

5.3.3 Phase der imaginativen Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen

Wenn wir die imaginative Auseinandersetzung mit traumatischem Geschehen beginnen, sollten wir Folgendes bedenken:

- Eine imaginative Traumaarbeit darf nicht vorschnell und unvorbereitet begonnen werden.
- Nie darf eine Patientin oder ein Patient gedrängt werden, sich auf traumatisches Material einzulassen.
- Eine Regression auf traumatische Erfahrungen ist nur dann sinnvoll, wenn das Ich der Patientin oder des Patienten stabil genug ist, um dem erneuten Leiden gewachsen zu sein, und wenn die therapeutische Beziehung zu einem wirklich verlässlichen Halt geworden ist (vgl. Reddemann u. Sachsse 1996).

Regression in das erneute Durchleiden traumatischer Erfahrungen bedeutet, vor allem wenn ihr schwere, sich wiederholende Traumatisierung in der Kindheit zu Grunde liegt, stets die Gefahr der Affektüberflutung und damit einer Resomatisierung, Deverbalisierung, Entdifferenzierung und Sexualisierung (vgl. Krystal 1998; Wurmser 1987).

Die angeschobene Affektregression, die mit globaler traumatischer Angst und Hilflosigkeit einhergeht, führt zu einer Spirale von neuerlicher Ich-Fragmentierung und Affektüberflutung und damit zu einer Retraumatisierung.

Die Überflutung mit Affekten, zusammen mit der archaischen „Abwehr durch Sexualisierung, führt zu einer überwältigenden Empfindung des Sich-Schämens, der Demütigung: Keine Kontrolle über das eigene Gefühlsleben zu haben, ist ebenso beschämend wie der Verlust der Sphinkterkontrolle“. „Aggressive Wünsche, Impulse und Phantasien werden als Mittel zur Wiederherstellung der Kontrolle eingesetzt; sie sollen, als zusätzliche archaische Abwehr, dazu dienen, den weiteren Absturz in der regressiven Spirale aufzuhalten“ (Wurmser 1987, 1999, S. 75).

Deshalb bedarf die eigentliche Traumaarbeit, so wie Reddemann und Sachsse (1996), Ehlert-Balzer (1996) und Bohleber (2000 u. 2003) betonen, der Vorbereitung.

Wir versuchen auf der Ebene der Imaginationen die Patientin so weit zu stabilisieren, dass sie sich ihren traumatischen Erfahrungen stellen und sie eventuell integrieren kann.

All das bedeutet für die klinische Praxis, eine imaginative Begegnung mit dem traumatischen Geschehen erst dann einzuleiten, wenn einige Grundvoraussetzungen erfüllt sind. Hierzu gehören vor allem:

- Die Erfahrung eines Halt gewährenden und tragenden psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses,
- der Rahmen eines sicheren Therapieraumes,
- Stabilität der Patientin bzw. des Patienten.

Was die imaginative Auseinandersetzung mit traumatischem Geschehen angeht, unterscheiden wir zwischen:

- dem allmählichen Zulassen von Verdrängtem und Verleugnetem oder beidem im Wechsel (Intrusion beziehungsweise Verleugnung),
- der imaginativen Auseinandersetzung mit traumatischen Szenen in Verbindung zu intrusivem Material,
- der Täterkonfrontation oder später
- der Auseinandersetzung mit dem traumatogenen Introjekt.

Grundsätzlich sollten auf Seiten der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten zwei Aspekte bei der Traumabearbeitung dringend berücksichtigt werden. Wir referieren sie hier in Anlehnung an Fischer und Riedesser (1999):

- Realität versus Phantasie,
- Stellenwert der psychotherapeutischen Deutung als Metakommunikation gegenüber traumatischen Erfahrungen.

Den inneren Zusammenhang dieser beiden Aspekte verdeutlichen die beiden Autoren anhand der Dynamik intrafamiliärer Traumatisierung, da in traumatogenen Familiensituationen regelmäßig zwei Funktionen gestört sind: „die Realitätswahrnehmung und ... das klare und offene Sprechen über Abläufe familiärer Kommunikation, vor allem dann, wenn ein Familiengeheimnis besteht“ (dabei ist sexueller Missbrauch lediglich ein extremes Beispiel). Dies scheint für zahlreiche Beziehungstraumata zu gelten. Die „transgenerationale Weitergabe eines Traumas findet nie offen und erklärtermaßen statt, sondern verbleibt in einem Bereich des Unausgesprochenen, Geheimnisvollen, in einer Verwischung der Grenzen von Phantasie und Realität: Das Thema kann und darf nicht ans ‚Licht des Tages‘ und ‚zur Sprache kommen‘“. Auf diesem Hintergrund fordern sie für Psychotraumatherapien eine klare, einfache und deutliche Umgangssprache als „ein unerlässliches Mittel zur Förderung der minimalen und schließlich einer optimalen Differenz zwischen gegenwärtiger und vergangener Beziehungserfahrung“ (Fischer u. Riedesser 1999, S. 212).

Auch Wurmser verweist auf die weitreichende Auswirkung intrafamiliärer Traumatisierung und betont das Vorherrschen der Abwehr durch Verleugnung in diesen Familien und bei den Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus macht er auf den tragischen Scham-Schuld-Konflikt aufmerksam, der dadurch entsteht, dass die Verleugnung großer Anteile des Selbst zu Gefühlen intensivster Scham führt und die verbotenen Wünsche sich zu befreien zu massivster Schuld. Gerade wegen der so weit verbreiteten Familienhaltung der Verleugnung erheben Fischer und Riedesser berechnete Bedenken gegen eine prinzipiell skeptische Haltung mancher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten „in der Frage, ob das Trauma real sei oder auf Phantasien, eventuell sogar auf Wunschphantasien der Betroffenen beruhe“, da eine solche Haltung retraumatisierend wirken kann, weil wichtige Elemente der traumatischen Erfahrung wiederholt werden: „unklare

Grenzen, verschwommene Begriffe, Vermischung von Realität und Phantasie und so weiter“ (Fischer u. Riedesser 1999, S. 213).

Vorbehalte erheben sie auch „gegenüber Therapeuten und Therapieformen, die überwiegend oder ausschließlich eine non- oder extraverbale Verarbeitung und Bewältigung des Traumas anstreben“. Vor allem, wenn ein Beziehungstrauma den lebensgeschichtlichen Hintergrund bildet, wird die Patientin oder der Patient „die befreiende Wirkung von offener Aussprache und Metakommunikation vermissen“. Denn die häufig erfahrenen Double-bind-Situationen „lassen sich nur durch explizite Metakommunikation, durch klares und einfaches Sprechen über das, was unmittelbar in der Beziehung vor sich geht, überwinden“. Ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin, die auf Metakommunikation verzichtet, bleibt, wenn in der Übertragungsbeziehung die traumatische Erfahrung reinszeniert wird, in das neuaufgelegte Traumageschehen verstrickt. Nur dem Therapeuten, dem es gelingt, in Haltung, emotionalem Ausdruck und seinen explizit-verbale Äußerungen die traumatische Beziehungsfalle zu durchbrechen, kann der Patientin oder dem Patienten glaubhaft machen, dass es ein Entrinnen aus dieser unbewältigten Erfahrungsfalle gibt. Dies gelingt nur, wenn wir als Therapeutinnen und Therapeuten unsere Gegenübertragungstendenzen analysieren und uns aus der Beziehungsfalle befreien „und Worte beziehungsweise Metaphern für eine oft lebenslang wortlos gebliebene Erfahrung finden“ (Fischer u. Riedesser 1999, S. 213).

Dem „verletzten inneren Kind“ begegnen

Mit einer induzierten Altersregression können wir, worauf bereits Leuner (1985) hinwies, eine Regression in den Konflikt oder in die traumatische Szene bewirken.

Auf dem Hintergrund unseres Konzeptes eines dosierten Vorgehens bieten wir zur Auseinandersetzung mit traumatischem Geschehen eine Begegnung mit dem „verletzten Kind“ nun gezielt an. Die vorsichtig einsetzende Bezugnahme auf das „verletzte innere Kind“ ermöglicht, die historischen Erfahrungen und Erlebnisse sowie die Phantasien über die Traumatisierung imaginativ in kleinen Schritten in Szene zu setzen und so einer möglichen Affektüberflutung entgegenzuwirken. Auf diese Weise wird für den weiteren psychotherapeutischen Prozess eine allmähliche, therapeutisch beschützte Wiederbegegnung und -annäherung an die Traumata eröffnet, unter der Bedingung, dass die Patientin oder der Patient dazu bereit ist.

Unsere *Modellvorstellung* ist folgende: Auf der Grundlage der psychotherapeutischen Ich-Spaltung zwischen dem beobachtenden, reflektierenden erwachsenen Ich und dem erlebenden inneren Kind („unverletztes inneres Kind“ und „verletztes inneres Kind“) übernimmt das erwachsene Ich der Patientin oder des Patienten die Führung.

Später sucht die erwachsene Person in einem weiteren psychotherapeutischen Schritt, zusammen mit den verfügbaren hilfreichen Gestalten, in der traumatischen

Szene nach neuen Lösungsmöglichkeiten (Als-ob-Umgang mit der Realität im inneren Medium von Phantasie und Sprechen).

Nach ihrer Zustimmung, dem verletzten inneren Kind begegnen zu wollen, ausdrücklich befragt, begegnet die Patientin zunächst ihrem „unverletzten inneren Kind“ und „inneren Kind“ am sicheren Ort, im Schutz der hilfreichen Gestalten. Dann wird die erwachsene Patientin aufgefordert, sich vorzustellen, sie verlasse nun diesen Ort und begeben sich zusammen mit ausgesuchten hilfreichen Gestalten zu ihrem „verletzten inneren Kind“. Hat sich die traumatisierende Szene konstelliert, wird die Patientin, die dem verletzten Kind nun begegnet und noch einmal erlebt und spürt, was ihm geschehen ist, unbedingt aufgefordert, zusammen mit ihren hilfreichen Gestalten dieses verletzte Kind an den sicheren, geschützten Ort zu bringen, damit die Helfer, die erwachsene Person und das unverletzte Kind sich um dieses Kind kümmern können und ihm all das bieten, was es im Moment braucht. Das bedeutet, wir sorgen in der psychotherapeutischen Arbeit dafür, dass dieses verletzte Kind von der erwachsenen Patientin langsam angenommen werden kann. Kann die Patientin das zunächst selbst noch nicht, sorgen wir im Tagtraum dafür, dass sich die hilfreichen Gestalten und das „unverletzte innere Kind“ seiner annehmen, es pflegen und liebevoll versorgen. Bei der Hilfe, die das „unverletzte innere Kind“ dem „verletzten inneren Kind“ angedeihen lässt, entsteht oft ein geschwisterlicher Zusammenhalt, gelegentlich verschmelzen auch beide zu einem einzigen Kind. Durch die Fürsorge, die in der Imagination möglich wird, so lässt sich beobachten, wird die Selbstfürsorge der Patienten in der Realität weiter angebahnt und unterstützt.

Zu Beginn unserer traumatherapeutischen Arbeit haben wir mit verschiedenen Motivvorgaben gearbeitet, um es zu ermöglichen, dem verletzten inneren Kind zu begegnen. Vor allem die offenere Vorgabe „Machen Sie sich einmal auf die Suche nach dem verletzten inneren Kind“ machte es den Patientinnen und Patienten eher schwer, das verletzte Kind zu finden. Sie mussten dann immer wieder behutsam darauf hingewiesen werden, dass es irgendwo dieses verletzte Kind gibt und dass sie Geduld haben müssen bei der Suche. Anregende Fragen waren: „Wer könnte Ihnen denn den Weg weisen?“ oder direkter „Welcher Ihrer inneren Helfer könnte Ihnen den Weg weisen?“

Auf dem Hintergrund unserer klinischen Erfahrung empfehlen wir folgende Motivvorgabe für dieses angstvoll besetzte Motiv. Diese Vorgabe ist weniger ängstigend, da sie mehr Stabilität und einen Möglichkeitsraum anbietet, der eine Affektüberflutung erst gar nicht aufkommen lässt. Aus diesem Grund muss auch das Erscheinen des verletzten Kindes so gut wie nicht abgewehrt werden.

■ Motivvorgabe „verletztes inneres Kind“

Und nun versuchen Sie sich bitte wieder Ihren sicheren, geschützten Ort vorzustellen, an dem Sie als erwachsene Person gegenwärtig sind und an dem Sie sich geschützt und aufgehoben fühlen. Lassen Sie diese Vorstellungen langsam deutlicher und immer deutlicher werden und versuchen Sie, die Gefühle von Sicherheit, Schutz und Aufgehobensein zu spüren und sich ausbreiten zu las-

sen. Stellen Sie sich weiter vor, wie Ihre hilfreichen Gestalten, auch das unverletzte Kind und das innere Kind, gegenwärtig sind und Sie darin unterstützen, dass Sie ganz aufgehoben, sicher und geschützt sind. Machen Sie sich von dort auf die Suche nach Ihrem verletzten Kind, dem Sie bald begegnen werden, und lassen Sie sich von Ihren hilfreichen Gestalten darin unterstützen.

Fallbeispiel Dorothea

Die Patientin hat in Ansätzen darüber gesprochen, was ihr durch zwei ältere Cousins widerfahren ist, und meint in der folgenden Stunde, sie habe es als Befreiung erlebt, es überhaupt erzählt zu haben, es sei ein Gefühl der Erlösung.

Es ist gut, darüber gesprochen zu haben und zu sprechen.

Die Mauer des Schweigens wegnehmen dürfen.

Damit ist schon viel getan. Mich in die Musik zu verkriechen war auch immer etwas Wichtiges, aber mich freizusprechen habe ich erst dadurch bekommen, dass ich hier mit diesem, was geschehen ist, umgegangen bin.

Könnten Sie sich vorstellen, dass im Tagtraum Sie, das unverletzte Kind und vielleicht auch die inneren Helfer nun einmal dem verletzten Kind begegnen?

Oh, da kriege ich gleich Angst, da gucke ich nicht so gerne hin. Aber es wäre einen Versuch wert.

Könnten Sie es sich heute vorstellen, oder wäre das zu viel?

Nein, ich könnte es mir vorstellen.

Wollen wir es dann versuchen?

Ja.

Stellen Sie sich einen Ort vor, an dem Sie sich sicher, wohl und geborgen fühlen. Dort sind Sie mit Ihrem unverletzten Kind und Ihren inneren Helfern, wenn Sie mögen.

Ja, ich bin mit dem Kind am Meer, und wir halten uns an den Händen und laufen am Meer entlang.

Sie und das Kind?

Ja, ich und das Kind.

Ja, tun Sie das, was Sie gerne tun möchten.

(Die Patientin schweigt.)

Können Sie mir mitteilen, was abläuft?

Wir laufen und spielen mit den Füßen im Wasser und fühlen uns sehr wohl.

Und jetzt stellen Sie sich doch bitte einmal vor, wie Sie und das Kind in dieser Situation dem verletzten Kind, das Sie einmal waren, begegnen.

Es ist sofort da, es sitzt am Wasser und wäscht sich.

Wie sieht es aus?

Ich würde sagen, es ist ein 5–6-jähriges Kind, mit kurzen blonden Haaren. Was auch da ist, dass wir uns sofort nähern und helfen abzuwaschen. Es ist kein Spiel, aber wir helfen wegspülen.

Und wie reagiert das Kind?

Erst mal gar nicht. Es lässt es zu, ist aber immer noch sehr abwesend.

Ja.

(Die Patientin schweigt.)

Können Sie sprechen?

Ja, es fällt schwer. (– Schweigt. –) Also, was ich jetzt auch merke, es ist ein wortloses Miteinander, das Kind lässt es zu, dass unsere Hände es berühren. Aber es schaut uns nicht an, sitzt da mit geneigtem Kopf hin zum Wasser.

Was braucht dieses Kind?

Das Gefühl, dass Vertraute da sind, die auch glauben, was es sagt.

Ja.

(Schweigt.) *Was jetzt auch gut tut, dass jemand realisiert, dass da etwas ist, was sie wegspülen möchte, das merke ich gerade sehr deutlich.*

Ja, und darin unterstützen Sie und das unverletzte Kind das Mädchen ja.

Ich und das unverletzte Kind geben dem verletzten Kind das Gefühl, was ich auch jetzt empfinde, da ist etwas Unrechtes geschehen, und ich empfinde das als sehr befreiend und erlösend.

Ja.

Ich glaube, ich spüre jetzt, was das verletzte Kind sich immer gewünscht hat, eine Verbündete, die ihm zur Seite steht, und dass es, wenn es sich schämt, sich abwaschen darf.

Was möchten Sie jetzt noch gerne tun für das Kind?

Ich möchte es gerne aus der Befangenheit, aus dem Schweigen herausholen. Ich habe das Gefühl, eine Umarmung lässt sie nicht zu, aber mit den Händen das Wasser über sie zu geben, das ist sehr gut.

Ja. Kehren Sie dann langsam mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder zurück.

Ich kann mich nicht daran erinnern, dass ich als Kind mich abgewaschen habe, es ist jetzt da.

Wie geht es Ihnen jetzt?

Es ist Erlöstheit, aber auch Beklemmung und Scham. Es ist ein unangenehmes Thema, immer wieder, aber wenn ich es anspreche, fühle ich mich doch auch erlöst.

Nachdem es Dorothea gelungen war, dem verletzten Kind zu begegnen, wurde ihr in weiteren Sitzungen dieses Motiv wieder angeboten.

Aktuell gab es wieder Schwierigkeiten mit ihren nahen Verwandten, die meinten, sie solle Kontakt zu Bert aufnehmen. Dieser, einer ihrer Missbraucher, wohnt ganz in der Nähe der Eltern, so dass die Patientin ihn fast zwangsläufig sieht, wenn sie ihre Eltern besucht. Sie merke, sie wolle mit dem allem nichts mehr zu tun haben und sich zu nichts drängen lassen. Die Patientin wird von der Psychotherapeutin darin bestätigt, wie wichtig Grenzsetzung ist. Ihr wird dann ein Tagtraum angeboten vom schützenden Ort, wo sie, das unverletzte und verletzte Kind und die hilfreichen Gestalten sich versammeln können.

In der anschließenden Instruktion wird besonders auf das wehrhafte Tier hingewiesen: „... auch Ihr wehrhaftes Tier ist da, das Sie verteidigen und beschützen

kann.“ Dies vor allem, um die Patientin wieder verstärkt mit der Repräsentanz von Wehrhaftigkeit in Kontakt zu bringen.

Wir stehen an einer Waldlichtung, an einem kleinen Waldsee, und sind mit dem Blick zum See gerichtet und gucken, was sich da regt. Mein wehrhaftes Tier, den großen Hund, haben wir dabei, der da ganz aufmerksam sitzt und aufpasst.

Sitzt er in Ihrer Nähe?

Nicht ganz, aber er ist da.

Ist es gut so mit dem Abstand?

Es ist gut so. Das verletzte Kind sitzt am Seeufer und blickt ins Wasser, und das unverletzte Kind habe ich an der Hand.

Und wie geht es Ihnen dabei?

Es ist alles an Gefühl da, Glück und Freude, aber auch eine innere Wachsamkeit.

Was möchten Sie da jetzt gerne tun?

Ich möchte das verletzte Kind beschützen. Denn da spüre ich eine Traurigkeit, die möchte ich gerne auflösen, auch die Passivität, es ist so was Autistisches, und ich möchte gerne, dass der Abstand gut ist, dass es besser ist, dass wir nicht zu dicht an das verletzte Kind drangehen.

Was würde dem verletzten Kind jetzt gut tun?

Ich spüre gerade, dass die Helfer als Lichtwesen da sind, ich sehe drei, fast transparente Wesen, die ihre Farbe wechseln und sich frei bewegen.

Und was können sie für das Kind tun?

Sie bilden einen kleinen Schutzkreis um das Kind, und die Farben machen das Kind aufmerksam.

So dass es aus seiner autistischen Versunkenheit herauskommt.

Ja, ich spüre gerade, wie es versucht, nach ihnen zu fassen, mit den Farben zu spielen, sie vielleicht auch an den Händen zu fassen. Also das verletzte Kind lässt die Wesen zu, die den Abstand halten, und ich und das unverletzte Kind halten Abstand. (Schweigt.)

Was geschieht jetzt in Ihrer Vorstellung?

Wir beobachten das Spiel zwischen dem Kind und den Lichtwesen. Wir versuchen auch mitzuspielen, das möchte das Kind aber gar nicht, dann verfällt es gleich in seine autistische Verspannung. (Schweigt.)

Können Sie sagen, wo Sie in dieser Vorstellung sind?

Wir stehen immer noch an den Seen, und es ist eine sehr entspannende Atmosphäre. Es ist auch sehr angenehm, dass alle da sind, wenn auch mit dem Abstand, aber es ist sehr angenehm, sie alle zu spüren.

Ja, dann versuchen Sie, diese angenehmen Gefühle des Miteinanderseins sich ausbreiten zu lassen und es intensiv zu spüren.

(Die Patientin schweigt.)

Dann stellen Sie sich jetzt darauf ein, dass der Tagtraum langsam zu Ende geht ... und wenn Sie dann innerlich so weit sind, dann kommen Sie langsam und allmählich wieder ganz hierher zurück, doch mit der Gewissheit, dass Sie in Ihrer Vorstellung jederzeit wieder an Ihren sicheren und geschützten Ort zurückkehren können.

Fallbeispiel Daniela

(Als erwachsene Person mit den hilfreichen Gestalten, dem wehrhaften Tier, der weisen Gestalt und dem unverletzten Kind am sicheren, geschützten Ort.)

Ich bin wieder auf der Waldlichtung, und die Gruppe steht am Rand, und ich bin ein ganzes Stück von ihnen entfernt.

Können Sie versuchen, näheren Kontakt aufzunehmen oder die hilfreichen Gestalten näher zu sich kommen zu lassen?

Sie sind jetzt bei mir, um mich rum.

Wie geht es damit?

Es ist o.k.

Und das unverletzte Kind, wo ist das?

Aktuell steht es noch am Waldrand.

Vielleicht kann einer der Helfer das Kind holen.

Hhm, jetzt ist es auch da.

Wo ist es genau?

Rechts von mir, es steht 2–3 Meter von mir weg.

Können Sie versuchen, Kontakt zu ihm aufzunehmen, zu Ihrem unverletzten Kind?

Ich habe es aktuell an der Hand.

Ja, spüren Sie es deutlich.

(Die Patientin schweigt.)

Geht das?

Es ist warm.

Ja. Versuchen Sie sich jetzt vorzustellen, dass auf die Lichtung langsam das verletzte Kind dazukommt.

Es ist mehr oder weniger von oben bis unten mit Mullbinden eingewickelt und humpelt.

Ja. Was kriegen Sie noch zu sehen?

Die Binden sind nicht ganz fest, teilweise ein bisschen locker.

Wo befindet sich das verletzte Kind jetzt?

Auf der Lichtung, etwa 10–15 Meter weg.

Mögen Sie sich vorstellen, dass das unverletzte Kind hin zu ihm geht und Sie als Erwachsene?

Wenn das unverletzte Kind hingehet, ist es o.k., wenn ich hingehet, ist es wie überblendet, dann wird es sehr, sehr unscharf.

Ja, dann lassen Sie erst einmal das unverletzte Kind hingehen. Geht das?

Ja.

Was kann das unverletzte Kind für das verletzte tun?

Ich weiß es nicht. Sie stehen mehr oder weniger beieinander, aber was es tun kann, weiß ich nicht.

Was bräuchte das verletzte Kind?

Das weiß es selber nicht.

Stellen Sie sich vor, dass die hilfreichen Gestalten dazukommen und die Kinder ganz in Sicherheit bringen und das für sie tun, was ihnen jetzt gut tut.

Sie haben sich drum herum gestellt, um es zu beschützen.

Ja, das ist gut so.

(Sie schweigt.)

Wo sind Sie jetzt?

Ich bin immer noch am Rand, und die Gruppe steht um die Kinder herum. Das verletzte Kind hat ein- bis zweimal versucht, anzufangen zu erzählen. Ich bin ihm komischerweise ins Wort gefallen und habe es weggedrückt.

Vielleicht kann das Kind seine Geschichte erst einmal den Helfern und dem unverletzten Kind erzählen.

Das kann ich aber nicht verstehen.

Ja, so ist es erst einmal. Was geschieht weiter?

Ich weiß nicht, es scheint zu erzählen. Ich kriege irgendwie so dumpfe Kopfschmerzen.

Sie können davon jetzt ausgehen, dass das verletzte Kind gut aufgehoben ist bei den hilfreichen Gestalten und sie seine Geschichte anhören und es trösten und ihm sagen, dass das, was geschehen ist, Vergangenheit ist und es jetzt sicher und geschützt ist. Für sich stellen Sie sich vor, vielleicht sich hinzulegen und eine kalte Kompresse auf den Kopf zu legen und sich zu entspannen. Geht das?

Ja. (Nach einer Weile:) Jetzt werden auch die Kopfschmerzen besser.

Nach Beendigung des Tagtraums sagt die Patientin, das verletzte Kind habe zweimal damit begonnen zu sagen. „*Als ich klein war ...*“ und jedes Mal habe sie es abgewürgt. Auf die Anmerkung der Psychotherapeutin, so, wie vielleicht die Mutter sie als Kind abgewürgt habe: „*Das könnte sein, auf die Idee bin ich noch gar nicht gekommen.*“ Sie habe im Tagtraum dann „*immer mehr ein dumpfes Kopfgefühl gekriegt, wie ein Brett vor dem Kopf.*“

Mögliche Schwierigkeiten, nachdem das „verletzte innere Kind“ gefunden wurde

Manchmal mögen sich Patientinnen und Patienten nicht um das verletzte innere Kind kümmern. In der Identifikation mit dem Aggressor (Täteridentifikation) lehnen sie ab, sich um dieses Kind zu sorgen, um nicht die eigene Hilflosigkeit und Ausgeliefertheit zu spüren. Es kann aber auch sein, dass sie durch die imaginative Begegnung mit dem verletzten Kind erst einmal so in Anspruch genommen sind, dass die Fürsorge für dieses Kind sie zunächst überfordert. Die hilfreichste und wirksamste Intervention ist die, auf die hilfreichen Gestalten und das unverletzte Kind zu verweisen: „Stellen Sie sich vor, wie Ihre hilfreichen Gestalten und das unverletzte Kind das verletzte Kind versorgen und es pflegen.“

Sollte eine Patientin oder ein Patient in der Identifikation mit dem Aggressor dem Kind Verletzungen zufügen wollen, muss das selbstverständlich von uns verhindert werden, da wir uns sonst an die Seite des Aggressors stellen und eine neuerliche traumatische Szene bezeugen würden. Eine mögliche Intervention könnte in einem solchen Fall sein:

Lassen Sie in Ihrer Vorstellung Ihr verletztes Kind jetzt erst einmal in der Obhut Ihrer schützenden und umsorgenden Helfer und beim unverletzten Kind an Ihrem sicheren, geschützten Ort, an dem Ihrem Kind nichts geschehen kann, und kehren Sie, die erwachsene Person, wieder aus dem Tagtraum hierher zurück in die Realität dieses Raumes.

Sollte eine Patientin oder ein Patient dennoch nicht davon ablassen wollen, dem Kind Schaden zuzufügen, sollte man folgendermaßen intervenieren:

Sie sollten dem Kind nicht selbst noch einmal das zufügen, was ihm früher zugefügt wurde, und sich zum Täter an sich selbst machen. Ich schlage Ihnen stattdessen vor, sich diesen Täteranteil jetzt einmal vorzustellen und ihm eine Gestalt zu geben.

Ist dies gelungen, wird die Patientin oder der Patient aufgefordert, diese Gestalt durch einen der Helfer entfernen zu lassen, um sich mit ihr zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zu beschäftigen (Zur Technik der Arbeit mit Täteranteilen vgl. Abschnitt „Täterkonfrontation und Konfrontation mit relevanten Bezugspersonen und deren schädigenden Anteilen“).

Mit dieser Vorgehensweise gelingt der Patientin in der Regel eine Distanzierung und Grenzsetzung und eine Disidentifikation mit dem Täter bzw. der Täterin. Danach ist die Patientin meist wieder in der Lage, sich um das verletzte Kind zu kümmern oder die Sorge an die hilfreichen Gestalten zu delegieren. Selbstverständlich brauchen diese Vorgänge immer wieder Zeit und sollten behutsam begleitet werden, immer wieder mit der Aufforderung: „Lassen Sie sich Zeit“.

Es kann auch vorkommen, dass das Kind selbst keinen Kontakt zur erwachsenen Person und zu den schützenden, hilfreichen Gestalten wünscht. Dies wird oft dann der Fall sein, wenn das verletzte Kind noch kein Vertrauen in die Tragfähigkeit von schützender Bindung gewinnen konnte. Dieses Kind möchte jeglichen Kontakt vermeiden, um nicht wieder enttäuscht und neuerlich traumatisiert zu werden. Auch hier ist es wieder nötig, dem Kind Zeit zu lassen, um Vertrauen zu fassen. Letztlich zeigt sich aber auch hier, wie hilfreich die unterstützenden Gestalten sind, denen es schließlich gelingt, das Kind die Fürsorge annehmen zu lassen. Diese Zwischenschritte machen es den Patienten allmählich möglich, Kontakt zum verletzten inneren Kind zu finden.

Unbedingt erforderlich ist immer, das verletzte Kind nicht in der traumatisierenden Umgebung zu lassen, sondern dafür Sorge zu tragen, dass es an den sicheren und geschützten Ort gelangt. Dort werden seine Wunden angeschaut, es wird gepflegt und liebevoll versorgt, oft mit Hilfe des unverletzten inneren Kindes.

Resymbolisierung der traumatischen Situation/Szene

Wir möchten zunächst der Frage nachgehen, warum es wichtig sein kann, die traumatische Situation/Szene zu rekonstruieren, sie zu symbolisieren und zu

verbalisieren. Selbstverständlich ist auch das verletzte Kind Bestandteil einer traumatischen Situation oder Szene. Manchmal ist aber, trotz aller emotionalen Anspannung, eine Begegnung mit dem verletzten inneren Kind einfacher, weil diese Motivvorgabe die Konzentration nur auf dieses Kind ermöglicht und die an der traumatisierenden Szene beteiligten Personen erst noch ausgeblendet werden können. Dies ist bei der gezielteren Rekonstruktion einer traumatischen Situation/Szene kaum noch möglich.

Eine bedrohliche traumatische Situation ist zunächst nicht repräsentiert, weil sie nicht gedacht werden darf und verleugnet werden muss. Ein Vorgang, den Fonagy und Target (1996) als Abwehr der Fähigkeit zur Mentalisierung bezeichnen. Opfer von Gewalt versuchen Traumata zu bewältigen, indem sie den Wunsch nahestehender Personen, ihnen zu schaden, nicht realisieren. Sie können nicht denken, dass die von ihnen geliebte Person sie missachtet, quält, hasst oder ihre Bedürfnisse ignoriert. Mit anderen Worten, es findet eine spezifische Art der Verleugnung statt, die im extremsten Fall zu einer vollkommenen Amnesie bezüglich des traumatischen Geschehens führen kann.

Auf die Wichtigkeit, die historische Realität vergangener traumatischer Erfahrungen und ihre Umstände zu rekonstruieren und sie nicht gegenüber der psychischen Realität als unerkennbar zu vernachlässigen, macht, worauf wir bereits hingewiesen haben, auch Bohleber (2000 u. 2003) aufmerksam. Denn die Rekonstruktion der historischen Erfahrungen und Umstände ermöglicht es, Ängste und Selbstbilder in einen Zusammenhang zu rücken und die unbewusst zugeschriebene Selbstverantwortlichkeit zu entlasten.

„Die Aufdeckung der Realität des Traumas, das heißt seine Historisierung, ist die Voraussetzung, um seine sekundäre Bearbeitung und Überformung mit unbewussten Phantasien und Bedeutungen, die Schuldgefühle und Bestrafungstendenzen beinhalten, aufzuklären und verstehbar zu machen. Damit wird Phantasie und Realität abgegrenzt. Das Ich wird entlastet und erhält einen Verstehensrahmen für die bis dahin unbegreiflichen Einbrüche traumatischer Realität. Ein neues Empfinden seelischer Aktivität kann dann eine Auflösung des Wiederholungszwangs und eine Transformation und Integration des Traumas ermöglichen“ (Bohleber 2000, S. 30, vgl. auch 2003, S. 833).

Wenn wir in der Psychotraumabehandlung mit der KIP eine therapeutische Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen anstreben, ist es unser Ziel, dem Ich „einen Verstehensrahmen für die bis dahin unbegreiflichen Einbrüche traumatischer Realität“ (Bohleber 2000) anzubieten. Dabei setzen wir an der Wahrnehmungs- und Bedeutungsverleugnung und damit der Ich-Spaltung, der Dissoziation an und initiieren einen Prozess, bei dem langsam das Traumatisierende psychisch repräsentiert, verarbeitet und langsam als zur eigenen Geschichte zugehörig zugelassen werden kann.

Viele Patientinnen und Patienten erzählen nach einer gewissen Zeit, wenn sie Vertrauen gewonnen haben und die Stabilisierungsarbeit wirksam geworden ist, von dem, was ihnen widerfahren ist – oft ohne die dazugehörigen Affekte, die noch verleugnet werden müssen, und oft trauen sie ihrer Wahrnehmung auch nicht und ziehen das, worüber sie berichten, gleich wieder in Zweifel. Oft sind die traumatischen Erfahrungen der Amnesie anheim gefallen und schälen sich im psychotherapeutischen Prozess langsam heraus. Trotzdem haben eine lärmende oder eine verhaltene Symptomatik, teils archaische Gegenübertragungsgefühle und das Inszenieren sadomasochistischer Beziehungen schon lange vorher in diese Richtung gezeigt.

Zu fragen ist: Bei welcher Patientengruppe sollte eine imaginative Auseinandersetzung mit traumatischen Szenen in der Imagination angestrebt werden?

- Bei Patientinnen und Patienten mit *Amnesien*, bei denen das gezielte, vor allem imaginative Wiedererinnern des traumatisch Erlebten – im Rahmen eines Halt gewährenden Settings und ausreichender Stabilisierung – die Basis bildet, um das Verdrängte und Verleugnete allmählich zu repräsentieren und langsam zu verarbeiten.
- Daneben brauchen all die Patientinnen und Patienten, die von *intrusivem Material* ständig oder erneut überfallen werden und die im bisherigen Verlauf der Psychotherapie dieses Material in ihrer Vorstellung in einem Tresor einschließen konnten, schließlich die Möglichkeit, sich nach und nach dosiert mit ihrer traumatischen Vergangenheit auseinander zu setzen. Auch hier immer mit dem Ziel, das Traumatisierende langsam zu verarbeiten.

Technisch hat sich für uns im Laufe der Zeit folgendes Vorgehen als das angemessenste herauskristallisiert, da es der Patientin oder dem Patienten schon im Tagtraum eine sichere Basis schafft, sich den traumatischen Erfahrungen als Erwachsene noch einmal zu stellen:

Wir bitten die Patientin, nachdem wir sie explizit gefragt haben, ob sie sich dazu in der Lage sieht und sich stabil genug fühlt, sich vorzustellen, dass sie sich noch einmal der traumatischen Szene annähert, und zwar aus der Position heraus, in der sie als erwachsene Person von heute am sicheren Ort geschützt und durch ihre hilfreichen Gestalten, vor allem auch durch das wehrhafte Tier, abgesichert und unterstützt ist. Wir legen ihr die Gründe für dieses Vorgehen dar: Wir sagen, dass sich die erwachsene Patientin mit ihren heutigen Möglichkeiten und Fähigkeiten in der Vorstellung noch einmal dem inneren Erfahren und Erleben der traumatischen Szene stellen möge, damit sie zusammen mit den hilfreichen Gestalten und eventuell dem „unverletzten inneren Kind“ eine neue Lösung im Umgang mit dem Geschehen für sich heute finden und dem bisher Unsagbaren Worte geben könne.

Was das Gestalten neuer Lösungen angeht, können wir uns u. a. auf Sandler beziehen, der bemerkt:

„Im Verlauf des Lebens bilden wir neue ‚Lösungen‘ für die uns aufgebürdeten Probleme. Die alten Lösungen verschwinden nicht, sondern bleiben latent oder können in neuere Lösungen integriert werden. In der Analyse (und in der Psychotherapie; die Autoren) können wir die früheren Funktionsweisen nicht ‚ungeschehen machen‘ – eher helfen wir dem Ich des Patienten, neue Lösungen zu bilden, die ihm einen größeren Grad an Autonomie geben können, sein Missbehagen verringern und ihn, so hofft man, glücklicher machen. Wenn es allerdings zu einer Symptomänderung kommt, gehen die Strukturen hinter den Symptomen nicht verloren, sondern ihre Verwendung wird ausgesetzt“ (Sandler et al. 1999, S. 170).

Wir legen größten Wert darauf, dass die therapeutische Ich-Spaltung zwischen beobachtendem, reflektierendem erwachsenem Ich und erlebendem „inneren Kind“ auch hier aufrechterhalten wird und das erwachsene Ich der Patientin oder des Patienten die Führung übernimmt und zusammen mit den verfügbaren hilfreichen Gestalten nach neuen Lösungsmöglichkeiten in der traumatischen Szene sucht. Dabei fungieren die hilfreichen Gestalten und die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut als stützende und Halt gebende Objekte. Der bisherige Dialog mit den hilfreichen Gestalten und deren erfahrene Verlässlichkeit im Tagtraum sowie die intensive Unterstützung durch den Psychotherapeuten sind wichtige Faktoren, um das traumatische Geschehen imaginativ zu symbolisieren, in Worte zu fassen und zu verstehen und darüber hinaus in der Vorstellung einer neuen Lösung zuzuführen. Dadurch wird es möglich, eine unterbrochene Handlung zu Ende zu führen, und die erwachsene Person heute kann erleben, wirkmächtig zu sein. Dieses gegenwärtige Erleben von Wirkmächtigkeit setzt eine deutlich erfahrbare Grenze gegenüber der Ohnmacht und Hilflosigkeit von damals. Die Anwesenheit der hilfreichen Gestalten, des unterstützenden und schützenden Psychotherapeuten und die kompetente Präsenz des erwachsenen Patienten verhindern, dass die ursprüngliche traumatische Szene affektüberflutenden Charakter bekommt und damit retraumatisierend wird. Auch wenn regressiv starke Affekte wiederbelebt werden, wird das erwachsene Ich der Patientin oder des Patienten innerhalb eines solcherart gestalteten Vorgehens vor einer Affektüberflutung bewahrt und eine Retraumatisierung so verhindert. Denn wir nehmen an, dass das beschriebene Vorgehen auch eine allmähliche *Mentalisierung von Affekten* (Fonagy et al. 2002 sprechen von „mentalisierte Affektivität“) bewirkt, durch ein gleichzeitiges Erleben und selbstbeobachtendes, -reflektierendes Verarbeiten dessen, was erlebt wird. Während sich der Patient als Kind in dem betreffenden Affektzustand der Traumatisierung erlebt, denken die erwachsene Person und die hilfreichen Gestalten über diesen Zustand und die damit einhergehenden Affekte nach und suchen nach einer Lösung (machen sich Gedanken darüber, was das Kind braucht) und sorgen schließlich für Trost und Sicherheit des Kindes. Diese Unmittelbarkeit des Erlebens während des Tagtraums ermöglicht eine Form der Erlebnisverarbeitung, die nicht intellektualisierend Kognitionen auf Affekte „anwendet“, sondern beide verknüpft.

Indem wir also den Patienten anregen, sich selbst imaginierend mit in der Szene anwesend sein zu lassen, mit seinen Erfahrungen als Erwachsener, unterstützen wir einen Prozess, sich schließlich „realitätsnahe Problemlösungen einfallen zu lassen, einen ‚neuen Weg‘ aus der traumatisierenden Situation“ (Leuner 1985, S. 204ff) zu finden. So setzen wir die Empfehlung Leuners in modifizierter Form (imaginative Etablierung eines sicheren, geschützten Ortes und hilfreicher Gestalten/innerer Helfer) um. Ebenso die, „bereits angesichts der imaginierten traumatischen Szene dem Patienten vorsichtige Anleitung und verbalen Zuspruch zu geben, damit er von sich aus eine Problemlösung findet“ (ebd., S. 204ff).

Sollte sich im Tagtraum die Repräsentanz des traumatogenen Objekts als reale Person gezeigt haben, die Patientin oder der Patient aber selbst noch nicht in der Lage sein, eine situationsadäquate Lösung zu finden und eine imaginative Grenze zwischen dem Opfer und dem Täter aufzubauen, intervenieren wir so, dass die hilfreichen Gestalten diese Funktionen übernehmen. Auf eine *symbolische Grenzziehung* in der Imagination sollte immer geachtet werden.

Wir schlagen folgende Instruktion vor (sie kann mit gewissen Modifikationen dargeboten werden), die einerseits Stabilisierung anbietet und die Unterstützung durch hilfreiche Gestalten und andererseits die Möglichkeit zur Resymbolisierung der traumatischen Situation, ohne dass es zu einer Affektüberflutung kommt.

■ Instruktion für die Begegnung mit einer traumatischen Szene

Und nun versuchen Sie sich bitte wieder Ihren sicheren, geschützten Ort vorzustellen, an dem Sie als erwachsene Person gegenwärtig sind und sich geschützt und aufgehoben fühlen. Lassen Sie diese Vorstellungen langsam deutlicher und immer deutlicher werden und versuchen Sie, die Gefühle von Sicherheit, Schutz und Aufgehobensein zu spüren und sich ausbreiten zu lassen. Stellen Sie sich weiter vor, wie Ihre hilfreichen Gestalten Sie darin unterstützen, dass Sie ganz aufgehoben, sicher und geschützt sind. Auch das unverletzte Kind und das innere Kind sind gegenwärtig, sicher und geschützt und gut versorgt. Überlegen Sie nun, welche der hilfreichen Gestalten Sie mit zu der Szene/in die Situation nehmen wollen, die Sie sich vorgenommen haben zu imaginieren, und welche Sie bei den Kindern lassen wollen, damit diese gut versorgt und behütet sind.

Nachdem die Patientin sich entschieden hat, wird sie angeleitet, in ihrer Vorstellung hin zu der Situation/Szene zu gehen.

In der Situation/Szene selbst intervenieren wir dann so, dass mit Unterstützung der hilfreichen Gestalten, vor allem der wehrhaften, eine veränderte Lösung gefunden werden kann, und schließlich das verletzte, verunfallte oder gedemütigte Kind, der Jugendliche oder auch Erwachsene zurückkehren kann an den sicheren, geschützten Ort.