

Psychodynamische Therapie traumainduzierter Störungen

Luise Reddemann

Vortrag gehalten am 12.5.2006 aus Anlass der 8. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, DeGPT, Medizinische Hochschule Hannover

Lieber Herr Lamprecht,

für die Einladung zu diesem Vortrag danke ich Ihnen und dem Programmkomitee.

Liebe Kolleginnen,

liebe Kollegen,

wahrscheinlich erwarten Sie von mir einen Vortrag über die von mir entwickelte Therapieform der Psychodynamisch imaginativen Traumatherapie, ich habe mich aber entschieden, das mir vorgegebene Thema anders zu interpretieren, deshalb will ich in diesem Vortrag vor allem zwei Fragen nachgehen:

1. Einleitend der Frage :Wie verstehe ich im Jahr 2006 psychodynamische Therapie und
2. Was kann psychodynamische Therapie traumainduzierter Störungen bedeuten?

Ausgehend von der Überzeugung, dass auch Sachthemen stets subjektiv geprägt sind, da wir ihnen nur als Subjekt begegnen können, will ich erst gar nicht versuchen, den Anschein von Objektivität zu erwecken. Ich lade Sie ein, meine Überlegungen für eigene zu verwenden und danach Ihre eigenen Schlüsse zu ziehen.

Meine Ausführungen mögen Sie irritieren. Sie sind mir deshalb wichtig, weil sich mir in den letzten Jahren gewisse Formen von aus meiner Sicht falscher therapeutischer Selbstgewissheit zunehmend aufdrängten. Da ich hier in Deutschland zu denen gehöre, die sich am längsten mit der Behandlung von psychotraumatischen Folgen beschäftigen, sind mir vielleicht auch mehr als denen, die sich erst seit wenigen Jahren oder erst neuerdings mit Psychotraumata auseinandersetzen, Zweifel an unserem immer stärker an Technik orientierten Tun gekommen; Fragen haben sich gestellt, die früher nicht auftauchten, kurzum nach über 20 Jahren dieser Arbeit habe ich in der letzten Zeit eher mehr statt weniger an und nach den Wurzeln der psychodynamischen Arbeit gesucht, das heißt bei der Psychoanalyse. Als Basis eines sehr besonderen Zugangs zum Menschen erscheint sie mir heute bedeutsamer denn je.

Ich beginne mit der ersten Frage, nämlich was stelle ich mir heute, im Jahr 2006, unter psychodynamischer Therapie vor, und welche Anforderungen stelle ich an ein psychodynamisches Verfahren?

Bei der Beantwortung dieser Frage beziehe ich mich zum einen auf Fürstenaus Überlegungen, die er zuletzt in seinem Buch mit dem Titel „Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren“ dargelegt hat, zum anderen auf Pohlen und Bautz-Holzherr und ihr Buch „Eine andere Psychodynamik. Psychotherapie als Selbstbemächtigung des Subjekts“, aber auch auf die Klassiker Ferenczi und seinen Schüler Balint (1968), Federn und einige andere, sowie schliesslich auf meine eigenen Erfahrungen als Psychoanalytikerin und psychodynamisch sich verstehende Psychotherapeutin.

Psychodynamische Therapien wurzeln wie erwähnt in der Psychoanalyse, und bei dieser handelt es sich um eine hermeneutische Wissenschaft. Darunter verstehen wir eine Lehre vom Deuten und interpretativen Verstehen; dabei handelt es sich um ein *grundsätzlich uneindeutiges und unabgeschlossenes Verstehen*, nicht um ein ein für alle mal Feststehendes und Erklärbares. Das psychoanalytische Erklärungsmodell bietet gleichzeitig die Möglichkeit einer Distanzierung von ihrem angeschauten Gegenstand und der *Auslegung* von Erkenntnissen, derer nach Gadamer jede Form von Wissen bedarf. Dadurch ermöglicht sie eine sehr spezifische Form der Begegnung zwischen Menschen

Damit befinden sich psychodynamische Verfahren aus meiner Sicht an einem anderen Ort als dem der gängigen an naturwissenschaftlichen Vorstellungen orientierten Therapieverfahren, wonach es fast ausschliesslich um objektive und objektivierbare Tatsachen zu gehen scheint. Im Allgemeinen scheinen diese Therapierichtungen auch eher einem einfachen Ursache-Wirkungsschema zu folgen. Durch gute Diagnostik und Manualtreue wäre der Therapieerfolg danach weitgehend sicher gestellt. Ausfluss dieser Vorstellung sind dann u.a. einige Konzepte über Evidenzbasierte Medizin sowie deren Konzepte zur Überprüfung von Wirksamkeit von Behandlungen. Einem derartigen Weltbild hat schon Heisenberg mit seiner Quantentheorie und der Theorie des Beobachters auch in den Naturwissenschaften vor Jahrzehnten widersprochen. Reine Empirie und Faktensammeln wurde daher von Heisenberg abgelehnt. Ich möchte diesen Punkt hier erwähnen, aber nicht vertiefen. Ich bin mir sicher, dass solche Konzepte der Vielfalt menschlichen Seins und Werdens nicht genügen. Später komme ich auf die Evidenzbasierung noch einmal zurück.

Psychoanalyse als hermeneutische Wissenschaft ist ausserdem ein heuristisches Verfahren, das bedeutet, dass es sich bei psychodynamischen Therapien um das Finden von Lösungen handelt, für die nicht immer ein mit Sicherheit zum Erfolg führender Algorithmus bekannt ist, also vorgängig jeweils um Annahmen, von denen man sich neue Erkenntnisse erhofft. Somit verdankt sich *die Methode des Entdeckens* der Einfühlungsgabe des Subjekts (Pohlen et al 108) und der imaginativen Kompetenz von Patientin und Therapeutin. Dass imaginative

Kompetenz das Wesentliche des Heilungsprozesses ist, wusste bereits Paracelsus. Imagination aber lässt sich nicht festlegen, sie schafft zuvor nicht erwartete Räume, auf die eher mit kreativen Akten denn mit Manualtreue zu antworten wäre. Mit Hilfe der Imagination können wir auch dem Unsichtbaren begegnen, das für manchen Wissenschaftler nicht denkmöglich ist.

Im Klartext heißt das, wir begleiten unsere PatientInnen auf einem niemals ganz sicheren Gelände, wir wissen wenig und versuchen dies und das, um zu einem besseren Verstehen zu gelangen. Oder, in der Sprache der Mythologie: Prometheus hat den Göttern das Feuer gestohlen, um selbst imaginieren und denken zu können und nicht, um von ihnen abhängig zu bleiben und sie anzubeten, so wie heute von manchen der Gott einer bestimmten Form von Wissenschaft! Dass auch sie nicht ohne Bilder auskommen, zeigen Worte wie „Goldstandard“ oder „state of the art“.

Ein Resümee aus dieser Erkenntnis ist daher für mich, dass Manuale, so sinnvoll sie auch sein mögen, niemals einen psychotherapeutischen Prozess vollständig abbilden können, selbst wenn sie Orientierungen geben können i.S. eines Kompasses oder eine Landkarte.

Gefragt ist somit die kunstfertige Therapeutin und der kunstfertige Therapeut, die ihr Handwerk verstehen. So hat Judith Herman einmal davon gesprochen, dass Psychotherapie wie ein Handwerk auch ausgeübt werden kann und wurde, bevor Wissenschaft sich ihrer bemächtigt(e), denn das Handwerk ist älter als die Wissenschaft. Damit spreche ich nicht gegen Wissenschaft, aber gegen ihre Anbetung, denn Feyerabend folgend ist sie aus meiner Sicht nur ein Erklärungsmodell unter vielen und nicht ernster zu nehmen als z.B. Kunst. Feyerabend hat am Beispiel von Galileo Galilei gezeigt, wie wissenschaftliche Erkenntnis häufig auf kreativen, quasi unwissenschaftlichen, Prozessen beruht. Psychotherapie als zur Heilkunde gehörig sollte sich meiner Meinung nach auch der Heilkunst verpflichtet fühlen, selbst wenn diese letztere ebenfalls immer mehr zu verschwinden droht.

In psychodynamischen Therapien geht es darum, dass wir unerklärliche und befremdliche Erfahrungen, die unsere PatientInnen bisher gemacht haben, in ein Erklärungs- und Interpretationsschema einzuordnen versuchen, und damit geben wir unseren PatientInnen die Möglichkeit einer emotionalen und intellektuellen Integration. (s. Pohlen et al S.43)

Dazu bedienen wir uns heute mehr einer Oberflächenhermeneutik und des Blicks von der Höhe hinab statt von der Tiefe hinauf.

Einige Begriffe wie Neutralität und Abstinenz bedürfen einer Neubestimmung bzw. eines Rückgriffs auf frühe Konzepte, wie z.B. die von Ferenczi (1932), der sich bekanntlich

Gedanken über die berufliche Hypokrisie der Analytiker machte und diese mit der Wiederbelebung traumatischer Affekte der Patienten in Verbindung brachte, d.h. Ferenczi war sich bewusst, dass Therapeuten mit ihrem Verhalten Patienten schädigen können.

Morgenthaler (1978) spricht davon, dass wir dafür zu sorgen hätten, dass PatientInnen sich in der therapeutischen Situation wohl fühlen, dass wir es ermöglichen sollten, dass PatientInnen zu uns ambivalenzfreie (!) Beziehungen entwickeln können, damit sie sich mit und bei uns geborgen fühlen. Es geht also darum, was PatientInnen wünschen und wollen, denn PatientInnen wünschen keine Neuauflage ihrer infantilen Ambivalenzkonflikte und noch weniger eine Wiederauflage traumatischer Erfahrungen. Damit lässt sich auch Psychoedukation und Erklären in einer so verstandenen psychodynamischen Therapie rechtfertigen, nämlich mit der „kognitiven Anerkennung des Anderen (Pohlen et al S.118) und mit dem Anliegen der Progression, denn Patienten wollen im allgemeinen als erwachsene Menschen ihr Leben meistern, was auch beinhaltet, dass sie über ihre kindlichen Anteile mit spielerischer Freude verfügen.

Ausserdem sollte es immer auch um einen Neubeginn i.S. Balints und seines Lehrers Ferenczi gehen, d.h. neue emotionale – aber auch Handlungserfahrungen - sollten ermöglicht werden. Damit geht es wesentlich um die Ermöglichung der Erfahrung des Neins und der Widerständigkeit gegen (trieb-)unterdrückende Lebenszusammenhänge.

Auf der anderen Seite scheint es mir unzulässig, Erkenntnisse der analytischen Ich-Psychologie als einer Lehre der Anpassung des Ich an Belastungen von aussen zugunsten der Triebtherorie ausser Acht zu lassen. Dem trägt Fürstenau mit seiner systemischen Sichtweise m.E. am elegantesten Rechnung. Unter die Systemtheorie lassen sich verschiedene Blickwinkel subsummieren, so auch die Vorstellung, dass das Individuum ein sich selbst regulierendes System darstellt, das eben auch Anpassung an Umweltbedingungen leistet und leisten will. Hier geht es um einen dialektischen Prozess von Anpassung des Individuums *und* seiner Widerständigkeit. Im therapeutischen Kontext fördert die Therapeutin also Zeichen von individuell verträglicher Anpassung ebenso wie Triebwünsche, wozu auch das Bedürfnis nach Autonomie zu rechnen wäre, sie weiß auch um gesellschaftliche Unterdrückungszusammenhänge und hilft der Patientin, diese zu erkennen, damit sie Entscheidungsräume dazu gewinnt, wie sie mit den ihr angetanen Verletzungen und (Trieb-) Unterdrückungen künftig möglichst ohne Selbstbeschädigung leben will.

An dieser Stelle möchte ich nun zum Traumatheuma überleiten, indem ich mich auf einen jüngst veröffentlichten Fallbericht beziehe.

Es handelt sich um eine der letzten Behandlungen Freuds im Jahre 1936, genauer um eine einstündige Behandlung einer 18-jährigen. Aus der von der Patientin selbst berichteten Behandlung, nachzulesen in der „Zeit“ vom 27. April 2006, möchte ich zitieren.

Die Patientin kam auf Anraten ihres Hausarztes, der eine Bronchitis bei ihr diagnostiziert hatte, zur Behandlung, aber auch wegen eines Seelenleidens, wovon die Patientin aber nichts wissen sollte. Sie galt als verrückt, da sie am Fenster ihrer Wohnung Isolde gespielt hatte, die auf Tristan wartete, huldvoll habe sie den Kindern und Kohleträgern gewinkt, die zu ihr hoch schauten. Sie sei das einsamste Mädchen Wiens gewesen, „einsam, überversorgt, eingesperrt und ziemlich sicher nicht geliebt. Niemand hat mich auf den Schoß genommen, keiner hat mich an der Hand gehalten, es wurde nicht geküsst, sagt sie. Im Bericht heißt es weiter, dass ihre Mutter bei der Geburt gestorben sei, die Stiefmutter sei kalt und geldgierig gewesen, die Oma schwer betagt und hyperängstlich, der Vater unnahbar. Mit ihr sei nicht gesprochen worden. Nachdem Freud ihren Vater, der zunächst alle an sie gerichteten Fragen beantwortet hatte, hinausgeschickt hatte, redete und redete diese junge Frau. „Sigmund Freud war der erste Mensch in meinem Leben, der wirklich Anteilnahme gezeigt hat an mir, der von mir etwas erfahren wollte, der einzige, der mir wirklich zugehört hat....Der ganze Mensch interessierte sich für mich“ Margarethe, so heißt die junge Frau, teilt Freud ihren Hass auf die Stiefmutter, auf die Schule, auf die Sonntagsspaziergänge ungefiltert mit, dass sie keine Freundinnen haben und nicht die Schule ihrer Wahl besuchen dürfe. Dass sie so einsam sei, wie man es sich nicht vorstellen könne, und dass sie deshalb mit sich selbst Theater spielen würde oder mit Vaters Schachfiguren. Ihr größter Wunsch sei, dass sie einmal eine Liebesszene im Kino ganz zu Ende sehen möchte, denn der Vater würde jedes Mal, wenn eine solche Szene beginne, bestimmen, dass das Kino zu verlassen sei, weil solche Szenen nichts für sie seien. Wie hat Freud auf diese Geschichte reagiert?

Sie sei nun 18 Jahre alt und damit erwachsen, sagt er ihr. Zum Erwachsensein gehöre die Überwindung der Klage und die Durchsetzung dessen, was eine Persönlichkeit ausmache. Wünsche pflegen, Widerspruch hegen, sagt er ihr ebenfalls. Nach dem Warum fragen und nicht alles stumm hinnehmen. Das, was einem wirklich wichtig ist, mit Bestimmtheit und Ruhe durchsetzen. „Und“, verordnete er streng, „wenn die nächste Kusszene im Kino kommt, bleiben Sie sitzen! Ich sagen Ihnen ausdrücklich: Sie bleiben sitzen!“ Pause. Tiefe Augen. Endlich: „Denken sie an mich!“ Dazu kommentiert die Patientin, er habe den entscheidenden Impuls gesetzt und sie in die Freiheit nach jeder Richtung entlassen. Margarethe ging kurz nach dieser Sitzung ins Kino und blieb entgegen den Befehlen des Vaters sitzen, der nie wieder einen Ton gesagt habe.

Dieser Bericht hat mich sehr bewegt. Zum einen erinnerte er mich an einen Aufsatz, den ich als junge Analytikerin verschlungen habe, nämlich den von Cremerius zum Thema „Freud bei der Arbeit über die Schulter“ geschaut, in dem Cremerius zeigt, dass Freud anders gearbeitet hat, als er es in seinen Schriften zur Behandlungstechnik dargelegt hat. Freud war z.B. sehr viel zugewandter als er es mit seiner Abstinenzregel forderte. In diesem Bericht entdecken wir ausserdem einen suggestiven Freud, der sich nicht scheut, seine ganze Autorität in die Waagschale zu werfen, um diesem jungen Mädchen Mut zu sich selbst zu machen. Was kann man aus diesem Bericht lernen?

1. Heute würden wir diese Patientin als emotional vernachlässigt, sprich traumatisiert, diagnostizieren.
2. Sie hatte daraus resultierend naturgemäß erhebliche Probleme mit einer triebunterdrückenden Umgebung, vor allem dem Vater.
3. Freud macht explizit Vorschläge, wie das Übel zu überwinden sei und scheut auch nicht vor suggestiven Interventionen zurück, die allerdings ganz klar auf seinem triebdynamischen Konzept basiert zu sein scheinen.
4. Die Eigenkompetenz der jungen Frau, die wir heute im Rahmen einer progressionfördernden Therapie viel direkter ansprechen würden, nimmt er allenfalls indirekt auf, denn mir will z.B. ihr Theaterspielen durchaus als ein Selbstheilungsversuch erscheinen, den man expliziter nutzen könnte (s. dazu Reddemann 2001)
5. Freud bringt sich sehr direkt und aus meiner Sicht patriarchal ein, setzt sein Gewicht gegen das des Vaters, was für die Patientin offensichtlich auch kein Problem darstellt, insofern also auch gerechtfertigt erscheint.
6. Was wir noch lernen können ist, dass Freud auf diese Frau sehr individuell mit seinem Vorschlag, beim nächsten mal im Kino sitzen zu bleiben, eingeht. Er geht also theoriegeleitet – am triebdynamischen Konzept, aber auch an einem Entwicklungskonzept - orientiert vor, und berücksichtigt dennoch sehr geschickt das Individuelle der Patientin.

Schauen wir uns Freuds Interventionen unter den weiter oben angedeuteten Gesichtspunkten an, so sehen wir, dass er hier ein subtiles Gleichgewicht zu fördern imstande war, indem er der Patientin sagt, sie sei nun erwachsen und habe damit die Verantwortung für sich selbst, und es gehe andererseits darum, die eigenen Wünsche zu pflegen und auch widerständig zu sein, das interpretiere ich als Deutungsversuch Freuds. Mit seiner sehr suggestiven Intervention, dass die Patientin beim nächsten mal im Kino sitzen bleiben solle, probiert er etwas – das ist das heuristische Prinzip – dessen Ausgang für ihn im Ungewissen bleibt.

Es lassen sich in Freuds Interventionstechnik einige allgemeine Prinzipien psychodynamischer Therapien, die ich nun noch durch traumaspezifische ergänzen möchte, erkennen, zumal die Patientin aus heutiger Sicht als traumatisiert angesehen werden kann.

Zunächst möchte ich aber noch auf einige Überlegungen Fonagys und KoautorInnen eingehen, die sie im Zusammenhang mit ihren Untersuchungen zur outcome-Forschung psychoanalytischer Therapien vorlegen (Fonagy et al 2005). Ich tue dies mit dem Bewusstsein, dass es hier wiederum um eine Dialektik zwischen heuristischem Prinzip, das sich der Evidenzbasierung widersetzt, und deren Akzeptanz geht. Die Autoren meinen nämlich, dass es keine Entschuldigung für die „dünne“ Evidenzbasierung psychoanalytischer Therapie geben könne, ein shift in der Epistemologie auf Seiten der psychoanalytischen Therapeuten sei erforderlich. Neben anderen Faktoren nennen die Autoren: Dass die „splendid isolation“ der Psychoanalyse zu beenden sei zugunsten einer Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen und klinischen Disziplinen, erfolgreiche psychotherapeutische Interventionen aus anderen Disziplinen in den psychodynamischen Ansatz zu integrieren seien, klinische Gruppen zu identifizieren seien für die der psychodynamische Ansatz besonders effektiv sei, und dann wird empfohlen, dass eine wissenschaftliche Haltung einzunehmen sei, die den Wert der Wiederholung von Beobachtungen anerkenne statt deren Einzigartigkeit, wörtlich heißt es sogar: ...“to celebrate the value of the replication of observations rather than their uniqueness“, ich würde die beiden Gegensätze lieber mit einem „und“ verbunden wissen, das heißt den Wert der Wiederholung von Beobachtungen anerkennen und deren Einzigartigkeit. Die AutorInnen enden mit einem Hinweis auf Kandel, wonach Gemeinsamkeiten mit Forschungsergebnissen der Hirnforschung zu nutzen seien.

Die psychodynamische Traumatherapie hat auf diesem Gebiet einiges an Vorarbeit geleistet, bemüht sie sich doch seit Jahren, Erkenntnisse der Hirnforschung mit psychotherapeutischen Einsichten zu verschmelzen. Mehr noch, psychodynamische Traumatherapie verwendet seit langem auch Methoden anderer Therapieschulen.

Die in Deutschland derzeit gängigsten Methoden, die „Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie“, „MPTT“, nach Gottfried Fischer (2000) sowie die von mir entwickelte „Psychodynamisch imaginative Traumatherapie“ „PITT“ (Reddemann 2001 und 2004), bemühen sich nach Kräften, erfolgreiche Ansätze anderer Therapieschulen in ein psychodynamisches Vorgehen zu integrieren, dies teilweise auch kontrovers zu Meinungen wonach die Aufrechterhaltung bestimmter Traditionen gefordert wird. Beide Methoden liegen

auch in manualisierter Form vor, was Ihnen deutlich machen mag, dass ich mich auf dem schmalen Grat zwischen Heuristik und Evidenzbasierung einzurichten versuche und mir der daraus sich ergebenden Widersprüche durchaus bewusst bin.

In der MPTT und PITT gehen wir davon aus, dass die psychobiologische Komponente der PTSD an die Therapie akuter und chronifizierter psychotraumatischer Belastungsstörungen spezifische Anforderungen, die vor Bekanntwerden dieser wissenschaftlichen Forschungsergebnisse aus jüngster Zeit noch nicht berücksichtigt werden konnten, von grosser therapeutischer Relevanz sind. Insbesondere wurden die zeitliche Persistenz der Symptomatik und ihre „Durchschlagkraft“ in der therapeutischen Situation bis vor kurzem unterschätzt. Aus der aktuellen Forschungslage ergibt sich jedoch die Forderung an tradierte Psychotherieverfahren, Diagnostik, therapeutisches Vorgehen und die verfahrensspezifische Beziehungsgestaltung der modernen Erkenntnislage anzugleichen.

Insbesondere sollte der Tatsache des möglicherweise auch therapiebedingten traumatischen Stress Rechnung getragen werden, der durch Therapie der herkömmlichen Art häufig genug regelrecht erhöht statt vermindert wird. Der entscheidende Grund für mangelnde konzeptuelle und vor allem behandlungstechnische Differenzierung ist wohl in der Tatsache zu sehen, dass die psychobiologische Besonderheit der psychotraumatischen Belastungsstörung erst in jüngster Zeit zu Tage getreten ist. Nur wenige psychoanalytische Forscher haben die neurobiologischen Hintergründe des Krankheitsbildes erahnt, wie etwas Abraham Kardiner, übrigens einer von Freuds Lehranalysanden, der die traumatische Neurose als eine „Physioneurose“ bezeichnete.

Neben den frühen Pionieren der analytischen Psychotraumatologie, vorneweg Sandor Ferenczi erkannte Mardi Horowitz früh, nämlich bereits 1976, dass die klassischen Techniken der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie für Traumapatienten weiter zu entwickeln seien.

Einige der von Horowitz empfohlenen Techniken können auch heute noch zum Bestand einer traumaadaptierten psychodynamischen Therapie gerechnet werden:

Zustände intrusiven Wiedererlebens können u.a. mit folgenden Interventionen günstig beeinflusst werden, die ich hier in etwas veränderter Form wiedergebe:

1. Den Patienten von äußeren Belastungen befreien und für Ausruhen und Erholung sorgen, etwas, was vor allem stationäre und teilstationäre Therapie leisten können sollte.
2. Unterstützung anbieten, was eine weitgehende Modifikation der Abstinenzregelauslegung erfordern kann.

3. Positive Gefühle hervorrufen, die sich von negativen Affekten im Zusammenhang mit dem Trauma unterscheiden, dazu gehört in der PITT die gezielte Arbeit mit ego-states, insbesondere verletzten Anteilen sowie der Einsatz entsprechender Imaginationen.
4. Erforderlichenfalls Einsatz von angstdämpfenden Massnahmen, auch mit Hilfe von Medikamenten.
5. Stressreduzierende Techniken vermitteln, in der PITT z.B. gezielte Imagination von angenehmen Erinnerungen, sog. Freudetagebuch und einigen Übungen, die sich als stressreduzierend erwiesen haben, z.B. die des sicheren Ortes.
6. Strukturierung von Ereignissen sowie Strukturierung und Organisation von Informationen, was aus meiner Sicht bedeutet, PatientInnen umfassend über Trauma, Traumafolgen und Traumacoping zu informieren.
7. Psychoedukative Deutungen, auch als kognitive Restrukturierung. Z.B. Selbstanklagen und eigene Schuldzuschreibungen der Opfer in Frage stellen und dabei auch auf kognitive Strategien wie z.B. den sokratischen Dialog zurückgreifen. In der PITT auch Arbeit mit verinnerlichten Täteranteilen, sog. Täterintrojekten, mit Hilfe von ego-state Konzepten und somit Würdigung dieser Anteile.
8. Dem Patienten immer wieder behilflich sein, Gegenwart und Vergangenheit voneinander zu unterscheiden, d.h. bedrohliches Vergangenes von bedrohlichem Gegenwärtigen unterscheiden zu lernen.
9. Erkennen von Situationselementen, die assoziativ mit dem Trauma in Verbindung stehen und Anleitung, diese Situationen ggfs. zu vermeiden.
10. Lehren von Dosierungstechniken, um dosiert mit traumatischen Erinnerungen umzugehen. Dazu in der PITT vor allem Arbeit mit dem sog. inneren Beobachter.

Verleugnungs- und Vermeidungsphänomene, also sog. konstriktive Symptome können u.a. mit folgenden von mir ergänzten Techniken angegangen werden:

1. Reduzieren von exzessiven Kontrollen durch die Interpretation von Abwehrmanövern und Verhaltensweisen, die sich eher als kontraproduktiv erwiesen haben, diesen aber mit Hilfe von ego-state Konzepten einen Sinn verleihen.
2. Ermöglichung und Unterstützung der Aufnahme sozialer Beziehungen, um der Neigung zu emotionaler Erstarrung und Isolation entgegenzuwirken, zumal man heute aus der Forschung zur Resilienz und Salutogenese weiss, dass soziale Beziehungen der am meisten schützende Faktor sind.
3. Ist Traumabearbeitung möglich, dann ist es sinnvoll, das traumatische Geschehen zu rekonstruieren,

4. es zu explorieren, insbesondere das emotionale Erleben, und zwar unter möglichst geschützten Bedingungen, nämlich
5. mit Hilfe detaillierter Beschreibung der traumatischen Situation und der Situationsfaktoren.

Intrusive und konstriktive Verhaltensweisen bedürfen häufig einer Ergänzung durch die Berücksichtigung weiterer Parameter, die nun aus meiner Sicht am stärksten die Domäne Psychodynamischer Therapien darstellen, und zwar handelt es sich hier um die anhaltende Verletzung durch nicht angemessene Beziehungs- und Bindungsangebote, also die chronifizierte traumatisierende Bindungserfahrung. (Pearlman u. Courtois 2005)

Traumatherapeutische Techniken allein haben sich bei komplexen posttraumatischen Folgestörungen nicht als effektiv erwiesen. (Ford et al 1998, Spinazolla et al 2005), einiges spricht sogar dafür, dass die Anwendung von spezifischen traumabearbeitenden Techniken für dieses Klientel schädlich zu sein scheint. Diese Patientengruppe benötigt vielmehr ein Behandlungsangebot, das sich auch an ihre spezifischen Schwierigkeiten richtet, die aus ihrer Bindungs- und Entwicklungspathologie resultieren können. Man kann nämlich davon ausgehen, dass Bindungsstile gestärkt und sogar über die Zeit verändert werden können von einem unsicheren und desorganisierten Bindungsstil hin zu einem sicheren. (Schore 2003)
Dazu gehört aus unserer Sicht insbesondere eine progressionsorientierte Fokussierung auf das Arbeitsbündnis nach Fürstenaus Motto: Zwei Erwachsene arbeiten zusammen an den Problemen sog. verbliebener Kindlichkeit. Das am meisten dafür geeignete Instrument zur Selbstberuhigung scheint nach unserer Erfahrung die Arbeit mit dem sog. inneren Kind zu sein, wenn man das Augenmerk darauf richtet, dass nicht nur das Leiden dieses Kindes erkannt wird, sondern es in der Vorstellung auch neu beelert und versorgt wird, d.h. dass eine bedürfnisbefriedigende Erfahrung mit Hilfe der Vorstellungskraft ermöglicht wird.

An dieser Stelle haben wir uns der Dialektik von Heuristik und Evidenzbasierung gestellt und in der früher von mir, heute von Ursula Gast, geleiteten Bielefelder Klinik gemeinsam mit Astrid Lampe von der Universität Innsbruck eine Therapie outcome Studie durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass die Selbstberuhigungsfähigkeit der von uns behandelten schwerst traumatisierten Patientinnen mit schweren, überwiegend dissoziativen Traumafolgeerkrankungen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant zunahm, und dass der Rückgang von Symptomatik proportional zur Selbstberuhigungsfähigkeit zunahm. (Lampe et al 2006)

Hierzu sei angemerkt, dass nach neuerer Forschung das, was wir uns vorstellen, in ähnlichen Hirnarealen zur Aktivierung gelangt, wie das, was wir konkret tun, d.h. Vorstellung löst

Ähnliches aus wie Handeln, das wusste schon Freud als er vom Vorstellen als Probehandeln sprach. (Lit.!!)

So könnte eine als Kind vernachlässigte Patientin, wie z.B. die Patientin Freuds, dadurch dass sie sich regelmässig vorstellt, dass das Kind in ihr jetzt liebevoll beantwortet wird, sehr viel an nachholender Heilung bewirken. Leider wird bis auf den heutigen Tag von vielen TherapeutInnen lediglich das Schmerzliche einer traumatischen Erfahrung hervorgeholt, statt auch alternative progressive Vorstellungen dazu entworfen. Solche Vorstellungen entwickeln sich aber am ehesten mit Hilfe einer an den Bedürfnissen der Patientin interessierten und diese fördernden Therapeutin. Freud hat das m.E. erkannt, als er der Patientin riet, das nächste Mal im Kino sitzen zu bleiben. Aus heutiger Sicht könnte man sich fragen, ob ein weniger direktives Vorgehen, das die bereits vorhandenen Ressourcen der Patientin miteinbezogen hätte, nicht ebenso erfolgreich gewesen wäre. Darüber hinaus hätte es die Patientin vielleicht auch mehr befähigt, mit späteren Krisen, wie z.B. den in ihrem Bericht erwähnten Umgang mit den Loslösungsbemühungen ihrer Töchter, besser fertig zu werden. Dies sei nur der Vollständigkeit erwähnt, da zum damaligen Zeitpunkt – im Jahr 1936 – eine ressourcenorientierte Sichtweise, wie wir sie heute pflegen können, nicht üblich war.

Hier möchte ich an den Mythos von Medusa, einer traumatisierten Frau, erinnern. Der Anblick ihres entsetzlichen Hauptes liess jeden erstarren, der versuchte, sich ihr zu nähern. Erst Perseus, der sich geschickterweise mit Hilfe seines Schildes vor ihrem Anblick schützte, gelang es, sie zu enthaupten, sprich dem Trauma seine Macht zu nehmen. Dieser Mythos belehrt uns darüber, dass es nicht gleichgültig ist, wie eine Beziehung gestaltet wird, das gilt auch für die Beziehung zum eigenen Selbst und dessen traumatisierten Anteilen.

Psychodynamische Therapien haben schon immer mehr auf den Beziehungsaspekt gesetzt als dies einige heute stark verbreitete Traumabearbeitungstechniken tun. So kann gerade bei komplexen Traumafolgestörungen ein an modernen psychodynamischen Konzepten orientiertes Verstehen und Intervenieren sowohl die Patientin wie ihre Therapeutin besser schützen als die auf schiere Traumabearbeitung ausgerichtete Technik. Dazu kommt ein Verständnis von Beziehungsaspekten i.S. von mehr oder weniger bewussten Beziehungsreinszenierungen, die unter dem Blickwinkel von Übertragung und Gegenübertragung eingeordnet und verstanden und dadurch auch gehandhabt werden können. In der PITT steht darüber hinaus ein Konzept der Selbstbegegnung zur Verfügung, das mit dem Bild der „inneren Bühne“ operiert und einer Selbstentlastung dienen soll. Ergänzend kommen bei MPTT und PITT eine gezielte Nutzung traumakompensatorischer Schemata dazu, 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

als destruktiv erweisen. So geht es uns in der Therapie zunächst um eine Bejahung der Symptomatik - nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der Widerständigkeit des Subjekts gegen zerstörerische äussere Bedingungen. Der Vorgang der Dissoziation bedarf z.B zunächst einer Bejahung und kann i.S. einer Distanzierung von traumatischen erst äußeren, später inneren Erfahrungen, genutzt werden.

Nun möchte ich noch auf die Bedeutung geschlechtsspezifischer Faktoren in der Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen eingehen.

Psychoanalytikerinnen haben sich an Freud jahrzehntelang in einem fruchtbaren Prozess abgearbeitet. Kaum eine andere psychologische Theorie hat so viele Theoretikerinnen und Praktikerinnen der Psychoanalyse auf den Plan gerufen. Daraus sind Theorien über Differenz und den Umgang damit entstanden, die mir in Zeiten flacher werdenden Nachdenkens als Wohltat erscheinen. Gerade unser Widerstand gegen männliche patriarchale Konzepte hat unser Selbstbewusstsein gestärkt und damit fordert uns das psychoanalytische Denken, das psychodynamische Theorien prägt, immer noch heraus, sich mit Geschlechterdifferenz –und teilweise Unterdrückung auseinanderzusetzen. Wir brauchen die Auseinandersetzung nach wie vor. TraumatherapeutInnen sollten die Auswirkungen von gender und Geschlecht auf Patientin und Patient sowie auf den therapeutischen Prozess nicht nur zu reflektieren bereit sein, sondern es sind auch behandlungstechnische Konsequenzen aus den sich ergebenden Einsichten zu ziehen, so vor allem die Klärung der Beziehung zwischen InteraktionspartnerInnen unterschiedlichen Geschlechts wie z.B. Patientin und Therapeut oder auch Patient und Therapeutin. Körpernahes Erleben kann nach meiner Überzeugung niemals von einer Interaktionspartnerin oder einem Interaktionspartner des anderen Geschlechts ausreichend nachvollzogen werden. (Reddemann 1999)

Viel zu sagen wäre auch noch zu den Themen Einbeziehung des Körpers und kreativer Medien in die Therapie. Dazu sind andere mehr berufen als ich. Jedoch möchte ich meiner Erwartung Ausdruck verleihen, dass innerhalb der nächsten 5-10 Jahre vermutlich Psychotherapie ohne eine wie auch immer geartete Einbeziehung des Körpers obsolet sein dürfte.

Damit komme ich zum Schluss und fasse die mir wesentlichen Punkte zusammen:

1. Psychodynamische Therapien verfügen auf der Grundlage psychoanalytischer Theorien über ein breites Spektrum an hermeneutischen und heuristischen Möglichkeiten, die gerade auch für die Herausforderungen, die ein traumatherapeutisches Vorgehen von uns fordert, geeignet sind.

2. Die Reflexion grundlegender Prämissen, wie z.B. unserer Wissenschaftsbegriffe, erscheint mir dringlich.
3. Schon immer ging es in der Psychoanalyse um widerständiges Denken, Fühlen und Handeln, das uns in der Behandlung traumatisierter Menschen dienlich sein kann, wir sollten es nutzen!
4. Psychodynamische Traumatherapien sind offen für neurobiologische Forschung wie für die Integration von Interventionsstrategien aus anderen Therapieschulen und damit besonders geeignet für Erkrankungen, die über einfache und eher als eindimensional zu beschreibende Störungsbilder hinausgehen.
5. Damit haben psychodynamische Therapien ihren Platz in der Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen, in Sonderheit den komplexen.

Literatur:

- Balint, M.(1968) Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Rowohlt Reinbek
- Cremerius, (1981) Das Handwerkszeug des Psychoanalytikers, 2 Bde fromann-holzbock, Stuttgart
- Federn, P.(1956) Ichpsychologie und die Psychosen. Hans Huber, Bern
- Ferenczi, S. (1932) Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In ders. Bausteine zur Psychoanalyse. Ullstein
- Feyerabend, P. (19) Wider den Methodenzwang. Suhrkamp, Frankfurt a M
- Fischer,G. (2000a) Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie. MPTT. Heidelberg, Asanger
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh, R., Behring, R. (2003) Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Definition und Leitlinien. Psychotherapeut, 3-48, 199-209
- Fonagy, P. Roth A., Higgitt, A: (2005) the outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. Clinical Neuroscience Research 4 (2005) 367-377
- Ford,J.D. u. Kidd, P. (1998) Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic PTSD. Journal of Traumatic Stress, 11, 743-447
- Fürstenau, P. (2001) Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren. Klett-Cotta, Stuttgart
- Horovitz, M.J. (1976) Stress response syndroms. Jason Aronson. New York

Lampe, A., Uzoma, A. Gast.U., Schüssler, G., Reddemann, L. „Childhood chronic threat: Psychodynamic imaginative trauma therapy (PITT) for patients with complex traumatization. An evaluation of treatment outcome. In Vorbereitung

Morgenthaler, F. (1978) Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Syndikat. Frankfurt a.M.

Pearlman, L.A. und Courtois, C.A. Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. J of Traumatic Stress, Vol 18, No. 5 Oct. 2005, S.449-459

Pohlen, M. u. Bautz-Holzherr, M: Eine andere Psychodynamik. Psychotherapie als Programm zur Selbstbemächtigung des Subjekts. Hans Huber, Bern

Reddemann, L. (1999) Trauma und Geschlecht. Vortrag auf der Tagung ,Göttingen März 1999

Reddemann, L. (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Klett-Cotta, Stuttgart

Reddemann, L. (2004) Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual Klett-Cotta, Stuttgart

Schore, A.N. (2003 b) Affect dysregulation and the repair of self. Norton, New York

Spinazolla, J. Blaustein, M. u. Van der Kolk, B.A. (2005) Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? Journal of Traumatic Stress, 18, 425- 436