfunktion zu würdigen, zu erkennen, dass sie wie die verletzten Anteile ebenfalls in der Zeit der Traumata wie „eingefroren“ sind, und sie „in die Gegenwart zu holen“. Das Gegenwärtigsein-Können sämtlicher Anteile trägt der Vorstellung Freuds Rechnung, dass das Unbewusste zeitlos ist. Nicht voll dem Bewusstsein zugängliche Anteile – *ego states* – leben daher in der Zeitlosigkeit ihrer traumatischen Erfahrungen. Stabilität wird u. a. dadurch erreicht, dass alle Anteile ein Bewusstsein für die Gegenwart zu entwickeln lernen.

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 gestörten Patientinnen und Patienten so viel Verantwortung für sich selbst zuzutrauen, mag seltsam erscheinen. Tatsächlich ist sie auch nicht für alle Patient(inn)en einlösbar oder leicht einlösbar. Es ist jedoch erstaunlich, was 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-Ich-Funktionen eher i. S. von Ermutigung, die eigenen selbstregulativen Kräfte aufzuspüren und zu nutzen, statt direktes Eingreifen. (Wenn dies aber unumgänglich ist, geschieht es.)

Die Arbeit mit malignen Introjekten

Introjektion ist ein normaler Vorgang in der kindlichen Entwicklung. Wir alle nehmen als Kinder Verhaltensweisen, Arten des Umgangs mit Gefühlen und Stimmungen usw., die wichtige andere an uns herantragen, in uns auf. Problematisch wird dieser Vorgang immer dann, wenn ein Mensch von wichtigen anderen traumatisiert, also letztlich verraten und beschädigt wird, und auch dies aufgenommen und ins Selbst hineingenommen wird. Als Erster hat Ferenczi (1999) diesen Mechanismus beschrieben. Aus unserer Sicht dient Introjektion in diesem Kontext dem Schutz der Beziehung; denn in Situationen extremer Abhängigkeit – für ein Kind bedeutet die Abhängigkeit von den Eltern, dass es hier um „Leben und Tod“ geht, verlassen die Eltern ihr Kind, muss es sterben – muss das Kind, wenn auch unbewusst, etwas tun, das die Beziehung zu den wichtigen anderen aufrechterhält. Das bedeutet, es geht bei genauer Betrachtung um Angst vor dem Verlassenwerden, die die kreativen Kräfte in Gang setzt, innere Anteile zu kreieren, die im eigenen Inneren sprechen und handeln wie ein lebenswichtiger anderer.

Vor diesem Hintergrund arbeiten wir in der PITT mit den so genannten malignen Introjekten. Ausgehend vom *ego-state*-Modell, in dem unterstellt wird, dass jeder Teil, jeder *state*, dem Überleben dient, wird die Patientin eingeladen, einen wertschätzenden Kontakt mit dem Teil herzustellen und diesen in einem längeren inneren imaginativen Dialog einzuladen, die bisherige Art des „Helfens“ zugunsten einer dem jetzigen erwachsenen Leben angemessenen Form zu verwandeln.

Fallbeispiel:

Frau H., aufgewachsen mit einem alkoholkranken Vater, der häufig gewalttätig wurde, und einer depressiven Mutter, berichtet davon, dass sie in Situationen, in denen sie sich etwas Schönes gönnen wolle, stets eine Stimme in sich höre, die ihr sage, das habe sie nicht verdient. Sie stellt sich als zu der Stimme gehörig eine dunkle Gestalt vor, von der sie sich regelrecht bedroht fühlt. Sie erinnert sich, dass der Vater die Mutter immer dann geschlagen habe, wenn diese etwas Eigenes vorhatte, und wie sie sich schon in sehr jungen Jahren gedacht habe, dass die schönen Dinge nur für Männer da wären. Auf die Frage, was es denn wohl für das kleine Mädchen und ihre Beziehung zum Vater bedeutet haben könnte, sich dies so vorzustellen, meinte sie, ja dann, wenn ich ganz bescheiden war, war ich sein kleines Mädchen, das er geliebt hat. An dieser Stelle wird die Patientin sehr traurig und fühlt die Verzweiflung des Kindes, das für alle da sein will, es allen recht machen will. So kann sie diesem Teil sagen, dass ihr klar wird, dass er sie schützen wollte. In ihrer Vorstellung verändert sich jetzt die dunkle Gestalt und wird zum einen kleiner, zum anderen heller. Sie kann sie nun fragen, ob die Gestalt wisse, dass sie kein kleines Mädchen mehr sei, sondern eine erwachsene Frau, die ihr Leben selbst gestalten könne. Wie beinahe immer bei dieser Arbeit, antwortet dieser Teil, dass er in ihr immer noch das kleine Mädchen sehe. Dies erinnert an den Hinweis Freuds, dass im Unbewussten Zeitlosigkeit herrsche. Die im Unbewussten weiterlebenden *ego states* wissen nichts davon, dass das Leben seit den traumatischen Erfahrungen der Kindheit weitergegangen ist und dass, was

noch bedeutsamer ist, das erwachsene Ich über andere und weiterreichende Kompetenzen verfügt und nicht mehr abhängig von der Liebe der Eltern ist. Frau H. nimmt sich in der Folge Zeit, ihrer inneren Gestalt „ihr erwachsenes Leben zu zeigen“. Danach bittet sie die Gestalt, ihr auf andere Weise als bisher beizustehen, und entwickelt gemeinsam mit der Gestalt den Satz „Schau genau hin, ob dir das guttut“, den ihr die Gestalt künftig sagen wird. Die Gestalt wird ihr also künftig mit diesem Satz helfen, was im weiteren Verlauf der Therapie zu einer großen Erleichterung für die Patientin führt. Wichtig an diesem Vorgehen ist, dass sich die Teile in ihrem eigenen Tempo und aufgrund ihres eigenen „Wollens“ verändern und nicht durch vom erwachsenen Ich ausgehendes Forcieren und Wollen, ja Gewalt.

Genderspezifische Gesichtspunkte und „kollektive Introjekte“

Das erwähnte Fallbeispiel weist nicht nur auf eine individuelle Problematik hin, sondern auch auf ein Geschlechtsstereotyp, das von Generation zu Generation teils bewusst, gewiss aber unbewusst weitergegeben wurde: Bestimmte Dinge gebühren Männern oder Frauen. Wir halten es für notwendig, mit Patientinnen und Patienten auch an diesen Geschlechtsstereotypen und anderen genderspezifischen Themen zu arbeiten, damit sie, wenn sie es wollen, sich neue Räume im Umgang mit ihrer Geschlechterrolle erschließen können.

Als „kollektive Introjekte“ betrachten wir alle kulturell über Generationen vermittelten Vorstellungen und Einstellungen, die häufig weitgehend unbewusst eine starke Wirkung haben und sich häufig einer Entwicklung der Persönlichkeit entgegenstellen. Auch dies ein Hinweis, dass ausschließlich traumakonfrontierende Arbeit zu kurz greift.

Wir haben häufig erlebt, dass vor allem Patientinnen, mit denen wir über gesellschaftlich tradierte Frauen- und Männerbilder sprachen, regelrecht aufatmeten, wenn ihnen diese Zusammenhänge bewusster wurden.

Traumabearbeitung in der PITT

Sind Patient(inn)en stabil genug, bedeutet die Möglichkeit, traumatische Situationen durchzuarbeiten, einen Zuwachs an Integration auf verschiedenen Ebenen: Zum einen wünschen sich viele Menschen ein kohärentes Narrativ ihrer Lebensgeschichte. Zum anderen kann nur die detaillierte Bearbeitung einer traumatischen Erfahrung auch die Widerstandskräfte oder die Resilienz aufdecken, die damit in Zusammenhang stehen, anders ausgedrückt: Nur durch das genaue Durcharbeiten weiß die Patientin, dass sie alles ihr Mögliche während der traumatischen Erfahrung getan hat.

Die Traumabearbeitung wird mit der Vorstellung, dass alle „erlebenden Teile“ in Sicherheit, an einem guten, Geborgenheit spendenden Ort sind, eingeleitet. Anschließend erfolgt das detaillierte Durcharbeiten aus der Sicherheit der Beobachterperspektive heraus, sog. Beobachertechnik (ausführlich in Reddemann, 2001, 2004).

Ein entscheidendes Moment der Traumabearbeitung in der PITT ist, dass wir großen Wert auf inneren Trost und Mitgefühl mit dem traumatisierten Teil legen. Nach der Durcharbeitung der traumatischen Situation erfolgt eine längere imaginative

Phase, in der das erwachsene Ich sich liebevoll seinem jüngeren zuwendet und ihm „alles gibt, was es schon damals gebraucht hätte“. (Gegebenenfalls wird dies in der Vorstellung auch von hilfreichen Wesen übernommen, wenn sich das erwachsene Ich überfordert fühlt.)

Nach unserer Einschätzung ist die Phase des Trostes entscheidend wichtig, um die unabgeschlossene Gestalt in eine geschlossene zu verwandeln. Wir gehen davon aus, dass nach der Traumabearbeitung auch das nachgeholt werden sollte, was Menschen hilft, mit Traumata fertig zu werden, nämlich dass andere mitfühlend und tröstend da sind. Dies aber hat Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen immer gefehlt. Aufgrund unserer klinischen Erfahrung halten wir dieses Vorgehen, bei dem der Trost in der und für die Gegenwart erfolgt und nicht durch eine imaginative Veränderung der Vergangenheit, z. B. dadurch, dass der Patientin vorgeschlagen wird, sie als Erwachsene gehe in die traumatische Situation und belehre und bremse den Täter, für die Entwicklung eines realistischen Gegenwartsbezuges für nützlich. Darüber hinaus fördert dieses Vorgehen Trauerarbeit in dem Sinn, dass das Vergangene akzeptiert werden kann, wie es war. Lässt man die Patient(inn)en den Rückgang der Belastung nach der Traumabearbeitung einschätzen und dann noch einmal nach der Phase des Trostes, so findet sich regelhaft noch einmal ein deutlicher Rückgang der Belastung, wenn die Patientin an das traumatische Ereignis denkt.

Traumakonfrontation in dem hier verstandenen Sinn sollte in einen Therapieprozess eingebettet sein. Denn, wie bereits erwähnt, geht es ja um mehr als die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen.

Jeder Traumadurcharbeitung sollte eine längere Zeit des Trauerns folgen und eine Restabilisierung, des Weiteren eine Arbeit (Phase 3 nach Janet), die mit Neubeginn am besten umschrieben wurde.

Neubeginn

Diese Phase beinhaltet, eine neue Art des Umgangs mit Konflikten zu lernen. Komplex traumatisierte Menschen mit entsprechenden Störungen haben im Allgemeinen ein kleines Repertoire im Umgang mit Konflikten und den „normalen“ Widrigkeiten des Lebens. Jetzt kann daran gearbeitet werden, wie noch und wie ganz anders die Schwierigkeiten des Lebens angegangen werden können; aber auch, wie nun Hoffnungen, Pläne und Wünsche aktiv gestaltend einen neuen Platz im Leben finden. Vieles aus der Phase der Stabilisierung taucht nun von Neuem auf und kann quasi auf einem nächsthöheren Niveau genutzt werden.

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 Befinden sind unmittel-

telbar 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) unterstützen und ergänzen die imaginative Therapie im engeren Sinn.

Die hier skizzierte Arbeitsweise hat dazu geführt, dass agierendes Verhalten bei unseren Patientinnen und Patienten deutlich abgenommen hat. Die Patient(inn)en 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 fürsorglicher und mitfühlender mit sich umgehen. Schwer beziehungs-traumatisierte Patienten werden selten mit wenigen Sitzungen oder einigen Wochen Klinik gesünder. Sie benötigen im stationären Rahmen in der Regel mehrere Intervalle und ambulant mehrere Jahre Therapie. Insofern ist die derzeitige Diskussion um immer kürzere Behandlungszeiten für diese Klientel fatal. Andererseits gibt es auch nicht wenige so genannte 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.

Es konnte gezeigt werden (Lampe et al., 2008), dass durch unser Vorgehen nach PITT die Selbstberuhigungsfähigkeit der von uns behandelten schwerst traumatisierten Patientinnen mit schweren, überwiegend dissoziativen Traumafolgeerkrankungen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant zunahm und dass der Rückgang von Symptomatik proportional zur Selbstberuhigungsfähigkeit zunahm.

Eine weitere Studie von Lind, Ottomeyer und Renner (2006) sowie Renner, Lind und Ottomeyer (2008) konnte sehr günstige Ergebnisse in einer kombinierten Therapie von Psychodrama und PITT-Elementen der Phase 1 zeigen.

Abschließend lässt sich sagen, dass eine Stärke traumaadaptierter psychodynamischer Therapien in der Behandlung chronifizierter und langfristig bestehender Traumatisierung zu liegen scheint, dies vor allem auch deshalb, weil hier eine Neugestaltung der Bindungsfähigkeit ermöglicht und die Selbstbeziehung zu einer wichtigen Ressource werden kann.

■ Literatur

- Antonowski, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 9/10, 797-839.
- Brom, D., Kleber, R.J. & Defares, F.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: Norton.
- Courtois, C.A., Ford, J.D. & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy of adults. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders* (pp. 82-103). New York: Guilford.
- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychosis*. New York: Basic Books.
- Ferenczi, S. (1999). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In S. Ferenczi (Hrsg.), *Schriften zur Psychoanalyse 2*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT*. Heidelberg: Asanger.
- Fischer, G. (2001). Psychoanalytische Perspektiven in der Behandlung schwerer akuter Traumatisierung. *Forschungsergebnisse und Praxisempfehlungen aus dem Kölner Opferhilfe Modellprojekt*. In W. Bohleber (Hrsg.), *Die Gegenwart der Psychoanalyse - die Psychoanalyse der Gegenwart* (S. 435-449). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe für schwere seelische Belastungen*. Düsseldorf: Patmos.
- Fischer, G. (2007). *Kausale Psychotherapie. Manual zur ätiologieorientierten Behandlung psychotraumatischer und neurotischer Störungen*. Kröning: Asanger.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl.). München: UTB Ernst-Reinhardt. (Original veröffentlicht 1998).
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh, R. & Behring, R. (2003). Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. *Definition und Leitlinien*. *Psychotherapeut*, 3-48, 199-209.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E.R. (2001). *Posttraumatische Belastungsstörungen. Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P., Roth, A. & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 367-377.
- 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, 743-447.
- Ford, J.D. (2009). Neurobiological and developmental research: Clinical implications. In C.A. Courtois & J.D. Ford (2009). *Treating complex traumatic stress disorders* (pp. 31-58). New York: Guilford.
- Freud, S. (1912). Zur Psychodynamik der Übertragung (GW Band VIII, S. 364-374). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1914). Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (GW Band X, S. 125). Frankfurt: Fischer.

- Freud, S. (1919d). Einleitung zu: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen (GW Band XII, S. 321-324). Frankfurt: Fischer.
- Fürstenau, P. (1992). Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Fürstenau, P. (2001). Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fürstenau, P. (2002). Neue therapeutische Welt durch beidäugiges diagnostisch-therapeutisches Sehen. Vortrag 52. Lindauer Psychotherapiewochen, 26.4.2002.
- Henderson, J. (2001). How to feel as good as you can inspite of everything. Bielefeld: AJZ Verlag.
- Herman, J. (2003). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann.
- Horowitz, M.J. (1976). Stress response syndroms. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J. (2009). Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. In A. Maercker (Hrsg.), Posttraumatische Belastungsstörungen (3., vollständ. neu bearbeit. Aufl.; S. 237-258). Heidelberg: Springer.
- Kardiner, A. (1941). The Traumatic Neuroses of War. Washington: National Research Council.
- Lampe, A., Mittmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G. & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie im stationären Setting. Neuropsychiatrie, 3(8), 189-198.
- Levine, P. (1998). Traumaheilung. Essen: Synthesis.
- Lind, M., Ottomeyer, K. & Renner, W. (2006). Die Wirksamkeit psychodramatischer Gruppentherapie bei traumatisierten Migrantinnen. ZPPM 4, 75-91.
- Moses, R. (1978). Adult psychic trauma: the question of early predisposition and some detailed mechanism. International Journal of Psychoanalysis, 59, 353-363.
- Pearlman, L.A. & Courtois, C.A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. Journal of Traumatic Stress, 18 (5), 449-459.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
- Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual.
- Reddemann, L. (2008). Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L., Wöller, W. & Kruse, J. (2006). Opfer traumatischer Gewalt. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer. (Original veröffentlicht 2001).
- Renner, W., Lind, M. & Ottomeyer, K. (2008). Psychodramatische Gruppentherapie bei traumatisierten Migrantinnen - neue Ergebnisse einer Evaluationsstudie. ZPPM, 1, 89-95.
- Roediger, E. (2009). Praxis der Schematherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Rothschild, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.
- Schore, A.N. (2003). Affect dysregulation and the repair of self. New York: Norton.
- Simmel, E. (1918). Kriegsneurosen und psychisches Trauma. Leipzig, München: Otto Nemnich.
- Schwartz, R.C., Schwartz, M.F. & Galperin, L. (2009). Internal family systems therapy. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Eds.), op. cit.
- Spinazolla, J., Blaustein, M. & Van der Kolk, B.A. (2005). Post-traumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? Journal of Traumatic Stress, 18, 425- 436.
- Watkins, J. & Watkins, H. (2003). Ego states, Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Young, J., Kloska, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). Schematherapie - ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

■ Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Luise Reddemann
 Universität Klagenfurt
 Universitätsstr. 65-67 | 9020 Klagenfurt
 Österreich