

## **Können traumatherapeutische Techniken in psychoanalytische Behandlungen integriert werden?**

Vortrag vor der DPG-Arbeitsgruppe Hannover am 07.02.2007

Eckhardt Gehde

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

können traumatherapeutische Techniken in psychoanalytische Behandlungen integriert werden?

Zur Antwort brauchte ich einige Umwege. Als Jugendlicher suchte ich mir — nicht ungewöhnlich für den recht schüchternen Sohn eines ziemlich zwanghaften Lehrers — neue Heldenväter; diese strebten himmelwärts und waren für lange Zeit Astronauten und Raumfahrtingenieure. Ärzte und Psychologen spielten für mich nur insofern eine Rolle, als sie die Helden am Leben erhielten und für ihr Training im Flugsimulator so viel gemeine Probleme wie nur irgend möglich austüftelten. Unter anderem beeindruckte mich aber schon damals, daß der Astronaut James Lovell, beim überwältigenden Blick auf die immer kleiner werdende Erdkugel im schwarzen All, im Gegensatz zu anderen Kollegen problemlos ohne Medikamente einschlafen konnte. Er gab später an, daß er sich einfach vorstellte, wie er als Junge in der Provinz des amerikanischen Mittelwestens, von einem Hügel aus und im warmen Abendlicht an einen Baum gelehnt, über die heimische Farm schaute. Die beruhigende Wirkung dieses inneren Ortes leuchtete mir ohne weiteres ein. Und ohne je von inneren Ressourcenteams gehört zu haben, kam mir als 13jährigem die Idee, mir wie die Astronauten in Houston eine Art Bodenstation vorzustellen: von dort würde mir u.a. Wernher von Braun Unterstützung bei Mathematikarbeiten geben. Als ich schließlich doch ohne Raumanzug auskommen mußte, zumal mir das schönste Mädchen der Klasse beschied, das Warten auf den Helden einer Marsexpedition würde *ihr* jedenfalls zu lange dauern, vergaß ich solche Vorstellungen beinahe. Zusammen mit Patienten, die — statt auf einer Konturenliege zum Mond — auf der analytischen Couch ins innere Universum gestartet sind, habe ich, angeregt von traumatherapeutischen Ideen, in den letzten Jahren die heilsame Wirkung von Imagination wiederentdeckt.

Meine Kernthesen zur Frage des Abends lauten: Traumatherapie und Psychoanalyse können miteinander in Beziehung treten. Traumaorientierte Techniken lassen sich sehr gut in analytisches Vorgehen integrieren. Beide Disziplinen ergänzen sich in kreativer Weise, sehr hilfreich für die Patienten und ohne Schaden für die therapeutische Beziehung. Ich möchte Sie heute nicht mit Neurobiologie überschütten, sondern an ausführlichem kasuistischem Material erläutern, warum es notwendig erscheint, sich an die emotionale Verfassung der Patienten anzupassen. Dies erfordert Flexibilität in der Interventionstechnik, d.h. je nach dem aktuellen — durch Annäherung an traumatisches Material im Patienten ausgelöst — Aktivierungszustand zu variieren, zwischen einem mehr analytischen und mehr traumatherapeutischen Vorgehen. Die Begründung für diese flexible Strategie liegt — nur soviel sei erwähnt — in der unterschiedlichen Speicherung und Erreichbarkeit von Gedächtnisinhalten im Gehirn. Wie leicht diese später in der Therapie abzurufen sind, hängt vom Gefühlszustand während des Einspeicherns ab. Das Datennetzwerk zur eigenen Biographie, also das autobiographische Gedächtnis, ist am komplexesten und stör anfälligsten; es wird im rechten Frontalkortex gespeichert. Der damit verkoppelte emotionale Gehalt hingegen wird getrennt abgelegt, im limbischen Bereich, vor allem in den Mandelkernen (Amygdala) und den Rindengebieten der vorderen Schläfenlappen, beidseits nahe der vorderen Hippocampusanteile. Entscheidend für uns Analytiker ist: Je intensiver der ursprünglich einwirkende traumatische Streß einmal war, umso schwieriger sind später die im Gefühlssystem, vor allem direkt in den Mandelkernen verankerten Erfahrungen zu überarbeiten, umso automatischer laufen die Reaktionen auf

Triggerreize in den traumatischen Netzwerken ab und umso weniger sind diese Abläufe durch Deutungsarbeit innerhalb von Übertragungsprozessen zu erreichen. Im Extremfall sind Patienten in einem an traumatisches Erleben gekoppelten Persönlichkeitszustand, d.h. in einem traumatischen ego-state, zeitweilig nicht mehr analysierbar. Zudem besteht die Gefahr, daß in diesem Fall eine therapeutische Ichspaltung nicht aufrechterhalten werden kann, weil die Repräsentanz des Analytikers mit traumaassoziierten Inhalten kontaminiert wird. Es kann zur erneuten Etablierung von Täter-Opfer-Wippen kommen, negative therapeutische Reaktionen bis hin zur Traumatisierung auch der Therapeuten können ausgelöst werden. Ein konsequent am Aktivierungszustand von Patienten ausgerichtetes Vorgehen versucht diese Nachteile zu vermeiden. Dies erfordert zwar einige Erfahrung und Mut zu einer gewissen „Methodenunreinheit“, was für methodische Puristen oder Anhänger planbarer Deutungsstrategien sicher schwer zu akzeptieren ist, aber die Technik ist pragmatisch, ergebnisorientiert und für beide Seiten weniger strapaziös. Sie kann sogar Freude machen! Bei dieser Diskussion denke ich oft und gern an Klaus Winkler, der meine häufige Unzufriedenheit über den Zustand des analytischen Theoriegebäudes in die kreative Formel lenken konnte: *Theorien sind Spielmaterial!*

Die Kasuistik von Frau H., einer bei Therapiebeginn 25jährigen, beruflich erfolgreichen, doch schwer traumatisierten Patientin habe ich vor 5 Jahren in meiner Abschlußarbeit beschrieben. Frau H. war in die Therapie mit schweren Selbstwert- und Beziehungsstörungen gekommen, für die später eine masochistische perverse Kernproblematik deutlich wurde, daneben zeigten sich mehrere dissoziative Symptome mit der Unfähigkeit, allein sein und Selbstfürsorge übernehmen zu können, zusätzlich eine Eßstörung und wiederholte Alkoholexzesse mit quälenden und beschämenden Reinszenierungen von Abhängigkeits- und Unterwerfungskonstellationen. Die Therapie ging über knapp 6 Jahre und wurde nach längerer Pause vor wenigen Monaten durch eine kurze traumaorientierte Behandlung über ca. 15 Stunden ergänzt. Zugrunde lag diesem Fall ein sexueller Mißbrauch durch den gewalttätigen, alkoholabhängigen Vater zwischen dem 6. und 14. Lebensjahr der Patientin, wofür sie lange Zeit komplett amnestisch war. Behandlungsverlauf und theoretische Überlegungen werden demnächst in erweiterter Form als Buch erscheinen, Prof. Emrich ist Coautor; die Patientin hat das Buch gelesen und schildert darin die Behandlung auch aus ihrer Sicht (Gehde u. Emrich 2007).

Wenn Frau H. sich im analytischen Setting der traumatischen Szene des Mißbrauchs annäherte, kam es lange zum „Herunterfahren“ (tuning down), im Extremfall zum kompletten Abschalten des emotionalen Erlebens, verbunden mit einer Reduktion mentaler Funktionen auf Notfallniveau, entsprechend dem Extremstreßzustand des „Einfrierens“ (freezing). Die Mißbrauchsszene wurde schrittweise immer präziser erinnert. Frau H. konnte ihre Einengung auf ein traumatisches Funktionsniveau in Worte fassen, mit Derealisation und Depersonalisation bis hin zum out-of-body-Erleben, was noch lange Zeit bei sexuellen Begegnungen wiederkehrte. „Wenn mich ein Partner angefaßt hat, war es oft so, als ob mich mein Vater anfaßt!“ Dabei kam es zu schwerer Beeinträchtigung im Wahrnehmen des eigenen Körpers, den sie dann wie „in tausend Teile zerfallen“, als fremd, nicht zu ihr gehörig erlebte. Charakteristisch war eine Aufspaltung in ihren Kopf und den davon abgeschnittenen, leblos daran hängenden Körper. Besonders die Hände wurden, ihr anfangs ganz unverständlich, als häßlich, fremd und beschmutzt erlebt. Sehr lange noch hatte das Bild von Sperma auf ihren Fingern eine durch Angst und Ekel hemmende, sie im Lusterleben mit dem Partner schwer beeinträchtigende Funktion. „Sobald ich einen Penis in der Hand habe, ist es, als ob ich die Verbindung zu mir verliere, als ob ich jemand anderes werde. Früher hatte ich sogar das Gefühl, als ob ich gar nicht mehr da war. Es war wie ein Theaterstück, dabei habe ich mich von oben beobachtet. Es war auch keine normale Lust, die ich hatte, sondern irgend etwas Verdrehtes. Früher mußte ein Sexpartner am nächsten Morgen auch sofort gehen.“

Am auffälligsten war jedoch lange Zeit das Ausbleiben jeglichen aversiven Affekts gegenüber dem Täter-Vater, mit dem sie in solchen Situationen identifikatorisch verschmolzen schien.

Umgekehrt fehlte dann fast vollständig die Einfühlung in das Leid des Kindes, das sie selbst gewesen war, bis hin zu einer zynischen emotionalen Kälte, die tief erschrecken und verstören konnte. Diese direkte Konfrontation mit den Wirkungen des sadistischen Täterintrojekts löste häufig quälende, heftige Gegenübertragungsreaktionen aus. Ich hatte oft Probleme, meine Wut auf die Eltern, insbesondere den Vater, zu kanalisieren und zu kontrollieren. Eine durchgängige „analytische Neutralität“ und vollständige Entsagung in solchen Fällen einzuhalten, erscheint mir inzwischen, besonders unter dem Aspekt der Aufrichtigkeit und der notwendigen Fürsorge für das frühere traumatisierte Kind, als nicht hilfreich. Kommen Patienten in der Regression mit den kindlichen Gefühlen in Kontakt, sind sie gar in einem „traumatischen state“, würde die Einnahme einer ausschließlich neutralen oder gar lediglich spiegelnden Position durch den Analytiker für diesen kindlichen Zustand auch ein Nicht-Wahrhaben-Wollen, ein Nicht-Unterstützen des Kindes bedeuten. Damit käme in die Übertragungsbeziehung zusätzlich die Aktivierung jener sekundären Traumatisierung, die durch die fehlende Wahrnehmung und Ahndung des Mißbrauchs seitens der Umgebung entsteht. Ich habe daher nie einen Zweifel gelassen, daß ich einerseits die Tatsache des Schlagens, der Gewalt und des Mißbrauchs durch den Vater schrecklich finde und eindeutig verurteile. Andererseits waren die Ambivalenz ebenso wie die Tatsache zu ertragen und zu respektieren, daß die Patientin wie alle Kinder ihren Vater auch zu schützen und im verzweifelten Wunsch, die Bindung zu erhalten, tatsächlich zu *lieben* versuchte. Vor diesem Hintergrund wurden die Wiederholungen in den sadomasochistischen Beziehungskonstellationen der Patientin bis ins Detail verstehbar. Zudem ließen sich die in mir induzierten Gefühle besser verorten und damit ertragen.

Die Patientin schreibt hierzu:

Das schmerzhafteste und deshalb auch das am schwierigsten zu bearbeitende Gefühl war die Situation jeweils unmittelbar nach einer Mißbrauchsszene. Bis zum Ende der Analyse und darüber hinaus war es mein größtes Problem, bewußt wütend auf meinen Vater zu sein und all die Gefühle, die jetzt in mir steckten, ihm zuzuordnen.

(...) Und immer wenn wir an die schwierigsten Teile rankamen, war entweder mein Kopf wie leer oder ich dachte, ich schaffe es nicht, diese Gefühle auszuhalten und ging nach einem kurzen Hinschauen sofort auf Abstand.

Meinem Eindruck nach haben bewußt eingeleitete Maßnahmen zur „Durcharbeitung“ bei schwerer traumatisierten Patienten einen vergleichbar hohen Anteil an der schließlich erreichten Veränderung wie die Arbeit mit Deutungen.

In bewußter Abweichung vom analytischen Therapie-Kanon habe ich der Patientin daher viele konkrete Empfehlungen gegeben, z.B. in einer Yoga-Schule Verfahren zur Entspannung und Meditation zu erlernen, was sie als außerordentlich hilfreich, beruhigend und Glücksgefühle auslösend erlebte. Wir erwogen schließlich eine begleitende EMDR-Behandlung, die von unserer analytischen Kollegin Sylvia Fischer durchgeführt wurde. Vor 5 Jahren erschien mir eine Kombination von Analyse und EMDR beim gleichen Therapeuten als extrem schwierig, nach Erlernen der Technik halte ich sie in bestimmten Fällen für sehr gut machbar und wende die Kombination inzwischen selbst regelmäßig an. Natürlich hatte sich die Patientin durch Stabilisierungsmaßnahmen, wozu ich sie anleitete, auf die Traumakonfrontation vorbereitet. Z.B. lernte sie in der „Tresorübung“, quälendes traumatisches Material, das intrusiv über sie hereinbrach, auf einem Computerschirm zu visualisieren, auf eine DVD zu brennen und als beschriftetes Päckchen in einem großen Tresor „wegzuschließen.“ Außerdem arbeitete sie mehrere Monate vor der EMDR-Therapie an der Vorstellung eines „sicheren inneren Ortes,“ hierbei half ihr z.B. die Vorstellung eines unsichtbaren Schutzschildes, von dem alles Schlimme oder Böse, das immer wieder einzubrechen drohte, abprallte wie Fliegen von einem elektrisch geladenen Drahtgitter. Im gesamten Verlauf habe ich mit Frau H. wichtige Bestandteile der Theorie diskutiert, z.B. zur Streßphysiologie, zum Gedächtnis, zur Spei-

cherung traumatischer Erfahrungen, oder zur Funktion von Introjekten. Dies ermöglichte die Einordnung von lange als diffus oder bedrohlich erlebten Phänomenen und erleichterte weitere differenzierte Deutungsarbeit. Eine Trennung von Interventionen in „supportive“ oder „edukative“ vs. genuin psychoanalytische erscheint mir vor diesem Hintergrund willkürlich. Sie ist in der Praxis weder notwendig noch hilfreich, da beide Seiten zum Fortgang des Prozesses beitragen und sich nicht gegenseitig hindern. Meine Patienten über solche Zusammenhänge *nicht* zu informieren, käme für mich heute dem Vorenthalten einer hilfreichen Maßnahme gleich. Als entscheidender Faktor erscheint mir jedoch die Persönlichkeit des Therapeuten und dessen Authentizität: Über zahlreiche Kanäle vermittelt sich dem Patienten vor- und unbewußt, ob man selbst in der Lage ist, Glück zu empfinden. Ist dies nicht ausreichend der Fall, helfen auch keine Techniken.

Kurz nach den ersten EMDR-Sitzungen, die viele belastende Bilder des Vaters evoziert hatten, berichtet die Patientin folgenden Traum:

„Ich liege auf der Couch, Sie sitzen wie immer auf dem Sessel. Plötzlich kommen Torsten [der Freund] und Kati [Freundin der Patientin, die ebenfalls eine Analyse macht] ohne sich anzumelden herein. Torsten setzt sich an den Schreibtisch, guckt sich Ihre Unterlagen an, Kati setzt sich auch, macht aber nichts. *{Diese Sequenz haben wir im Kontext mit dem Rest des Traums weniger als Grenzverletzung verstanden, sondern mehr als hilfreiche Erweiterung des Behandlungssettings gedeutet. Die Entwicklung gab dieser Sicht recht.}* Dann kommt etwas, womit ich gar nicht gerechnet habe: Ab morgen müßte ich zu einer Kur, einer ganz außergewöhnlichen Kur, da sei ich angemeldet. Ganz selbstverständlich fahre ich dahin weg. Aber dennoch habe ich Sie und die anderen als sorgend, ganz fürsorgend empfunden. Die anderen wußten das schon und begleiteten mich hin. Da seien ‚Leute wie ich‘, sagt man mir. Dort angekommen, ist es wie ein riesiges ‚Freigehege‘, wie ein Ferienlager. Man kann rumklettern, rumtoben, ganz phantasievoll, man kann sogar in die Luft fliegen, es wirkt wie im Märchen. Alles ist schön und hell, viel Natur. Erst bin ich ganz ängstlich und traue mich nicht, etwas auszuprobieren, aber doch ganz optimistisch, da andere Leute dort sich offenbar frei und glücklich fühlen können. Plötzlich sind Sie da. Wie aus dem Himmel herab kommt ein Seil. Sie halten mich fest, um die Hüfte rum, und sich selbst am Seil fest, und dann geht es ganz hoch in die Lüfte — man sieht über das ganze Gelände, als fliege man hoch von einem Trampolin, alles wird schwerelos. Sie sagen: ‚Sie sehen doch, es geht ja!‘ Dann macht es Spaß, das Leben unten wirkt wie ein Teil von mir, ich empfinde es so gut. Dort unter den anderen, die kennen das alles, womit ich mich herumplage. Ich muß denen das nicht mehr erklären.“

Diese Traumbilder empfindet Frau H. als schön, nachdem sie in der Traumakonfrontation das erbarmungslose Gesicht des Vaters quälend deutlich sah. Wir verstehen den Traum dann nicht vorwiegend — wie vielleicht anzunehmen — als getarntes Derivat eines sexuellen Aktes, wozu der Patientin ebenso wie mir diesmal nur wenige Einfälle kommen. Wir verstehen ihn vorwiegend als Spiel, als Befreiung, wobei das immer höhere Hüpfen und Schweben, neben der sicher *auch* sexuellen Konnotation, ein Hinweis zu sein scheint auf die zunehmende innere Befreiung und Übersicht über die Zusammenhänge ihres Lebens. Die Landschaft wird denn auch ein Symbol für die Verbundenheit mit anderen, gesunden, unverletzten Kindern, für das ersehnte Land ihrer Kindheit. Frau H. baut sie imaginativ ein in die Vorstellung ihres „sicheren inneren Ortes,“ sie taucht später regelmäßig auf, wenn es gilt, den schrecklichen Bildern von Gewalt und Mißbrauch etwas entgegenzustellen. Das immer höhere Hüpfen verknüpft die Patientin später mit dem immer umfassenderen emotionalen Verstehen und Überblick, zu dem sie in der gemeinsamen analytischen Arbeit gelangt ist. Dieser Traum, entstanden — nach langer analytischer Stabilisierungs- und Verständnisarbeit! — als innere Antwort auf die Konfrontation mit dem Grauen der Kindheit, bildet so im letzten Therapieabschnitt den Kern ihres wachsenden Erlebens von Glück.

Unter dem Aspekt der konsequenten Anwendung psychoanalytischer Technik bedeutet es eine Herausforderung, so weit wie möglich damit zu kommen. Wenn es aber um eindeutig traumatische Zusammenhänge geht, arbeite ich diese inzwischen, übereinstimmend mit der Traumatherapieforschung (Sachsse 2004), zunächst lediglich heraus. Mit der weiteren Konfrontation warte ich, bis genügend Stabilisierung erreicht ist. Dies entspricht — um die Metapher dieser Therapie zu verwenden — zunächst mittels analytischer Technik der Verortung von „Bomben“, also traumatischen Sequenzen, die dann später durch traumaorientierte Verfahren in wirkungsvoller Weise „entschärft“ werden.

Ich möchte Ihnen nun zwei hilfreiche traumaorientierte Techniken erläutern.

Die **aktiv umgestaltende Technik** (AUT bzw. „Traumatherapie light“, wie humorvoll benannt), wurde von Martin Sack, Wolfgang Lempa und Gromes an der MHH entwickelt. Sie erlaubt ein schonenderes Vorgehen als bisher und erfolgt in drei Schritten. Die zugrunde liegende Annahme lautet, „daß die Traumaexposition umso schonender ist, je mehr eine erinnerungsverändernde Bewältigungsstrategie eingesetzt wird“ (Sack et al. 2005). (1) Zunächst wird von den Betroffenen die traumatische Szene bis zu jenem Zeitpunkt berichtet, an dem üblicherweise die beschriebenen streßinduzierten Mechanismen einsetzen. Man bricht also die Szene bewußt da ab, wo es zu belastend wird. (2) Im zweiten Schritt wird für die gleiche Szene die bekannte Bildschirm- oder Screentechnik genutzt, mit deren Hilfe Patienten sich leichter dem traumatischen Material stellen können, und zwar in sicherer, strukturierender und beobachtender, aber eben nicht affektisolierter Distanz. Bewußt wird hier somit die Distanzierung eingesetzt, die es manchmal erst ermöglicht, das Schreckliche des Vorgangs überhaupt in Worte zu fassen. So spricht die Patientin nicht von „Ich“, sondern z.B. von der „jungen Frau“ oder „dem Mädchen“. Zudem wird die Zeitstruktur des Prozesses genau definiert, was die Ichgrenzen zusätzlich schützt. Der Zeitraum der traumatischen Szene und damit das Alter der auf dem Bildschirm Erscheinenden werden immer wieder, notfalls durch Rückfrage des Therapeuten („Stop! Wie alt sind Sie gerade?“) bewußt gemacht und so in klare Abgrenzung zum Alter der gerade beobachtenden Person gesetzt. Die beobachtende Person ist in dieser Situation „hier und jetzt“ — damit läßt sich die Begriffsbildung der Analyse ergänzen und erweitern — *eben nicht hilflos*. Die Distanzierungs- und Differenzierungstechnik erleichtert es zudem — zentral bedeutsam für analytische Prozesse! —, die vor allem bei Beziehungs-traumata unbewußt und rasch einsetzende identifikatorische Verschmelzung mit dem Täter/Aggressor zu vermeiden oder zumindest zu umgehen. Vor allem solche Identifikationsprozesse, auf die Mathias Hirsch (2004) zu Recht warnend verweist, führen ja zu den mentalen Blockaden und Übertragungsverwicklungen mit Erhöhung der Abwehr, wie sie auch im Fall von Frau H. immer wieder auftraten. Das Vorgehen beugt schließlich auch wirksam dem Regredieren in den früheren traumatischen Hilflosigkeitszustand vor. (3) Im dritten Schritt, einem stärker interaktionell orientierten Vorgehen, wird an die Beobachtung angekoppelt, daß Patienten aus ganz verschiedenen inneren Positionen heraus an ängstigende Szenen herangehen können. Werden Patienten mit dem traumatischen Material lediglich neu konfrontiert, so wirkt dies — entgegen langgeübter Praxis und verbreiteter Behauptung — einfach noch einmal schmerzlich, unangenehm oder lähmend-erschreckend. Es produziert keinesfalls zwingend und *per se* eine erwünschte Neubewertung der Situation (Reddemann 2004). Wird nun aber eine Beobachterposition gewählt, in welcher der Patient wie ein „mitspielender Regisseur“ in die Situation „hineingeht“ und sie verändert, dann hebt dies jenes quälende Hilflosigkeitserleben auf, das bei bloßer Wiederholung der Traumaszene entsteht. Er kann stattdessen als heutiger, somit älterer, erfahrener und kompetenterer Mensch imaginativ demjenigen, der er früher war, beistehen und die gesamte Szene verändern, er kann auch starke und mächtige Helfer hinzuziehen („Stellen Sie sich vor, daß Sie 20 Millionen Euro zur Verfügung haben und sich Polizisten, Soldaten, Ärzte, wen auch immer, zu Hilfe holen können!“) Die Möglichkeit, die traumatische Szene aktiv überarbeiten zu können und das damalige Schreckliche

einer neuen Lösung zuzuführen, schafft eine erstaunlich rasch eintretende Befreiung von traumatischen Zwängen.

Meiner Erfahrung nach läßt sich die aktiv umgestaltende Technik AUT ganz hervorragend und ohne größere Störung gerade innerhalb des liegenden analytischen Settings einsetzen.

### **Traumazentrierte Kurztherapie**

Insgesamt fühlt Frau H. sich recht wohl, als sie im Sommer 2006 nochmals Kontakt aufnimmt. Sie plant eine künftige berufliche Umorientierung, hat nun eine stabile Beziehung, möchte gern bald Kinder. Davor will sie ihren Jugendtraum einer mehrmonatigen Weltreise verwirklichen, auf die sie ganz allein gehen möchte. Sie formuliert einen Fokus:

*So unbefangen wie möglich die körperliche, vor allem sexuelle Nähe des Partners ertragen, d.h., „Sex endlich ohne Vorbehalt genießen können.“* — Trotz voller Einsicht in die Zusammenhänge wirken bestimmte Situationen nach wie vor als Trigger und blockieren ihr Erleben von Intimität und Nähe. Dann tauchen wieder Bilder des Vaters auf und lösen Angst und Ekel aus.

Die Patientin erlebt also häufiger ein Ansteigen von Ekel bis hin zur kompletten Blockade von lustvollen Gefühlen, wenn der Freund sich ihr körperlich annähert, insbesondere sexuell. Das aktiviert jedes Mal ihren bekannten Konflikt zwischen lieben, ihr zugewandten, aber sexuell langweiligen Männern (die sie wie den Ehemann einer guten Freundin als „Förster“ einsortiert) vs. sie schädigenden, verachtenden, aber sexuell hochattraktiven Männern, denen sie sich sofort unterwerfen möchte (aus der Kategorie der Nadelstreifenanzüge, genannt „Messemänner“). Zwar ist ihr Partner freundlich und verständnisvoll, doch konnte dieses Verhalten schon in der Vergangenheit sexuelle Gefühle eher herunterregulieren als steigern. Die Fixierung in der perversen Szene bestand ja gerade in der partiellen Wiederherstellung von Unterwerfung und Hilflosigkeit, wobei die Intensität der begleitenden Angst umgewandelt („sexualisiert“) wurde. Die bewußte Einsicht in diese Verkopplung ist vollständig, doch gelingt es Frau H. im allgemeinen nicht, die schlagartig ausgelösten Gefühle zu steuern. Dies gefährdet die Beziehung. Ich stelle hier mit Überzeugung die These auf, daß weiteres Analysieren der Zusammenhänge diese Fixierung nicht lockern würde, schon gar nicht aufheben.

Wir bearbeiten zunächst die **Angst vor Intimität in der Paarbeziehung** mittels AUT. Frau H. stellt sich am Fußende der Couch einen großen Bildschirm vor und beschreibt die auftauchenden Bilder. Dies geht übrigens bei nahezu allen meinen Patienten unerwartet gut. Überraschenderweise haben die meisten Menschen — aufgrund vieler Erfahrung mit den Medien? — kaum Schwierigkeiten, in dieser Situation ganze Szenen und längere Sequenzen zu visualisieren; es gelingt ihnen oft leichter und schneller, als zu Beginn einer Analyse im klassischen Setting den Einfällen zu folgen. Das freie Assoziieren wird dadurch erleichtert, umgekehrt bahnt es die Fähigkeit zur Imagination offenbar ganz erheblich.

Aus Zeitgründen nenne ich hier nur den erstaunlich raschen Effekt der Sitzung. Frau H. wirkt nach der AUT gelöst, heiter, wie nur selten in den Jahren zuvor. Eine Woche später berichtet sie, die Wirkung habe angehalten. „Ich konnte es gleich anwenden. Aber das Schlüsselerlebnis ist: Ich bin wirklich kein Kind mehr. Natürlich wußte ich das immer, aber jetzt konnte ich es *gefühlsmäßig* verstehen. Und da hatte ich mal eine total plausible Erklärung: Die Reaktion eines Kindes im Gegensatz zur Reaktion einer Erwachsenen. Das versuche ich jetzt oft; ich frage mich, wie alt bin ich da gerade, wenn ich etwas fühle.“ Frau H. konnte das Zusammensein mit dem Partner sehr viel mehr genießen. Vor allem war der Ekel erheblich gemindert, sie merkt verringerte Wut und weniger Impulse, sich mit dem Partner zu streiten.

In der folgenden Sitzung bearbeiten wir mit **AUT** die **Mißbrauchsszene**. Das Protokoll erfaßt das Wesentliche des Prozesses. Bei genügend Routine sind gewöhnliche AUT-Sitzungen innerhalb von 50 Minuten zwar machbar, für schwierigere Traumatisierungen sollte man sich

aber ebenso wie für EMDR-Behandlungen 90 Minuten Zeit nehmen. Selbstverständlich sind die einzelnen Schritte in der Praxis nicht so schematisch und formal voneinander zu trennen. Dennoch sind klare Strukturen wichtig, da diese den sicheren Rahmen schaffen, analog zum analytischen oder tiefenpsychologischen Setting.

Die Patientin beschreibt in der **ersten Phase**, wie sie mit dem Vater im Ehebett der Eltern liegt, erinnert Widerwillen und Wut, als er sie berührt. Er nötigt sie, ihn anzufassen, stöhnt dabei. Die begleitenden Gefühle sind Angst, totale Hilflosigkeit, das Erleben von Entwertung („ich werde jetzt mißbraucht — ich bin nichts wert“), schließlich auch Wut. Alles ist verbunden mit extremer körperlicher Anspannung. Die Patientin erlebt diese vor allem im Gesicht als nicht steuerbar: Ihr Gesicht erlebt sie als verzerrt in einem Dauerschrei, „wie auf dem Gemälde von Edvard Munch. Es verschwinden dann sämtliche Geräusche und Gerüche — ich bin nur noch konzentriert auf Schweiß, Sperma, Alkohol und seine Geräusche.“ Den Anspannungsgrad schätzt sie auf bei einer Skala von 0 bis 10 auf 5, also mittelgradig. — Im **zweiten Schritt** in der Beobachterposition vor dem Bildschirm fällt der Detailreichtum auf, mit dem sie die Szene schildern kann: Die Möbeloberflächen, den Bettbezug, die Fransen der Nachttischlampe. Der Mann erscheint ziemlich ungepflegt, mit fettigem Haar, weißem Unterhemd und gepunkteter Unterhose. Das Mädchen wirkt viel kleiner als in der subjektiven Position der ersten Phase, es wirkt auf die Patientin „ziemlich verängstigt, es weiß nicht hin und her.“ Jetzt kann sie aus der Distanz besser beurteilen, was ein siebenjähriges Mädchen überhaupt einem 29jährigen Mann entgegensetzen könnte an Widerstand. Sie sieht sich aus der Position der heutigen Erwachsenen erstmals mitfühlend an, ohne von den traumatischen Gefühlen überschwemmt zu werden. Die manuelle Stimulation durch den Täter kann sie in der Ambivalenz beschreiben als „anfangs angenehmes Gefühl, aber sie will das nicht — sie kneift die Augen zu, als wenn sie einen Film sieht...“ Die Masturbation des Vater-Täters, die er mit Befehlston erzwingt, wird aus der Beobachterposition von Frau H. nun mit Mitgefühl für das Kind und Empörung wahrgenommen: „Ich sehe das Mädchen — sie ist gezwungen, etwas zu tun, was sie total kaputt macht.“ Die kurzen Befehle des Vaters werden plötzlich präsent bis in den Wortlaut. Das Mädchen „hält die Luft dabei an, in der Hoffnung, es ist zu Ende, wenn sie weiteratmet.“ Nach der Ejakulation rekonstruiert sie das Gefühl der Verachtung, das im Mädchen für den Penis, das Sperma und diesen Mann („er ist wie ein Sack“) entsteht und das gegenüber späteren Partnern oft auftauchte. Danach wird sie vom Vater unter verächtlichen Worten und Beschimpfungen liegengelassen und sitzt wie erstarrt sehr lange da: „Sie traut sich nicht, sich zu bewegen — als ob sie auf Befehle wartet! Sie hofft immer noch auf ein Gefühl der Zuneigung. Sie will das Sperma abwischen, aber kann es nicht. Sie darf nichts zeigen — muß ihr Gesicht anstrengen — um nicht zu weinen. Sie ist versteinert, aber schließlich bewegt sie sich und schleppt sich in ihr Kinderzimmer.“ *Während dieser Passage, die ich ebenfalls als sehr belastend empfinde, habe ich sehr darauf zu achten, nicht selbst dissoziativ zu reagieren, gerate aber einmal identifikatorisch an den Rand einer tranceartigen Gefühlsabschaltung. In diesen Momenten ist der vorgegebene Ablaufplan sehr hilfreich; ich kann dann am besten handeln, wenn ich in einer unabhängigen, aber dennoch hilfreichen Position am Rand bleibe und darauf achte, daß die Belastung für Frau H. nicht zu groß wird. Sie schätzt am Ende ihre Anspannung auf 7 ein.* — Im **dritten Schritt**, der aktiven Umgestaltung der Szene, fällt sofort die erwachsene Position auf, aus der heraus Frau H. die Lage beschreibt. Erstmals in der gesamten Therapie gibt sie spontan eine metrische Angabe — das Schlafzimmer mißt ca. 3 x 4 Meter — es wirkt fast polizei- oder militärstrategisch. Die Patientin hat sich in der Imagination Helfer geholt: „In dem Moment, wo er beginnen will, ihre Beine zu streicheln, kommen Soldaten, wie von der Delta-Force, schnell in den Raum; sie haben Maschinenpistolen, schwarze Mützen und bemalte Gesichter, sagen gar nichts, sondern stellen sich verteilt an den Wänden um das Bett auf. Der Mann wendet sich ab, setzt sich auf, guckt sehr erstaunt. Ich hole das Kind hervor aus der Decke, halte sie fest im Arm. Die Kleine ist total verschüchtert, ganz verstört. Ich sage ihr: „Das ist vorbei — es wird nie wieder passie-

ren!' Meine Oma ist auch dabei, aber jetzt ist sie viel aktiver, viel resoluter als sonst früher, es ist eine stärkere Frau. Mit ihr gehen wir in eine paradiesische Umgebung. Es ist ein schönes Dorf. Das Mädchen kann da bleiben. Die Oma schützt und sorgt für das Kind.“ Frau H. schildert eine behütende Umgebung für das Kind: viel Natur, ein Garten mit Schmetterlingen und Tieren, Pferde auf der Koppel. Es sind auch andere Kinder da. *{Alle Elemente tauchten allmählich im Verlauf der Analyse auf, wurden im Traum verdichtet und werden hier einer aktiven, kreativen Gestaltung zugeführt.}* Das Haus ist sehr gemütlich mit warmen hellen Farben. Das Mädchen kann in ein eigenes großes Zimmer ziehen, mit einem schönen Schrank und Kindermöbeln. Sie bekommt einen großen zotteligen Hund, wie ein Tibet-Terrier, nur groß und wuchtig, der sprechen kann. Der Hund ist nur für das Mädchen da. Er hat eine tiefe Hundestimme — solange er da ist, kann ihr gar nichts passieren. Er kuschelt mit ihr in guter väterlicher Weise. Der Hund wird im Gegensatz dazu aber nicht alt und stirbt auch nie. *{Die Einführung eines „inneren Helfers“; man könnte sicher analysieren, welche Elemente aus der Analyse-Erfahrung hier wohl gespeichert sein mögen. Aber es ist so märchenhaft klar, kreativ und schön, daß ich dies nicht stören möchte; angesichts dieser vielen eindeutig heilsamen Gegenbilder in der inneren Welt hielte ich dies auch für töricht und zerstörend.}* Die Oma dagegen ist klar, resolut, setzt alles daran, das Kind zu schützen. Den gesamten Ort, an dem das Kind wohnen wird, läßt die Patientin noch durch die Soldaten schützen, die „unter der Erde wohnen“ und „sobald was ist, sind sie sofort da.“

Ich frage: „Und was machen wir mit dem Vater?“ — „Er soll nicht sofort sterben, das wäre zu schnell. Zuerst wird er von den anderen festgehalten. Dann trete ich ihm in die Eier, auch ins Gesicht. Dann wird er eine Stunde lang mit Lederriemen verprügelt. *{Das erinnert an die Schlageorgien, in denen der Vater mit dem Bruder von Frau H. seinen ganzen Haß abführte.}* Man könnte auch seine Finger, mit denen er so lange das Kind gequält hat, abhauen.“ Da ich in Traumatisierungen eine sehr präsente, aktive Position beziehe, biete ich oft auch probeweise Lösungen an. Wir einigen uns dann zunächst darauf, daß der Täter-Vater lebenslang weggeschlossen bleibt, in einer ähnlichen Einrichtung wie in der forensischen Psychiatrie. Frau H. kommt hier auf die Idee, den Vater in der Gefängniswäscherei zu beschäftigen, weil Waschen dem Vater stets „ein Horror“ gewesen sei. In späteren Sitzungen bauen wir das weiter aus: Sollte der Vater irgendwelchen Ärger machen, gibt es Einzelhaft im Kerker, auch „sportliche Ertüchtigung“, die er stets gern bei anderen gesehen hätte. Vor allem aber bekommt er für den Rest seines Lebens nie wieder einen Tropfen Alkohol. Die Spannung am Ende der sehr ausführlichen Bearbeitung gab Frau H. dann noch mit 2 bis 3 an. Sie sei recht entspannt: „Ich bin jetzt mehr entspannt als traurig!“

Frau H. äußert nun den Wunsch, sich auch in EMDR-Sitzungen nochmals mit der Mißbrauchsszene auseinanderzusetzen. „Solange ich die Situation nicht richtig abrufen kann — solange immer noch diese Wut da ist — solange bin ich nicht geheilt.“

Die Patientin weist hier selbst nachdrücklich hin auf ein mögliches Mißverständnis zum Stellenwert von Erinnerung und Rekonstruktion. Sie möchte ganz klar eine möglichst objektive **Erinnerung** erreichen, auch wenn „absolute Wahrheit“ unmöglich ist. Ich persönlich halte die Auffassung für falsch, daß es in Analysen vorwiegend um rein subjektive „narrative Wahrheiten“ gehen sollte, die, sofern sie biographisch und patientenimmanent ausreichend plausibel erscheinen, bereits das Ziel der Arbeit seien. Was nämlich bedeutet bei traumaassoziierten Störungen mit weitreichenden Gedächtnisblockaden bis hin zur Kindheitsamnesie „subjektive Wahrheit“? Der Verweis auf Phantasieprozesse könnte sogar als Legitimation mißbraucht werden, Zusammenhänge nicht sorgfältig zu untersuchen.

In der nächsten Sitzung wenden wir erstmals **EMDR** an (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Das Procedere folgt der bereits ausführlich dokumentierten Methode (Shapiro 1998, Hofmann 2005). Die Patientin und ich sitzen dicht gegenüber auf seitlich gegeneinan-

der versetzten Stühlen. Nach Festlegung des traumatischen Fokus, d.h. der Ausgangssymptome oder Erinnerung, die die Patientin bearbeiten möchte, werden die Inhalte in einzelnen Sets von 30 oder mehr Augenbewegungen prozessiert. Die Patientin folgt hierzu der Bewegung meiner Finger, bei einer Frequenz von ca. einer vollen seitlichen Hin- und Herbewegung der Augen pro Sekunde. Zwischen den Sets protokolliere ich die Einfälle der Patientin.

Es ist wahrscheinlich für Analytiker schwer vorstellbar, das Setting in dieser Weise zu ändern. Es könnte eine Aufhebung der neutralen analytischen Haltung bedeuten, sich so nahe zu setzen, daß man sich berühren kann. Vielleicht löst es auch die Furcht aus, nun in Freuds ursprüngliche, aber wohlbegründet aufgegebenen Position der Hypnosetechnik oder gar in den früheren „Druck auf die Stirn“ und die damit verbundenen Suggestionen zurückzufallen. Diese Änderung des Settings, dazu das Hin- und Herbewegen der Finger vor dem Gesicht der Patientin, hat zugegebenermaßen zunächst etwas sehr Merkwürdiges, Manipulatives, scheinbar „Vor-analytisches“ an sich. Wer zudem genau auf die ausgelösten Gegenübertragungsgefühle zu achten gewohnt ist, kann auch das stets mögliche, drohende Überschwemmtwerden durch Impulse wahrnehmen, die aus Täterintroyekten stammen. Es könnte die Befürchtung sein, die „analytische Haltung“ und das Arbeiten mit Bedeutungen, freien Assoziationen und „freischwebender Aufmerksamkeit“ endgültig zu verlieren. Aus diesen Verwicklungen ließen sich genügend Begründungen herleiten, warum ein Analytiker nicht EMDR erlernen und anwenden sollte. Ich kann dies anhand meiner eigenen langjährigen Skepsis gegenüber solchen Verfahren gut nachvollziehen, dementsprechend lange dauerte es auch, bis ich eigene Erfahrungen gewagt habe.

Die guten Behandlungserfahrungen haben mich inzwischen selbst überrascht. Wem die „Reinheit der Methode“ wichtiger ist als das Ergebnis für den Patienten, sollte EMDR vielleicht lieber nicht anwenden, denn es erweitert den analytischen Raum in neuer Weise. Mit Sicherheit wird man zusätzlich als reale Person dem Patienten präsent, was komplexe Projektionsprozesse verändern mag. Umgekehrt aber erfährt der Patient seinen Analytiker in neuer Weise als hilfreiche Person. Und das ermöglicht auch weiteres Arbeiten an Übertragungsmustern.

In der **ersten EMDR-Sitzung**, die auf die Mißbrauchsszene und das Empfinden, sich nicht schützen zu können, fokussiert, setzt die Patientin zunächst von sich aus an der Bewältigung an. Auch im EMDR folgt sie also ganz selbstverständlich mit den dadurch ausgelösten Einfällen einem Prozeß, der durch die etablierten Abwehrmechanismen und die bereits durchgeführte AUT vorgegeben ist. Die folgenden statements enthalten vollständig die gesamte Reihe kurzer Äußerungen, die die Patientin innerhalb einer einzigen Sitzung von 90 Minuten zwischen den einzelnen Sets gab. Die Sets sind jeweils durch einen Gedankenstrich (—) voneinander getrennt. Während der Sets, in der Frau H. die bislang stärkste Konfrontation mit dem traumatischen Material erlebte, kam es zu starken gefühlshaftern Äußerungen wie Angst, Ekel, Verzweiflung, Trauer, teils verbunden mit Weinen, später auch Erleichterung. Auch bei mir kam es, gewohnt durch das analytische Vorgehen, zu deutlichen gefühlshaftern Prozessen, überwiegend identifikatorisch mit der Patientin, sehr vereinzelt in späteren Sitzungen wurde ich aber auch durch Übernahme von introjizierten Täteranteilen mit entsprechenden erschreckenden Impulsen konfrontiert, die mir als ich-fremd erschienen, was den Vorgang zumindest für psychoanalytisch ausgebildete Therapeuten sehr anstrengend machen kann. Die Sequenz kann einen Eindruck davon vermitteln, daß EMDR weitaus mehr ist als eine quasi mechanistisch-schematische Therapie mit einfach zu handhabenden Emotionen und Kognitionen. EMDR erzeugt stattdessen eine extreme, hoch affektiv-gefühlshaftern und körperempfindungsnahe Verdichtung und Beschleunigung des üblichen analytischen Assoziationsprozesses. Die folgenden Einfälle könnten aus einer ganzen Reihe von Analysestunden stammen. Wolfgang Lempa spricht hier daher sehr treffend von „Turbo-Analyse“:

„Ich habe die Vorstellung: wie reagiert mein Vater? Ich sage ihm, wir beide rechnen erstmal miteinander ab! — Ich gebe ihm eine Chance zu seiner Verteidigung. Dann zeige ich ihm einen kurzen Ausschnitt aus einem Video; er sagt dazu nichts. Dann haue ich ihn zusammen. — Es könnte ganz spaßig sein, ihn aus meiner heutigen Position als Erwachsener zu hauen. Am liebsten würde ich ihn aus dem Fenster schmeißen und mit dem Auto drüber fahren *{die bislang aggressivste Phantasie}* — Das Schönste: er fleht, bettelt, aber nichts mehr kommt bei mir an — Es gab auch andere Momente, Federballspielen, lichte Momente, aber es reicht nicht aus — Ich merke, als Kind kann ich es mir nicht verzeihen, was war, aber als Erwachsene — *{Belastungsgrad um 7}* — Ich sehe mich als kleines Kind im Bett liegend; sobald es brenzlich wird, bin ich aber weg — Wenn es jetzt anfangen würde, würde ich als Kind neben der Erwachsenen sein, die würde mich rausholen *{die Effekte der AUT!}* — Ich sehe das Leben danach, wie sich Vater ganz normal am Abendbrottisch gab. Ich bin am nächsten Tag rausgegangen, habe Leute getroffen, war immer ganz empfindlich — Mein Körper war danach aufgegeben, er gehörte nicht zu mir — Ich bin immer mehr hart geworden innerlich; das Weiche, Menschliche habe ich ganz abgelegt, all die menschlichen Gefühle wurden heruntergefahren — Es ging aber nicht so schnell. Erst einige Male brachten mich dahin, so konnte ich mich immer eher abschalten. Ich dachte: Ich darf's ihm nur nicht zeigen, meine Verletzung! — Ich sehe mich zweimal: klein, unbeschwert bis 4, 5 Jahre, fröhlich lachend. Und mit 12, 13, verbissen, abgeschaltet, gefühllos — Der Konflikt ist wieder da: Ich habe ihn einerseits gehaßt. Andererseits konnte ich ihn nie aufgeben, hoffte, irgendwann ist es doch noch gut! — Aber was jetzt kommt, ist zu schwierig — Jetzt bin ich mir selbst überlassen, ich schalte mich trotzdem ein. Alles stürzt auf mich ein — Für mich ist es so: er hat mich ein für alle Male beschädigt, beschmutzt; ich kann es niemandem abgeben, alles liegt bei mir — In dem Moment, als er rausging, war es, als ob er was von mir mitnahm, was Unbeschädigtes, und ich wie in einer Kloake lag — Ich kann gerade keine Verbindung zu mir finden. Mein ganzer Körper, der Kopf saust; es ist ein Dröhnen und Ohrensausen. Ich kann keinen klaren Gedanken mehr fassen — *{damit sind wir direkt am traumatischen Funktionszustand, den zu erreichen es vorab einer langen Stabilisierungsarbeit bedarf. Dies direkt angehen zu wollen, würde eine erhebliche Gefährdung der Patientin ebenso wie der therapeutischen Beziehung bedeuten. Frau H. ist aber so stabil, daß sie, und das ist offenbar auch ein hilfreicher Effekt der EMDR, ihren Zustand nach wie vor verbalisieren kann, obwohl er mit dem traumatischen Streß eng verkoppelt ist}* — Bin jetzt total betäubt, wie narkotisiert, alles ist schwer. Halbschlafender Zustand. Ich stehe auch vor der Szene. Am liebsten würde ich den Kopf unter das Kopfkissen stecken. — Bin total betäubt in meinem Bett. Später kam die Mutter nachhause, sie sagte Hallo — Und ich sehe noch mal die Szene am frühen Nachmittag davor — Es ist alles dreckig, eklig, alles stinkt, ich bin reingeschmissen in ein Faß, in dem alles schlecht ist, eklig, stinkend — Wieder die Szene, und ich bin verzweifelt, daß es passiert, daß mir niemand hilft, da rauszukommen — Eben habe ich wieder angefangen zu zählen, immer 1 bis 10, 1 bis 10 — Es ist alles verschmutzt, aber ich kann es jetzt nicht mehr besser machen. Ich bete um das Ende der Situation. Es ist alles egal, danach kann ich meine Wunden lecken — Jetzt tut mein Handgelenk weh, aber ich kann nicht aufhören, muß immer schneller machen — Eben sehe ich wieder das Sperma, jetzt ist die ganze Situation da. Das Sperma an der Hand ist unerträglich, es besudelt alles — Ich sitze da, warte Befehle ab, habe keinen eigenen Gedanken. Bin wie ein Roboter, traue mich nicht zu bewegen — Als ob der Vater aufsteht und sagt: ‚Sieh zu, daß Du in Dein Zimmer kommst!‘ Die Stimme ist ganz kalt und streng — *{Es folgen zahlreiche Körperempfindungen}* — schweres Gefühl im Körper — Gefühl, vom Vater zwischen den Beinen berührt zu werden — ein massiger Körper an meiner Seite — er zieht seine Unterhose raus und macht Selbstbefriedigung — Ekel, starker Abscheu — ich sehe mich von außen, wie ich mich mehr verkrampfe, versteife mich total, auch von außen habe ich ebenso enge Gefühle, werde wütend, weil ich nicht wegkommen kann — Alles ist nur noch eklig, das ganze Bild verseucht. Ekel und Wut sind da. Ich bin da, ausgeliefert, komme nicht weg, ma-

che mich jetzt unsichtbar — Ich habe riesige Wut, auch Hilflosigkeit und Trauer. Wann ist das endlich vorbei? Ich muß ihn am Penis anfassen — *{Es kommt zu einem deutlichen affektiven Umbruch. Die Patientin wirkt plötzlich entschlossen, ganz klar, sehr ernst, aber nicht mehr ausgeliefert-hilflos. Sie imaginiert nun den sicheren Ort, an den sie das Kind während der AUT gebracht hat}* Ich muß mich noch mal um das kleine Kind kümmern, das ich war! Ich muß ein paar Wochen lang nur was Schönes machen, mich kümmern, an diesem schönen Ort. Dort kann ich mal wirklich Kind sein. Andere Kinder sind auch da — Jetzt kann ich mich erinnern, wie sie waren, das Mädchen, das ich war, und ihr Bruder.“

An dieser Stelle muß der Prozeß nach 90 Minuten unterbrochen werden. Der Anspannungsgrad als Maß der subjektiven Belastung (SUD = Subjective Unit of Disturbance) liegt jetzt niedrig zwischen 1 und 2. Ich frage nach dem Grund, warum er noch nicht bei Null liegt. Frau H. nennt dafür ihre Skepsis und ihre noch verbliebene Angst. Wir „verankern“ die Ergebnisse entsprechend den Empfehlungen daher nicht, sondern unterbrechen den Prozeß bis zum nächsten Mal. Ich instruiere die Patientin über die möglichen nachfolgenden Phänomene wie flashbacks, Intrusionen und „Nachprozessieren“, worauf sie aber anhand der schon lange geübten Stabilisierungsmaßnahmen genügend vorbereitet ist.

Zum nächsten Termin berichtet Frau H. von noch tagelang anhaltenden, schwer erträglichen Gefühlen. Sie war sehr traurig und hatte große Schwierigkeiten, sich von Torsten berühren zu lassen. Es war erst in den letzten Tagen besser geworden. Insofern findet sie die Bildschirmtechnik verständlicherweise angenehmer und „besser.“ Umgekehrt hatte sie gestern einen Traum, in dem ihr Chef auftauchte, der in der Analyse wiederholt eine Rolle zwischen Re-traumatisierung und Verführung spielte. Er hatte ihr kurz zuvor gestanden, daß er in sie einmal verliebt war. Im Traum ist der Kontakt zu ihm dann freundschaftlich, schön, warmherzig; die Patientin gewinnt dabei den Eindruck, *alles ist jetzt gut*. Wir verstehen das als Hinweis auf die im und nach dem EMDR abgelaufenen Überarbeitungsprozesse. Die **zweite EMDR-Sitzung** bringt eine vertiefte Durcharbeitung des traumatischen Materials. Am Ende taucht folgende Sequenz auf, in der die Patientin aus tiefer Verzweiflung in die beruhigenden, heilsamen Gegenbilder übergehen kann:

„Es ist für mich nicht vorstellbar, wie ich weiterleben kann. Ich bin so beschmutzt. Ich habe keine Kraft und keinen Willen, mich sauberzumachen. Ich kann nichts denken, es ist wie ein Tosen und Rauschen in mir — Bin wie ein Tier kurz vor dem Verenden; verletzt, mit offenen Wunden. Vielleicht kommt jetzt jemand und kümmert sich um mich — Ich kann nicht sprechen. Keine Kraft, was zu sagen. Als ob ein Deckel draufkommt. Die Sache ist aber eingebrennt. Dieser ganze Rhythmus geht weiter; ich lebe wie in einer Blase — Es ist wie eine in Stein gemeißelte Gewißheit: Niemand wird kommen, jeder Tag bestätigt mir das. Es ist ein schreckliches Gefühl — *{Ich möchte die Patientin an dieser Stelle etwas von den traumatischen Gefühlen distanzieren und sie entsprechend der AUT auch in eine Beobachterposition bringen. Es erscheint mir hilfreich, sie nicht länger alleinzulassen, wie es ihr in der realen Situation als Kind ergangen ist. Ich sage daher, vielleicht könne sie die Szene noch einmal von außen betrachten}* Ich sehe mich jetzt als Kind — ich möchte da rein und das Kind herausholen, aber es geht so schwer *{Ich sage: „Doch, Sie können es, Sie wissen bereits, wie es geht“}* — Ich habe es jetzt woanders hingebacht, an einen anderen Platz, einen sicheren Ort. Das Kind ist jetzt gebadet, gekämmt, eingecremt, sitzt sauber im Bademantel *{dies entspricht der wachsenden Selbstfürsorge der Patientin, und ich verstehe, warum Ulrich Sachsse von der „Mütterberatung“ spricht, die in der Therapie traumatisierter Menschen so eine zentrale Rolle spielt}* — Es ist ein großes Haus mit Garten, ein Zaun ringsum — Mein großer flauschiger Hund ist da, er weckt mich. Elfen, Feen, sie fliegen herein, schützen mich. Kobolde machen Hausarbeiten *{noch einmal die Funktion der inneren Helfer}* — Ich als Erwachsene koche das Essen. Es sind Spiele da, ein Baumhaus. Das Kind genießt es, denkt schon kaum noch

an die schrecklichen Dinge — Ich als Erwachsene tröste das Kind. Es kann ins Bett gehen. Es ist alles in Ordnung.“

Die Reaktionen darauf waren in den nächsten Tagen das Gefühl, sehr mitgenommen zu sein, wie gelähmt, erschöpft und „redefault.“ Frau H. bemerkte starke Trauer: „Daß es so was gibt — und daß es so vielen Menschen immer wieder passiert!“ Ab und zu tauchte der kurze Gedanke an den Vater auf: „Wie gut, daß er jetzt tot ist! Wie konnte sich dieser Mensch so frei bewegen?“ Auch die Cousine der Patientin hat nun bestätigt, daß der Vater ihr öfter unters T-Shirt gefaßt hatte. Frau H. denkt sehr an ihren Bruder, der sich in den letzten Jahren immer stärker in eine eigene Welt zurückzieht. Das Wichtigste aber ist: *Sie kann jetzt die Berührungen des Partners ohne Angst und Ekel ertragen, sie spürt dabei keine Wut mehr!*

Es folgen noch zwei weitere EMDR-Sitzungen, die die Ergebnisse bestätigen und konsolidieren. Unter anderem gelingt es der Patientin, den Geschmack von Eierlikör der Mißbrauchsszene nochmals eindeutig zuzuordnen: Der Vater hatte sie damit zuvor meist betäubt. Das erklärt ihr nun auch die früher häufige Verknüpfung von Alkohol und ihren Wiederholungen von sexuell mißbräuchlichen Szenen, mit jeweils anschließender nahezu vollständiger Amnesie. Eine weitere Sitzung dient der Bearbeitung der aus der Analyse bekannten Situation, wenn die Eltern stritten, die Mutter geschlagen und vor die Tür gesetzt wurde, dann aber die Kinder ihrem Schicksal überließ; nach ihrer Rückkehr wurden die Vorgänge verleugnet. Hilfreich ist für die Patientin dann das Lösungsmodell, zu dem sie nun auch in der EMDR automatisch übergeht: Sie fliegt zusammen mit dem Bruder mit einer hilfreichen Fee an den Ort, an dem schon viele Kinder wohnen, die alle das Gleiche erlebt haben wie sie; es taucht also wieder das Traummotiv auf. Der Mutter wird erklärt, sie könne die Patientin dort besuchen, sie muß sich jedoch mit Unterstützung ändern; sie soll auf jeden Fall eine Chance zur Veränderung bekommen. Im Lauf der Überarbeitung zieht die Mutter dann auch an diesen Ort; die Patientin besucht dort zusammen mit ihrem Bruder eine Schule, in der eine kindgemäße, behütende Umgebung verwirklicht ist.

Frau H. beschreibt ihr Erleben folgendermaßen:

Die ersten Minuten war es für mich sehr ungewöhnlich, Dr. Gehde so direkt vor mir zu sehen, hatte ich doch jahrelang nur seine Stimme in der Stunde gehört. (...) Ich hatte plötzlich wieder Erinnerungen, Bilder und Worte aus der früheren Situation vor mir, die ich bis dato noch immer verdrängt hatte. Nach der Sitzung war ich jedes Mal besonders körperlich total erschöpft; ich fühlte mich wie nach einem Marathonlauf, und auch emotional haben mich diese Stunden und die Tage danach sehr beansprucht. Schon in der zweiten Stunde erlebte ich die Prozedur als sehr hilfreich, da sie mir half, mich auf diese Belastung besser einzustellen.

Es gelang mir, sehr tief in die Situation hineinzugehen und gefühlsmäßig auch „dranzubleiben“, da ich mich nicht ganz allein fühlte. Es war so, als ob mich Dr. Gehde begleiten würde, denn wie niemand sonst kennt er meine Schreckens-Bilder. Als ob ich keine Angst haben müßte, dort allein zurückzubleiben, weil ich nach all diesen Jahren das Vertrauen hatte, daß egal was sein wird, er mich damit nicht allein lassen wird.

Während der gesamten EMDR-Sitzungen hatte ich immer das Gefühl, das Tempo und das Thema selbst bestimmen zu können. Nie fühlte ich mich in irgendeiner Weise zu etwas gedrängt.

(...) In den wenigen Stunden der EMDR ist es tatsächlich gelungen, mich von einigen „Triggern“ zu befreien. So waren vorher häufig körperliche Berührungen mit Ekel verbunden; der Ekel ist total verschwunden und auch die innere Abwehr vor körperlicher Nähe und Berührung ist deutlich geschrumpft.

Sollten wir auf diese Chance, traumatische Probleme effektiv anzugehen, tatsächlich verzichten, um einem — sicher wohldurchdachten und in einem gesamten Jahrhundert erprobten und bewährten — Setting folgen und treu bleiben zu können? Ich persönlich habe mich entschlossen, davon dann abzuweichen, wenn es meinen Patienten ausreichend Vorteile bringen kann, und ich nehme lieber die vielleicht, aber wohl nicht unbedingt, entstehenden Nachteile in Kauf. Inzwischen hat sich bei weiteren Patienten gezeigt, daß ein Wechsel zwischen EMDR-Sequenzen mit Gegenübersitzen und der analytischen Arbeit im klassischen Setting gut möglich ist.

Abschließend fasse ich drei Punkte zusammen:

1. Insgesamt hatte ich in den vergangenen vier Jahren niemals Schwierigkeiten, Stabilisierungs- und bestimmte überarbeitende Verfahren wie Bildschirmtechniken in laufende psychoanalytische Behandlungen zu integrieren. Umgekehrt muß ich sagen: Ich wüßte nicht mehr, wie man *ohne* sie auskommen sollte, weil sie eindeutig Effekte im Gehirn erzielen, die mit anderen Methoden nicht zu erreichen sind. *In zahlreichen Fällen wird analytisches Arbeiten durch Vorbereitung wie Stabilisierungstechniken überhaupt erst möglich.* Damit lassen sich auch Patienten einer analytischen Psychotherapie zuführen, die sonst als nicht ausreichend belastbar gegolten hätten. Traumaorientierte Verfahren erweitern daher zusätzlich das Behandlungs- und Indikationsspektrum für analytische Psychotherapien.

2. *Traumaorientierte Verfahren fördern die Kompetenz der Patienten für Selbstberuhigung und Selbstfürsorge.* Dies wirkt den bei posttraumatischen Phänomenen häufigen Wechseln im Strukturniveau sehr gut entgegen, die sonst bis hin zur malignen Regression verlaufen. Letztere verstehe ich inzwischen vorwiegend als arousal-Effekt aufgrund Aktivierung traumatischer Netzwerke, was natürlich ebenso innere Konflikte verstärkt wie einen entsprechenden interaktionellen Streß erzeugt. Die Förderung der Selbstfürsorge, um die Reaktivierung von traumatischem Streß zu vermeiden, ist somit eine wichtige Voraussetzung zur konstruktiven und fruchtbaren analytischen Arbeit.

Mathias Hirsch (2004) wendet ein, daß Beziehungstraumata „ganz andere Folgen“ hätten, weil sie auf Internalisierung von Gewaltstrukturen, insbesondere auf der Identifikation mit dem Täter oder mit Täteranteilen beruhen. Sie seien traumatherapeutischen Techniken nicht ohne weiteres zugänglich. Der Einwand erscheint mir im Kern nicht stichhaltig. Es ist völlig zuzugeben, daß solche Syndrome einer komplexen Herangehensweise bedürfen. Psychoanalyse hält für Persönlichkeitsstörungen das beste Verständnismuster bereit, in einer gelingenden therapeutischen Beziehung ist der günstigste, letztlich einzig grundlegend heilsame Behandlungsweg zu sehen. Mit ein paar Traumatechniken ist in der Tat nicht viel zu erreichen. Die Folgen des aus Beziehungstraumata herrührenden Stresses jedoch unterscheiden sich physiologisch, biochemisch und neuronal keinesfalls grundlegend von anderen traumatischen Prozessen — vielleicht mit Ausnahme ihrer Intensität und Dauer sowie aufgrund der basalen Erschütterung des Vertrauens in Beziehungen. Gerade bei solchen streßassoziierten Symptomen ist aber eine traumatherapeutische Intervention, wie das Beispiel von Frau H. belegt, ausgesprochen hilfreich.

3. Zusätzliche Behandlungstechniken können auf psychoanalytischer Basis mit höherer Souveränität, Flexibilität und persönlicher Integrität eingesetzt werden. Daher halte ich z.B. eine von Analytikern durchgeführte Traumatherapie, die entsprechend vorbereitet werden kann, für weitaus ergebnisreicher und differenzierter als bei Therapeuten mit anderer Basis. Die insbesondere bei der EMDR oder aktiv umstrukturierenden Techniken auftauchenden Assoziationen entsprechen im Kern völlig den freien Assoziationen in Analysen. Gerade beim EMDR ergeben sich lange Assoziationsketten, die von Psychoanalytikern sehr viel leichter verstanden und ergänzend weiterbearbeitet werden können („Turbo-Psychoanalyse“). Wer kann die darunter evozierten Gefühle, Körpersymptome und mentalen Gehalte besser verste-

hen und nachfolgend einer „Be-Deutungsarbeit“ zuführen als der behandelnde Analytiker selbst? Wie jemand mit diesem Material umgehen will, der die zugehörigen Grundlagen nicht sorgfältig erarbeitet und selbst erfahren hat, bleibt bislang ungelöst.

Zugespitzt formuliert: *Analytiker sind die fundierteren und „besseren“ Traumatherapeuten. Sie sollten im Interesse ihrer Patienten diese Techniken nutzen* — weil sie schon immer und täglich neu mit traumaassoziierten mentalen Verknüpfungen arbeiten.

## **Literatur**

Gehde E, Emrich HM (2007). Auf der Suche nach dem Messesförster — Zur Integration von Neurowissenschaften, Traumatherapie und Psychoanalyse. Mit einem Beitrag von Franka Helmchen. (im Druck)

Hirsch M (2004). Psychoanalytische Traumatologie — Das Trauma in der Familie. Psychoanalytische Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Schattauer.

Hofmann A (2005). EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome, 3., vollst. überarb. u. erweiterte Aufl., Stuttgart, Thieme Verlag.

Sachsse U (Hrsg.) (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart, Schattauer.

Sack M, Lempa W, Gromes B (2005). Traumakonfrontation „light“ – nur wünschenswert oder schon machbar? Persönlichkeitsstörungen 9, 45-50.

Shapiro F (1998). EMDR, Grundlagen und Praxis. Junfermann-Verlag.