



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

Zu diesem Buch

Psychischen und psychosomatischen Erkrankungen liegen in vielen Fällen traumatische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zugrunde. Heute weiß man sogar, dass auch Erkrankungen, die bis vor einigen Jahren ausschließlich als körperlich bedingt angesehen wurden, Traumatisierungen, vor allem in der Kindheit, zugrunde liegen können. Viele Betroffene verfügen ansatzweise über erstaunliche Selbstheilungskräfte, die es zu unterstützen und zu entfalten gilt. Aus dieser Erfahrung heraus hat die Autorin zahlreiche heilsame Imaginationsübungen entwickelt und gesammelt, die Patientinnen und Patienten helfen, so stabil zu werden, dass sie sich mit ihren belastenden Erfahrungen detailliert konfrontieren können. Und diese Erfahrungen betrauern und neu beginnen können. Ergänzt wird die Imaginationstherapie in der praktischen Arbeit Luise Reddemanns durch Elemente aus der Kunsttherapie (Susanne Lücke), die mit Hilfe bildnerischer Gestaltungen innere Bilder umsetzt. Ausführungen zur Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (Cornelia Appel-Ramb) ergänzen das Buch.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Luise Reddemann

Imagination als heilsame Kraft

**Ressourcen und Mitgefühl in der
Behandlung von Traumafolgen**

Unter Mitarbeit
von Susanne Lücke
und Cornelia Appel-Ramb

Klett-Cotta

Leben Lernen 141



Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2001 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Jutta Herden, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von Dudarev Mikhail/fotolia

Satz: Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89178-2

19., vollständig überarbeitete Neuauflage, 2016

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort zur überarbeiteten Neuauflage | 9 |
| Vorwort zur 6. Auflage | 11 |
| Einleitung | 13 |
| Grundlegende Gedanken zu Trauma und zur Trauma- behandlung | 13 |
| 1. Innere Stabilität finden | 31 |
| 1.1 Die therapeutische Beziehung | 33 |
| 1.2 Ein Arbeitsbündnis etablieren | 36 |
| 1.3 Vorhandene Ressourcen würdigen und nutzen | 37 |
| 1.4 Gegenbilder zu den Schreckensbildern finden | 40 |
| 1.5 Sich in Aspekten von Achtsamkeit üben | 45 |
| 1.6 Den inneren Beobachter kennenlernen | 49 |
| 1.7 <i>Ein Gegengewicht</i> für die Schreckensbilder finden | 51 |
| 1.7.1 Der innere Ort der Geborgenheit | 57 |
| 1.7.2 Die inneren hilfreichen Wesen | 59 |
| 1.7.3 Das innere Team | 60 |
| 1.7.4 Die Baumübung | 62 |
| 1.7.5 Gepäck ablegen | 64 |
| 1.7.6 Die Tresorübung | 65 |
| 1.7.7 Der innere Garten | 66 |
| 1.7.8 Glücksübung | 67 |
| 1.7.9 Inneren Frieden finden | 70 |
| 1.7.10 Mitgefühl mit sich selbst | 71 |
| 1.8 <i>Distanzierung</i> : Sich von Schreckensbildern distanzieren lernen | 76 |
| 1.9 Gefühle kennenlernen und den Umgang mit schwierigen Gefühlen steuern lernen | 84 |
| 1.10 Dem unangenehmen Bild eine Gestalt geben | 85 |

| | |
|---|------------|
| 1.10.1 Die Regler-Übung | 88 |
| 1.11 Den jüngeren Ichs begegnen | 90 |
| 1.12 Die innere Bühne als Ort problematischer Gestalten | 102 |
| 2. Heilsamen Umgang mit dem Körper lernen | 111 |
| 2.1 Selbstheilung, Körpergedächtnis und das Prinzip Achtsamkeit | 113 |
| 2.2 Breema-Körperarbeit | 116 |
| 2.2.1 Den Berg berühren | 117 |
| 2.2.2 Das Herz öffnen | 117 |
| 2.3 Weitere Körperübungen | 120 |
| 2.4 Qigong | 121 |
| 3. Dem Schrecken begegnen | 123 |
| 3.1 Vorbereitung | 123 |
| 3.2 Traumakonfrontation | 129 |
| 3.2.1 Die »Beobachter-Technik« | 129 |
| 3.3 Die Zeit nach der Traumakonfrontation | 146 |
| 4. Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung | 149 |
| Susanne Lücke | |
| 4.1 Einleitung | 149 |
| 4.2 Kunsttherapeutische Übungen und Interventionen ... | 153 |
| 4.2.1 Kontaktaufnahme zu einer Ressource: Das ressourcenorientierte Blitzlicht | 154 |
| 4.2.2 Die inneren Schätze bergen: Der geschützte Strand ... | 156 |
| 4.2.3 Selbstberuhigung und Selbsttröstung: Auf der Suche nach einem Ort der Geborgenheit | 158 |
| 4.2.4 Distanz entwickeln: Der inneren Beobachterin eine Gestalt geben | 161 |
| 4.2.5 Starke Affekte regulieren: Der stabile Rahmen | 163 |
| 4.2.6 Belastungen distanzieren: Gefäße zum Öffnen und Schließen | 165 |
| 4.3 Kunstpsychotherapeutische Arbeit auf der inneren Bühne | 168 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 4.3.1 | Einen liebevollen Kontakt zu jüngeren Ichs entwickeln | 168 |
| 4.3.2 | Verletzte Anteile retten | 174 |
| 4.3.3 | Persönlichkeitsanteile verwandeln | 177 |
| 5. | Die eigene Geschichte annehmen und integrieren | 181 |
| 5.1 | Der Trauer eine Gestalt und Raum geben | 182 |
| 5.2 | Briefe schreiben | 183 |
| 5.3 | Dem ganz alten Menschen, der man sein wird, begegnen | 183 |
| 5.4 | Rituale | 185 |
| 5.5 | Geschichte(n) erzählen | 185 |
| 5.6 | Schuld und Sühne | 186 |
| 5.7 | Sinnfragen | 188 |
| 5.8 | Dankbarkeit und Versöhnung | 189 |
| 5.9 | Neu beginnen | 189 |
| 6. | Zur psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen | 193 |
| | Cornelia Appel-Ramb | |
| 6.1 | Einleitung | 193 |
| 6.2 | Grundlegende Prinzipien von PITT in der Anwendung für Kinder und Jugendliche | 194 |
| 6.3 | Behandlung | 200 |
| 6.3.1 | Die Stabilisierungsphase | 200 |
| 6.3.2 | Die Traumakonfrontationphase | 219 |
| 6.3.3 | Die Integrationsphase | 227 |
| 6.4 | Ausblick | 231 |
| | Anhang: Die wichtigsten Therapieschritte | 233 |
| | Verzeichnis der Übungen | 237 |
| | Literatur | 239 |
| | Die Autorinnen | 246 |

Vorwort zur überarbeiteten Neuausgabe

Das Buch »Imagination als heilsame Kraft« ist fünfzehn Jahre in der Welt und hat viele Menschen erreicht. In diesen Jahren hat sich vieles verändert, nicht zuletzt in der Psychotraumatologie. Daher steht es an, das Buch zu überarbeiten und diesen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Auch das Konzept der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie wurde von mir kontinuierlich weiterentwickelt, sodass ich es für erforderlich halte, den aktuellen Stand der Arbeit mit diesem Konzept weiterzugeben.

Dr. Christine Tremml vom Verlag Klett-Cotta gilt mein großer Dank dafür, dass sie mich bei diesem Vorhaben begleitet und unterstützt hat.

In den letzten Jahren hat sich eine heftige Kontroverse entwickelt zum Thema: So schnell wie möglich konfrontieren. Da erhebt sich die Frage, was können Menschen für sich tun, die über Jahre Gewalt, sexualisierte Gewalt und emotionale Gewalt erlitten haben, und dies auch schon in der Kindheit? Welche Traumata soll man so schnell wie möglich konfrontieren, wenn es sich um Hunderte von Einzeltraumata handelt? Sind sie die ausschließlichen Auslöser für all die Schwierigkeiten, mit denen sich Menschen, die solche Erfahrungen gemacht haben, plagen? Ist es nicht so, dass auch die Versuche der Anpassung an all den Schmerz und das Leid die Betroffenen zu Anpassungsprozessen zwingt, die ihrerseits auf Dauer problematisch sein können? Ich widerspreche keinesfalls der Idee, mit der auslösenden Situation so rasch wie möglich zu konfrontieren, solange

es sich um einmalige traumatische Erfahrungen handelt, und auch nicht, wenn komplex traumatisierte Menschen sehr stabil sind. Jedoch ist es mir wichtig, meine Erfahrungen mit anderen zu teilen, wonach viele traumatisierte Menschen von dem sogenannten Dreiphasenmodell der Traumatherapie am meisten profitieren. Es ist allerdings zu betonen, dass jede Patientin anders ist und gegebenenfalls auch anderes erfordert und dass daher jegliches Behandlungsmodell nur eine gewisse Orientierung bieten kann. Letzten Endes müssen Therapeutin und Patientin gemeinsam entscheiden, was im jeweiligen Fall zu tun und das Sinnvollste ist.

Die Internationale Traumagesellschaft, ISST, empfiehlt nach wie vor das Dreiphasenmodell für die Behandlung, auf das auch ich mich hier berufe.

Herauszufinden, was am wenigsten riskant ist, ist viele Überlegungen wert. Einer der erfahrensten Therapeuten auf dem Gebiet der Psychotraumatologie, Richard Kluft, hat vor langer Zeit gemeint, »the slower, the faster«, also je langsamer (am Beginn), desto schneller geht es (später) voran.

Mir geht es vor allem darum, dass Betroffene Mitgefühl mit sich selbst entwickeln, bzw. wenn es bereits in Ansätzen vorhanden ist, es immer mehr zu nutzen. Hierzu haben sich heilkräftige innere Bilder und Vorstellungen bewährt. In diesem Sinn rate ich noch immer, behutsam und ressourcenorientiert vorzugehen, wie ich es vor 15 Jahren bereits empfohlen habe. Der große Bogen bleibt also, aber im Detail gibt es einiges Neues zu sagen.

Vorwort zur 6. Auflage

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

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

Es gibt auch Menschen, die mit dem von mir vorgeschlagenen Weg nichts anfangen können. Ich halte es für schlichtweg ausgeschlossen, dass es den therapeutischen Weg gibt, der für alle hilfreich ist. Es ist zum einen eine therapeutische Aufgabe, die Differenzialindikation verschiedener therapeutischer Verfahren zu klären, zum ande-

ren möchte ich den Betroffenen raten, sich selbst zu vertrauen und Wege, von denen sie spüren, dass es nicht die ihren sind, wieder zu verlassen. Ich weiß, dass das nicht immer leicht ist, dennoch ist es den Versuch wert.

Mich erreichten viele Anfragen nach einem Kapitel zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Deshalb freue ich mich besonders, dass Frau Appel-Ramb dieses Kapitel aus ihrer Erfahrung heraus geschrieben hat. Eine ganze Reihe von Kolleginnen und Kollegen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, haben mir rückgemeldet, dass sie die imaginativen Techniken gut in ihre Arbeit integrieren können. Z.T. geschieht das dann auch in Form von altvertrauten spieltherapeutischen Techniken.

Hinzugefügt habe ich einen kleineren Text zur Akuttraumatisierung (S. 21 f.). Im Stabilisierungskapitel ist ein Abschnitt »Die vorhandenen Ressourcen würdigen« dazugekommen (S. 26 ff.). Auf vielfachen Wunsch haben wir auch einige Fortbildungsmöglichkeiten aufgelistet.

Einleitung

Grundlegende Gedanken zu Trauma und zur Traumabehandlung

Als ich 1985 die Leitung einer psychosomatischen Klinik übernahm, machten sich deutsche Psychotherapeuten und Psychiater so gut wie keine Gedanken über Traumatisierungen ihrer Patienten und Patientinnen, und Psychoanalytiker waren der Meinung, dass Traumatisierungen weniger wichtig waren – wenn überhaupt – als phantasierte Vorstellungen. Alice Miller, die Anfang der 80er-Jahre einige Bücher zu diesem Thema veröffentlicht hatte, wurde in Fachkreisen kaum ernst genommen. Meist wurden Traumatisierungen, über die Patientinnen berichteten, als Phantasien behandelt. Seit dem Jahr 2010 wird sehr viel über sexualisierte Gewalt gesprochen, und viele Betroffene haben sich zu Wort gemeldet (viele allerdings immer noch nicht, weil sie – nicht zu Unrecht – einen Mangel an Verständnis befürchten. Ich empfehle für Therapeutinnen: Andreas Huckele, »Wie laut soll ich denn noch schreien«, sowie »Der Klang der Wut« von James Rhodes. Betroffene könnten allerdings von beiden Büchern getriggert werden und sollten daher vorsichtig mit der Lektüre sein).

In der von mir geleiteten Klinik fühlten sich die Patientinnen sicher genug, um über die ihnen angetane Gewalt zu berichten. Wir wissen inzwischen sehr genau, dass hinter sehr vielen seelischen und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere den Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetyp, aber auch depressiven Erkrankungen, Suchterkrankungen, Essstörungen, selbstverletzendem Verhalten und den Somatisierungs- und Angststörungen, trau-

matische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zu finden sind. Und inzwischen gibt es auch große Studien, die zeigen konnten, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere chronische Erkrankungen, wie z. B. Diabetes, vor allem solche, die in den mittleren Lebensjahren zum Problem werden, mit Kindheitstraumatisierungen in Zusammenhang gebracht werden können (Felitti 1998).

Heute kostet es glücklicherweise nicht mehr viel Mut, die von den Patientinnen mitgeteilten Erfahrungen als solche zu akzeptieren, während Therapeutinnen, die die Schreckensgeschichten ihrer Patientinnen ernst nahmen, bis Anfang der 2000er-Jahre häufig selbst diskriminiert wurden. Das heißt nicht, dass es sich um Berichte handelte, die in jedem Detail kriminologisch beweisbar gewesen wären, aber wir glaubten unseren Patientinnen schon immer, wenn sie erzählten, dass sie Gewalt und sexualisierte Gewalt erfahren hatten und dass sich dies schädlich und schädigend auf ihre Seele und ihren Körper ausgewirkt hatte.

Im Lauf der letzten 15 Jahre ist zu den Ursachen und schädlichen Wirkungen von Traumatisierungen, die Menschen anderen Menschen zufügen, insbesondere Kindern, ein großer Wissensschatz zusammengetragen worden. Es gibt inzwischen eine viel größere Anzahl von therapeutischen Ansätzen als noch vor 15 Jahren. So kann heute jede Patientin zwischen vielen Möglichkeiten wählen und schauen, was zu ihr am besten passt. Die einen wollen sanfte Behandlungen, die anderen nehmen in Kauf, dass sie noch einmal durch viel Leidvolles hindurchmüssen, weil sie »alles« möglichst rasch hinter sich bringen wollen. Diese Anliegen halte ich für legitim. So haben Patientinnen inzwischen auch einen durch das Patientenrechtegesetz gesicherten Anspruch, über therapeutische Angebote umfassend informiert zu werden, damit sie selbst Für und Wider unterschiedlicher Angebote abwägen können (Reddemann & Dehner-Rau 2012). Im Folgenden möchte ich die wichtigsten Prinzipien meines Ansatzes kurz darstellen, damit sich LeserInnen orientieren können.

Von Patientinnen lernen – die heilsame Kraft der Vorstellungen

Der Arzt kuriert und die Natur heilt.

(Paracelsus)

Unsere Patientinnen lehren uns beständig, dass sie in Situationen größter Not für sich kreative Auswege gefunden haben und finden. So hatten sie sich z. B. innere und manchmal äußere Räume geschaffen, in denen sie sich wohl und geborgen fühlen konnten. Sie hatten innere Begleiter »erfunden«, Feen, Schutzengel, Tiergestalten und anderes, um sich nicht mehr allein fühlen zu müssen und um Trost zu erhalten. Als unsere Patientinnen bemerkten, dass wir ihre kreativen Lösungen für höchst achtenswert und wunderbar hielten, ließen sie uns teilhaben an diesen inneren Welten. Ich lernte bei Carl Simonton (1992) Übungen kennen, die genau dies, was unsere Patientinnen spontan getan hatten, bewirkten, nämlich Bilder von einem guten Ort und von hilfreichen Wesen zu erschaffen. Ich lernte, dass dies im Wesentlichen sehr alten schamanischen Vorgehensweisen entsprach. Schon lange denke ich, dass es in jedem von uns so etwas wie einen Schamanen oder eine innere Weisheit gibt. Ich habe sehr oft beobachten können, dass Menschen, auch und gerade solche, die sehr verstört waren, in sich über Wissen und Weisheit verfügen, die weit über das hinausgehen, was das bewusste Ich weiß. Viele haben aber verlernt, auf diese innere Weisheit zu lauschen, denn das Hören der inneren Weisheit erfordert Stille. Es erfordert auch, dem Verstand den Platz zuzuweisen, der ihm gebührt, und ihn nicht über alles zu stellen. Inzwischen haben sich viele Menschen für den Buddhismus interessiert oder sich ihm sogar zugewendet. Hier ist die Rede von der »Buddha-Natur«, was bedeutet, dass in jedem Menschen bereits Weisheit und Klarheit vorhanden sind.

Sehr beeindruckt bin ich noch immer von der Tatsache, dass jeder Mensch über Selbstheilungskräfte verfügt und dass unsere wichtigste Aufgabe darin besteht, diese zu unterstützen. Die Erkenntnisse über Selbstheilungskräfte haben inzwischen als Forschung über Salutogenese und Resilienz Eingang in die Wissenschaft gefunden.

Für fatal halte ich es, wenn BehandlerInnen meinen, sie wüssten besser als der Patient oder die Patientin, was für diese gut ist. Wir können und sollten natürlich unser Wissen zur Verfügung stellen, letztlich aber weiß der betroffene Mensch besser als wir, was ihm oder ihr weiterhilft. Demut sollte ein wichtiges Ingrediens der Haltung von BehandlerInnen sein.

Wenn wir Patienten dabei unterstützen, auf die Stimme ihrer inneren Weisheit zu hören, unterstützen wir ihre Selbstheilungskräfte und das freie Fließen dieser oft verschütteten Kräfte.

Die Nutzung von Imaginationen ist inzwischen Standard in vielen traumatherapeutischen Ansätzen geworden. Darüber bin ich nicht nur froh. Ich sehe die Gefahr, dass zu wenig erkannt wird, dass bestimmte Interventionen zwar hilfreich sein können, aber dass dies noch lange nicht heißt, dass sie jederzeit und bei jedem wirken. Menschen sind Individuen, und was bei einer Person hilfreich ist, kann einer anderen sogar schaden. Deshalb empfehle ich nachdrücklich, dass die betroffenen Menschen entscheiden, ob sie einer therapeutischen Empfehlung folgen wollen und können, und dass Therapeutinnen das respektieren. Dazu sind sie übrigens seit dem Jahr 2013 auch verpflichtet nach dem Patientenrechtegesetz. Und Patienten bitte ich, den Respekt vor ihren Rechten einzufordern.

Auf Stabilität achten und die heilsame Kraft der Vorstellungen

Menschen, die an den Folgen von vielfachen Traumatisierungen leiden, werden auch nach heutigem Wissensstand – auch wenn es Gegenstimmen gibt – am besten mit einer dreiphasigen Therapie behandelt, die zunächst eine Phase der Stärkung von allem, was gebraucht wird, beinhaltet, ohne dass der Begegnung mit traumatischen Erfahrungen gänzlich ausgewichen wird (d. h. selbstverständlich können Patientinnen von ihren traumatischen Erfahrungen erzählen, Konfrontation ist im Übrigen kein operationalisierter Begriff, das heißt, wenn eine Patientin ein wenig auf ihre alten Erfahrungen blickt, »konfrontiert« sie sich bereits), um in weiteren Schritten »dem Trauma«, genauer den Traumata, zu begegnen, sowie eine Phase der Integration. Es ist stets darauf zu achten, dass Patienten die

ganze Behandlung hindurch über genügend innere Stabilität verfügen. Nur dann ist es überhaupt möglich, dem Grauen einen Namen zu geben, und dann ist es fruchtbar und befreiend, es auszusprechen. Es braucht eine liebevolle äußere Begleitung, viel innere Kraft und zunehmendes Mitgefühl mit sich selbst, den Schrecken der Vergangenheit zu begegnen, und es ist uns wichtig, dies zu ermöglichen.

Wichtig ist es mir auch hervorzuheben, dass die Begegnung mit den Schrecken der Vergangenheit kein Selbstzweck sein sollte, sondern dazu dient, in einer gesünderen Gegenwart und Zukunft zu leben.

Die Idee, dass ein beschädigter Mensch mit sich selbst mitfühlend und tröstend umgehen und dies in einer Therapie erlernen kann, wird immer noch angezweifelt. Ist doch die Vorstellung weit verbreitet, es sei fast ausschließlich Aufgabe der Therapeutin, als Hilfs-Ich für Trost zu sorgen. Doch werden Patientinnen, die dies nicht selbst erlernen oder denen diese Fähigkeit durch Therapie quasi enteignet wird, immer abhängiger von der Zuwendung ihrer Therapeutinnen. Da diese naturgemäß nicht immer zur Verfügung stehen können, entwickelt sich oft ein erhebliches Dilemma sowohl für die Patientin wie für die Therapeutin. Erfährt die Patientin andererseits von Anfang an, dass ihre Therapeutin ihr zutraut, dass sie in sich Fähigkeiten zur Verfügung hat, sich selbst zu beruhigen und zu trösten, aber auch Trost anzunehmen, und sucht die Therapeutin gemeinsam mit der Patientin von Anfang an beharrlich nach deren Ressourcen, gibt das der Patientin viel Mut. Das bedeutet, dass sich die Therapeutin als mitfühlende Begleiterin zur Verfügung stellt und stets die *gemeinsame Arbeit* im Blick hat. Ich halte die einfache Frage für klärend: Wie hätte ein Mensch überlebt, wenn in ihm nicht Selbstheilungskräfte, (Über-)Lebenswillen und etwas, das ihn tröstet, zur Verfügung stünden? Die häufig mitgebrachten inneren Bilder guter innerer Orte und der hilfreichen Begleiter scheinen mir diese Hypothese zu bestätigen.