



Alice Romanus-Ludewig

Resilienz- und bindungsorientierte Traumatherapie (RebiT)

Ein Handbuch

Alice Romanus-Ludewig
Resilienz- und bindungsorientierte Traumatherapie (RebiT)
Ein Handbuch



www.junfermann.de



blogweise.junfermann.de



www.facebook.com/junfermann



twitter.com/junfermann



www.youtube.com/user/Junfermann



www.instagram.com/junfermannverlag

ALICE ROMANUS-LUDEWIG

RESILIENZ- UND BINDUNGSORIENTIERTE TRAUMATHERAPIE (REBIT)

EIN HANDBUCH

Junfermann Verlag
Paderborn
2019



Copyright	© Junfermann Verlag, Paderborn 2019
Coverfoto	© cosmosvisions/stock.adobe.com
Covergestaltung/Reihenentwurf	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn
Satz & Layout	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek	Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.
--	---

ISBN 978-3-95571-848-0

Dieses Buch erscheint parallel in folgenden Formaten:
ISBN 978-3-95571-845-9 (EPUB), 978-3-95571-844-2 (Print),
978-3-95571-847-3 (MOBI).

Für Carsten, Florian, Fanita und Filip.

Inhalt

Vorwort.....	11
Einleitung.....	13
TEIL I: TRAUMATHERAPIE – DIE GRUNDLAGEN.....	17
1. Resilienz- und bindungsorientierte Traumatherapie (RebiT) – was ist das?	19
1.1 Zur Entstehung des RebiT-Ansatzes	19
1.2 Prinzipien des traumatherapeutischen Prozesses	21
1.3 Die resilienz- und bindungsorientierte Grundhaltung des Therapeuten.....	27
1.4 Grundlagen für eine effektive Therapie: das AMOS-Prinzip	28
2. Die fünf wichtigsten Traumamechanismen	31
2.1 Bedingungen zum Entstehen eines Traumas.....	31
2.2 (Hirn-)Physiologische Reaktionen im traumatischen Geschehen.....	33
2.3 Folgen des traumatischen Geschehens	37
2.4 Ursachen für die Persistenz der Traumafolgen.....	39
2.5 Wirkung von Traumatherapie	40
3. Bindung und Resilienz	43
3.1 Bindungsdiagnostik und Bindungsstörungen.....	43
3.2 Das Bindungsgespräch (Therapiefeedback)	46
3.3 Resilienz – das Ergebnis guter Bindung	50
3.4 Die wichtigsten Resilienzfaktoren	53
4. Traumaassoziierte Störungen	57
4.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	57
4.2 Dissoziation und dissoziative Störungen.....	62
4.2.1 Dissoziative Symptome und Erscheinungsformen	64
4.2.2 Strukturelle Dissoziation	67
4.2.3 Dissoziative Identitätsstörung.....	74

TEIL II: DIE DREI PHASEN DER TRAUMATHERAPIE	77
5. Phase I: Die Stabilisierungsphase	79
5.1 Voraussetzungen für den Einstieg	79
5.2 Die Big Five der Stabilisierungsphase	82
5.2.1 Arbeit mit positiven Lebensereignissen (Big Five 1)	82
5.2.2 Imaginationsübungen (Big Five 2).....	84
5.2.3 Skillsliste erarbeiten und anwenden (Big Five 3).....	96
5.2.4 Arbeit mit dem Stressregler / Spannungsregler (Big Five 4).....	107
5.2.5 Arbeit mit unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen (Big Five 5)	113
6. Phase II: Die Phase der Traumadurcharbeitung.....	123
6.1 Voraussetzungen für den Beginn der Traumadurcharbeitung	123
6.1.1 Motivationsarbeit für Klient und Therapeut.....	123
6.1.2 Kriterien für eine ausreichende Stabilisierung	126
6.2 Beginn der Traumakonfrontationsphase / -durcharbeitungsphase	127
6.2.1 Strukturierung des Traumamaterials mit der „Liste belastender Lebensereignisse“	127
6.2.2 „Wahrnehmen und weiteratmen“ – Hilfe bei zu starken Emotionen	130
6.3 Die Bildschirmtechnik / Screeningmethode.....	131
6.3.1 Netzwerkaktivierender Traumascreen (NaTs) – eine schonendere Variante der Screentechnik	133
6.3.2 Die Screenshotmethode	142
6.3.3 Fallbeispiel: Traumadurcharbeitung mittels NaTs.....	147
6.4 Weitere bewährte Methoden zur Traumakonfrontation	157
6.4.1 Screeningmethode kombiniert mit BASK.....	157
6.4.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	158
7. Phase III: Trauer und Neuorientierung	165
7.1 Die Trauerbegleitung.....	167
7.2 Gestaltung von Ritualen	169
7.3 Sinnfindung	173
7.4 Zukunftsorientierung: neue Wünsche und Ziele entdecken	180
7.5 Veränderungsprozesse verstehen: das BEHAVE-Modell.....	181

TEIL III: JENSEITS DER TRAUMATHERAPIE.....	187
8. Weitere Anwendungsmöglichkeiten von RebiT	189
8.1 Traumatherapeutische Grundausbildung für alle Therapeuten?	189
8.2 Erweitertes Anwendungsspektrum der Big Five	190
8.2.1 Depressionen.....	191
8.2.2 Nichttraumatische Verluste	193
8.2.3 Entscheidungsprozesse.....	193
8.2.4 Beziehungsprobleme, Beziehungskrisen und Trennungsprozesse	194
8.3 Erweitertes Anwendungsspektrum des NaTs	196
8.4 Psychotherapeutische Arbeit mit den negativen und positiven Kognitionen	200
8.5 Lern- und Leistungsblockaden aufgrund von Traumatisierungen bzw. Belastungen	200
Zusammenfassung und Ausblick	205
ANHANG	209
A. Fragen aus dem Adult Attachment Interview.....	210
B. Zieleschema.....	212
C. Liste positiver / stärkender Lebensereignisse	213
D. Dokumentationshilfe zu den Imaginations- und Distanzierungsübungen	214
E. Stressregler	215
F. Liste belastender Lebensereignisse	216
Literatur.....	217
Index	222
Über die Autorin.....	224

Vorwort

Dies ist ein ungemein praktisches Buch, um gleich einen der größten Vorteile zu benennen. Alice Romanus-Ludewig ist es gelungen, ein Kompendium zusammenzustellen, das jedem eine Hilfe bietet, der eine Systematik für die Praxis der Traumatherapie sucht: Wie geht Traumatherapie? Was kommt wann „dran“? In welcher Reihenfolge sollten die traumatherapeutischen Interventionen erfolgen? Antworten auf diese und ähnliche Fragen werden nicht nur für alle Professionellen interessant sein, die sich einem leidgeprüften Menschen gegenübersehen und zweifeln, wo sie anfangen sollen und „wie dann weiter“. Sondern die Rat- und Hilfesuchenden selbst werden hier fündig, wenn sie sich fragen, was denn Traumatherapie eigentlich leisten kann, was man da „macht“, wie das geht. Es wird sie vielleicht trösten zu lesen, dass es immer erst darum gehen wird, positive Erfahrungen wiederzubeleben, sich weiter zu stabilisieren, und erst dann darum, sich mit dem Grauen zu konfrontieren, um dessen Nachwirkungen zu verstehen, abzumildern oder sogar ganz loslassen zu können.

Die Autorin hat sich einen eigenen Namen für die Therapie-Inhalte ausgedacht: RebiT, also Resilienz- und bindungsorientierte Traumatherapie. Damit sind bereits zwei Schwerpunkte ihrer Arbeit benannt: Ressourcenaktivierung (Resilienz) und Bindungsorientierung. Entlang der üblichen Pfade der Traumabehandlung erläutert Frau Romanus-Ludewig nicht nur aus ihrer Praxiserfahrung heraus und anhand anschaulicher Beispiele, was diese Bereiche der Traumatherapie ausmacht, sondern sie ergänzt dies um Übungen, die leicht erlernbar, hilfreich und unterstützend sind, sowie wertvolle Erläuterungen zum Transfer in die jeweiligen Settings.

In den ersten Kapiteln werden das Konzept und die Vorgehensweise erläutert, zu dem auch – was leider vielen KollegInnen immer noch nicht selbstverständlich ist – ein intensives Bindungsinterview gehört. So legt Alice Romanus-Ludewig überhaupt im gesamten Verlauf der Therapie großen Wert auf Gespräche über die jeweilige Bindungssituation zwischen TherapeutIn und KlientIn. Erst danach folgt bei ihr ein Kapitel über traumaassoziierte Störungsformen – ein Aufbau, der zeigt: Traumadiagnostik ist Prozess-Diagnostik. Erst wenn unsere KlientInnen uns vertrauen und nur solange die Beziehung stimmt, geben sie uns nach und nach zu erkennen, was sie verstört, was ihnen fehlt, was sie brauchen und wo sie allein nicht weiterkommen.

Im Anschluss an diese Kapitel folgen weitere zum Ablauf der Traumatherapie, dazu gehört zunächst ein gründliches (Wieder- oder Weiter-)Aufbauen von Fähigkeiten, Kenntnissen und erfolgreichen Lebensstrategien. Dabei gefallen mir auch manche

Sammelbegriffe der Autorin wie zum Beispiel die „Big Five der Stabilisierungsphase“. Darunter versteht Romanus-Ludewig das Erinnern und Verankern positiver Lebensereignisse, Imaginationsübungen, die Erarbeitung und Anwendung einer brauchbaren Skills-Liste, die Arbeit mit dem Spannungsregler und schließlich die Teilarbeit auf der inneren Bühne.

Die Traumadurcharbeitung schließlich braucht den richtigen Zeitrahmen, Motivation und ein sanftes, sorgsam kalibriertes Vorgehen, das die Autorin mit eigenen Praxiserfahrungen, Übungen und Hinweisen anreichert, wobei sie vor allem die Bildschirmtechnik zum Bearbeiten wählt, aber auch auf andere traumatherapeutische Bearbeitungsmöglichkeiten hinweist.

Besonders erfreulich: Die Autorin bleibt nicht am Ende der Durcharbeitung stehen, sondern betont ausdrücklich, wie wichtig es ist, die Trauerarbeit therapeutisch zu begleiten – für das die Klienten oft erst nach dem Erkennen und Anerkennen des eigenen Leids inneren Raum finden. Anschließend weist Alice Romanus-Ludewig noch auf verschiedene andere Störungsformen und Anwendungsbereiche ihres Ansatzes hin und schließt das Buch mit einigen im Anhang befindlichen Fragebögen und anderen sinnvollen Tools ab.

Dieses Buch empfehle ich allen, die Klarheit in ihr traumatherapeutisches Vorgehen bringen wollen, Struktur für die sonst oft unübersichtliche psychotherapeutische Begleitung traumatisierter Menschen brauchen und sich von originellen, teils auch neuen Zusammenstellungen und Übungen anregen lassen möchten.

Hier denkt, arbeitet und schreibt eine psychotherapeutische Kollegin, von der ich gern noch mehr hören und lesen möchte. Das werden sicher viele therapeutisch Tätige nach der Lektüre denken. Und wer selbst eine Traumatherapie sucht, wird in diesem guten, klaren, sehr schön lesbaren und sorgsam gestalteten Handbuch Ermutigung finden, sich nicht zu begnügen mit den schlechten Verhältnissen, sondern sich kompetent und bindungsorientiert auf dem Weg „heraus aus der inneren Not“ begleiten zu lassen. Wie gut, dass Frau Romanus-Ludewig auch KollegInnen ausbildet, denn das Buch wird viele neugierig machen.

Michaela Huber im Frühjahr 2019

Einleitung

Resilienz- und Bindungsorientierung in der Traumatherapie – das ist doch nichts Neues, werden Sie sich jetzt vielleicht denken. Ja und Nein ...

Ja, alle traumatherapeutischen Therapieansätze sind in gewisser Weise resilienz- und bindungsorientiert. Die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen knüpft immer zuerst an deren Ressourcen bzw. deren Resilienz an. Die Klientinnen¹ und Klienten sind durch die ständige Präsenz des Traumas und die damit zusammenhängenden Symptome stark beeinträchtigt. Um eine erfolgreiche Traumabearbeitung durchstehen zu können, ist daher das Wiederentdecken der eigenen Widerstandskräfte unabdingbar. Es gilt, den so häufig sich aufdrängenden Schreckensbildern positive Bilder entgegenzusetzen, neben den oft kaum aushaltbaren Gefühlszuständen wieder angenehme Erfahrungen und Gefühlszustände zu ermöglichen. Und es gilt natürlich, den oft mit dem Trauma verbundenen schockierenden Beziehungserfahrungen wieder neue Erfahrungen folgen zu lassen, die von Vertrauen und Verlässlichkeit gekennzeichnet sind. In dieser Hinsicht ist also die resilienz- und bindungsorientierte Arbeit in der Traumatherapie nichts Neues, sondern Bestandteil aller traumatherapeutischer Ansätze.

Nein, denn die in diesem Buch vorgestellte Resilienz- und bindungsorientierte Traumatherapie (RebiT) stellt doch eine Ergänzung der bisherigen Ansätze dar. Das bezieht sich vor allem auf die eingängige Struktur und die hohe Praxistauglichkeit.

Im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen², die mit mir die Weiterbildungen absolvierten, stellte ich fest, dass viele noch mehr Unterstützung dabei wünschten, das traumatherapeutische Wissen und Können in der Praxis zielgerichtet anzuwenden: Die Fülle an Übungen und Materialien war zu groß, vieles geriet im Laufe der Zeit in Vergessenheit, weil es nicht angewendet wurde. Mir selbst erging es ähnlich. Ich erinnere mich an Versuche, das Gelernte umzusetzen, und das sich schnell einsetzende Gefühl, den Überblick zu verlieren angesichts der vielen Möglichkeiten, traumatherapeutisches Handwerkszeug einzusetzen. Das verunsicherte und wirkte sich nicht zuletzt auf die Begleitung der Klientinnen nachteilig aus.

1 Mit der Bezeichnung „Klient“ möchte ich zum Ausdruck bringen, dass sich der traumatisierte Mensch stets auf Augenhöhe mit den Behandelnden befindet. Therapeuten, die im kassenärztlichen Rahmen tätig sind, sprechen in der Regel eher vom „Patienten“. „Klient“ ist in diesem Fall dazu synonym zu verstehen.

2 Ich möchte in meinem Buch möglichst gendergerecht schreiben. Daher habe ich mich dazu entschlossen, die weibliche und die männliche Form abwechselnd zu gebrauchen.

Ich möchte an dieser Stelle unbedingt einem Missverständnis vorbeugen: Die beschriebenen Umsetzungsprobleme sind aus meiner Sicht „typisch Mensch“, denn wir neigen dazu, bei Widerständen schnell zum Vertrauten und Gewohnten zurückzukehren. Das gilt natürlich auch für therapeutisch arbeitende Menschen, deshalb gerät viel Erlerntes in Vergessenheit. Ich möchte also keine Kritik üben an den Weiterbildungen und deren Qualität. Die Weiterbildungen, die ich absolvierte, waren in jeglicher Hinsicht exzellent und nicht nur fachlich, sondern auch menschlich sehr bereichernd. Wegen der dennoch bestehenden Schwierigkeiten bei der Umsetzung in die therapeutische Arbeit, die ich in meinem Alltag selbst erlebte und auch im kollegialen Austausch wahrnahm, wollte ich einen Beitrag für die bessere Umsetzbarkeit des so wertvollen Erlernten leisten. Der RebiT-Ansatz soll also eine zusätzliche Hilfestellung bieten an der Schnittstelle zwischen Lernen und Umsetzen in der Praxis. So entwickelte ich ganz allmählich eine eigene Struktur, die mir half, sinnvolle Standards zu setzen, wichtige Teilschritte in der Therapie nicht zu übergehen und mich nicht länger in einzelnen Aspekten zu verlieren. Auf diese Weise sind z. B. die „Big Five der Stabilisierungsphase“ entstanden. Sie bilden auch das Grundgerüst für den hier vorgestellten Ansatz (Kap. 2). Ergänzende und weiterführende Übungen sind natürlich nach dem Einüben der Basics möglich und erwünscht. Beispiele für ein sinnvolles Vorgehen finden Sie in diesem Buch.

Auch die Frage, wie Aspekte der Bindung konkret in die traumatherapeutische Arbeit übersetzt werden können, beschäftigt mich weiterhin. So entwickelte sich im Laufe der Zeit bei mir die Idee, mithilfe des regelmäßigen Bindungsgesprächs bzw. Therapiefeedbacks den Austausch mit Klientinnen über die Qualität der therapeutischen Beziehung aufrecht zu halten. Dies sollte auch wichtige Auswirkungen auf die Beziehungen zwischen Klient und anderen Bezugspersonen haben.

Eine gute Struktur und hilfreiche Arbeitsmaterialien können natürlich niemals Ersatz sein für die allem zugrunde liegende ressourcenorientierte, respektvolle und annehmende Haltung der Klientin gegenüber. Eine gesunde Struktur muss immer auch flexibel bleiben, auf die Klientin zugeschnitten werden und die Besonderheiten des Einzelnen berücksichtigen. Niemals dürfen Klientinnen gezwungen werden, bestimmte Übungen durchzuführen, wenn sie dies ablehnen. Selbstbestimmung, Respekt und Würde verbieten jeglichen Druck, Zwang oder ein starres Festhalten am „Therapieplan.“

Das gesunde Ausbalancieren zwischen Struktur und Flexibilität bleibt bei allen Therapieformen eine wichtige Herausforderung. Auch darum wird es in diesem Buch gehen.

Neben praktischen Schritt-für-Schritt-Anleitungen habe ich die wichtigsten theoretischen Hintergründe (Traumamechanismen, Traumaphysiologie, Hirnbiologie,

Diagnosen) in diesem Buch aufgegriffen und dargestellt. Genau das auszuwählen, was notwendig ist, um kompetent in der Praxis zu sein, ohne dieses Handbuch mit zu viel Theorie zu überfrachten, war nicht leicht. Um es anschaulicher zu machen und stets Brücken zwischen Theorie und Praxis zu schlagen, habe ich den Text um erklärende Grafiken und Abbildungen erweitert.

Wie jede Therapieform ist auch die Traumatherapie immerzu im Wandel und kluge Köpfe bemühen sich um Verbesserungen und Ergänzungen. Damit dies auch weiterhin – zum Wohl der Klienten – gewährleistet ist, bin ich gespannt auf Ihre Rückmeldungen! Feedback dazu, was Sie als hilfreich erlebt haben, und Anregungen, was noch besser werden könnte, sind willkommen. Lassen Sie uns im Austausch bleiben. Ich freue mich darauf.

Teil I

Traumatherapie – die Grundlagen

1. | Resilienz- und bindungsorientierte Traumatherapie (RebiT) – was ist das?

1.1 Zur Entstehung des RebiT-Ansatzes

„Traumatherapie – das ist doch einfach Stabilisieren und dann noch ein bisschen Hokuspokus!“, so lautete die Aussage eines Kollegen, nachdem ich ihm erzählt hatte, dass ich mich in traumatherapeutischer Weiterbildung befinde. Ich war irritiert angesichts dieses Vorurteils, aber nach genauerem Nachdenken stellte ich fest, dass möglicherweise ein Körnchen Wahrheit in dieser Aussage liegt. Wenn das Herzstück der Traumatherapie, das Stabilisieren, sich nicht von allgemeiner psychotherapeutischer Arbeit unterscheidet und die Traumakonfrontation der Klientin nicht genau erläutert bzw. sie nicht sorgsam darauf vorbereitet wird, dann kann dies von manch verunsicherten Klientinnen durchaus als „Hokuspokus“ erlebt werden. Eine Erfahrung, die sich gerade bei traumatisierten Menschen, die Situationen von Ausgeliefertsein und Ohnmacht erlebt haben, verheerend auswirken kann.

Zu Beginn meiner Beschäftigung mit Traumatherapie fühlte ich mich geradezu erschlagen von den vielen traumatherapeutischen Techniken und Übungen, von denen ich las und hörte. Trotz mehrerer (wirklich sehr guter!) traumatherapeutischer Fortbildungscurricula hatte ich immer noch das Gefühl, dass der Überblick und die Umsetzung in den Therapiealltag mühsam waren. Meine ersten Versuche, das Gelernte umzusetzen, waren schwierig, weil ich zwar viele erlernte Elemente in die Therapien einbrachte, aber der innere Zusammenhang für Klienten oftmals nicht ersichtlich und nachvollziehbar war. Manche Kolleginnen und Kollegen hatten ähnliche Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Kompass, der den Behandelnden und in Folge den Klienten sicher durch die Therapie leitete.

Ich versuchte dann, genau hinzuschauen, welches die häufigsten nach Traumatisierung auftretenden Probleme im Alltag der Klienten waren. Die in den Traumatherapie-Weiterbildungen erlernten Elemente wandelte ich so ab, dass sie leichter anzuwenden waren, manche Übungen entwickelte ich selbst. Ein wichtiger Schritt war in diesem Prozess auch, herauszufinden, welche Übungen sich vor allem für den Anfang der Therapie eignen und möglichst sicher und schnell eine Wirkung entfalten. „Soforthilfe“ am Anfang kann enorm wichtig sein, weil es bei Klientinnen die Hoffnung stärkt, dass sich die Gesamtsituation bessern kann. Beispielsweise hat es sich gezeigt, dass am Anfang der Therapie manchmal das Vertrauen und die

Konzentration noch gar nicht vorhanden sind, gemeinsam Imaginationsübungen einzutrainieren oder mit der „inneren Bühne“ zu arbeiten. Die Beschäftigung mit positiven Lebensereignissen knüpft an bereits Erfahrenes an und stellt somit einen leichten Zugang zu vorhandenen Ressourcen her.

So entwickelte ich im Laufe der Jahre eine eigene Struktur im Vorgehen, die sich sowohl für mich als Therapeutin als auch für die Klientinnen als sehr hilfreich erwies. Die Erfahrung lehrte mich, welche Übungen unverzichtbar sind und dringend intensiv eingeübt werden sollten (ich bezeichne sie als Basisübungen oder auch „Big Five“). Alle anderen können als Zusatzübungen angesehen werden, die später erlernt werden können. Es ist wie bei jeder „Kunst“: Hilfreich ist, zwischen Grundlagen und darauf aufbauenden Elementen zu unterscheiden. Bevor die Grundlagen nicht souverän beherrscht werden, sollten auch keine weiteren Schritte gegangen werden.

Bei der Arbeit mit Traumatisierten ist es besonders wichtig, sich nicht in einem „Meer der Möglichkeiten“ zu verlieren, sondern durch regelmäßiges Üben von vertrauten Basisübungen den Klienten Sicherheit zu vermitteln.

Mit den Sinnen erfahrbar

Ein weiterer Schwerpunkt des RebiT-Ansatzes ist die Betonung des Konkreten, des mit den Sinnen Erfahrbaren. Die Verbindung der Gedankenwelt mit Sinneserfahrungen ist aus meiner Sicht für Klienten sehr wertvoll, denn es geht in der Stabilisierungsphase darum, Ressourcennetzwerke zu knüpfen (s. a. Abschn. 5.1). Je mehr Sinnesmodalitäten einbezogen sind, desto wirksamer ist die Aktivierung des Netzwerkes.

Daher habe ich die explizite Verbindung zu den Sinnen bei allen Stabilisierungsübungen zu knüpfen versucht (z. B. in der Arbeit mit Symbolen und Ritualen bei der Vertiefung positiver Lebensereignisse, vgl. Big Five 1 in Abschn. 5.2.1).

Traumakonfrontation

Besonders in der Phase der Traumakonfrontation sind Behutsamkeit und Achtsamkeit angebracht. Nach meiner Erfahrung kann es die Belastung des Klienten enorm senken, wenn das Vorgehen und auch die Wirkweise (z. B. der Bildschirmtechnik) eingehend erklärt werden. Bei den Konfrontationsmethoden, die ich im Zuge meiner Ausbildung erlernt habe, war die Anwendung jedoch durch eine zu hohe Komplexität erschwert. Die komplizierten Vorgehensweisen lassen sich dem Klienten, der in der Regel ohnehin schon stark belastet ist, nicht gut vermitteln. Auch dafür wollte

ich Abhilfe schaffen. So habe ich die mir bekannten Screentechniken abgewandelt und vor allem auch vereinfacht, sodass das Vorgehen für Klienten transparenter und gut erklärbar ist. Durch die Vereinfachung kann eine Screensitzung fast immer in einer einzelnen Therapiesitzung durchgeführt werden.

Es zeigt sich, dass Betroffene davon profitieren, wenn die Sitzungen zur Traumadurcharbeitung gut „dosiert“ und in kleinere „verdauliche“ Einheiten unterteilt werden.

Trauer und Neuorientierung

Konsequente Unterstützung, auch bei der Bewältigung der dritten und letzten Phase, der Trauer und Neuorientierung, ist enorm wichtig. Hier ist die Bindungsorientierung besonders gefragt, damit das gemeinsame Anschauen des Traumas für die Klientinnen spürbar eingebettet ist in die sichere und Sicherheit vermittelnde therapeutische Beziehung. Nur so fühlt sich die Klientin nach der Traumakonfrontation nicht allein gelassen.

1.2 Prinzipien des traumatherapeutischen Prozesses

„Ein Trauma ist ein Erinnerungsabszess.“

(Ulrich Sachsse)

Der Drang zur Verarbeitung

Es gibt viele hilfreiche Bilder und Vergleiche dafür, was ein Trauma ist und was in einem traumatherapeutischen Prozess passiert. Ein Trauma als einen „Erinnerungsabszess“ (Sachsse, 1997) anzusehen macht deutlich: Da hat es eine „Schädigung“ gegeben, welche noch nicht ausgeheilt ist. „Material“ ist nicht abtransportiert, verarbeitet worden, ein Heilungsprozess ist ins Stocken geraten und belastet den Organismus. Das Bild macht auch klar: Ohne ein Eingreifen, ein „Rangehen“ an die Verletzung, kann es vermutlich nicht besser werden.

Hilfreich erscheint mir auch der Vergleich, dass bei einem traumatherapeutischen Prozess Erinnerungsmaterial von einem „Zwischenlager“, welches nicht der endgültige Bestimmungsort ist, zu einem „Endlager“ transportiert werden muss. Dazu muss aber das brisante Material noch einmal in Bewegung gesetzt – angeschaut, geprüft und vorsichtig behandelt – werden. Es wird sich nie auflösen, es wird nie

verschwinden, es wird auch nicht plötzlich anders (eine schlechte und erschütternde Erfahrung bleibt eine solche und wird nie zu einer neutralen oder guten Erfahrung).

Es kann aber besser einsortiert werden und ist weniger im Vordergrund, kann weniger Schaden anrichten.

Auch hirnphysiologisch passt dieser Vergleich gut. Unverarbeitetes traumatisches „Erinnerungsmaterial“ wird in einer Hirnregion gespeichert (Amygdala), welche tatsächlich als eine Art „Zwischenlager“ fungiert, und landet erst nach einer Verarbeitung in einer anderen Hirnregion, die als Gedächtnis für „normale“ Erinnerungen gilt (Hippocampus). (Näheres dazu erfahren Sie in Kapitel 2.)

Nicht zuletzt die Vorstellung, dass die Wandlung eines unverarbeiteten Traumas zu einem verarbeiteten wie die Heilung einer offenen Wunde zu einer Narbe ist, veranschaulicht das Wesen des traumatherapeutischen Prozesses sehr anschaulich. Die Narbe verschwindet nicht, sie bleibt als unangenehme Erinnerung an die Verletzung zurück, aber der Prozess der Heilung ist abgeschlossen, die Gefahr für den Organismus ist gebannt, die Beeinträchtigung wurde deutlich reduziert.

Die Symptome, die ein unverarbeitetes Trauma mit sich bringt, insbesondere die Symptome, in denen sich der Traumainhalt immer wieder aufdrängt (Alpträume, Flashbacks, traumanahe Gefühlszustände), sind ein Signal des Gehirns bzw. des gesamten Organismus, dass da etwas auf Verarbeitung drängt. Man spricht in diesem Zusammenhang auch vom Kohärenzdruck des Gehirns. Gemeint ist damit, dass der Organismus bemüht ist, das Unverarbeitete wieder zu aktivieren, um es angemessen einzuordnen und somit wieder das alte Gleichgewicht herzustellen.

Traumatherapie kann verstanden werden als professionelle Unterstützung für einen ins Stocken geratenen physiologischen Prozess.

Ziele der Traumatherapie

Es handelt sich primär nicht um einen künstlichen Eingriff, sondern eher um ein „sanftes Begleiten“. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass ungefähr ein Drittel aller Traumatisierungen auch ohne therapeutische Unterstützung bewältigt bzw. verarbeitet werden kann.

Ziel ist immer, die Beeinträchtigungen im Alltag, in der Lebens- und Beziehungsgestaltung wiederherzustellen. Traumatherapie ist kein Selbstzweck! Aus diesem Grunde ist es sehr wichtig, mit den Klienten zu erarbeiten, was sich durch die Bearbeitung des Traumas verändern soll. Wird dies nicht berücksichtigt, kann es passieren, dass sich in der mitunter sehr schmerzhaften Phase der Traumabearbeitung ein