



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

Zu diesem Buch

Die Überlegungen in diesem Buch vermitteln Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wie sie ihren Patienten und Patientinnen konkret bei der Überwindung traumabedingter Störungen und Einschränkungen helfen können. Ressourcenorientierung gehörte von Anfang an zur spezifischen Herangehensweise der *Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie*, doch ist dieser, von Luise Reddemann als immer wichtiger eingeschätzten, Säule der Behandlung in der vorliegenden vollständig überarbeiteten Neuausgabe wesentlich breiterer Raum gewidmet. In nahezu allen Behandlungsschritten finden sich neue Akzentsetzungen zur Arbeit mit Ressourcen, aber vor allem auch zu einer von Mitgefühl getragenen Arbeit, mehr noch als früher. Damit entspricht das seit Jahren erfolgreiche Manual wieder der aktuellen theoretischen und praktischen Erkenntnis der Autorin.

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

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT®

**Ein Mitgefühls- und Ressourcen-
orientierter Ansatz in der Psycho-
traumatologie**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2011 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von Elijah Hiatt on Unsplash

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-89270-3

Elfte, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, 2021

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	9
Vorwort zur Neuauflage	11
1 Einleitung: Allgemeine Überlegungen	15
2 Resilienz, Positive Psychologie und PITT	31
2.1 Zauberwort Resilienz: eine kritische Betrachtung	31
2.2 Positive Psychologie für traumatisierte Menschen?	41
2.3 Therapieziele bei komplexen Traumafolge- störungen	47
2.3.1 Was ist Heilung in der Traumatherapie?	47
2.3.2 Therapieziele in der PITT	49
3 Der Beginn der Behandlung	51
3.1 Die Beziehungsaufnahme	52
3.1.1 Übertragung und Gegenübertragung	53
3.1.2 Traumatischen Stress erkennen	58
3.1.3 Anamneseerhebung	66
3.1.4 Beantwortende Haltung, Selbstbestimmung, Würde- und Ressourcenorientierung	69
3.1.5 Die Betonung der Arbeitsbeziehung von Anfang an	78
3.1.6 Die Nutzung der therapeutischen Beziehung	81
3.1.7 Über die Notwendigkeit, uns von Mitgefühl leiten zu lassen	83
3.1.8 Psychodiagnostik	85
3.2 Über die Brauchbarkeit von Konzepten	86
3.2.1 Zur Bedeutung der Imagination bzw. der Vorstellungskraft	95
3.2.2 Imagination birgt auch Risiken!	99
3.2.3 Häufig gestellte Fragen zur imaginativen Arbeit	100
3.2.4 Die Bedeutung kognitiver Arbeit	103

3.2.5 Ego-State-Therapie als konzeptuelle Grundlage	109
3.2.6 Ressourcenorientierung	115
3.3 Prozess- versus Phasenorientierung	120
3.4 Gefühlskontrolle statt Intensivierung von Gefühlen	122
3.5 Zum Umgang mit regressiven Prozessen	131
3.6 Was in der Einleitungsphase bedacht werden sollte	135
3.7 Zusammenfassung: Vorgehen in der Einleitungsphase zur Förderung von Ressourcen und Selbstberuhigungs- kompetenz	136

4 Die Phase der Ichstärkung oder

»Stabilisierungsphase«	139
4.1 Psychoedukation	146
4.2 Kreativer Umgang mit den Imaginations-»Übungen« ...	148
4.3 Häufig gestellte Fragen zu den Imaginationsübungen	159
4.4 Zusammenfassung: Vorgehen bei der Anwendung von Imagination	164
4.5 Die Arbeit mit verletzten Anteilen	165
4.6 Vorgehensweise zur Mitgefühls-orientierten Arbeit mit jüngeren verletzten Anteilen (Ego-States)	169
4.7 Häufig gestellte Fragen zur Arbeit mit jüngeren Ichs	180
4.8 Arbeit mit verletzenden Anteilen (Täterintjekten)	183
4.8.1 Ego-State-orientierte Arbeit mit verletzenden Anteilen (Täterintjekten)	185
4.8.2 Protokoll: Vorgehen bei der Ego-State-orientierten Arbeit mit verletzenden Anteilen	186
4.8.3 Arbeit mit dem Drachentötermmodell	191
4.8.4 Zusammenfassung: Vorgehen bei der Täterintjekt- arbeit nach dem Drachentötermmodell	193
4.8.5 Häufig gestellte Fragen zur Täterintjektarbeit nach dem Drachentötermmodell	194
4.9 Gruppenarbeit mit stabilisierenden Techniken	196

5 Die Traumakonfrontationsphase	199
5.1 Voraussetzungen	199
5.1.1 Das BASK-Modell	209
5.1.2 Grundlegende Voraussetzungen für eine Traumakonfrontation	210
5.2 Die Beobachterechnik	213
5.2.1 Vorgehen bei der Beobachterechnik	229
5.2.2 Die Kombination verschiedener Techniken	237
5.3 Die Bildschirmtechnik	238
5.4 Unterschiede zwischen Bildschirm- und Beobachterechnik	239
5.5 Häufige Fragen zur Traumakonfrontationsarbeit	239
5.6 Restabilisierung	247
6 Die Integrationsphase	250
6.1 Vorgehen in der Integrationsphase	251
7 Psychohygiene oder Selbstfürsorge für TherapeutInnen und PITT	257
8 PITT in der Behandlung spezifischer Probleme	259
8.1 Vorschlag für eine ressourcenorientierte Krisenintervention im Rahmen von 5–10 Sitzungen nach PITT	259
8.2 Behandlung hoch dissoziativer Patientinnen und Patienten	264
8.2.1 Zum Umgang mit DIS-PatientInnen mittels PITT	267
8.3 Behandlung von Paaren	270
8.4 Behandlung von suizidalen PatientInnen	271
8.5 Behandlung von SuchtpatientInnen	273
8.5.1 Vorgehen bei der Behandlung von SuchtpatientInnen	273
8.6 Behandlung von Opfern von Folter, Krieg und Vertreibung	274
8.7 PITT und die Behandlung von Tätern	276

9 Genderspezifische Gesichtspunkte	278
10 PITT in der stationären Behandlung	282
Danksagung	285
Literatur	288

Vorwort

PETER FÜRSTENAU

Ihrem Buch »Imagination als heilsame Kraft«, das auf große Resonanz gestoßen ist, hat Luise Reddemann jetzt ein »Manual der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie« folgen lassen. Dies Manual vermittelt den Leserinnen und Lesern, wie sie ihren Patienten konkret bei der Überwindung traumabedingter Störungen und Einschränkungen helfen können.

Diese konkrete Hilfe besteht in der therapeutischen Kunst, den Patientinnen den Zugang zu ihren Ressourcen zu öffnen, damit sie diese zur Kontrolle ihrer Affekte und zur Überwindung ihrer Symptomatik nutzen können. Der respektvolle Umgang mit den Patienten und ihrem Recht auf Selbstbestimmung ist auf jeder Seite dieses Buches spürbar.

Das Manual folgt den von Luise Reddemann unterschiedenen Phasen der Behandlung und macht die Leserinnen und Leser mit der Verwendung kraftvoller Imaginationen, d. h. vielfältig sinnlich-plastischer Vorstellungen, vertraut. Durch die von ihr entwickelten oder von anderen übernommenen erprobten Imaginationsübungen sollen die pathologischen Strukturen (Traumafolgen) durch neue prägende Erlebnisse und Erfahrungen allmählich modifiziert, abgeschwächt, sozusagen entmachtet werden. Moderne suggestivtherapeutische Praktiken werden so von der Autorin souverän für die Traumatherapie nutzbar gemacht.

Psychoanalytisch beruht Luise Reddemanns Ansatz auf der Fortentwicklung der Ich-Theorie der letzten Zeit. Zu den Selbstverständlichkeiten des 19. Jahrhunderts gehörte im Nachhall der Philosophie des deutschen Idealismus das Konzept der zwar brüchigen,

aber doch stets vorauszusetzenden Einheit des Ichs. Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde dies Axiom immer mehr psychologisch-soziologisch infrage gestellt – nicht nur für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, sondern auch für sogenannt gesunde.

Das alte psychoanalytische Konzept unterschiedlicher Ich-Zustände wurde wiederentdeckt und als Ego-States-Theorie ausgearbeitet. Es erwies sich als enorm nützlich zum Verständnis und zur Therapie dissoziierter Menschen.

Luise Reddemann hat die vielen Fragen zur Traumatherapie gesammelt, die ihr in den Konferenzen ihres Klinikteams und in den mannigfaltigen von ihr geleiteten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im Laufe der letzten zwanzig Jahre gestellt wurden. Diese Fragen hat sie geduldig, präzise, ausführlich und therapeutisch engagiert beantwortet. Daraus ist ein Buch entstanden, das für alle, die sich gründlich in die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie einarbeiten wollen, äußerst anregend und hilfreich ist.

Peter Fürstenau, 2011

Vorwort zur Neuauflage

SILKE BIRGITTA GAHLEITNER UND DOROTHEA ZIMMERMANN

In diesem Buch können Leser*innen auf den langen Schaffensweg von Luise Reddemann und ihr großes Engagement für die Behandlung von Traumafolgestörungen in der Psychotherapie zurückblicken. Ihr Weg und ihr Engagement sind in vielerlei Hinsicht einmalig und mutig gewesen – und sind es bis heute. Schon immer fühlte sie sich ärztlicher Ethik und damit einem doppelten Hinschauen verpflichtet. Dabei scheut sie keine heißen Eisen: Kritik am Geschlechterverhältnis, Kritik an der Traumakonzeption und damit verbundenen diagnostischen Einordnung – und damit auch Kritik an Behandlungskonzeptionen. Damit vertritt Luise Reddemann bewusst eine Position neben den streng evidenzbasierten Verfahren, in denen statistische Ergebnisse zu vereinheitlichten manualisierten Therapieformen auskristallisieren. Diese forschungsbasierten Manuale weisen für gezielte Einsätze insbesondere im Typ-I-Traumabereich durchaus große Nützlichkeit auf, Luise Reddemann jedoch ging und geht es vor allem um eine andere Gruppe von Betroffenen: um früh und vielfach traumatisierte Menschen, die in der Mehrzahl gar keine üblichen PTBS-Symptome aufweisen, wie Judith Lewis Herman und KollegInnen bereits Anfang der 1990er-Jahre mit dem Komplextraumakonzept herausgearbeitet hatten.

Der Fokus auf diese Zielgruppe führte zu dem Bemühen, dem unermesslichen Leid und Leiden der PatientInnen gerecht werden zu wollen, so gut eben möglich, und sie möglichst nicht durch die Behandlung erneut zu belasten. Diesem Anliegen hat Luise Reddemann ihre Schaffenskraft gewidmet und ein besonders schonendes Traumabewältigungsverfahren entwickelt. Trotz ihrer psychoanaly-

tischen Ausrichtung findet man z. B. auch humanistische, insbesondere psychodramatische und imaginative Elemente in ihrem Vorgehen. Wer Luise Reddemann auf einer Tagung erlebt hat, weiß: Neues zu entdecken und zu integrieren und stets wieder zur Diskussion zu stellen, ist ihr ein Anliegen. PITT entstand demzufolge auch aus dem regen Austausch und der Zusammenarbeit mit einer Reihe weiterer engagierter KollegInnen im Traumabereich und den jeweiligen Teams in den Kliniken. Die unterschiedlichsten Anleihen stellen viele kleine Angebote zur Verfügung, die aufgrund ihrer Vielseitigkeit für jede/n etwas bereithalten, um einen Zugang zu der spezifischen Situation zu bekommen, in der man sich jeweils gerade befindet. Das macht ihr Vorgehen so lebhaft und für LeserInnen kurzweilig, unterhaltend und spannend geschrieben – mit vielen Blicken über den Tellerrand in ganz andere Gefilde.

Neben der schonenden Traumaexposition geht es Luise Reddemann mit PITT vor allem darum, die PatientInnen einzuladen, sich selbst zu trösten und zu versorgen, besonders bekannt geworden unter dem Stichwort der Arbeit mit dem »inneren Kind«. Maßgeblich hat sie die Stichworte Respekt und Würde in den traumatherapeutischen und -pädagogischen Diskurs eingebracht. Lange vor der »Achtsamkeitsmode« thematisierte sie die Bedeutung der inneren Verfasstheit und Spiritualität in der psychotherapeutischen Behandlung. Aktuell hat sie den Begriff »social trauma« aufgegriffen und ist ihm nachgegangen. Sie knüpft damit an ihre Erfahrungen in den 1970er-Jahren im Rahmen der Sozialpsychiatrie an, dass es auch in der Psychotherapie – auch wenn sie dyadisch angelegt ist – niemals nur um das Individuum geht, sondern dass wir stets eingebunden sind in soziale Prozesse, die Gesundheit und Krankheit moderieren. Auf diese Weise hat Luise Reddemann mit dem vorliegenden Buch über viele Jahre hinweg Traumatherapiegeschichte geschrieben. Die Veränderungen seit Beginn ihres Wirkens bis heute in der Traumabehandlung und der durch sie initiierten Schritte sind fundamental – insbesondere, aber keineswegs nur innerhalb der Psychoanalyse.

Denn Luise Reddemann hat nicht nur die Psychotherapie geprägt. Während traumatherapeutische Verfahren bereits lange bekannt sind, haben als Antwort auf den psychosozialen Bedarf aktuell trau-

mapädagogische Konzepte an Verbreitung gewonnen, mit denen psychosoziale Fachkräfte z. B. in der Kinder- und Jugendhilfe – durch spezifische Fort- und Weiterbildungen einerseits und durch die Schaffung tragfähiger Strukturen in den Institutionen andererseits – bei ihrer anspruchsvollen Aufgabe unterstützt werden. Den zahlreichen psychosozialen und traumapädagogischen Entwicklungen und Verfahren war Luise Reddemann mit ihrer respektvollen und schonenden Vorgehensweise eine tatkräftige Vorreiterin, der es ebenfalls nie nur um die Traumaexposition, sondern stets auch um die Wiederherstellung von Vertrauen und sozialer Teilhabe, Selbstwert, Körpergefühl und Sinnfindung – und dies alles stets im Lebensalltag – ging und geht. Auf dieser Grundlage ermöglicht sie auch einen Blick auf die Notwendigkeit, gesellschaftlich traumatisierende Strukturen als strukturelle Gewalterfahrungen – wie Diskriminierungserfahrungen oder die unwürdige Behandlung von Geflüchteten – in die Begleitung der Betroffenen mit einzubeziehen.

Luise Reddemann hat mit diesem Buch abermals ihr großes Talent bewiesen, aktuelle Ereignisse, Historisches und Literarisches/Kulturelles mit den klinischen Themen, die sie fokussiert, zu einem kunstvollen Teppich zu verweben, der so schwere Lasten aufnehmen kann wie das Thema Trauma. Luise Reddemann schreibt dialogisch, das Lesen hat daher etwas von einem Gespräch. Man fühlt sich direkt angesprochen, einbezogen. Sie schreibt nicht für die LeserInnen, sondern quasi mit ihnen. Mit ihr gemeinsam durch den Text zu mäandern und immer wieder zum roten Faden zurückzukehren – und dabei jedes Mal ein wenig wissender zu sein – ist nicht nur lehrreich, sondern auch reichhaltige Kost. In diesem Sinne wünschen wir den LeserInnen viel Freude und einen reichen Einblick in ein respektvolles, kreatives und schonendes Vorgehen in der Arbeit mit KlientInnen, die in ihrem Leben viel Trauma, aber auch viel Wachstum und Stärke erfahren haben. Um dies zu entdecken, ist das von Luise Reddemann entwickelte Verfahren äußerst bereichernd.

*Silke Birgitta Gahleitner
und Dorothea Zimmermann
Berlin, im Juli 2020*

KAPITEL 1

Einleitung: Allgemeine Überlegungen

Im Jahr 2000 habe ich das Buch »Imagination als heilsame Kraft« (Reddemann 2001/2016a) verfasst, das inzwischen viele KollegInnen, PatientInnen und am Thema Interessierte erreicht hat; das Manual dazu habe ich 2003 geschrieben, 2007 etwas überarbeitet und nun für diese Neuauflage vollständig revidiert.

In den letzten 20 Jahren hat sich die grundsätzliche Orientierung der PITT an den Selbstheilungskräften zwar nicht verändert, jedoch sind in der Psychotherapie allgemein, in der Psychotherapieforschung sowie in der Psychotraumatologie speziell und in meiner persönlichen Entwicklung und in meinen Sichtweisen zahlreiche neue Erkenntnisse dazugekommen, die in die Praxis zwar bereits eingeflossen sind, die jetzt auch in schriftlicher Form vorgelegt werden sollen.

Schon in »Imagination als heilsame Kraft« habe ich den Wert der Suche nach und Konzentration auf die Selbstheilungskräfte der Patientinnen und Patienten sowie Ressourcenorientierung hervorgehoben. Ich möchte hier nun erneut deutlich machen, wie Orientierung am Leidvollen *und* an Ressourcen bei beinahe jedem Behandlungsschritt beachtet werden sollte und kann. Dazu gehört für mich heute vor allem eine entschlossene Orientierung an einer von Mitgefühl getragenen Haltung. Mitgefühl bedeutet Einfühlung und die Bereitschaft, Hilfreiches bewirken zu wollen und womöglich, dies auch konkret zu tun.

Wichtig ist mir die Beschäftigung mit dem Thema Würde und daraus resultierend die konsequente Anerkennung der Autonomie der PatientInnen. Ein sperriger und heute selbst in der Philosophie umstrittener Wert ist der Würdebegriff seit Kant geworden. Mich

hat Peter Bieri (2013/2015, S. 3), der davon spricht, dass Würde »viele Sachen« sei, sehr angeregt. In meinem Buch »Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie« (2008/2016c) habe ich dargestellt, dass wir gut daran täten, uns metatheoretisch auch am Würdebegriff zu orientieren. In einem weiteren Buch zum Würde-orientierten Umgang mit Geflüchteten habe ich mich noch mehr mit der Würdethematik befasst (Reddemann 2020b), denn traumatisierte Menschen benötigen TherapeutInnen, die sich mit aller Kraft bemühen, ihre Würde zu achten.

Auch in anderen Kapiteln geht es teilweise um Neubewertung und Umakzentuierung. Insbesondere dem Aufbau einer sicheren Bindungs- und Beziehungserfahrung soll hier noch mehr Raum gegeben werden als bisher. Weniger zu ändern hatte ich in Bezug auf konkrete therapeutische Interventionen, denn sie waren schon lange von der Orientierung an Autonomie und Würde der PatientInnen geprägt sowie orientiert an einer mitfühlenden Haltung.

Dieses Buch ist für Fachleute geschrieben. Es gründet auf den Prinzipien der psychodynamischen Psychotherapie, ist aber beeinflusst von einer ganzen Reihe anderer therapeutischer Ansätze; es verwendet daraus, was mir hilfreich erscheint, und ist insoweit integrativ, nutzt aber immer zum Verständnis und als Grundlage psychoanalytische Konzepte.

PITT wurde entwickelt für die Behandlung von komplex traumatisierten Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgeerkrankungen und hat auf diesem Gebiet nach wie vor ihre wichtigste Indikation. In der Begleitung von *akut* Traumatisierten haben sich Elemente der PITT als hilfreich erwiesen. Eine diesbezügliche Empfehlung findet sich in Kapitel 8. Da die Corona-Krise für viele Menschen eine hoch belastende Erfahrung darstellt, werde ich auch hierauf immer wieder kurz eingehen.

Die stabilisierenden Teile der PITT haben sich auch zur Selbstfürsorge von TherapeutInnen bewährt.

Die Erkenntnisse aus der Ego-State-orientierten Arbeit haben sich über die Jahre vertieft, sodass sich auch hier einige Veränderungen ergeben, insbesondere halte ich es heute für günstiger, nicht von »dem inneren Kind« zu sprechen, sondern von »jüngeren Anteilen«

oder gegebenenfalls von »verletzten Anteilen«, denn es kann, je älter wir werden, ja auch erwachsene verletzte Teile in einem Menschen geben. Wir erleben dies gerade äußerst beklemmend bei der Begleitung traumatisierter Geflüchteter. Aber auch alte Menschen, die die Kriegs- und Nachkriegszeit erlebt haben, können z. B. durch die Corona-bedingten Einschränkungen sehr belastet sein und entsprechend mit Interventionen aus dem PITT-Ansatz begleitet werden.

Die Arbeit mit Täterintrospekten gründet auf einem psychoanalytischen Verständnis, insbesondere Federns Konzept der Ego-States, ist aber auch von Vorstellungen, die aus dem Psychodrama kommen, inspiriert.

Meine traumakonfrontative Arbeit unterscheidet sich von allen mir bekannten Konzepten durch äußerste Behutsamkeit. Das wird von manchen so interpretiert, als würde ich nicht »richtig« konfrontieren. Ich gehe davon aus, dass wir – egal wo wir uns therapeutisch verorten – immer vor der Herausforderung stehen, uns auf die einzelne Person und deren Bedürfnisse einzulassen. Komplex traumatisierte Menschen fordern uns auf, sehr flexibel auf sie einzugehen. Für manche ist es hilfreich, wenn sie sich baldmöglichst mit ihren traumatischen Erfahrungen konfrontieren können, für andere kann es sehr lange dauern und für nicht wenige steht es niemals an (Courtois & Ford 2009/2011, 2015).

Es ist empfehlenswert, dieses Manual als Ergänzung zu »Imagination als heilsame Kraft« (Reddemann 2001/2016a) zu verwenden, d. h. die Lektüre *beider* Bücher ist für ein vertieftes Verständnis zu empfehlen.

Dieses Manual kann keine gründliche Fortbildung in Psychodynamisch Imaginativer Traumatherapie ersetzen und erst recht keine komplette Weiterbildung in den vielfältigen Formen der Behandlung psychotraumatischer Störungen. Therapie kann man nicht ausschließlich aus Büchern lernen, man muss erfahrenere KollegInnen bei der Arbeit zuschauen, sie selbst erfahren und sie dann selber unter Anleitung tun.

PITT kann erst erlernt werden, wenn bereits eine Aus- bzw. Weiterbildung in einem anerkannten psychotherapeutischen Verfahren abgeschlossen ist sowie breitere Erfahrungen darin vorhanden

sind. Auch sollten Grundlagen der Psychotraumatologie vertraut sein.

Alltäglicher Handwerkszeug von PsychotherapeutInnen setze ich voraus. In diesem Buch will ich die mir wesentlich erscheinenden Tools einer traumaadaptierten psychodynamischen Psychotherapie herausarbeiten.

Redundanzen im Text sind beabsichtigt, um ein vertieftes Verständnis zu erreichen.

Ich habe das Glück, meine Vorstellungen von Therapie laufend mithilfe vieler PatientInnen und KollegInnen überprüfen zu können. Inzwischen war es möglich, eine naturalistische Studie mit einer Zwei-Jahres-Katamnese abzuschließen. Die Ergebnisse sind ermutigend, jedoch ist weitere Forschung erforderlich (Lampe et al. 2008, 2014). Dazu kam später eine qualitative Studie im ambulanten Bereich (Gärtner et al. 2020) – im Übrigen mit PatientInnen, die sicher für eine quantitative Studie aufgrund ihrer schweren Krankheitsbilder nicht infrage gekommen wären. Nicht zuletzt, weil so schwer belastete PatientInnen sich in der Regel für Forschung nicht zur Verfügung stellen mögen.

Früh – für deutsche Verhältnisse – sammelte ich von 1985 bis Ende 2003 Erfahrungen in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld. Viele Anregungen für dieses Buch stammen auch aus der Arbeit mit KollegInnen in Kursen und Supervisionen. Meiner Behandlungsphilosophie entsprechend werden die Teile, die sich auf Stabilisierung, Restabilisierung und Ressourcenförderung beziehen, mehr Raum einnehmen als diejenigen, bei denen es um Konfrontation im engen Sinn geht. *Jedoch ist die Arbeit mit »verletzten Anteilen« sowie mit »verletzenden« durchaus konfrontativ, dient also bereits zu Teilen der Begegnung mit belastenden Erfahrungen.* Auch Letztere betrachte ich jedoch, wo immer möglich, mit einem Ressourcen-orientierten Blick. Bei der konfrontativen Arbeit finden sich nämlich häufig Informationen über selbstschützendes Verhalten während des Traumas, das zuvor nicht erinnert werden konnte, was sich oft als hochwirksame und heilende Erinnerung erweist.

Viele Anregungen für meine Arbeit verdanke ich ganz anderen

als psychotherapeutischen Quellen. DichterInnen z. B. beschäftigen sich, ohne je Therapie gemacht zu haben, mit Fragen, die auch in Therapien auftauchen. Ich erinnere hier z. B. an Rose Ausländer, Hilde Domin und Mascha Kaleko; Ulla Hahn (2009, S. 67) spricht von der Lyrik als »Ort der Freiheit«, als »magischem Gebrauchsgegenstand«, und vom Poetischen als »unspezifische Genauigkeit« (ebd.). Deshalb beziehe ich mich in meiner konkreten Arbeit gerne auf Texte, die mir wie zum Thema geschrieben erscheinen. Damit möchte ich zum Ausdruck bringen, dass die Beschäftigung mit Literatur, Kunst und Musik sehr emotional nährend und ressourcenfördernd sein kann.

Ich habe mich bemüht, die Kapitel jeweils in sich geschlossen und nachvollziehbar zu gestalten. Zum besseren Verständnis empfiehlt es sich, die ersten Kapitel, in denen ich viele neuere Erkenntnisse zusammengetragen habe, in jedem Fall zuerst zu lesen.

Bitte behalten Sie immer im Sinn, dass dieses Buch zwar für TherapeutInnen geschrieben ist und ich daher vordringlich auf ihre Bedürfnisse eingehen werde. Dennoch halte ich nach wie vor Patientinnen und Patienten für ExpertInnen ihrer eigenen Probleme. Wenden Sie daher bitte alles, was Sie tun, mit dieser Haltung an. Auch hierzu gibt es ergänzende Einsichten. So hat mich meine Beschäftigung mit der Frage nach einer Würdeorientierung in der Psychotherapie (Reddemann 2008/2016c, 2020b) dazu gebracht, Mitgefühl und Empowerment für vordringliche Themen jeder Psychotherapie zu halten.

Männer erleiden häufiger traumatische Erfahrungen als Frauen, aber Frauen leiden häufiger an Posttraumatischen Störungsbildern. Ich gehe davon aus, dass viele Kolleginnen und Kollegen eher mehr Frauen als Männer behandeln, außer sie arbeiten vorwiegend mit Akuttraumatisierten oder im Strafvollzug. Die ausschließliche Verwendung der männlichen Form mit der Begründung, die Frauen seien »mitgemeint«, ist für mich nicht akzeptabel. Die umgekehrte Form (Männer sind in der weiblichen Form mitgemeint) finde ich genauso fragwürdig. »Mitmeinen« ist in meinem Verständnis eine subtile Form von struktureller Gewalt. Daher werde ich abwechselnd von Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Thera-

peuten sprechen, also teils in der weiblichen, teils in der männlichen Form. Diese Sprachregelung hat sich im angloamerikanischen Sprachraum längst durchgesetzt. Immer wieder verwende ich auch den Begriff PatientInnen und TherapeutInnen.

Ich bin nun bereits seit 50 Jahren psychotherapeutisch tätig. Dafür bin ich vor allem dankbar. In so langer Zeit hört und liest eine viel. Ich bitte daher um Nachsicht, falls ich jemanden zu zitieren vergessen habe, weil ihre oder seine Gedanken inzwischen zu meinen eigenen geworden sind. Andererseits stelle ich immer wieder fest, dass im Grunde genommen alles schon einmal gedacht und gesagt wurde und dass ich längst nicht alle Autoren und Autorinnen kenne, die ähnliche Gedanken hatten wie ich. Ich habe mich bemüht, meine Quellen so sorgfältig wie möglich anzugeben. Für Hinweise, die mein Gedächtnis auffrischen oder mich auf Neues oder mir nicht Bekanntes hinweisen, bin ich dankbar.

Leiden und Trost

Ich bin überzeugt, dass Dunkelheit, Schmerz und Leiden *ein Teil* des menschlichen Lebens sind, den niemand aus ihm entfernen kann, selbst wenn er oder sie es wollte. Wer meint, ich wollte das mit meiner Arbeit bewirken, hat mich gründlich missverstanden. Meine klinische Erfahrung hat mich gelehrt, dass die Menschen, mit denen ich arbeite, so überwältigt worden sind von leidvollen Erfahrungen, dass ihre Möglichkeiten, diese als zu ihnen gehörig zu integrieren oder anzunehmen, häufig bei Weitem überfordert waren, selbst wenn sie eine ganze Reihe von Selbstheilungsmechanismen zur Verfügung hatten. Die meisten meiner PatientInnen vermieden eine bewusste Auseinandersetzung mit ihrem Leid und ihrer Trauer, obwohl sie andererseits ständig damit in irgendeiner Weise, insbesondere durch Symptome, konfrontiert waren. Das erscheint paradox, erklärt aber vielleicht die grundlegende Schwierigkeit. Es ist für sie meist unerträglich, die Welt als Ganzes zu akzeptieren und zu erkennen.

In der buddhistischen Psychologie heißt es, dass Leiden dadurch vermehrt wird, dass wir das Leiden, das das Leben mit sich bringt, nicht akzeptieren. Ähnliche Gedanken finden sich auch in der christlichen Tradition. Schaut man sich alte Kirchenlieder an, z.B. »Wer

nur den lieben Gott lässt walten«, das während des 30-jährigen Krieges entstanden ist, so wird hier gefragt, was die Sorgen, das »Weh und Ach«, sollen, man könne sich damit Gott anvertrauen. Nun ist aber das extreme Leid und Leiden traumatischer Erfahrungen gerade so beschaffen, dass es in einer Weise unerträglich erscheint, dass heutigen Menschen die alten Empfehlungen nicht mehr zu helfen scheinen.

»The coronavirus is a reminder of our vulnerability and our finitude« schreibt der amerikanische Arzt Ryan M. Antiel (2020, o.S.) in einem bemerkenswerten Essay »Oedipus and the Coronavirus Pandemic«, denn auch Ödipus musste die Grenzen menschlicher Existenz erfahren, ja erleiden, so wie wir sie jetzt kollektiv durch das Virus in einer in 75 Jahren nie gekannten Heftigkeit erleben. Viel Weisheit, vieles an Kunst hat seine Wurzeln in leidvollen Erfahrungen.

In diesem Kontext sollten Begleitende sich klarmachen, dass es einen Unterschied gibt zwischen Angstmachendem sowie Dissonanzen des Lebens und den überwältigenden Erfahrungen von traumatischen Erlebnissen, die einen zutiefst erschüttern und aus den Angeln heben können.

Es muss auch im Auge behalten werden, dass aktuelle belastende Erfahrungen alte Traumata reaktivieren können.

Zweifellos gibt es Menschen, für die traumatische Erfahrungen Wachstumschancen beinhalten, manche jedoch zerbrechen – fast – daran. Sie kämpfen Tag für Tag ums Überleben. Und um diese Menschen geht es in meiner Arbeit. Diese PatientInnen scheinen außerhalb der Polarität zwischen Freud- und Leidvollem, gefangen im Leidvollen, zu leben. Jedoch können sie und wir TherapeutInnen möglicherweise von denen, die trotz allem nicht erkranken oder rasch(er) genesen, lernen. Diese Menschen haben fast in jedem Moment ein Bewusstsein der Fülle der Möglichkeiten, während andere Unterstützung dabei benötigen, *die Fülle der Möglichkeiten (wieder) zu entdecken*, auch sich des eigenen Potenzials, das bereits da ist, bewusst zu werden. So verstehe ich die therapeutische Aufgabe darin, ein Bewusstsein für die Polarität und damit Ganzheit von Leid und Freude anzuregen, damit PatientInnen wieder in die Lage

kommen zu wählen, wo sie sich aufhalten wollen, um die Wechselfälle des Lebens anzunehmen. Ich habe gelernt, dass es wichtig ist, mir klarzumachen, dass die Patientin bereits überlebt hat! Dafür benötigt sie uns nicht, aber dafür, dass jemand ihr Leiden mitfühlend ernst nimmt und ihr beisteht und sie zu einem »guten Leben« so weit wie möglich ermutigt, *wenn sie das wünscht*.

Jeder Mensch hat das Recht, im Leid zu verharren. Wenn wir bereit sind, das zu akzeptieren, wird das fast immer verstanden werden und als tröstlich erlebt, sodass im Lauf der Zeit noch mehr an Tröstendem möglich ist. Trost zu versagen, sollte uns nicht in den Sinn kommen.

Dem Leiden aus dem Weg zu gehen und PatientInnen den Raum, den sie für ihr Leid brauchen, zu versagen, treibt sie in Verzweiflung. Jedoch kann unsere tröstende Präsenz Leiden mindern.

Dem neoliberalen »Glücksdispositiv« widmet der Philosoph Byung-Chul Han unter der Überschrift »Palliativgesellschaft – Schmerz heute« sein jüngstes Buch. (Han 2020, S. 21)

Hier führt er aus, dass dieses Dispositiv zur Entpolitisierung und Entsolidarisierung führt. Die Palliativgesellschaft entpolitisiere den Schmerz und privatisiere ihn gänzlich. Es geht also immer um beides: Leid und Schmerz einerseits und Glück und Freude andererseits.

Jedoch sind wiederum nicht wenige TherapeutInnen traumatisierter Menschen nach meiner Beobachtung bei ihrer Arbeit nicht in der Fülle, sondern gefangen in einer ausschließlich am Leiden orientierten Sichtweise sowie andererseits in den letzten Jahren und nach Entwicklung der Positiven Psychologie beinahe ausschließlich in einem Vorwärtsdenken. Diesem Pyrrhus-Sieg widmet Han seine Überlegungen, und ich halte sie für unbedingt lesenswert. Ich betrachte Ressourcenorientierung *neben* der Leidorientierung als wichtigen Faktor in der Behandlung allgemein und in der Psychotherapie von Menschen mit Traumafolgestörungen im Besonderen. (Boss 2006/2008).

Für manche Menschen steht es aus unterschiedlichsten Gründen und zu bestimmten Zeiten nicht an, ihr Unglücklichsein zu ver-

ändern. Daher sollte die Frage nach Ressourcen nicht dafür missbraucht werden, Menschen abzuverlangen, dass sie sich mit ihrem Leid, womöglich auch mit sozialer Ungerechtigkeit und Gewalt »resilient« abfinden sollen (Reddemann 2020c). Hier braucht es gesellschaftliche Veränderungen! *Und* es mag auch darum gehen, Veränderung zu wollen, nicht aufzugeben, sich dazu zu entschließen, dass man sein Schicksal ändern will, Negativzuschreibungen zu beenden und *geduldig* an Veränderungen zu arbeiten. So erscheint es mir heute wichtiger denn je, dass wir beide Pole und vieles dazwischen betrachten und *immer* mit dem Leiden solidarisch sind. TherapeutInnen laufen manchmal Gefahr, im Sinne einer – auch gesellschaftlich bedingten Gegenübertragungsreaktion – zu schnell Veränderungen anzustreben, um dem Leiden zu entkommen. Nur die Patientin kann bestimmen, wann für sie der richtige Zeitpunkt ist, sich ihren Ressourcen zuzuwenden.

Ressourcenorientierung ist nicht gedacht für Verleugnung, Bagatellisierung und Beschönigung. Sie kann ein Gegengewicht sein, aber auch, wenn zu früh und zu schnell angestrebt, eine Keule, die noch mehr verletzt.

Gerade darin sehe ich eine Chance für psychodynamische Behandlungsansätze.

Psychodynamisches Verstehen, eine bedeutsame Ressource

Eine Weile sah es so aus, als seien psychoanalytisches Denken und Lösungs- und Ressourcenorientierung so meilenweit auseinander, dass eine Verbindung nicht gelingen könnte. Dennoch gibt es ja Gedanken zur Förderung progressiver Tendenzen in den Schriften psychoanalytischer Autoren. Schon lange gibt es sie, die sich nicht nur für die Leidens-, sondern auch für die Widerstandsgeschichte und, wie Fürstenau nicht müde wird zu betonen, für die gesunden Anteile ihrer PatientInnen interessierten. Fürstenau (2002, o.S.) spricht in diesem Zusammenhang vom »beidäugigen Sehen in Diagnostik und Therapie«. Wir sollten in Betracht ziehen, dass, je weniger stabil eine Patientin/ein Patient ist, desto mehr sollten ihre/

seine Ressourcen benannt und die PatientInnen zu ihrer Nutzung ermuntert werden. Unermüdlich hat Fürstenau darauf hingewiesen. Seine diesbezüglichen Arbeiten sind »Entwicklungsförderung oder Orientierung an der Defizienz?« (Fürstenau 1992/2017a) sowie »Progressionsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie« (Fürstenau 1992/2017b) und stammen bereits aus den Jahren 1989 bzw. 1991. Fürstenau bezog sich häufig auf die Forschungen der »Mount Zion Group« und auf deren »control-mastery theory« (Silberschatz 2005). Hier macht einer der Co-Autoren, Joseph Weiss (2005), deutlich, wie wichtig es ist, den Patienten mit dem, was er will, ernst zu nehmen und ihm zu folgen.

»Indem wir frei werden für unser Wachstum«, so Karen Horney (1950/1975, S.14), machen wir uns auch frei dafür, andere zu lieben und an ihnen Anteil zu nehmen. Dann wird es auch unser Wunsch sein, ihnen [...] die Möglichkeit zu ungehindertem Wachstum zu geben und ihnen [...] in jeder Weise dazu zu verhelfen, sich selbst zu finden und zu verwirklichen.« Frei zu werden für unser Wachstum kann viel Zeit in Anspruch nehmen.

Wir können die Errichtung und das Wachstum guter innerer Objekte fördern, wenn PatientInnen dazu bereit sind – und eben nicht, wenn wir allein meinen, das sei erforderlich. Wir können dieses Wachstum aber auch durch freundliche Präsenz anregen.

Geißler (2004) hebt hervor, dass man sich als Therapeut auf die vorwärtsbewegende Tendenz des Organismus verlassen könne. Leider stimmt dies für traumatisierte PatientInnen mit Traumafolgestörungen nur bedingt, sodass auch explizite ressourcenfördernde Interventionen notwendig sein können, vorausgesetzt wir gewinnen die Patientinnen dafür. Dies haben für die Psychoanalyse die Forschungen von Weiss und KollegInnen (1986) bestätigt, die zeigen konnten, dass Patienten den Willen und Wunsch haben, durch psychoanalytische Behandlungen ihre pathologischen Überzeugungen und Verhaltensweisen zu entkräften und darüber Kontrolle zu erlangen.

Es geht um einen dialektischen Prozess von Anpassung des Individuums *und* seiner Widerständigkeit, sein Bedürfnis nach Autono-

mie und Anerkennung seiner Sehnsüchte. Gesellschaftliche Unterdrückungszusammenhänge sollten immer erkannt und benannt werden, damit die Patientin Entscheidungsräume dazugewinnt, wie sie mit den ihr angetanen Verletzungen und (Trieb-)Unterdrückungen künftig möglichst ohne Selbstbeschädigung leben will und kann.

Man kann davon ausgehen, dass es sich in der Psychoanalyse um das Finden von Lösungen handelt, für die nicht immer ein mit Sicherheit zum Erfolg führender Algorithmus bekannt ist, also zunächst jeweils um Annahmen, von denen man sich neue Erkenntnisse erhofft. Somit verdankt sich diese Methode der Einfühlungsgabe zweier *Subjekte* (vgl. Pohlen & Bauth-Holzherr 2001, S. 108) und der imaginativen Kompetenz von Patientin und Therapeutin. Die psychoanalytisch orientierte Arbeit lässt Räume der Unsicherheit und des Zweifels offen, die Psychoanalytikerin weiß darum, dass es nicht auf jede Frage eine Antwort gibt, und kann mit Unsicherheiten und Ambiguitäten leben und arbeiten (s. dazu die Bezugnahme auf Pauline Boss, weiter unten). Andererseits wird in der PITT die Imaginationskompetenz der PatientInnen genutzt, um insbesondere unterstützende, ja möglicherweise heilsame Vorstellungen anzuregen und zu fördern.

Während der letzten Jahre macht sich in der Psychotherapie immer mehr ein Denken breit, wonach mit der »richtigen« Technik jedes Problem bewältigt werden kann. Therapeutin und Patientin geraten unter einen normativen Druck dessen, was – möglichst schnell! – erreicht werden sollte. Diesem Denken widersetzen sich Menschen, ganz einfach, weil sie so unterschiedlich sind und so unterschiedliche Interessen verfolgen, dass sich dies nicht manualisieren lässt. Alle von mir begleiteten Menschen litten nicht an *einem* symptomatischen Problem, sondern meist an einer Vielzahl von Schwierigkeiten. Dies insbesondere in der Folge von komplexen traumatisierenden Erfahrungen. Klaus Grawe (2002) schließe ich mich an, der meinte, dass Patienten häufig andere Interessen hätten als ihre störungsorientiert arbeitenden Therapeuten, denen die Beseitigung der Störung das wichtigste Ziel ist.

Die Grundprinzipien einer psychodynamischen Hermeneutik halte

ich daher für eine Ressource per se, auf die ich in meiner Arbeit nicht verzichten möchte.

Schon Paracelsus galt imaginative Kompetenz als das Wesentliche des Heilungsprozesses. Imagination aber lässt sich nicht von vorne herein festlegen, sie schafft zuvor nicht immer planbare Räume, auf die eher mit kreativen Akten denn mit Manualtreue zu antworten wäre. Mithilfe der Imagination kann man so auch dem Unsichtbaren begegnen, das für manchen Wissenschaftler nicht einmal denkmöglich ist. Wissenschaftliches Denken und Kreativität sind *gemeinsam* und in einem Ergänzungsverhältnis wichtige Ressourcen. Im Klartext heißt das, wir können komplex traumatisierte PatientInnen selten auf einem ganz sicheren Gelände begleiten, wir wissen wenig und gehen mit ihnen gemeinsam verschiedene Wege, um zu einem besseren Verstehen und daraus abgeleitetem neuen Handeln zu gelangen; wir versuchen, lose Enden zu verknüpfen, was manchmal gelingt und manchmal auch nicht; dazu können auch, aber nicht nur, Angebote von manualisierten therapeutischen Schritten gehören, die Therapeutin und Patientin Orientierung und Halt geben können. In der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass PraktikerInnen sich um ihrer PatientInnen willen nicht fortwährend an Manuale halten, sondern ihr Tun an die jeweiligen Bedürfnisse der PatientInnen anpassen (Schottenbauer et al. 2008a, 2008b). In jedem Fall bemühen wir uns, PatientInnen zu sich selbst zu ermutigen und anzuerkennen, dass es sehr viele verschiedene Lebenswege und Lebenslösungen gibt.

Das Hauptanliegen dieses Buches ist es daher, einen Leitfaden anzubieten und zu kreativen Wegen zu ermutigen, die Sie am besten gemeinsam mit Ihren PatientInnen (er)finden.

Wie Prometheus können wir nicht ohne unser eigenes Feuer leben, wir müssen selbst imaginieren und denken und uns von den »Göttern« unabhängig machen, selbst wenn uns das einsam macht.

Psychodynamische Ansätze bieten PatientInnen die Möglichkeit einer emotionalen und intellektuellen Integration an, indem unerklärliche und befremdliche Erfahrungen, die sie bisher gemacht

haben, in ein Erklärungs- und Interpretationsschema eingeordnet werden (Pohlen & Bautz-Holzherr 2001, S. 43; Reddemann & Fischer 2010), denn sich selbst besser verstehen zu können verhilft zu mehr Selbstkontrolle, wirkt stressmindernd und ermöglicht so, dass Neues erprobt werden kann. Auch Psychoedukation und Erklären sind sinnvoll, weil wir kognitive Bedürfnisse anerkennen und nicht von vornherein als Abwehr betrachten (Pohlen & Bautz-Holzherr 2001, S. 118).

Patienten wollen im Allgemeinen als erwachsene Menschen ihr Leben meistern (vgl. control-mastery theory: Silberschatz 2005), was auch beinhaltet, dass sie über ihre kindlichen Anteile mit spielerischer Freude verfügen können. Dies wiederum erfordert eine Beruhigung der verängstigten und traumatisierten jüngeren Anteile. Fritz Morgenthaler (1978) spricht davon, dass wir dafür zu sorgen hätten, dass PatientInnen sich in der therapeutischen Situation wohlfühlen, dass wir es ermöglichen sollten, dass PatientInnen zu uns ambivalenzfreie (!) Beziehungen entwickeln können, damit sie sich mit und bei uns *geborgen* fühlen. Dies hilft ihnen, nach und nach zu einer selbstfürsorglicheren Haltung zu kommen. PatientInnen wünschen keine Neuauflage ihrer infantilen Ambivalenzkonflikte und noch weniger eine Wiederauflage traumatischer Erfahrungen. Traumatisierte PatientInnen möchten verstehen, warum sie sich verhalten, wie sie sich verhalten, und sie suchen nach dem Sinn ihrer Erfahrungen, wie sie diese in ihr jetziges Leben integrieren und ihr Leiden daran vermindern können. Dazu brauchen sie BegleiterInnen, die bereit sind, so weit mitzugehen, wie es für die Betroffenen stimmig ist, nicht, wie es in Manualen steht!

Es geht daher um einen Neubeginn, d. h., wir sollten neue emotionale, aber auch kognitive und Handlungserfahrungen ermöglichen. Und das ist eben nicht nur die Konfrontation mit dem Trauma, sondern vor allem die Erfahrung einer haltgebenden, mitfühlenden Beziehung und die Erfahrung des Neubeginns.

Dies wiederum bedeutet für die PITT, dass es in der Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen um verschiedene Facetten der Nachbeileitung qua Imagination geht, also Akte imaginativer Selbstbegegnung und Selbstfürsorge, ein wesentlicher Faktor für einen res-

sourcenorientierten Umgang mit sich selbst, getragen von einer haltgebenden therapeutischen Beziehung, sowie die Ermöglichung der Erfahrung des Neins und der Widerständigkeit gegen (trieb-)unterdrückende Lebenszusammenhänge.

Die weitverbreitete therapeutische Praxis, lediglich das Schmerzhafte einer traumatischen Erfahrung hervorzuholen, genügt nicht, sondern es sollten ressourcenorientierte Erfahrungen ebenfalls benannt und progressive Vorstellungen dazu entworfen werden – immer vorausgesetzt, die Patientin stimmt dem zu! Diese Vorstellungen entwickeln sich am ehesten mithilfe einer das Leiden anerkennenden Therapeutin, die auch an den progressiven Bedürfnissen der Patientin interessiert ist und daran, diese zu fördern, die gleichzeitig in der Lage ist, regressive Bedürfnisse und daraus resultierende Übertragungsmanifestationen zu verstehen und mit ihnen geschickt umzugehen.

Worum es in der PITT geht

Ein wichtiger Grundsatz in der Therapie mit PITT besteht in dem Bemühen, eine tragfähige Sicherheit und haltgebende, *von Mitgefühl bestimmte therapeutische Beziehung* zu ermöglichen, sodann um eine Bejahung und Würdigung der Symptomatik – nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der Widerständigkeit des Subjekts gegen zerstörerische äußere Bedingungen und des Leidens. So bedarf z. B. der Vorgang der Dissoziation zunächst einer Bejahung und kann im Sinne einer Distanzierung von traumatischen, erst äußeren, später inneren Erfahrungen verstanden und genutzt werden. Das Bild der »inneren Bühne« dient der Selbstentlastung und Distanzierung.

Des Weiteren sollte es um eine gezielte Nutzung traumakompensatorischer Schemata (Fischer 2000) gehen, wozu alle Versuche der PatientInnen zu rechnen sind, mit der traumatischen Erfahrung fertig zu werden und diese ins Selbst zu integrieren, selbst wenn sich diese Versuche später im Leben als wenig hilfreich erwiesen haben.

Eine weitere Säule der PITT besteht im konsequenten Aufspüren von ressourcenvollen Momenten im Leben der Patientin. Eines meiner Lieblingsbeispiele ist der Spaziergang mit dem Hund. PatientInnen finden nichts dabei, halten das für »normal«. Ich interessiere

mich aber so detailliert wie möglich dafür, wie sich die Patientin dabei fühlt, wie es ihr körperlich geht, was sie denkt, was sie wahrnimmt. Und wenn sie mir davon berichtet, zeigt sich vielleicht ein Lächeln, das ich aufgreife und sie fragen kann, ob, wenn sie mit ihrem Hund spazieren geht, sie sich für Momente *aus eigener Kraft wohlfühlt*, vielleicht sogar Freude empfindet.

Zu erwähnen sind hier auch noch einmal die für PITT bedeutsamen verschiedenen Facetten der Nachbeelterung in der Therapie qua Imagination, Akte imaginativer Selbstbegegnung und Selbstfürsorge, die ein wesentlicher Faktor für einen ressourcenorientierten Umgang mit sich selbst sind. Die haltgebende therapeutische Beziehung ermöglicht – vielleicht erstmals – die Erfahrung des Neins und der Widerständigkeit gegen (trieb-)unterdrückende Lebenszusammenhänge.

Kurz gefasst geht es in der PITT um eine gezielte Nutzung all der Möglichkeiten, die die Patienten ohnehin zur Verfügung haben, mit dem einzigen Unterschied, dass sie nun innerhalb einer sicheren Beziehung noch bewusster erprobt werden können.

Es sei hier noch einmal betont, dass, als quasi »basso continuo«, das Wissen um und der Umgang mit dem Leiden immer da sein sollte.

Wampold und KollegInnen (2010, S. 931) haben eine Liste möglicher Faktoren erstellt, die wichtig für eine erfolgreiche Behandlung post-traumatischer Störungen sind, von denen die hier genannten auch für komplexe Traumafolgestörungen gelten können, die ich etwas gekürzt wiedergebe:

- Entwicklung und Förderung einer sicheren, respektvollen und vertrauenswürdigen therapeutischen Beziehung
- Überzeugende psychologische Erklärungen, die für die Patientin akzeptabel sind
- Gemeinsam erarbeitete Vereinbarungen über die Aufgaben und Ziele der Therapie
- Die Förderung von Hoffnung und der Aufbau eines Gefühls von Selbstwirksamkeit

- Psychoedukation über posttraumatische Störungen
- Die Möglichkeit, über die traumatischen Erfahrungen zu sprechen
- Sorge um die Sicherheit der Patientin, insbesondere im Fall von Viktimisierung, wie sie bei häuslicher und sexualisierter Gewalt, nachbarschaftlicher Gewalt geschieht
- Hilfsangebote, wie PatientInnen lernen können, Reviktimisierung zu verhindern
- Benennen der Ressourcen der PatientInnen, ihrer Stärken, Überlebensfertigkeiten sowie intra- und interpersonaler Ressourcen
- Das Erlernen von Copingmechanismen
- Exposition
- Sinngebung für traumatische Erfahrungen und die Reaktionen der PatientInnen auf das Ereignis
- PatientInnen dabei unterstützen, dass sie Veränderungen sich selbst zuschreiben
- Ermutigung, soziale Unterstützung herbeizuführen und zu nutzen
- Prävention von Rückfällen.