

Kai Fritzsche

Ego-State-Therapie bei Traumafolgestörungen

Handbuch für die Praxis

Mit einem Vorwort von Martin Sack

2021

Übersicht über die Behandlungsschritte der Arbeit mit der <i>inneren Reise</i>
Vorbereitung der Arbeit
Arbeit mit dem Wohlfühlort / sicheren Ort
Arbeit mit einem Vorbereitungsort / Treffpunkt des inneren Teams
Zusammenstellung des inneren Teams
Festlegung der Bedingungen der Reise
Reise zum Beobachtungsort
Beobachtung der traumatischen Szene (Konfrontation)
Kreative Bearbeitung der traumatischen Szene (Unterstützung und Versorgung des traumatisierten Ego-States / Nachholen von Ausgebliebenem)
Beziehungsaufbau zu traumaassoziierten Ego-States
Bearbeitung begleitender Themen
Verankerung, Nachhaltigkeit, Integration und posttraumatisches Wachstum

Tab. 22: Übersicht über die Behandlungsschritte der Arbeit mit der inneren Reise

8.1 Vorbereitung und Stabilisierung im Rahmen der Arbeit mit der *inneren Reise*

8.1.1 Wohlfühlort

Im ersten Schritt der Arbeit mit der *inneren Reise* wird der Patient gebeten, die Konzentration auf innere Prozesse zu richten und sich nun an seinen *Wohlfühlort* zu begeben (siehe Abschnitt 7.7). Er könne sich beispielsweise vorstellen, sich hier vom Behandlungsraum zu verabschieden und an seinem eigenen Wohlfühlort anzukommen. Der eigentliche Wohlfühlort sowie die passende Art und Weise der Kommunikation zwischen Therapeutin und Patient während einer hypnotherapeutischen Intervention wurden im Vorfeld der Therapiestunde bereits entwickelt (bekannt sind: der passende Ort, das passende Redetempo, die passende Sprache/Formulierungen, die passende Art des Nachfragens). Der Patient wird darin unterstützt, sich voll und ganz auf den Wohlfühlort einzulassen und dessen angenehme Atmosphäre zu spüren. Maßgeblich ist vor allem der physiologische Zustand des Patienten. Häufig sind Patienten zu diesem Zeitpunkt aufgeregt. Die Atmosphäre des Wohlfühlortes führt zu einer Ressourcenassoziation sowie zu einer Beruhigung der physiologischen Aktivierung.

8.1.2 Innerer Treffpunkt als Vorbereitungsort

Der zweite Schritt besteht aus der Anleitung, einen *inneren Treffpunkt* als Vorbereitungsort aufzusuchen. Der Vorbereitungsort ist als positiver und kreativer Ort kon-

zipiert, an dem ein inneres Helferinnenteam für die bevorstehende *innere Reise* zusammengestellt wird. Die Grundidee dieses Schrittes besteht in der Annahme, dass es sinnvoll sein kann, die weitere traumafokussierte Arbeit nicht allein durchführen zu müssen, sondern dafür auf ein möglichst vielseitiges inneres Helferinnenteam zurückgreifen zu können. Es werden also innere Helferinnen und innere Helfer eingeladen. Normalerweise wurden diese im Zusammenhang mit der Aktivierung grundsätzlich ressourcenreicher Ego-States bereits herausgearbeitet. Falls trotzdem noch zusätzliche Helferinnen oder Helfer für spezifische Aufgaben notwendig sind, können diese an dieser Stelle neu dazugerufen werden. Die inneren Helferinnen und inneren Helfer werden begrüßt und versammelt. Sie sind für die Reise bereit und verbreiten eine positive, zuversichtliche Stimmung. Die Therapeutin kann den Patienten an deren Stärken und Kompetenzen erinnern und ihm auf diesem Weg Zuversicht vermitteln. Die Therapeutin übernimmt bei der Zusammenstellung des Teams eine aktive Rolle. Sie wiederholt und fasst zusammen, sodass das Team immer mehr Gestalt annimmt.

Der Patient (Gesamtperson) wird als Teammitglied integriert. Ego-States der inneren Stärke ergänzen das Helferinnenteam.

Ziel ist die Entwicklung eines inneren Teams, bestehend aus dem Patienten, seinen Ego-States der inneren Stärke sowie seinen inneren Helferinnen und inneren Helfern.

Ergänzungen zu diesem Schritt können darin bestehen, einzelne Ego-States explizit von der Reise auszuschließen. Dies betreffe vor allem traumatisierte Ego-States, soweit diese bereits bekannt sind. Weiterhin kann es notwendig sein, Vereinbarungen mit destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States zu treffen bzw. diese zu aktualisieren oder sie daran zu erinnern (siehe Abschnitt 7.6).

8.2 Zugang im Rahmen der Arbeit mit der *inneren Reise*

Die *innere Reise* bietet eine metaphorische Möglichkeit der Konfrontation und kreativen Bearbeitung von traumatischem Material sowie der Begegnung, Versorgung und Arbeit mit traumaassoziierten Ego-States. Die Patientinnen und Patienten müssen in der Lage sein zu begreifen, dass wir erstens nicht wirklich in die Vergangenheit reisen. Die Reise geht zu dem Erinnerungsmaterial, das wir heute vorfinden. Zweitens müssen sie begreifen, dass wir die Vergangenheit nicht tatsächlich verändern können. Wir verändern das Material, das aus der traumatischen Situation heute noch übrig ist. Da die meisten Menschen ihre Biografie in chronologischer und narrativer Form erleben, bietet sich das Zurückreisen – ähnlich dem *Timeline*-Gedanken – als Bearbeitungsmethode sehr gut an. Wir reisen in ein früheres Kapitel unseres Lebens.

Der Zugang zur traumatischen Szene, die bearbeitet werden soll, wird mittels der *inneren Reise* realisiert. Für die Reise werden zwei Bedingungen explizit definiert,

die in den Folgeabschnitten erläutert werden. Die *innere Reise* beginnt erst, nachdem die Patientin die Bedingungen verstanden und bestätigt hat. Die Bedingungen können bereits vor Beginn der Intervention oder erst am Vorbereitungsort genannt werden. In jedem Fall sollten die Patienten vor dem Start der Reise daran erinnert werden.

8.2.1 Bedingung 1

Die erste Bedingung besteht aus der Festlegung, dass alle Reisenden in ihrem jetzigen Lebensalter bleiben. *Niemand wird beim Reisen jünger.*

Damit wird eine spontane Regression verhindert. Das Ziel der Arbeit besteht darin, dass sich die *erwachsene* Patientin (Gesamtperson) mit einer traumatischen Szene konfrontiert, die sich in der Vergangenheit abgespielt hat. Genau genommen konfrontiert sie sich mit dem Erinnerungsmaterial dieser Szene mithilfe der Reismetapher. Diese Metapher dient der Förderung der Unterscheidungsfähigkeit von *damals* und *heute*. Wir reisen in eine andere Zeit. Diese Zeit ist nicht heute, sondern damals. Es geht hier darum, dass die Traumatisierung vorbei ist. Für viele traumatisierte Menschen ist die Trennung von damals und heute kaum möglich. Sie erleben die Welt, als befänden sie sich im Damals, also in der traumatischen Situation. Die psychoedukativen Erklärungen kommen bei ihnen nicht an, dass sich das Trauma im Damals befindet, dass es vorbei ist und dass sie es heute ausschließlich mit Erinnerungsmaterial zu tun haben, nicht mit dem echten traumatischen Erlebnis. Die Metapher der Reise hilft, um das Erleben einer Zeitachse zu entwickeln. Sie ermöglicht die Markierung verschiedener Zeitpunkte und unterstreicht die zeitliche Unterscheidung von heute und damals.

An diesem Punkt wird die elementare Bedeutung der gegenwärtigen Sicherheit von Patientinnen und Patienten deutlich. Traumatherapeutische Interventionen bauen einzig und allein auf der Tatsache auf, dass die Traumatisierung tatsächlich vorbei ist. Sie können unmöglich durchgeführt werden, wenn es heute weiterhin noch zu Traumatisierungen kommt, wenn es also *nicht vorbei* ist. In diesen Fällen geht die Sicherheit vor. Es muss sozusagen erst einmal ein *Vorbeisein* geschaffen werden, um das traumatische Ereignis dann als Vergangenheit erleben und bearbeiten zu können. Sämtliche Interventionen, die angesichts gegenwärtig stattfindender Traumatisierungen geplant werden, müssen zuerst auf den Aspekt der Sicherheit der Patientin oder des Patienten ausgerichtet werden. Erst wenn eine Traumatisierung vorbei ist, kann sie in der hier vorgestellten Form bearbeitet werden.

Zusätzlich bietet die Arbeit mit der *inneren Reise* eine metaphorische Rückzugsmöglichkeit. Falls die Belastung während der Reise zu hoch werden sollte, könnte jederzeit an einen sicheren Ort zurückgereist werden. Dieser kann in entsprechender (umgekehrter) Reihenfolge der Vorbereitungsort, der Wohlfühlort und letztlich

der Behandlungsraum sein. Die Verwendung dieser drei Orte bietet die Möglichkeit einer stufenweisen Distanzierung und Reorientierung.

Die Reise hat jedoch die unbeabsichtigte und nachteilige Nebenwirkung der *regressiven Kraft*. Das Reisen löst für manche Patienten fast einen regressiven Sog aus. Sie scheinen automatisch jünger zu werden, entsprechend dem Alter, in dem die zu bearbeitende Szene stattgefunden hat. Zu diesem Zeitpunkt der Intervention geht es darum, eine Regression zu verhindern und die aktive Beteiligung der erwachsenen Patientin zu gewährleisten.

8.2.2 Bedingung 2

Die zweite Bedingung besteht in der Festlegung des Ziels der Reise. Das Ziel der Reise ist ein sicherer Beobachtungsort, von dem aus die Konfrontation mit dem traumatischen Erinnerungsmaterial mittels Beobachtung der traumatischen Situation realisiert wird. Der Beobachtungsort befindet sich zeitlich und räumlich *kurz vor* der traumatischen Szene. Aus der zeitlichen Perspektive gesehen wird in Kürze das traumatische Ereignis stattfinden. Aus der räumlichen Perspektive gesehen besteht ein gewisser Abstand zum Geschehen.

Wir reisen also *nicht* mitten in die traumatische Situation hinein. Wir reisen an den vereinbarten Startpunkt, ohne dass die Beobachtung schon beginnt. Und wir reisen zu einem Ort, der einen Abstand zum Geschehen erlaubt und die Möglichkeit der Beobachtung bietet. Der räumliche Abstand wird zur Regulation des Belastungsgrades genutzt. Es wird nur so weit herangereist, wie es der Belastungsgrad erlaubt. Dabei spielen physikalische Gegebenheiten keine Rolle. Wenn die Patientin beispielsweise beschließt, einige Querstraßen von ihrem Elternhaus entfernt anzuhalten und nicht näher heranzureisen, dann wird dieser Ort als Beobachtungsort genutzt und davon ausgegangen, dass sich die Szene trotzdem ungehindert beobachten lässt (auch wenn viele Häuserwände die Sicht versperren). Manche Patienten könnten hier unter Umständen bis in das Haus hineinreisen und würden die traumatische Szene beispielsweise von der Küchentür aus beobachten. Die notwendige Distanz variiert. Die Beobachtung wird unabhängig von der räumlichen Distanz durchgeführt. Die Therapeutin motiviert die Patientin, so nah wie möglich heranzureisen, wie es die Belastungsgrenze erlaubt, ohne gleich mitten in das traumatische Geschehen zu geraten.

Der erste Abschnitt der Reise gilt als erfolgreich abgeschlossen, wenn die Patientin und ihr inneres Team an einem Beobachtungsort angelangt und bereit für die Beobachtung sind. Sie werden von den Akteuren der traumatischen Szene nicht bemerkt. Der Behandlungsschritt des sicheren Zugangs zu traumatischem Erinnerungsmaterial ist damit bewältigt.

In Tab. 23 finden Sie die Checkliste für den Behandlungsschritt *Zugang*:

Checkliste Behandlungsschritt Zugang im Rahmen der Arbeit mit der <i>inneren Reise</i>		
Teilschritt	Fragen	Bemerkungen
Wohlfühlort	Wurde ein Wohlfühlort entwickelt? Welche Besonderheiten sind dabei aufgetreten?	
Vorbereitungsort	Wurde ein <i>innerer Treffpunkt</i> als Vorbereitungsort entwickelt? Welche Besonderheiten sind dabei aufgetreten?	
Inneres Team	Welche Ego-States gehören dem inneren Team an? Welche Ego-States des inneren Teams waren bereits bekannt und welche wurden spontan hinzugeholt? Welche besonderen Fertigkeiten und Charakteristika zeichnen die einzelnen Teammitglieder aus?	
Konzept der Intervention	Ist der Patientin das Konzept der Intervention klar?	
Bedingungen der <i>inneren Reise</i>	Wurden dem Patienten die beiden Bedingungen der <i>inneren Reise</i> vermittelt?	
Beobachtungsort	Sind die Patientin und ihr inneres Team am Beobachtungsort angelangt? Wurden Nähe/Distanz und Belastungsgrad reguliert sowie Anfang und Ende der Szene festgelegt?	
Schutz und Sicherheit	Sind Strategien der Flashback-Kontrolle und des Dissoziations-Stopps entwickelt worden und liegt eine Notfall-Checkliste vor?	

Tab. 23: Checkliste Behandlungsschritt Zugang im Rahmen der Arbeit mit der inneren Reise

8.3 Konfrontation mit der traumatischen Szene

Die Konfrontation mit der traumatischen Szene folgt den Konzeptionen aus verschiedenen traumatherapeutischen Verfahren.

Den theoretischen Hintergrund bildet weniger die Hypothese einer Habituation, sondern vielmehr die der Ermöglichung einer neuen, bewussten, konstruktiven, ganzheitlichen und heilsamen Erfahrung im Umgang mit den traumatischen Erinnerungen und den traumaassoziierten Ego-States, die in eine therapeutische Beziehung eingebettet ist.

Im Folgenden werden wichtige Aspekte der Konfrontation sowie Argumente für deren Durchführung aufgeführt (Abschnitt 8.3.1). Sie sollen dazu ermutigen, die Konfrontation in die Behandlungen zu integrieren, ihr Potenzial zu erkennen und sie nicht als »Holzhammermethode« abzuwerten. Die traumatherapeutische Arbeit der Konfrontation mit traumatischem Material hat nichts mit einem passiven Über-sich-ergehen-Lassen zu tun. Sie weist gute Möglichkeiten einer sicheren und kontrollierten Durchführung auf und steht mit einer Reihe von Wirkmechanismen in Zusammenhang. Im Anschluss wird die Konfrontation mittels der *inneren Reise* beschrieben (Abschnitt 8.3.2).

8.3.1 Exkurs: Argumente für die Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial

Wofür muss man dem Schrecken noch einmal ins Auge blicken? Warum muss man ihm noch einmal begegnen? Wozu soll das gut sein? Einfach den Körper so lange damit konfrontieren, bis er sich daran »gewöhnt«? *Abhärten*? Oder: bedingungslos akzeptieren? »So ist (eben) die Welt!«? Gelänge nicht doch eine Traumatherapie, die diesen Teil der Behandlung umgeht oder überspringt?

Die Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial zur Behandlung von Traumafolgestörungen löst nicht nur wissenschaftliche Kontroversen aus, sie sorgt auch für die unterschiedlichsten Gefühlszustände, Beurteilungen und Reaktionen seitens der Therapeutinnen und Patientinnen. Im Behandlungskonzept der Ego-State-Therapie ist sie fest verankert. Es geht in diesem Konzept nicht um die Frage, *ob* überhaupt konfrontiert wird, sondern *in welcher Form*.

Die Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial im Rahmen der Ego-State-Therapie wird als interaktiver, vielseitiger und kreativer Gestaltungsprozess verstanden, der die Belastung der Patientinnen und Patienten möglichst gering hält und sich an ihren Bewältigungsfertigkeiten orientiert.

Dabei stehen die Bemühungen im Vordergrund, sie möglichst sicher, schonend und ressourcenreich durchzuführen. Die Konfrontation erfolgt in Anlehnung an Konzepte wie das der *schonenden Traumatherapie* von Martin Sack (2013), die ressourcenorientierten hypnotherapeutischen Ansätze von Philipps und Frederick (2003) sowie die körperorientierten Ansätze von Levine (2011) oder Ogden, Minton und Pain (2010), um nur einige zu nennen. Der Belastungsanstieg erfolgt nur so weit wie unbedingt notwendig. erinnert sei auch an Grawes (2005) Problemaktualisierung, die den Aspekt verdeutlicht, dass sich psychische Störungen nur schwer in deren Abwesenheit erfolgreich behandeln lassen. Wir können uns demnach fragen: Wie viel Traumaeinprägungen brauchen wir, um eine nachhaltige Heilung von Traumafolgestörungen zu bewirken? Um es mit den Worten von Martin Sack zu formulieren (Sack 2013, S. 20):

»Die Behandlung der Traumafolgestörungen zielt nicht auf Vergangenes, sondern auf eine Veränderung von aktuell bestehenden Symptomen – wobei Vergangenes gezielt einbezogen wird, solange es der Linderung von Beschwerden, der Verarbeitung und der Integration des Erlebten in der Gegenwart dient.«

Wir müssen uns der traumaassoziierten Erinnerungen und des traumaassoziierten Erlebens in einem ganzheitlichen Sinne bewusst werden, damit wir sie integrieren können. Andernfalls würden wir etwas *Verkapseltes* und *Fragmentiertes* (Dissoziiertes) in unserer Persönlichkeit installieren oder es konsolidieren.

Der Grundsatz lautet:

Wir brauchen nur so viel des Rückwärtsgerichteten, wie notwendig ist, um vorwärtszukommen.

Realisation

Die Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial fördert die Realisation des Geschehenen und seiner Folgen in der Gegenwart. Steele, Boon und van der Hart (2017, S. 20) betonen die besondere Rolle der Realisation als zentraler Komponente der Integration und beziehen sich dabei auch auf Pierre Janet:

»Realisation ist nicht nur für die Auflösung von Traumata von zentraler Bedeutung, sondern auch für die Bewältigung des Alltagslebens unverzichtbar [...]. Realisation beinhaltet, der Realität, so wie sie ist, laufend gewahr zu sein, sie zu akzeptieren und sich effektiv an sie anzupassen.«

Die Konfrontation mit traumatischem Material hilft Patienten zu realisieren, dass die Traumatisierungen tatsächlich in ihrem Leben geschehen sind und dass sie konkrete Folgen in der Gegenwart haben. *Es ist mir passiert und es gehört in meine Biografie*. Traumatisches Geschehen einschließlich des Erinnerungsmaterials, der Traumafolgesymptome und Bewältigungsstrategien kann nur dann nachhaltig bearbeitet werden, wenn die Person in der Lage ist zu realisieren, was sich ereignete und welche Folgen es hatte. Für manche Leserinnen und Leser mag dies trivial oder einfach erscheinen. Für viele traumatisierte Menschen stellt es eine unüberwindbare Hürde dar zu realisieren, dass sich das gesamte Leben mit einem Schlag vollkommen und unwiderruflich verändert hat, wie das folgende Fallbeispiel 11 verdeutlicht:

Fallbeispiel 11

Wie soll die junge Mutter realisieren, dass sie gerade ihre beiden kleinen Kinder, ein und zweieinhalb Jahre alt, und ihre Schwiegermutter im Tsunami in Thailand verloren und selbst nur sehr knapp überlebt hat? Aus Italien stammend, lebte sie noch nicht lange in Deutschland. Sie hatte eine vielversprechende Anstellung in einem angesehenen Verlag erhalten, eine Familie gegründet und nach den anfängli-

chen Mühen der jungen Familie in den vergangenen zweieinhalb Jahren, nach zwei Geburten, den vielen neuen Aufgaben der Elternschaft, dem neuen Tag-Nacht-Rhythmus, der Umstellung des Lebensalltags – all das hatten sie gut bewältigt –, sozusagen als Belohnung einen Urlaub geplant. Es ging nach Thailand. Strand, Meer und eine kleine Bambushütte unter Palmen direkt am Wasser erschienen genau das Richtige. Was sich ereignete, ist schwer in Worte zu fassen. Ungleich schwerer war es, das Geschehene zu *realisieren*. Es zu beschreiben, stellte allein schon eine schwierige Aufgabe dar, zumal diese Worte nicht zu ihrer Muttersprache gehörten. Es zu *realisieren* und zu *integrieren* erforderte eine lange Behandlung. Die Patientin fand sich in Thailand plötzlich mitten in einem Wahnsinn aus Geröll und Wasser wieder. Sie schloss bereits mit dem Leben ab und erlebte eine unerwartete Leichtigkeit des Abschieds, bis sie doch wieder in die Luft, das heißt über die Wasseroberfläche geschleudert wurde und versuchte zu überleben. Als wir uns in meiner Praxis trafen, hatte sie bereits 28 Operationen hinter sich, eine große Zahl davon wurde unter extremen Bedingungen in Thailand durchgeführt. Die Kinder und die Schwiegermutter waren nicht mehr am Leben, zunächst unauffindbar.

Das Schicksal der Patientin verdeutlicht, welche Herausforderung das Realisieren für traumatisierte Menschen darstellen kann.

Narrativ

Die meisten Menschen zeigen das Bedürfnis, für ihr Leben ein Narrativ zu bilden. Ihr Leben soll eine Geschichte haben und eine Geschichte sein. Traumatisierungen passen jedoch nicht in diese Geschichte. Sie wird ohne sie weitergeführt. Dies hat vor allem zwei Gründe:

Zum einen konnte eine peritraumatische Hemmung des Sprachzentrums gezeigt werden (van der Kolk 2015, S. 57 u. 277). Sie ist unter anderem dafür verantwortlich, dass sich keine Worte für das Erlebte finden lassen. Ist das Broca-Areal gehemmt, können wir unsere Gedanken und Gefühle nicht oder nur unzureichend in Worte fassen. Irgendwo scheint die Sprache zu versagen. Etwas vereinfacht ausgedrückt, scheinen Körper und Sprache verschiedene Wege zu gehen. Der Körper weiß, spürt bei vielen traumatisierten Menschen viel mehr, als die Sprache ausdrücken könnte bzw. sich mit Sprache ausdrücken ließe. Bei manchen sind auch Körper und Sprache abgeschnitten. Zumindest ist es nicht selbstverständlich, die traumatischen Erlebnisse in Worte fassen zu können, außer vielleicht in einer Art »offizieller Version«, die jedoch nicht annähernd das Ausmaß des Erlebten beschreiben kann.

Gleichzeitig zeigte sich eine verstärkte Aktivität des Brodmann-Areals 19, die im visuellen Kortex für die Registrierung von eintreffenden Bildern (visuellen Reizen) verantwortlich ist und die in Zusammenhang mit quälenden Bildern, Alpträumen und Flashbacks steht (ebd., S. 58). Körperempfindungen, innere Bilder und Sprache werden auf unterschiedlichen Wegen verarbeitet und gespeichert. Ihre Zusammenarbeit kann durch traumatische Erfahrungen deutlich gestört werden.

In dem Maße, wie in körperpsychotherapeutischen Verfahren versucht wird, dem Körper aus einer traumaassoziierten Verfassung wieder herauszuhelfen, wird den Betroffenen im Rahmen narrativer Interventionen dabei geholfen, Worte für das Erlebte zu finden und eine Geschichte zu entwickeln, die letztlich in die Biografie eingefügt werden kann.

Die Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial stellt eine Möglichkeit dar, dies in therapeutischen Rahmen umzusetzen. Sie bildet den Ausgangspunkt für die Hinwendung zu den Bildern, den Körperempfindungen und zur Sprache.

Der zweite Grund für die Schwierigkeit, Traumatisierungen in die eigene Lebensgeschichte einzufügen, besteht aus einer *Kollision mit dem Selbstbild und der Identität*. Waren beispielsweise die Erinnerungen an traumatische Ereignisse nicht bewusst zugänglich, entwickelten sich Selbstbild und Identität unter Ausschluss der traumatischen Lebensereignisse. Die Annäherung an diese Ereignisse innerhalb einer traumatherapeutischen Behandlung bedroht das Selbstbild und die Identität. *Wie soll ich der Mensch sein, der ich dachte zu sein, wenn diese schrecklichen Traumatisierungen zu mir gehören? Dann bin ich nicht mehr der, der ich war, der ich dachte zu sein. Ich bin ein traumatisierter Mensch. Andere Menschen werden sich abwenden. Sie wollen nichts mehr mit mir zu tun haben. Sie werden sich vor mir ekeln, mich abwerten.*

Fallbeispiel 12

Marilyn van Derbur wurde mit 20 Jahren Miss America. Sie wuchs in einer der angesehensten Familien der Oberschicht Denvers auf. Ihr Vater war ihr engster Vertrauter auf dem Weg zu ihrem Erfolg und ebenfalls anschließend während ihrer Tätigkeit als Miss America. Sie war über 40 Jahre alt, als ihr bewusst wurde, dass sie seit ihrem fünften Lebensjahr über dreizehn Jahre lang von ihm brutal sexuell missbraucht worden war. Nicht nur ihr Leben stand förmlich Kopf, sondern ihr Selbstbild, ihre Auffassungen über ihre Familie und ihre Kindheit sowie ihre gesamte Biografie und ihre Identität. Durch jahrelange therapeutische Arbeit gelang es ihr, diese komplexe Traumatisierung zu bewältigen, sie in ihre Biografie einzufügen, eine neue Identität zu entwickeln und sich für missbrauchte Menschen einzusetzen (van Derbuhr 2011).

Ebenso schwierig wird es, wenn zu den Bewältigungsstrategien auch fremdaggresive Taten gehören, die nun auf dem eigenen Gewissen lasten. Was würde man alles darum geben, diese ganzen Dinge aus der eigenen Geschichte heraushalten zu können. Die Konfrontation mit dem entsprechenden Erinnerungsmaterial im Rahmen der Ego-State-Therapie kann dabei helfen, das Erlebte und Getane kontrolliert und schrittweise zu integrieren und den Behandlungsschritt der Konfrontation in einen Wachstumsprozess einzubetten.

Symptomreduktion

Die Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial führt zur Reduktion einer Reihe von Traumafolgesymptomen. Hier sind besonders die *Angstsymptome* und das *Vermeidungsverhalten* hervorzuheben. Das Angstmodell ist das am weitesten verbreitete und am besten untersuchte Störungsmodell von Traumafolgestörungen (Sack 2013, S. 21). Seine Ätiologie folgt einem roten Faden, dessen Ausgangspunkt in der peritraumatischen Überflutung mit aversiven Reizen besteht, der zur Ausbildung einer traumaassoziierten Angststruktur führt. Diese wird durch Auslösereize (Trigger) aktiviert. Das Vermeidungsverhalten schützt vor der Aktivierung der aversiven Angststruktur. Wenn ich alles konsequent vermeide, das mich an das Trauma erinnert, eine traumaphysiologische Aktivierung hervorruft oder auf irgendeine andere Art und Weise mit dem Trauma zu tun hat, dann entkomme ich der Angst und muss sie nicht erleben. Angst und Vermeidungsverhalten generalisieren mit der Zeit, das bedeutet, dass die Zahl potenzieller Auslösereize steigt, was das Vermeidungsverhalten ebenfalls verstärkt. Sekundäre Symptome wie sozialer Rückzug, Zwangsstörungen, Substanzmittelmissbrauch und Selbstwertprobleme sind die Folge.

Die Bewältigung der Konfrontation mit dem traumatischen Erinnerungsmaterial hat eine enorme Auswirkung auf diesen Teufelskreis der Angst. Sie unterbricht ihn. Die Angst wird nicht mehr in gleichem Maße ausgelöst. Sie lässt nach und lässt sich überwinden. Wenn die Angst nachlässt, kann in gleichem Maße das Vermeidungsverhalten bewältigt werden, da der Schutz vor der Angst nicht mehr wie zuvor notwendig ist. Aus dem Teufelskreis der Angst kann ein positiver Kreislauf entstehen, der die Überwindung weiterer Symptome beinhaltet. Beispielsweise bräuchte es folglich weniger Betäubung, weniger Abstand, weniger Kontrolle. Die Konfrontation steht hier in der Tradition der Behandlung von Phobien. In manchen Fällen arbeite ich mit der Metapher der »*Entmachtung des Traumas*«. Es soll nicht mehr die Gegenwart, also das gegenwärtige Erleben der Patientinnen, bestimmen.

Korrektive Erfahrung

Teilweise erweckt die Konfrontation mit traumatischem Material den Anschein einer brutalen Methode, die man nach dem Motto *Augen zu und durch* irgendwie überstehen muss. Gegenüber dem Behandlungsschritt *kreative Bearbeitung* erscheint die Konfrontation als schmerzhaftes *notwendiges Übel*. Diese naheliegende Betrachtung unterschätzt jedoch das Potenzial der Konfrontation. Natürlich ist die Belastung während der Beobachtung der traumatischen Szene am höchsten. Dies wird den Patientinnen auch vermittelt. Ich spreche tatsächlich auch von einem *anstrengenden* und einem *kreativen* Teil der Arbeit. Aber in dem schmerzhaften und anstrengenden Teil, also in der Konfrontation mit der unveränderten Szene, stecken deutlich mehr Ressourcen und Wirkfaktoren, als ihm häufig zugetraut wird.

Den theoretischen Hintergrund dieses Aspekts bildet das Modell der gestörten Informationsverarbeitung. Sack verweist auf aktuelle Ergebnisse der Gedächtnis-

forschung, die die Hypothese stützen, dass Traumafolgestörungen nicht nur Angst, sondern auch eine Fehlverarbeitung von traumatischen Erinnerungen zugrunde liegt (Sack 2013, S. 23 f.). Dabei werden Traumatisierungen als extreme Stresssituationen angesehen, in denen es zu einer Überflutung durch aversive Reize sowie einer starken körperlichen Stressreaktion kommt. Die Überflutung steht analog zur »Kampf-oder-Flucht-Reaktion« mit der starken Erregung des sympathischen Nervensystems und einer Aktivierung des noradrenergen Systems in Zusammenhang. Ungünstigerweise fördert ein hoher Adrenalinpiegel die Einprägung von traumaassoziierten Gedächtnisspuren, welche letztlich wieder erneute noradrenerge Stressreaktionen auslösen können. Zeitlich verzögert kommt es als Reaktion auf die Stressreaktion zu einer verstärkten Ausschüttung von Cortisol (über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse). Die Cortisolausschüttung wird mit zwei Prozessen in Verbindung gebracht: mit der Fragmentierung von Erinnerungen (Speicherung von isolierten sensorischen Wahrnehmungen) bei gleichzeitiger Hemmung der Verarbeitung des Erlebten in Form von versprachlichten Erinnerungen. Die normale Informationsverarbeitung ist in einer traumatischen Situation nicht möglich.

»Es kommt zu einer Überflutung mit Informationen und infolgedessen zu einer Unterbrechung des normalen Verarbeitungsflusses. Zudem können Angst, körperliche Schmerzen, Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit, je nach individuellen Voraussetzungen, derart aversive Reize darstellen, dass sich der Organismus durch Ausblenden von Teilen des Erlebens zu schützen versucht« (Sack 2013, S. 23-24).

Sack zieht aus diesem Modell die zusammenfassende Schlussfolgerung:

»... dass eine erfolgreiche Veränderung der spezifischen Traumafolgesymptomatik notwendigerweise eine Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung einschließen muss. Ziel dieser Konfrontation ist nicht allein die Habituation von Angst und Belastung, sondern insbesondere auch die Modifikation der Erinnerung und das Erarbeiten eines individuell entlastenden Narrativs, das die Perspektive des Überlebens und der Gegenwart einschließt. Es geht bei der Behandlung von Traumafolgestörungen also um Lernprozesse und um Rekonstruktion bzw. Veränderung von Erinnerungen« (ebd., S. 28).

Das Modell der gestörten Informationsverarbeitung sowie Befunde der Gedächtnisforschung bilden ebenfalls für den Behandlungsschritt der kreativen Bearbeitung von traumatischem Erinnerungsmaterial eine wichtige theoretische Basis.

Wir suchen das Veränderungspotenzial und die Ressourcen, die in der Konfrontation enthalten sind. Die Möglichkeit korrigierender Erfahrungen, die allein in der Konfrontation mit der Originalszene liegen, wird häufig unterschätzt. Wie im Abschnitt 8.3.4. der Symptomreduktion beschrieben wurde, kann das Erleben, sich dem Traumamaterial angenähert zu haben, ohne wie befürchtet zu dekompensieren, eine sehr wichtige und wirksame korrigierende Erfahrung darstellen. Die Patientinnen und Patienten erleben einen ersten Schritt der Selbstwirksamkeit

und Meisterung des traumaassoziierten Materials (*Ich habe es geschafft! Ich habe mich getraut, es anzusehen, und habe es überstanden!*). Diese Erfahrungen sind wichtige Motivatoren für die weiteren traumatherapeutischen Schritte.

Um die Bandbreite der korrigierenden Erfahrungen zu verdeutlichen, die allein durch das Beobachten der traumatischen Szene ermöglicht werden, führe ich einige Beispiele auf:

- a) Manche traumatisierte Patientinnen erheben den Vorwurf an die traumatisierten Ego-States, dass sie das Trauma hätten verhindern müssen. Sie selbst bzw. ihre traumatisierten Ego-States seien »an allem« schuld, da sie sich nicht gewehrt hätten, den Schrecken nicht abgewendet hätten oder es überhaupt so weit kommen ließen. Während der Konfrontation kann auf diesen Aspekt eingegangen werden, indem die Patientin beispielsweise gebeten wird, auf die physischen Größenverhältnisse zwischen dem vierjährigen Kind und dem einen Meter neunzig großen Onkel zu achten. Sie soll sich genau darauf konzentrieren und prüfen, ob die Vierjährige den Täter hätte überwältigen können. Die korrigierende Erfahrung der erwachsenen Patientin kann darin bestehen, dass ihr durch die Prüfung die Ohnmacht und Chancenlosigkeit des Kindes klar wird. Die korrigierende Erfahrung kann den Beginn einer konstruktiven Verarbeitung des Traumas darstellen.
- b) Manche traumatisierte Patienten erheben den Vorwurf an sich selbst oder an den traumatisierten Ego-State, konkrete Fehler begangen zu haben, die überhaupt erst zu der traumatischen Situation geführt hätten. Sie kreisen um die Selbstvorwürfe, wie sie sich doch hätten verhalten sollen und was sie alles hätten anders tun sollen. Hier kommt der viel beschriebene Prozess zum Tragen, dass sich Schuld noch etwas leichter ertragen lässt als absolute Ohnmacht.

Fallbeispiel 2 (Fortführung)

In der Bearbeitung des Haiangriffs (siehe Fallbeispiel 2 in Abschnitt 2.2.1) nahm der Aspekt der Schuldhaftigkeit eine besondere Rolle ein. Glücklicherweise lag uns zur Traumakonfrontation das Video eines Mitglieds einer ebenfalls anwesenden Tauchergruppe vor, sodass wir die Frage während der Konfrontation (beim Betrachten des Videos) eindeutig klären konnten. Der Patient war verglichen mit weiteren Tauchern deutlich vom Hai entfernt, sozusagen in der dritten oder vierten Reihe. Andere Taucher waren direkt an dem Hai, einer von ihnen auch sichtlich hektisch. Der Patient verhielt sich demgegenüber sehr zurückhaltend und hielt deutlichen Abstand. Trotzdem schoss der Hai plötzlich aus der Mitte der Gruppe heraus, die sich um ihn gebildet hatte, und griff den Patienten an, der sich in der Peripherie aufhielt. Die Konfrontation mit der traumatischen Szene und die Konzentration auf diese Sequenz stellte eine wichtige korrigierende Erfahrung dar, da sie deutlich zeigte, dass der Angriff nicht auf ein Fehlverhalten des Patienten zurückzuführen war.

Die Konfrontation mit dem traumatischen Material zeigt oft, dass die Patienten intuitiv richtig handelten und sich den Umständen entsprechend noch am sinnvollsten verhielten.

- c) Manchen Patientinnen dient die Konfrontation mit der Originalszene auch dazu, ein Verständnis der peritraumatischen physiologischen Reaktionen zu entwickeln. Beispielsweise lässt sich das Stadium der Erstarrung, das eintritt, wenn Flucht oder Kampf nicht mehr möglich sind, sehr gut durch das Betrachten der Szene verdeutlichen. Die Erstarrung, die die Patientin mit Wehrlosigkeit verwechselt oder ungünstigenfalls damit, »es doch selbst gewollt zu haben«, kann nun konkret betrachtet und neu beurteilt werden. Dies ermöglicht eine korrigierende Erfahrung.

Zeugenschaft

Für viele Patientinnen und Patienten hat die Zeugenschaft des Therapeuten einen sehr hohen Stellenwert. Hier geht es darum, Zeuge des Schreckens zu sein, der Originalszene in ihrem vollen Umfang und Ausmaß. Das Realisieren der traumatischen Situation oder die Erfahrung, sich dem Material stellen zu können, steht in diesem Fall nicht im Vordergrund. Es geht eher darum, sich jemandem mitzuteilen und das Erlebte mit jemandem zu teilen. Dazu muss die traumatische Situation jedoch in der Behandlung Raum bekommen, also gesehen, gehört und in gewissem Ausmaß auch nachempfunden werden.

Häufig haben wir es nicht nur mit unaussprechlichen Traumatisierungen zu tun, sondern auch mit unglaublichen. Die Patienten leiden sehr unter dem Unglauben und der Skepsis der Mitmenschen. Die psychoanalytische Tradition, das Trauma in den Bereich der Fantasie zu verfrachten, hat in dieser Hinsicht tatsächlich viel Leid hervorgebracht. Dafür muss aber nicht erst die Psychoanalyse herangezogen werden, die dieses fragwürdige Konzept inzwischen zum großen Teil überwunden hat. Nichtwissenwollen und Zweifel an der Richtigkeit einer Behauptung sind leider weitverbreitet. Entsprechend groß ist das Bedürfnis nach Zeugenschaft. Die Konfrontation kann auch an diesem Punkt eine neue Erfahrung ermöglichen, und zwar die des Mitteilens und Teilens des Erlebten.

Würdigung des Leids

Nicht weit entfernt vom Potenzial der Zeugenschaft finden wir die Bedeutung der Würdigung des Leids traumatisierter Menschen. In einer Zeit, in der möglichst schnelle und effektive Behandlungskonzepte den Ton der Traumatherapie angeben, kann dieser wichtige Punkt verloren gehen oder zu einer Art hüllenhaftem manualisiertem Baustein mutieren. Teilweise scheinen exzellente traumatherapeutische Methoden daran zu scheitern, dass das Leid der Betroffenen nicht genügend gewürdigt wurde. Meine Empfehlung lautet, nicht nur den beeindruckenden Erfolgserwartungen der *evidenzbasierten* Ansätze zu folgen, sondern zusätzlich und expli-

zeit zu versuchen, das Ausmaß des Leids zu erfassen, so schwierig dies als Außenstehender auch sein mag.

Wir können wieder beide Extreme ausschließen. Sich im Leid der Patientinnen und Patienten zu verlieren, am besten noch mit ihnen gemeinsam, wird nicht zum gewünschten Erfolg führen. Das Leid jedoch zu ignorieren oder es als eine Art *Randnotiz* zu betrachten, wird sich ebenfalls nicht als fruchtbar erweisen. Wie viel Raum für eine angemessene und hilfreiche Würdigung gebraucht wird und in welcher Form sie Eingang in die Behandlung findet, lässt sich nicht exakt festlegen. Wir sprechen hier eher über eine therapeutische Haltung, über eine Sensibilität und Aufmerksamkeit, die der Würdigung Gelegenheiten einräumt, als über ein festgelegtes Behandlungsmodul nach dem Motto: *»Ja, heute werden wir uns um die Würdigung Ihres Leids kümmern. Stimmt, das war wirklich sehr schrecklich, was Sie erlebt haben. Das müssen wir wirklich einmal unterstreichen. Was sagen Sie dazu?«*

Es bleibt eine Gratwanderung. Unsere Patienten profitieren davon, dass wir uns bemühen, eine Ahnung von dem zu bekommen, was sie erlebt haben. Gleichzeitig sind sie (zu Recht) überzeugt, dass wir davon keine Ahnung haben können und diese für uns auch nicht zu erlangen ist. Es verhält sich damit ähnlich wie mit dem Paradox des Vertrauens (Abschnitt 7.3). Das Erleben unserer Bemühungen, das Trauma, das Leid und deren Folgen in Annäherung zu begreifen, stellt einen wichtigen Wirkfaktor der Behandlung dar. Die Konfrontation mit der traumatischen Szene kann dafür zum Anlass genommen werden. Die Würdigung des Leids schließt die Würdigung der Traumafolgestörungen, insbesondere der Bewältigungsstrategien, ein.

Neue Beziehungserfahrungen

Die Konfrontation mit traumaassoziiertem Erinnerungsmaterial bietet ebenfalls die Möglichkeit einer neuen Beziehungserfahrung. Manche Patientinnen befürchten einen Beziehungsabbruch der Therapeutin oder des Therapeuten, wenn sie detailliert vom traumatischen Ereignis berichten. Sie gehen davon aus, dass sich der schockierte und enttäuschte Therapeut ekeln und abwenden wird und dass er alles daransetzen wird, die Behandlung so schnell wie möglich zu beenden. Sie können sich nicht vorstellen, dass die bisherige therapeutische Beziehung durch das Äußern der traumatischen Ereignisse nicht beschädigt oder zerstört wird. Aus dieser Perspektive stellt die Konfrontation eine Art Beziehungstest dar. Letztlich lassen sich die Patientinnen nur dann überzeugen, wenn sie sich vergewissern können, welche Auswirkungen die Offenlegung der traumatischen Szene auf die therapeutische Beziehung hat.

Wir können in diesem Fall von einer beziehungsorientierten Exposition sprechen, in der es mehr um die beziehungsbezogenen Befürchtungen als um die Inhalte der traumatischen Szene geht. Das eine funktioniert jedoch nur mit dem anderen.

Der Beziehungstest kann aus Sicht der Patientin nur bestanden werden, wenn die Originalszene offenbart wurde. Erst dadurch wird eine wichtige neue Beziehungserfahrung möglich. Würden wir die Konfrontation mit der Originalszene überspringen und uns gleich der kreativen Umgestaltung zuwenden, bliebe die beziehungsbezogene Unsicherheit bestehen. Die Patientinnen und Patienten können danach gefragt werden, ob sie sich allein mit der traumatischen Szene konfrontieren könnten, ohne zu dissoziieren und ohne zu dekompensieren, oder ob eher in den befürchteten negativen Konsequenzen des Aussprechens das Problem für die Beziehung gesehen wird. Teilweise befürchteten Patienten auch beides: die Dekompensation und den gleichzeitigen Beziehungsabbruch.

Kontrolle

Vielleicht hat die verhaltenstherapeutische Tradition des *Floodings* dazu geführt, dass von vielen Therapeutinnen und Therapeuten die Konfrontation mit Kontrollverlust assoziiert wird. Sie bietet jedoch im Gegenteil eine sehr gute Möglichkeit zu erleben, wie man sich kontrolliert, sicher und selbstwirksam mit traumaassoziiertem Material konfrontieren kann. Aus meiner Sicht lohnt sich schon deshalb eine Konfrontation, um den Patienten die Möglichkeiten der Kontrolle zu zeigen und diese für sie erlebbar zu machen. Die beiden Schritte Zugang zu traumatischem Material und Zugang zu traumaassoziierten Ego-States, die im Abschnitt 8.2 erläutert wurden, stellen wichtige Aspekte der Kontrolle in der Konfrontation dar. Der Kontrollaspekt wird die gesamte Konfrontation begleiten. Dies ist für viele Patientinnen sehr überraschend, die Konfrontation und Kontrolle für unvereinbar halten. Das Kontrollerleben im Zusammenhang mit Konfrontationen reduziert Ängste und Vermeidungsverhalten, generiert korrigierende Erfahrungen, ermöglicht Selbstwirksamkeit und fördert Zuversicht.

8.3.2 Konfrontation mit der traumatischen Szene

Der Behandlungsschritt der Konfrontation mit traumaassoziiertem Erinnerungsmaterial schließt an den Behandlungsschritt *Zugang* an (siehe Abschnitt 8.2). Der Zugang im Rahmen der Arbeit mit der *inneren Reise* gilt als abgeschlossen, wenn sich die Patientin mit ihrem inneren Team an einem Beobachtungsort befindet, von dem aus die Beobachtung der traumatischen Szene beginnen kann. Die Vorbereitungen der Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial sind nun abgeschlossen.

Im folgenden Behandlungsschritt soll die traumatische Szene vom Beobachtungspunkt aus angeschaut werden. Als Erstes wird festgelegt, wer aus dem Team, zu dem die Patientin als Gesamtperson gehört, die Szene beobachten soll. Angestrebt wird die Beobachtung durch die Patientin selbst, die von ihren Teammitgliedern dabei unterstützt werden kann. Würde die Belastung der Patientin dadurch zu hoch ansteigen, kann auch ein weiteres Teammitglied die Szene beobachten. In diesem Fall berichtet das Teammitglied der Patientin, was es sieht. Die Patientin wie-

11 Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* und *Stühle-Arbeit*

In diesem Kapitel werden zwei Interventionen zusammengefasst, da sie auf der gleichen Konzeption aufbauen und sich lediglich in ihrer Ausführung unterscheiden: die Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* sowie die *Stühle-Arbeit*. Zunächst werden die Besonderheiten der Interventionen erläutert. Anschließend werden die Behandlungsschritte in getrennter Form vorgestellt, zuerst die verschiedenen Schritte der Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* und danach die Argumente für den Einsatz der *Stühle-Arbeit* sowie deren therapeutische Umsetzung.

Die Interventionen der Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* sowie der *Stühle-Arbeit* basieren auf der konzeptionellen Unterscheidung der Arbeit mit traumatischem Erinnerungsmaterial und der Arbeit mit Ego-States.

In diesen beiden Interventionen steht die Arbeit mit Ego-States im Vordergrund (Behandlungsschritte 6–9 des Grundkonzepts).

Der Fokus liegt auf den *traumaassoziierten Ego-States*. Mit ihnen wird in anderer Weise gearbeitet als mit *traumatischem Erinnerungsmaterial*. Es wird Kontakt zu ihnen aufgebaut und sie werden unterstützt, versorgt und gewürdigt. Sie stellen wichtige Persönlichkeitsanteile dar, die in das innere System integriert werden und langfristig einen festen Platz darin erhalten. Auf die Vorteile und das traumatherapeutische Potenzial dieser Unterscheidung wurde bereits eingegangen (siehe Abschnitt 3.7.2 sowie Kapitel 4).

11.1 Besonderheiten der Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* sowie der *Stühle-Arbeit*

11.1.1 Bewegungen auf einer biografischen Zeitachse

Die in diesem Buch vorgestellten Interventionen zur Behandlung von Traumafolgestörungen mit Ego-State-Therapie lassen sich anhand verschiedener Aspekte voneinander unterscheiden, wie beispielsweise der zum Einsatz kommenden therapeutischen Technik, der vorrangigen Erlebensebene oder des fokussierten Verarbeitungswegs (siehe Abschnitt 2.5). Ein weiterer Aspekt der Unterscheidung besteht im *Umgang mit der biografischen Zeitachse*. Stellen Sie sich eine waagerechte Achse als

eine Lebenslinie vor. Das linke Ende dieser Achse repräsentiert die Geburt der Patientin oder des Patienten, das rechte Ende der Achse die gegenwärtige therapeutische Situation. Auf der biografischen Zeitachse lässt sich nun ein traumatisches Ereignis abtragen, analog zum Vorgehen der *Timeline*-Arbeit.

Die Behandlungsmetapher der *inneren Reise* sowie der *Affektbrücke* (*Erlebensbrücke*) nutzt die Vorstellung, in der Zeit bzw. in der Biografie zurückzugehen bis zu dem Zeitpunkt oder dem Zeitraum, in dem die Traumatisierung oder mehrere Traumatisierungen erfolgt sind.

Der Unterschied der Interventionen besteht in der Bewegungsrichtung auf der Zeitachse (Erläuterungen im folgenden Abschnitt):

- von der Gegenwart in die Vergangenheit
- aus der Vergangenheit in die Gegenwart

Es lassen sich Argumente für und gegen das metaphorische Zurückgehen anführen. Zum einen habe ich betont, dass in der Behandlung von Traumafolgestörungen mit dem vorliegenden Grundkonzept nicht das Trauma selbst, also nicht das Trauma *damals*, sondern das gegenwärtig repräsentierte traumatische Erinnerungsmaterial behandelt wird. Hinzu kommt, dass folglich nicht das damalige Trauma, sondern das gegenwärtige traumatische Erinnerungsmaterial kreativ durch das Nachholen von Ausgebliebenem verändert wird. Beide Punkte sprächen gegen die Nutzung des zeitlichen Zurückgehens, es wäre überflüssig.

Zum anderen sind wir in der Behandlung von Traumafolgestörungen bemüht, unseren Patientinnen und Patienten klar und erlebbar zu machen, dass sich das traumatische Ereignis in der Vergangenheit, also im *Damals* abspielte, sie nun jedoch in der Gegenwart, also im *Heute* leben und sich in Sicherheit befinden. Aus dieser Perspektive ist die Nutzung der Metapher des Zurückgehens indiziert, für die die *innere Reise* und die *Erlebensbrücke* eingesetzt werden können. Die erwachsenen Patientinnen und Patienten machen sich sozusagen auf den Weg in ihre Vergangenheit, um sich »dort« mit einem traumatischen Geschehen zu konfrontieren und einen traumatisierten Ego-State (oder mehrere) zu unterstützen und zu versorgen. Dieses Vorgehen unterstützt das Erleben der Unterschiedlichkeit von *damals* und *heute* und verstärkt somit die Aspekte der heutigen Sicherheit.

In sämtlichen vorgestellten Interventionen wird mit traumatischem Erinnerungsmaterial gearbeitet. Die Interventionen lassen sich jedoch hinsichtlich der metaphorischen Bewegung auf der biografischen Zeitachse voneinander unterscheiden und zwei Gruppen zuordnen. In den Interventionen der *ersten* Gruppe reisen wir metaphorisch in die Vergangenheit, in denen der *zweiten* reisen die in der traumatischen Situation feststeckenden Ego-States in die Gegenwart.

- 1) Die *erste Gruppe* von Interventionen nutzt das metaphorische Zurückgehen in der biografischen Zeitachse für die Umsetzung der Behandlungsschritte. Die therapeutische Bearbeitung findet zum großen Teil im *imaginierten Damals* statt. Erst im Verlauf der Intervention werden die traumaassoziierten Ego-States in die Gegenwart gebracht, beispielsweise mittels der Adoptionsmetapher. Zu dieser Gruppe gehören die Intervention der *inneren Reise* und die Arbeit mit der *Affekt- und somatischen Brücke (Erlebensbrücke)*.
- 2) Die *zweite Gruppe* von Interventionen setzt die Behandlungsschritte in entgegengesetzter Richtung um. Alles, was bearbeitet werden soll, bzw. die Ego-States und das traumatische Material, mit dem Kontakt aufgenommen werden soll, wird in die Gegenwart transferiert, *vom Damals ins Heute*. Zu dieser Gruppe gehören die Arbeit mit der *inneren Bibliothek*, die Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* bzw. die *Stühle-Arbeit* sowie die *assoziative körperfokussierte Arbeit*.

Das Transferieren des traumatischen Geschehens (in Form von traumatischem Erinnerungsmaterial sowie der damit assoziierten Ego-States) in die Gegenwart besitzt wichtige Vorteile, die für den Einsatz der Interventionen aus der zweiten Gruppe sprechen.

Der Zielort des Transfers und der Ort der Bearbeitung ist die Gegenwart. Das traumatische Material wird in der Gegenwart bearbeitet und dem traumatisierten Ego-State wird in der Gegenwart begegnet. Die Patientinnen und Patienten haben nicht das Gefühl, zurückreisen zu müssen. Dieser Umstand stellt für viele von ihnen eine große Erleichterung dar und erhöht die Stabilität deutlich. Beispielsweise wird der assoziative Sog der traumatischen Szene, der beim Zurückgehen in vielen Fällen auftritt, mittels Transfer in die Gegenwart deutlich reduziert. Der Ort, an dem die Arbeit stattfindet, ist definierbar. Er kann als sicherer und positiver Ort der Gegenwart deklariert werden. Der Ort ist unabhängig und weit entfernt von dem Ort, an dem die Traumatisierung stattfand, und ist nicht mit traumatischem Geschehen kontaminiert. Er kann kontrolliert und positiv gestaltet werden. Diese Kontrollmöglichkeit besitzt ein hohes Wirksamkeitspotenzial und schützt vor einer Überflutung. Wir holen das, was bearbeitet wird, in eine sichere und kontrollierbare gegenwärtige Umgebung. Die gegenwärtigen Orte werden zu *kreativen Arbeitsorten*, vergleichbar mit Werkstätten oder Ateliers, in denen etwas bearbeitet wird.

Übersicht über die Interventionen entsprechend der Bewegung auf der Zeitachse	
vom Heute zum Damals	<ul style="list-style-type: none"> • <i>innere Reise</i> • <i>Erlebensbrücke</i>
vom Damals zum Heute	<ul style="list-style-type: none"> • <i>innere Bibliothek</i> • <i>innerer Treffpunkt bzw. Stühle-Arbeit</i> • <i>assoziative körperfokussierte Arbeit</i>

Tab. 35: Übersicht über die Interventionen entsprechend der Bewegung auf der Zeitachse

11.1.2 Die Reihenfolge der Behandlungsschritte

Die zweite Besonderheit der Arbeit mit einem *inneren Treffpunkt* und der *Stühle-Arbeit* besteht in der Reihenfolge der Behandlungsschritte. In beiden Interventionen findet *zuerst* eine Begegnung mit traumaassoziierten Ego-States statt.

Am *inneren Treffpunkt* sowie im Praxisraum mithilfe eines (zunächst) leeren Stuhls wird die Begegnung mit einem traumaassoziierten Ego-State ermöglicht. Der Ego-State wird sozusagen in die Gegenwart, ins *Hier und Jetzt* gebeten. In dieser Situation wird mit ihm Kontakt aufgenommen, eine Beziehung aufgebaut sowie die Unterstützung und Versorgung realisiert. Durch die Intervention befindet er sich nicht mehr in der traumatischen Szene, sondern an einem sicheren Ort in der Gegenwart.

In den Interventionen mit einem *inneren Treffpunkt* und in der *Stühle-Arbeit* werden zuerst die Behandlungsschritte der Arbeit mit traumaassoziierten Ego-States und anschließend die Behandlungsschritte der Konfrontation mit und Bearbeitung von traumatischem Erinnerungsmaterial umgesetzt.

Erst *nach* der Begegnung mit einem traumaassoziierten Ego-State sowie seiner Unterstützung und Versorgung wird *rückblickend* das traumatische Erinnerungsmaterial in die Arbeit einbezogen, indem der Ego-State (oder eine innere HelferIn bzw. ein innerer Helfer) von dem traumatischen Ereignis berichtet, aus dem er in die Gegenwart gekommen ist. Die Behandlungsschritte 6–9 erfolgen *vor* den Behandlungsschritten 3–5 (siehe Kapitel 4).

Dieses Vorgehen bietet aus folgenden Gründen eine sehr hohe Sicherheit und Kontrollierbarkeit:

- Die traumaassoziierten Ego-States sind bereits *vor* der Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial bekannt. Traumatisierte Ego-States haben die Möglichkeit, an einem sicheren Ort in der Gegenwart neue ressourcenreiche und heilsame Erfahrungen zu machen. Destruktiv wirkende bewältigende Ego-States können für die Bearbeitung des traumatischen Erinnerungsmaterials gewonnen werden und stehen dieser nicht mehr ablehnend gegenüber.
- Der Zeitpunkt der Konfrontation lässt sich beliebig bestimmen und möglicherweise so weit im Behandlungsverlauf verschieben, bis die traumaassoziierten Ego-States neue Erfahrungen gesammelt haben und sich dadurch in einem stabileren Zustand befinden (traumatisierte Ego-States) bzw. sich kooperativ zeigen (destruktiv wirkende bewältigende Ego-States). Dies erhöht gleichfalls die Stabilität der Patienten, die anschließend von einem entsprechend stabileren Zustand aus in die Konfrontation starten.
- Durch die Begegnung mit den traumaassoziierten Ego-States sowie ihre Unterstützung und Versorgung bzw. ihre Würdigung und die Erfassung ihrer Funktion werden bereits einzelne Aspekte der Traumatisierung deutlich,

sodass eine schrittweise implizite Annäherung an das traumatische Erinnerungsmaterial erfolgt. Während der Arbeit mit traumaassoziierten Ego-States findet eine *regulierbare, tröpfchenweise Konfrontation* mit dem zugrunde liegenden traumatischen Material statt. Aus der Bedürftigkeit eines traumatisierten Ego-States oder der Klärung der Entstehungsbedingungen eines destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States gehen beispielsweise Aspekte der Traumatisierung hervor, selbst dann, wenn diese noch nicht konkret bearbeitet wurde.

- Insbesondere bei Vorliegen von komplexen Traumafolgestörungen kann nach der Begegnung mit traumaassoziierten Ego-States sondiert werden, in welcher Form und bezogen auf welche Ereignisse die Konfrontation mit traumatischem Material erfolgen sollte. Dies kann beispielsweise aufgrund der hohen Zahl oder der Verschiedenartigkeit der Traumatisierungen sehr schwierig sein, da es für diese Patientinnen und Patienten unmöglich und nicht sinnvoll ist, sich mit *allen* traumatischen Ereignissen zu konfrontieren.
- Bei dissoziativen und hochkomplexen inneren Systemen steht meistens die Arbeit mit traumaassoziierten Ego-States im Vordergrund der Behandlung, bevor erst anschließend Konfrontationen mit traumatischem Erinnerungsmaterial möglich werden. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Therapeutinnen und Therapeuten benötigen zunächst einen minimalen Überblick über die Struktur des inneren Systems, bevor mit konfrontativen Interventionen begonnen werden kann.

11.2 Die Behandlungsschritte der Arbeit an einem inneren Treffpunkt

Die Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* baut auf den Interventionen des Behandlungsschrittes 1: *Vorbereitung und Stabilisierung* auf (siehe Kapitel 7). Die einzelnen Behandlungsschritte wurden ausführlich in Kapitel 8 in Zusammenhang mit der Arbeit mit der *inneren Reise* erläutert. Der Ablauf der Intervention an einem *inneren Treffpunkt* ist in der Übersicht in Tab. 36 zusammengestellt.

Die Arbeit am *inneren Treffpunkt* ist abhängig davon, ob sie mit einem *traumatisierten Ego-State* oder mit einem *destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-State* erfolgt, da beide unterschiedliche Funktionen besitzen, unterschiedliche Beziehungsangebote benötigen und in unterschiedlicher Form unterstützt werden (siehe Abschnitt 3.2).

Das primäre Ziel der Intervention besteht in der therapeutischen Umsetzung der Arbeit mit traumaassoziierten Ego-States (traumatisierte und destruktiv wirkende bewältigende Ego-States). Das sekundäre Ziel besteht in der Einbeziehung der konfrontierenden Behandlungsschritte des Gesamtkonzepts.

Übersicht über die Schritte der Arbeit an einem inneren Treffpunkt	
1.	Aktivierung des Erlebens am Wohlfühlort
2.	Aktivierung eines inneren Treffpunkts
3.	Unterstützung der erwachsenen Patientin am inneren Treffpunkt durch das innere Helferinnen- und Helferteam (optional)
4.	Kontaktaufnahme mit einem traumaassoziierten Ego-State am inneren Treffpunkt
5.	Regulation des Belastungsgrades: Nähe-Distanz-Regulation, Regulation des Modus der ersten und dritten Person Erfassung der Qualität der Beziehung zwischen erwachsener Patientin (Gesamtperson) und traumatisiertem Ego-State
6.	Erfassung der Bedürftigkeit des traumatisierten Ego-States Einschätzung der Notwendigkeit und der Möglichkeiten des Nachholens von Ausgebliebenem Erfassung der Funktion des destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States (je nachdem mit welchem Typus gearbeitet wird) Abschätzung der Möglichkeiten, den traumaassoziierten Ego-State in das innere System einzubinden
7.	Realisierung der Unterstützung und Versorgung, Nachholen des Ausgebliebenen
8.	Pendeln zwischen der erwachsenen Patientin und dem Ego-State
9.	Aufbau und Förderung der Beziehung zwischen der erwachsenen Patientin und ihrem Ego-State bzw. zu weiteren Ego-States sowie zwischen den Ego-States untereinander
10.	Nutzung von Aspekten der Würdigung, des Modelllernens, der positiven Werte und Grundüberzeugungen sowie der Zuordnung von Verantwortlichkeiten
11.	Verstärkung von neuen heilsamen Erfahrungen
12.	Möglichkeit der Integration bzw. Planung einer Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial (optional)
13.	Verankerung, Nachhaltigkeit, Integration und posttraumatisches Wachstum

Tab. 36: Übersicht über die Schritte der Arbeit an einem inneren Treffpunkt

Die Behandlungsschritte 1–5 sowie der Schritt 12 der Arbeit an einem inneren Treffpunkt werden im Folgenden erläutert. Die übrigen Schritte entsprechen dem Vorgehen bei der Arbeit mit der inneren Reise (siehe Kapitel 8).

1) Innerer Wohlfühlort:

Die Patientin oder der Patient wird gebeten, sich an einen inneren Wohlfühlort zu begeben, die angenehme Atmosphäre dieses Ortes zu spüren und sich dort wohlfühlen (siehe Abschnitt 7.7). Zusätzlich kann der Patientin oder dem Patienten gegenüber eine Einladung ausgesprochen werden, an diesem Wohlfühlort die »Dinge« aufzutanken, die der Körper für die weitere Arbeit benötigt, und neugierig zu sein, was dieser dafür benötigt.

2) **Innerer Treffpunkt:**

Im zweiten Schritt wird die Patientin gebeten, die innere Aufmerksamkeit auf einen weiteren positiven Ort zu richten, der im Inneren ohne ihr Zutun einfach auftauchen kann und die Besonderheit besitzt, ein außerordentlich schöner *innerer Treffpunkt* zu sein. Der *innere Treffpunkt* kann sich unmittelbar neben dem Wohlfühlort oder an einem völlig anderen Ort befinden. Beide Orte können der Fantasie entspringen und müssen weder real noch selbst besucht worden sein. Die Patientin wird gebeten, diesen *inneren Treffpunkt* etwas zu beschreiben. Der Ort kann beliebig gestaltet werden, sodass möglicherweise störende Aspekte eines realen Ortes modifiziert werden. Zum Beispiel könnte dafür gesorgt werden, einen touristisch sehr beliebten Ort für sich allein zu haben.

3) **Unterstützung durch das innere Team:**

In Abhängigkeit vom Belastungsniveau und der Stabilität der Patientinnen und Patienten kann zur Unterstützung der Arbeit ein inneres Helferinnen- und Helferteam einbezogen werden. Dieses würde an dieser Stelle an den *inneren Treffpunkt* gebeten. Im besten Fall besteht das Team schon, da es in Zusammenhang mit Interventionen der Vorbereitung und Stabilisierung bereits erarbeitet wurde. Anderenfalls kann am *inneren Treffpunkt* als Erstes ein inneres Team gebildet werden, bevor der traumaassoziierte Ego-State eingeladen wird. Die Therapeutin würde die Patientin bitten zu spüren, wen sie gerne im inneren Helferinnen- und Helferteam dabei hätte (siehe Abschnitt 8.1).

4) **Kontaktaufnahme mit einem traumaassoziierten Ego-State am inneren Treffpunkt:**

Dieser Schritt bildet neben der späteren Unterstützung und Versorgung des traumatisierten Ego-States den Kern der Intervention. In diesem Schritt erfolgt der Kontakt mit dem traumatisierten oder destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-State. Nicht selten stellt sich hier eine gewisse Aufregung ein, sowohl auf Patienten- als auch auf Therapeutenseite. *Auf wen werden wir stoßen? Wem werden wir begegnen? Wie wird es sein, wenn er da ist?* Der traumatisierte Ego-State wird an den *inneren Treffpunkt* gebeten. Er wird dadurch aus einem bisher abgetrennten oder innerlich sehr weit weggeschobenen traumatischen Geschehen in die Gegenwart, das bedeutet gleichzeitig in die Realität transportiert. Besonders für Patientinnen und Patienten, die bisher das gesamte traumaassoziierte Geschehen so weit wie möglich von sich fernhielten, aber auch bei denen, die eine starke Hoffnung zeigen, dass die Traumatisierung gar nicht passiert wäre und sie sich alles nur einbilden würden, stellt dieser Schritt eine anspruchsvolle Konfrontation dar. Es ist eine direkte und fokussierte Konfrontation mit dem traumatisierten Ego-State, der nicht nur der *Betroffene* der Traumatisierung, sondern ebenfalls ein *Botschafter* oder *Zeuge* des traumatischen Geschehens ist und sich nun am *inneren Treffpunkt* befindet. Damit erfährt der Umgang mit der Traumatisierung eine neue Konkretisie-

rung. Es findet zusätzlich eine *indirekte* Konfrontation mit dem traumatischen Erinnerungsmaterial statt, da dies durch das Erscheinen des traumatisierten Ego-States am *inneren Treffpunkt* bewusst wird (selbst wenn es nicht explizit weiterbearbeitet wird).

Sind die Traumatisierung sowie die traumatische Szene vor Beginn der Arbeit bekannt, verläuft dieser Behandlungsschritt einfacher, da die Patientin und die Therapeutin wissen, aus welchem Lebensalter der traumatisierte Ego-State zu erwarten ist. Ereignete sich die Traumatisierung beispielsweise im Alter von 10 Jahren, wird die Begegnung mit einem 10-jährigen traumatisierten Ego-State erfolgen. Somit besteht die Möglichkeit, sich auf das Alter, Entwicklungsniveau und den vermuteten Zustand einzustellen.

Ist das traumatische Erinnerungsmaterial diffus oder erstrecken sich die traumatischen Ereignisse über einen längeren Zeitraum, bleibt bei der Einladung des traumatisierten Ego-States an den *inneren Treffpunkt* unklar, in welchem Alter, Entwicklungsniveau und Zustand er sich befindet.

Wird ein *destruktiv wirkender bewältigender Ego-State* an den *inneren Treffpunkt* eingeladen, ist vorerst nicht mit einer Assoziation mit traumatischem Erinnerungsmaterial zu rechnen, da der destruktiv wirkende bewältigende Ego-State meist dafür sorgt, dass dieses Material auf Distanz gehalten wird. Die erste Begegnung mit derartigen Ego-States verläuft entsprechend anders als die mit traumatisierten Ego-States. Die destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States zeigen sich häufig sehr skeptisch, ablehnend, herablassend oder feindselig. Die Beziehungsgestaltung muss diesem Verhalten angepasst werden. Wichtig ist eine respektvolle und interessierte Haltung des Therapeuten, der glaubhaft vermittelt, den destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-State kennenlernen und besser verstehen zu wollen.

Für die Arbeit mit einem *inneren Treffpunkt* lassen sich vier *Zugangsmöglichkeiten* zu traumaassoziierten Ego-States unterscheiden:

a) **Konkreter Zugang zu einem traumatisierten Ego-State:**

Die Traumatisierung ist für die erwachsene Patientin klar erinnerbar und zugänglich. Dementsprechend wird der traumatisierte Ego-State an den *inneren Treffpunkt* eingeladen, beispielsweise »die 10-Jährige«. Die Formulierung der Therapeutin oder des Therapeuten kann in etwa lauten: »*Stellen Sie sich nun vor, die 10-Jährige würde an diesen Treffpunkt kommen und Sie würden ihr dort begegnen. Versuchen Sie, einfach abzuwarten, was im Inneren geschieht.*«

b) **Eingegrenzter Zugang zu einem traumatisierten Ego-State:**

Die Traumatisierungen sind komplex (große Anzahl bzw. viele Arten von Traumatisierungen). In diesem Fall bestehen bei den Patientinnen und Patienten sowie bei der Therapeutin klare Vermutungen hinsichtlich möglicher traumatisierter Ego-States. Unklar bleibt vorerst, aus welchem traumatischen Geschehen, also aus welchem traumatischen Erinnerungs-

bereich der traumatisierte Ego-State stammt, der an den Treffpunkt kommt. Sein Alter und Entwicklungsniveau bleiben so lange offen, bis er erscheint.

Die Einladung kann hier auch durch die Therapeutin *eingegrenzt* werden, indem sie sich mit ihrer Formulierung eindeutig und konkret auf einen Bereich der Traumatisierungen beruft. Beispielsweise bittet sie einen traumatisierten Ego-State aus der Vorschulzeit an den *inneren Treffpunkt* (*zeitliche Eingrenzung*) oder sie bittet den traumatisierten Ego-State an den *inneren Treffpunkt*, der die Vertreibung der Familie miterlebte (*Eingrenzung der Art der Traumatisierung*). Eine zeitlich sowie bezogen auf die Art der Traumatisierung *eingegrenzte* Formulierung könnte lauten: »Stellen Sie sich vor, dass nun ein Anteil Ihrer Persönlichkeit an diesen Treffpunkt kommt, der die Gewalt der Mutter in der Grundschulzeit erlebte.«

Darüber hinaus könnte eine zeitlich *nicht* eingeschränkte Formulierung lauten: »Stellen Sie sich vor, dass nun ein Anteil Ihrer Persönlichkeit an diesen Treffpunkt kommt, der die Gewalt der Mutter erlebte. Achten Sie bitte darauf, in welchem ungefähren Alter und in welchem Zustand sich dieser Anteil befindet.«

c) **Offener Zugang zu einem traumatisierten Ego-State:**

Die Traumatisierungen sind bisher nur sehr diffus oder gar nicht zugänglich. Es wird mit Erlebensaspekten wie Körperempfindungen, Emotionen, Handlungsimpulsen oder Überzeugungen gearbeitet (verglichen mit dem Vorgehen bei der Arbeit mit einer *Erlebensbrücke*). In diesem Fall bleibt zwangsläufig unklar, in welchem Alter und Entwicklungsniveau sich der traumatisierte Ego-State befindet und mit welcher Art von Traumatisierung er assoziiert ist. Dementsprechend kann in dieser Variante die Anspannung auch am größten sein, da niemand weiß, wer an den Treffpunkt kommt und was dies dann bedeutet. Die Formulierung könnte lauten: »Stellen Sie sich vor, dass nun ein Anteil Ihrer Persönlichkeit an diesen Treffpunkt kommt, der diese Panik und das Herzrasen sehr gut kennt. Achten Sie darauf, was oder wer am inneren Treffpunkt auftaucht.«

d) **Konkreter Zugang zu einem destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-State:**

Die Arbeit fokussiert auf einen destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-State. Der Ansatzpunkt besteht aus der Fokussierung auf eine *Bewältigungsstrategie* und deren dysfunktionale Folgen (zum Beispiel: Derealisation). In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass sich ein Ego-State am *inneren Treffpunkt* zeigt, der über eine gewisse Kontrolle und Macht verfügt, der sich als kräftig erlebt und der womöglich gegen die Begegnung mit einem traumatisierten Ego-State bzw. gegen die Therapie und somit auch gegen den Therapeuten eingestellt ist. Die destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States nehmen häufig auch gegenüber den Patienten eine ablehnende bis abwertende Haltung ein. Es erscheint hier also kein hilfloser und bedürftiger Ego-State, sondern einer, der sich potent und machtvoll

erlebt und für die Bewältigungsstrategie zuständig fühlt. Er verfügt über die (aus seiner Sicht) *entscheidende* Strategie und sieht sich für das Funktionieren des Patienten im Lebensalltag als allein verantwortlich. Ohne ihn würde alles zusammenbrechen.

Für diese Ego-States steht die Würdigung ihrer Funktion, der Umstände ihrer Entstehung sowie ihrer Mühen im Vordergrund (und nicht ihre Versorgung). Es geht darum, ihre Funktion zu erkennen, zu verstehen, für welche Grundbedürfnisse sie sich eingesetzt haben und wie sie ihre Aufgaben in einer aktualisierten, das heißt funktionalen (anstatt langfristig dysfunktionalen) Art und Weise auch in Zukunft erfüllen könnten. Beispielsweise ließe sich mit ihnen erarbeiten, in welcher Form sie sich in Zukunft für das Grundbedürfnis Kontrolle einsetzen könnten, nachdem sich die Strategie der Derealisation langfristig nicht bewährt hat.

5) **Regulation des Belastungsgrades:**

Diese erfolgt über Nähe-Distanz-Regulation, Regulation des Modus der ersten und dritten Person sowie die Erfassung der Qualität der Beziehung zwischen erwachsener Patientin (Gesamtperson) und traumatisiertem Ego-State. Das Auftauchen des traumaassoziierten Ego-States am *inneren Treffpunkt* löst bei den Patientinnen und Patienten unterschiedliche Reaktionen aus. Sie befanden sich als Erste am *inneren Treffpunkt* und erwarteten den traumaassoziierten Ego-State, der sich nun erstmalig gezeigt hat bzw. gerade im Begriff ist, sich zu zeigen. Die Begegnung mit diesem Ego-State kann zu starken Reaktionen führen und zeigt die gegenwärtige Qualität der Beziehung der Patientinnen und Patienten zu ihren Ego-States. Die häufigsten Reaktionen auf diesen Ego-State lassen sich in vier Gruppen einteilen:

a) **Angst/Erschrecken:**

Da der traumatisierte Ego-State eine starke Assoziation mit der traumatischen Szene besitzt, kann er bei den Patienten Angst oder Schrecken auslösen. Sie sind mit einer großen Nähe zur traumatischen Situation / dem traumatischen Ereignis konfrontiert und fürchten, durch die Begegnung mit dem traumatisierten Ego-State vom traumatischen Erinnerungsmaterial überflutet zu werden.

Destruktiv wirkende bewältigende Ego-States können – je nach ihren Haltungen und Strategien – ebenfalls erhebliche Angst bei Patienten auslösen.

b) **Wut/Ablehnung/Hass:**

In den Fällen, in denen dem traumatisierten Ego-State die Verantwortung für das Zustandekommen der Traumatisierung gegeben wird oder in denen sich die Patienten (oder Anteile von ihnen) mit der Macht der Täterseite verbünden, kann die Begegnung mit einem traumatisierten, unterlegenen Ego-State heftige Wut, Ablehnung oder Gefühle von Hass auslösen.

In den Fällen, in denen die Patienten den destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States die von ihnen gewählten Bewältigungsstrategien vorwerfen (zum Beispiel Zwangshandlungen), können sich Wut, Ablehnung und Hass auch auf diese Ego-States richten. Dies betrifft vor allem dystones Erleben, bei dem sich die Patienten bereits von den bewältigenden Strategien distanzieren, sie jedoch nicht überwinden können.

c) **Mitgefühl/Zuwendung:**

Die Begegnung mit dem traumatisierten Ego-State kann auch Gefühle von Mitgefühl und Impulse von Zuwendung auslösen. Diese Reaktion stellt hinsichtlich der weiteren Versorgung des traumatisierten Ego-States die günstigste Variante dar.

Hinsichtlich der destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States stehen Akzeptanz und Verständnis gegenüber Mitgefühl im Vordergrund. Ist beides bei den Patienten vorhanden, verläuft die Arbeit mit diesen Ego-States deutlich einfacher.

d) **Irritation/Unverständnis:**

Der Ego-State, der am *inneren Treffpunkt* auftaucht, kann auch in symbolischer Form oder von einem Gewand umhüllt erscheinen, was zu starken Irritationen führt oder Unverständnis hervorruft. In diesen Fällen wird das Erscheinungsbild vorsichtig und sorgfältig erforscht. Beispielsweise könnte der traumatisierte Ego-State in der Gestalt eines *Tieres im Käfig* erscheinen oder in der Gestalt eines *versehrten Jugendlichen*, zum Beispiel ohne Beine (obwohl der Patient beide Beine hat und diese keine Funktionseinschränkungen aufweisen). Der traumatisierte Ego-State könnte ebenso Krankenhauskleidung (Patientenkittel) tragen oder in Handschellen gelegt sein. In diesen Fällen ist es sehr wichtig, erstens auf die Reaktion der Patienten zu achten und zweitens die Gestalt oder das Gewand ernst zu nehmen.

Destruktiv wirkende bewältigende Ego-States können sich ebenfalls in symbolischer Form (zum Beispiel als *schwarzer Magier*) oder in einem typischen Gewand (zum Beispiel einer *Uniform*) zeigen.

Es geht bei allen traumaassoziierten Ego-States um das Gelingen einer Kontaktaufnahme, unabhängig von seiner Gestalt oder seinem Gewand. Natürlich lassen diese Rückschlüsse auf das zugrunde liegende traumatische Ereignis zu. Die Zusammenhänge werden im Zuge der Kontaktaufnahme und des Beziehungsaufbaus deutlicher.

Je nach Reaktion und dem damit verbundenen Belastungsniveau der Patientinnen und Patienten wird an dieser Stelle stabilisierend interveniert durch Nähe-Distanz-Regulation oder Modulation des Erlebens in der ersten und dritten Person.

Wenn bei der Patientin durch das Auftauchen des traumatisierten Ego-States am *inneren Treffpunkt* beispielsweise starke Angstreaktionen sichtbar werden, wird sie angehalten, die Distanz zum traumatisierten Ego-State so

weit zu vergrößern, dass es ihr möglich wird, ihn aus einem stabilen Zustand heraus betrachten zu können. Die Aufforderung kann in etwa lauten: »Bitte bringen Sie jetzt am inneren Treffpunkt einen so großen Abstand zwischen sich und den Ego-State¹⁹, dass Sie ihn möglichst stabil und angstfrei betrachten können.«

Alternativ zur Nähe-Distanz-Regulation kann eine *imaginierte durchsichtige Schutzschicht* zwischen der Patientin oder dem Patienten und dem traumatisierten Ego-State eingeführt werden. Ebenso bieten sich die Gegebenheiten des *inneren Treffpunktes* an. Falls er beispielsweise in einem Café verortet ist, könnte die Patientin gebeten werden, den traumaassoziierten Ego-State zunächst von einem Nachbarraum aus zu betrachten. Auf einer Waldlichtung ließe sich ein nahe stehender Hochstand nutzen. Das Ziel besteht darin, eine möglichst stressfreie Begegnung zu erreichen. *Stressfrei* meint in diesem Fall die Überwindung von heftigen Reaktionen aufgrund des ersten Kontakts mit dem traumatisierten Ego-State, die zu Überflutungen oder Dissoziation führen können.

Das Belastungsniveau der Patientinnen und Patienten kann zusätzlich reguliert werden, indem eine *spontane Assoziation* mit einem traumatisierten Ego-State unterbunden wird. Manche Patienten wechseln beim Auftauchen des traumatisierten Ego-States am *inneren Treffpunkt* unbeabsichtigt, spontan und unkontrolliert in das Erleben dieses Ego-States, also in das assoziierte Erleben in der *ersten Person*. Meistens führt dies unmittelbar zu einem deutlichen Belastungsanstieg. Die Therapeutin greift in einem solchen Fall in das Geschehen in der Form ein, dass sie die Patientin wieder in das *distanzierte Erleben*, also das Erleben aus der dritten Person (zurück)führt. Die Formulierung könnte lauten: »Frau X., bitte erinnern Sie sich daran, dass Sie sich als erwachsene Frau am inneren Treffpunkt befinden und dem ängstlichen Kind begegnen. Sie stehen diesem Kind gegenüber. Sie sind es nicht. Sie sind die erwachsene Frau X. am inneren Treffpunkt.« Gelingt die Überführung des Erlebens aus der ersten in die dritte Person nicht und ist zu befürchten, die erwachsene Patientin dadurch zu verlieren (die Patientin gerät in einen Zustand, in dem sie beispielsweise nicht mehr ansprechbar ist), muss eine Dissoziations-Stopp-Intervention erfolgen. (Fortgeschrittene Therapeutinnen und Therapeuten arbeiten zum Teil in diesem Moment für eine Weile mit dem traumatisierten Ego-State weiter, ohne die Anwesenheit der erwachsenen Patientin. Sie folgen sozusagen der spontanen Assoziation der Patientin. Dieses Vorgehen erfordert viel Erfahrung mit der Intervention sowie eine gute Abschätzung der akuten dissoziativen Prozesse.)

In diesem Schritt der Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* wird ebenfalls damit begonnen, die Beziehung zwischen der erwachsenen Patientin oder

¹⁹ Patientinnen und Patienten gegenüber verwende ich kaum den Begriff »Ego-State«. Ich nutze vielmehr seine phänomenologische Beschreibung, zum Beispiel: »das ängstliche Kind« oder »die einsame Jugendliche«.

dem erwachsenen Patienten und dem traumaassoziierten Ego-State zu verbessern. Je nach Reaktion der Patienten auf das Erscheinen des Ego-States gestaltet sich dieser Prozess leichter (beispielsweise bei *Mitgefühl*) oder deutlich schwieriger (beispielsweise bei *Hass*). Hinsichtlich des Kontakts mit destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States beeinflusst das Vorhandensein von Akzeptanz und Verständnis gegenüber Ablehnung und Abwertung das Beziehungsgeschehen. Die Beziehungsgestaltung und -förderung wird ab diesem Zeitpunkt fortlaufend in die Arbeit eingebunden.

Für die Arbeit mit einem *inneren Treffpunkt* wurden 13 Schritte konzipiert (siehe Übersicht in Tab. 36). Die Schritte 6–11 sowie der Schritt 13 der Arbeit an einem *inneren Treffpunkt* unterscheiden sich in ihrer Konzeption und ihrer Durchführung nicht von denen der Arbeit mit der *inneren Reise*, die im Kapitel 8 ausführlich vorgestellt wurde.

6) Erfassung der Bedürftigkeit sowie des Unterstützungsbedarfs des traumatisierten Ego-States:

Zu diesem Schritt gehören die Einschätzung und Entscheidung, was fehlte und was nachgeholt werden müsste. Hinsichtlich der Arbeit mit destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-States geht es um die Erfassung ihrer Funktion, um ihre Würdigung sowie die Suche nach neuen Strategien, mit denen sie zukünftig innerhalb eines inneren Teams ihre Aufgabe erfüllen können.

- 7) Dieser Schritt beinhaltet die Realisierung der im Schritt 6 herausgearbeiteten Aufgaben. Hier erfolgen die Maßnahmen, die für den traumaassoziierten Ego-State als notwendig und hilfreich eingeschätzt wurden.
- 8) Dieser Schritt fokussiert darauf, dass sämtliche Schritte der Intervention nicht nur auf den traumaassoziierten Ego-State, sondern ebenfalls auf die erwachsene Patientin (Gesamtperson) wirken. Durch das Pendeln der Aufmerksamkeit werden fortlaufend beide Ebenen mit einbezogen.
- 9) Dieser Schritt fokussiert auf die Beziehung zwischen der erwachsenen Patientin und ihrem traumaassoziierten Ego-State (Beziehungsebene 3). Der Aufbau und die Förderung dieser Beziehung (in Richtung Integration des Ego-States) wird fortlaufend im Behandlungsprozess beachtet und einbezogen. Er lässt sich nicht nur auf einen einzigen Schritt der Intervention reduzieren.
- 10) In diesem Schritt werden spezifische Themen integriert, wie die Würdigung des Leids, die Rolle des Modelllernens, die Bedeutung der Werte des Patienten bzw. einzelner Ego-States sowie Verantwortlichkeiten und Schuld.
- 11) In diesem Schritt wird die Fokussierung auf positive Veränderungen und heilsame Erfahrungen gerichtet, die als Ressourcen in den Behandlungsverlauf eingebunden werden.
- 12) Möglichkeit der Integration bzw. Planung einer Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial innerhalb der Arbeit am *inneren Treffpunkt*: Im

Abschnitt 11.1.2 wurde auf die Besonderheiten der Integration der *konfrontierenden* Behandlungsschritte innerhalb der Arbeit mit dem *inneren Treffpunkt* eingegangen. Zeitpunkt, Ausmaß und Form der Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial lassen sich sehr gut gestalten. Die Konfrontation innerhalb dieser Intervention kann auf *drei Wegen* erfolgen:

- a) Der traumatisierte Ego-State berichtet traumatisches Erinnerungsmaterial, nachdem er in Sicherheit gebracht und versorgt wurde.
- b) Der destruktiv wirkende bewältigende Ego-State berichtet traumatisches Erinnerungsmaterial, nachdem der traumatisierte Ego-State in Sicherheit gebracht und versorgt wurde.
- c) Mit der Patientin oder dem Patienten wird *nach* der Unterstützung und Versorgung des traumatisierten Ego-States bzw. *nach* der Arbeit mit einem destruktiv wirkenden bewältigenden Ego-State die Konfrontation mit dem traumatischen Erinnerungsmaterial separat vereinbart. Die Konfrontation kann dann anschließend beispielsweise mittels der Beobachertechnik (Reddemann 2011, S. 205) oder der Bildschirmtechnik (Huber 2003, S. 245) oder weiterer Möglichkeiten der Durcharbeitung traumatischen Erinnerungsmaterials erfolgen (siehe Abschnitte 2.5.2 und 8.3).

In allen drei Fällen wird die Konfrontation mit einer Originalszene durchgeführt, in der sich der traumatisierte Ego-State befindet.

Auf den ersten Blick erscheint dieser Ablauf unlogisch, da sich der traumatisierte Ego-State nicht mehr in der Szene, sondern an einem sicheren Ort befindet. Somit wäre er in der traumatischen Szene nicht mehr enthalten. Hinsichtlich der Unterstützung und Versorgung des traumatisierten Ego-States trifft dies auch zu. Der traumatisierte Ego-State befindet sich nicht mehr in der traumatischen Szene, sondern an einem sicheren Ort, an dem er unterstützt und versorgt wird. Die Konfrontation mit traumatischem Erinnerungsmaterial erfolgt jedoch *immer mit der Originalszene*, in der alle Beteiligten enthalten sind, der Täter ebenso wie das Opfer, die Bedrohung ebenso wie die Bedrohte. Es geht darum, sich der traumatischen Szene anzunähern und diese in ihrer Originalfassung zu realisieren. Was ist damals tatsächlich geschehen?

In beiden Fällen wird die Konfrontation mit der erwachsenen Patientin oder dem erwachsenen Patienten sorgfältig geplant und vorbereitet. Dazu gehören Entscheidungen zur Ausführlichkeit der Konfrontation und zur Auswahl der Szene. Das Ziel der Konfrontation wird gemeinsam herausgearbeitet und der Behandlungsschritt wird in den Gesamtbehandlungsplan eingebettet (siehe auch Abschnitt 8.3).

- 13) Dieser Schritt beinhaltet die Bemühungen um eine Verankerung der neuen Erfahrungen, um Nachhaltigkeit der Veränderungen, um Integration der traumaassoziierten Ego-States sowie um posttraumatisches Wachstum.