

2.4 Psychodynamisch imaginative Traumatherapie bei dissoziativer Identitätsstörung und DDNOS

Luise Reddemann

Die seit 1985 in Bielefeld entwickelte psychodynamisch imaginative Traumatherapie wurde zunächst insbesondere bei Patientinnen mit komplexen posttraumatischen Störungen vom Borderline-Typ erprobt (Reddemann 2001). Untersuchungen von Sachsse (2003), Arafat und Mitarbeiter (2001) sowie Lampe et al. (2008) haben die Effektivität dieses Vorgehens zeigen können.

Im Folgenden soll das auf die Bedürfnisse hoch dissoziativer Patientinnen modifizierte Vorgehen vorgestellt werden.

Unser Therapieansatz ist psychodynamisch integrativ und nutzt so weit wie möglich die Pathologie der Klientel als Ressource. Dazu gehören besonders die Fähigkeit zu inneren Bildern sowie die Fähigkeit zur Dissoziation. Wir lassen uns von der Vorstellung leiten, dass Symptome niemals völlig sinnlos sind, sondern dass in ihnen zumindest im Kern Selbstregulations- und Selbstheilungsversuche enthalten sind. Wir vertreten, dass gerade schwer kranke Menschen über zahlreiche Fähigkeiten der Selbstregulation verfügen, andernfalls hätten sie nicht überlebt. So betrachten wir die Fähigkeit eines Menschen, sich als Viele zu begreifen und zu erleben, zunächst als eine kreative Leistung, wobei uns bewusst ist, dass diese kreative Leistung durch großes Leid entstanden ist und dass sie ihrerseits auch zu einer Quelle von Leiden werden kann.

Wir folgen in unserem therapeutischen Vorgehen den Empfehlungen für eine phasenorientierte Arbeitsweise, die beinhaltet, dass in der Therapie zuerst für ausreichende innere und äußere Stabilität gesorgt wird, ehe man mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert und dass man sich erst im Anschluss an die Traumakonfrontation intensiver um Integration und (Be-) Trauern kümmert.

Hier soll dieses phasenorientierte Vorgehen mittels imaginativer Techniken dargestellt werden. Die von Nijenhuis et al., Kluft und Fine in diesem Buch vorgestellten Konzepte stellen dabei wichtige basale Elemente dar. Auf ihre Darstellung wird verzichtet, da sie andernorts im Buch ausführlich beschrieben sind.

Stabilisierungsphase

Die Grundlage jeder (Trauma-)Therapie ist eine tragfähige therapeutische Beziehung. Dass diese gelingt, liegt in der Verantwortung der Therapeutin, die im Fall von traumatisierten Patientinnen vor allem gefordert ist, für sichere Bindungserfahrungen zu sorgen. Patientinnen müssen erfahren, dass die Therapeutin für sie Sorge trägt.

Auf dieser Grundlage und der Bereitschaft, das Leiden der Patientin zu würdigen, beginnt die Stabilisierungsphase damit, dass ein Arbeitsbündnis erarbeitet und – vorläufige – Therapieziele formuliert werden. Dies ist eine Herausforderung, da daran nicht alle

Teile im System jederzeit interessiert sind. Psychoedukation ist dafür ein nützliches Instrument, d.h. man informiert so genau wie möglich über das therapeutische Vorgehen. Die erwachsenen Teile bekommen notwendige Informationen, z.B. über den Sinn von Dissoziation und Dissoziationssteuerung, über angemessene Versorgungsmaßnahmen für kindliche Teile, über Grenzen, die Organisation in einem Körper, über soziale Kontakte, Selbstverletzungen usw. Eine große Aufgabe des Systems ist dann die altersgemäße Weitergabe der Informationen an jeweils andere, was übrigens ohne Imaginationsfähigkeit nicht möglich wäre.

Sodann geht es vordringlich um Nutzung der Ressourcen des Gesamtsystems, indem Kooperation und Kommunikation der verschiedenen Teile, also der als voneinander getrennt erlebten Persönlichkeiten, angeregt werden.

Ist die Diagnose gestellt, ist es wichtig, dass die Therapeutin stets innerlich präsent hat, dass ein *Teil nur ein Teil* ist. Dies ist Fluch und Chance zugleich. Fluch, weil wir uns, wenn wir es mit kooperativen Teilen zu tun haben, nicht darüber täuschen lassen sollten, dass es auch andere gibt, Chance, weil das Gegenteil genauso gilt.

Arbeiten mit Imaginationen

Vorbereitung. Es hat sich leider immer wieder gezeigt, dass imaginative Arbeit am Anfang der Behandlung zu vermehrtem dissoziativen Verhalten führt. Schwer traumatisierte Patientinnen neigen nämlich dazu, in belastende Bilder einzutauchen, wenn sie mit therapeutischer Imagination beginnen. Daher empfiehlt sich zunächst eine genügend lange Vorbereitung mittels kognitiver Ansätze, wie sie z.B. von Fine in diesem Buch beschrieben werden. Wichtig sind auf alle Fälle ein Training im Wahrnehmen des Hier und Jetzt sowie eine gewisse Sicherheit im inneren Pendeln von belastenden zu heilsamen Bildern.

Unsichtbare Gruppe oder „innere Familie“. Wir arbeiten selbst auch mit einer Imagination, nämlich der einer unsichtbaren Gruppe oder einer „inneren Familie“. Auch wenn wir nur *einen* Körper sehen, so haben wir es doch mit einer Gruppe von Wesen zu tun, die allesamt sehr verschieden sind: Einige wollen mit uns arbeiten, einige nicht, einige fürchten sich vor uns, andere setzen große Erwartungen und Hoffnungen in uns. Das Bild der imaginären Gruppe oder Familie hilft uns, uns nicht allzu sehr auf den Teil zu fixieren, mit dem wir gerade arbeiten, sondern stets auch die anderen mitzubedenken.

Daraus ergibt sich, dass wir uns zunächst um ein Arbeitsbündnis mit allen Teilen bemühen bzw. uns dafür einsetzen, dass die skeptischen und ablehnenden Teile wenigstens zu einem Stillhalteabkommen bereit sind. Manche Therapeutinnen lassen sich allzu sehr von der Kooperationsbereitschaft einiger Teile beeindrucken und lassen dadurch andere außer Acht. Diese werden dann früher oder später auf sich aufmerksam machen müssen und leider geschieht dies nahezu immer durch Symptome.

Die Imagination der „inneren Familie“ geht auf Richard Schwartz zurück. Der Begriff impliziert für uns vor allem, dass Familienmitglieder, ob sie wollen oder nicht, zusammengehören und dass sie gut daran tun, sich um Kommunikation zu bemühen.

Runder Tisch. Die Imagination des runden Tisches hat sich bewährt, um möglichst früh deutlich zu machen, dass Kooperation und Kommunikation innerhalb des Systems eine hohe Bedeutung haben. Selbst wenn nicht alle Teile von Anfang bereit sind dabei zu sein,

sollte die Therapeutin immer wieder darauf hinwirken, dass der runde Tisch mehr und mehr zu einem „Ort“ wird, der ein wechselseitiges Kennenlernen und den respektvollen und toleranten Umgang miteinander ermöglicht.

Innerer Ort der Geborgenheit. So früh wie möglich sollte in der Stabilisierungsphase ein genügend großer innerer Ort imaginiert werden, der Geborgenheit und Sicherheit garantiert und an dem jede Persönlichkeit einen eigenen Platz findet, z. B. ein großes Schiff mit vielen Kabinen, ein großes Haus mit vielen Räumen oder ein großes Gelände mit vielen unterschiedlichen Plätzen. Innere Kinder können von erwachsenen Teilen zu ihrem Platz gebracht werden.

Wir halten es für wichtig, dass dieser innere Ort immer eine Begrenzung hat und die Patientin in der Vorstellung die Kontrolle darüber hat, welche nicht zum eigenen System gehörenden Lebewesen noch diesen Ort betreten dürfen. Ein innerer Ort ohne diese Grenze verwandelt sich leicht in einen gefährlichen Ort. Das kann man ohnehin nicht immer ganz vermeiden, aber die Begrenzung ist eine gute Maßnahme dagegen. Außerdem macht die Patientin eine Erfahrung, dass die Therapeutin ihr rät, ihre Grenzen zu beachten, statt sie weiter verletzen zu lassen.

Empfehlenswert ist ebenfalls, sich die Vorstellung von *schlafenden Teilen* zunutze zu machen und insbesondere traumatisierte Kinder dazu zu bringen zu *schlafen*. Dies hat nach unserer Erfahrung eine sehr stabilisierende Wirkung auf das Gesamtsystem und beruhigt die gastgebende Person, die ja meist die Ängste der inneren Kinder zu spüren bekommt.

Hilfreiche Wesen. Hilfreiche Wesen können ebenfalls imaginativ den Kindern zugesellt werden. Es wäre ein Irrtum anzunehmen, dass man dadurch das Entstehen neuer Innenpersonen unterstützt. Patientinnen können sehr wohl zwischen den als eigene Persönlichkeiten erlebten Teilen und imaginierten inneren Gestalten unterscheiden. Innenpersonen scheinen während Therapien neu zu entstehen, wenn der Druck zu groß wird und das bisherige System nicht mehr ausreicht.

Schmerzreduktion. Da viele Patientinnen und Patienten mit DIS an Schmerzen leiden, empfehlen sich Imaginationsübungen zur Schmerzreduktion, wie z. B. die Lichtstromübung, d. h. die Vorstellung eines heilsamen Lichtes, das durch den Körper strömt. Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass verschiedene Teile verschiedene Farben bevorzugen und darauf Rücksicht zu nehmen.

Alle Bilder aus der psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (Reddemann 2001) können Anwendung finden, wenn man sich immer wieder klar macht, dass nicht alle Innenpersonen alle Bilder gleichermaßen hilfreich erleben. Daher ist es besonders wichtig, die Bilder zu finden, die für die Patientin bereits vor Beginn der Therapie hilfreich waren. Es kann mithilfe des runden Tisches geklärt werden, wer wann was macht und wie die anderen sich davor schützen, wenn ihnen bestimmte Bilder gleichzeitig missfallen. Patientinnen sind im Allgemeinen sehr kreativ beim Erfinden von Schutzräumen für einzelne Teile.

Täteridentifizierte Teile erleben sich in der Regel als stark und sind meist einem Ideal verpflichtet, das imaginative Übungen ablehnt. Man sollte dies respektieren und darauf hinwirken, dass diese Teile wiederum respektieren, dass anderen die Bilder und ggf. Übungen helfen. Da tätleridentifizierte Teile vor allem daran interessiert sind, dass von den traumatischen Erfahrungen nichts nach außen dringt, sind sie meist fürs Stillhalten zu ge-

winnen, wenn sie merken, dass sich die kindlichen Teile, die unbedingt reden wollen, beruhigen. Viel Unruhe entsteht bei diesen Patientinnen durch vorschnelles Aufdecken traumatischen Materials, ohne dass die täteridentifizierten Teile in irgendeiner Weise beruhigt und zur Kooperation, z. B. durch Stillhalten, gewonnen wurden. Uns hilft auch dabei wieder die Imagination der Gruppe oder eines Teams, in dem auch die unsympathischen Teile ihre Aufgaben haben. Übergeht man sie, funktioniert das gesamte Team nicht mehr optimal oder wird sogar arbeitsunfähig.

Innerer Tresor. Eine hilfreiche Vorstellung ist die des inneren Tresors. Bei diesem Bild geht es darum, belastende Vorstellungen, Bilder und andere Sinneswahrnehmungen, Gefühle, ja sogar Körperempfindungen *wegzupacken*. Dies ist also eine Art bewusstes Verdrängen. Gerade DIS-Patientinnen können diese Übung meist sehr rasch annehmen. Auch die Vorstellung, belastende Bilder zu übertünchen, kann helfen. Schließlich ist es immer beruhigend, traumatisierten Teilen zu vermitteln, dass jetzt eine andere Zeit, ein anderer Ort und eine andere Situation vorliegen und dass sie sich an den inneren Ort der Geborgenheit begeben können. Dieses Vorgehen können die Patientinnen mehr und mehr selbst erlernen.

Die Stabilisierungsphase kann bei DIS-Patientinnen sehr lange dauern. Wir haben es aber auch schon erlebt, dass Patientinnen mit sehr guten Ressourcen relativ rasch innerhalb weniger Wochen so weit waren, dass mit Traumakonfrontation begonnen werden konnte. Die von Horevitz und Loewenstein (1994) vorgenommene Einteilung der DIS-Patientinnen in 3 Gruppen halten wir daher für nützlich und wollen sie hier wiedergeben.

1. Die erste Gruppe verfügt über ein hohes Funktionsniveau und bedeutende psychologische, interpersonelle, soziale, berufliche und finanzielle Ressourcen. Diese Patientinnen zeigen geringe Komorbidität, verfügen über gute Affektkontrolle und es ist mit ihnen meist rasch ein gutes Arbeitsbündnis herstellbar und aufrechtzuerhalten.
2. Bei der zweiten Gruppe wird das klinische Bild durch koexistierende Symptome, die die Kriterien des DSM-IV für die Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen, kompliziert. Es handelt sich dabei um Patientinnen, die Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, welche mit geringen therapeutischen Erfolgsaussichten verbunden sind, wie z. B. Abhängigkeit, geringe Autonomie, wenig innere Kontrolle und geringe Eigenverantwortlichkeit. Auch spielen bei ihnen weitere komplizierende Faktoren eine Rolle, wie langjährige Familien- und Eheprobleme, medizinische Probleme, komplexe PTBS-Symptome (PTBS = *posttraumatische Belastungsstörung*) und Fehlsteuerung der Affekte. Nach Horevitz und Loewenstein sollte aber die Kategorie *komplizierte Fälle* nur auf Patientinnen angewendet werden, die bereits über einen längeren Zeitraum in Behandlung waren, ohne dass sich ein sichtbarer Therapieerfolg eingestellt hätte. Bei dieser Gruppe geht die Behandlung notwendigerweise langsamer voran. Die Erfolgsaussichten sind unsicher.
3. Die dritte Gruppe wird gebildet von Patientinnen, die weiterhin in missbräuchlichen Beziehungen leben und daher als Schutz einen dissoziativen Lebensstil pflegen. Diese Patientinnen haben eine ungünstige Prognose und die Autoren empfehlen, sich bei dieser Gruppe auf Symptomstabilisierung und Krisenmanagement zu beschränken, anstatt Zugang zu den Innenpersönlichkeiten (alters) zu suchen.

Wir finden es hilfreich, uns an dieser Einteilung zu orientieren und unsere Ziele damit zu überprüfen. Realistische, d. h. an den Möglichkeiten der Patientin orientierte Ziele helfen,

mit Schwierigkeiten leichter fertig zu werden. Therapeutinnen von schwer traumatisierten Patientinnen sollten sich darüber im Klaren sein, dass man oft nur lindern und weder bessern noch heilen kann.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass Stabilisierung die ganze Behandlung durchzieht. Auch und gerade während der Traumakonfrontationsphase ist es wichtig, immer wieder auf ausreichende Stabilität zu achten und diese ggf. neu zu erarbeiten. Hierzu gehört insbesondere Stabilität im Alltag.

Traumakonfrontationsphase

Traumakonfrontation hat 3 Voraussetzungen:

1. äußere Sicherheit, d. h. kein Täterkontakt,
2. Sicherheit in der therapeutischen Beziehung,
3. innere Sicherheit, d. h. ausreichende Fähigkeit zur Affektkontrolle, die Fähigkeit, neu auftauchendes traumatisches Material zu steuern und schließlich ausreichende Fähigkeit zu innerem Trost. Letzteres deshalb, weil die Patientin die Therapeutin nicht 24 Stunden am Tag zur Verfügung hat. Das bedeutet, die Patientin muss in der Lage sein, den Kummer und den Schmerz zu ertragen, den Traumakonfrontation auslöst.

Allgemeine Prinzipien der Traumakonfrontation

Als imaginative Vorgehensweisen stehen die *Bildschirmtechnik* und die *Beobachtertechnik* zur Verfügung.

Welche Technik man auch immer anwendet, es gibt einige Grundsätze, die anzuwenden sich in jedem Fall auszahlt. Traumaarbeit sollte immer nur von den Teilen gemacht werden, die davon betroffen sind. Das bedeutet, dass die anderen Teile, bevor man beginnt, in Sicherheit gebracht werden sollten, am besten an den inneren Ort der Geborgenheit.

Nun kann auch bereits die Vorklärung, welche Teile von einem Trauma betroffen sind, recht belastend sein. Wir empfehlen daher, dies mithilfe von beobachtenden Teilen zu tun, die im Allgemeinen nur wenig fühlen und daher gut Auskunft geben können. Weiß man, manchmal auch nur ungefähr, welche Teile von der traumatischen Situation betroffen waren, kann man sie bitten, untereinander am „runden Tisch“ zu klären, wer die Arbeit macht, während die anderen von ferne zusehen können.

Für diese Arbeit wie für die gesamte Arbeit mit schwer Traumatisierten gilt, behutsam und langsam vorzugehen. Es ist immer darauf zu achten, dass Affektkontrolle erhalten bleibt. Ist das Gesamtsystem oder ein einzelner Teil dem traumatischen Material nicht gewachsen, so kann sich die Patientin nur noch durch Dissoziation schützen. Dadurch wird die Anstrengung zunichtegemacht.

Am Ende einer traumatherapeutischen Sitzung sollte stets so viel Zeit sein, dass die verletzten Teile Trost und Mitgefühl erfahren und zwar nicht nur von der Therapeutin, sondern aus dem Gesamtsystem heraus. Wie gesagt, die Therapeutin steht nicht 24 Stunden am Tag zur Verfügung. Außerdem sollte konkret überlegt werden, was die Patientin oder der Patient nun Gutes und Hilfreiches für sich tun kann.

Bildschirmtechnik

Bei dieser Technik geht es darum, belastendes Material dadurch zu distanzieren, dass man es sich auf einem Bildschirm vorstellt, für den man eine Fernbedienung hat. Dadurch ist es möglich, das Bild zu verändern und ggf. auch auszuschalten.

Am sichersten ist es, wenn ein beobachtender Teil erst einmal berichtet, was auf dem Bildschirm zu sehen ist. Dann können nach und nach die anderen Teile, die durch das Trauma verletzt wurden, dazukommen. Auch sie können ihren Teil der Geschichte erzählen, immer mithilfe des Bildschirms, d. h. zunächst in der dritten Person, so als würden sie die Geschichte von einem Dritten erzählen. Heftige Abreaktionen sind kein Zeichen für gute Arbeit. Wenn zuvor alle Teile in Sicherheit gebracht werden und wenn, soweit möglich, „nur“ ein beobachtender Teil von dem Trauma berichtet und danach behutsam entschieden wird, welche erlebenden Teile etwas von der Erfahrung dosiert mitbekommen wollen und sollen, sind heftige Abreaktionen nicht zu erwarten.

Beobachtertechnik

Diese Technik macht sich die Tatsache zunutze, dass es bei DIS-Patientinnen stets beobachtende Teile gibt. Diese Teile sind allerdings nicht immer ganz neutral. So kann man dazu einladen, einen Teil zu entdecken, der den beobachtenden Teil beobachten kann. Letztlich handelt es sich dabei um eine Fähigkeit, über die alle Menschen verfügen, nämlich wahrzunehmen, was ist. Die beobachtenden Teile der beobachteten Teile werden oft als weise erlebt und, wenn man sich mit ihnen verbinden kann, entsteht so etwas wie mehr innerer Raum.

Auch bei diesem Vorgehen werden zunächst alle Teile, die mit der traumatischen Situation nichts zu tun hatten, in Sicherheit gebracht. Anschließend wird geklärt, von welcher Position aus die Teile, die vom Trauma betroffen sind, sich den *inneren Film* noch einmal anschauen wollen. Die Metapher des inneren Films ist sehr hilfreich und macht deutlich, dass es sich nicht um das Trauma handelt, sondern um das, was im Gehirn gespeichert ist.

Damit das traumatische Erleben integriert werden kann, ist es wichtig, dass Kognitionen, Bilder, Körpererleben, Affekte und die Handlungen zusammenkommen. Das bedeutet, dass der beobachtende Teil alle diese Bereiche benennen muss. Es ist Aufgabe der Therapeutin, darauf zu achten, dass dies geschieht. Geschieht es, so findet auf eine sehr sanfte Weise eine Integration des Traumas statt.

Innerer Trost. In der psychodynamisch imaginativen Traumatherapie gehört zur Traumakonfrontation unabdingbar eine Phase des sog. inneren Trostes dazu. Das bedeutet, es wird der Frage sorgfältig nachgegangen, was dieser verletzte Teil heute braucht, was er schon damals angesichts der traumatischen Erfahrung gebraucht hätte, und es findet eine imaginative Nachbeelterung statt.

Integration, Trauern und Neubeginn

Unter Integration verstehen wir hier nicht Integration der einzelnen Teile zu einem Ganzen. Dies geschieht manchmal, aber viele unserer Patientinnen wollen viele bleiben, jedoch

nun mit einem Ko-Bewusstsein für die jeweils anderen Teile. Wir sind der Meinung, dass es der Patientin überlassen bleiben muss, welche Ziele sie mit einer Therapie verfolgt. Wir kennen inzwischen eine Reihe von Patientinnen, die mit ihrem Leben gut zurechtkommen, ohne dass sie ein einziges Ganzes wurden. Das Problem ist nicht das Vielesein, sondern der Mangel an Ko-Bewusstheit, der Mangel an innerer Kooperation.

Unter Integration verstehen wir hier die Integration traumatischen Materials in der Weise, dass die Patientin akzeptiert, dass ihr dies widerfahren ist. Die betroffenen Teile sollten sich emotionsgetragen *erinnern* können und wissen, dass das Trauma vorbei ist. Dies geschieht zumeist bereits durch geglückte Traumakonfrontation. Im Weiteren ist es aber notwendig, die Erfahrung in das Gesamt des Lebenskonzeptes zu integrieren und dies ist die eigentliche Arbeit der Integrationsphase. Diese Arbeit ist mit Trauer und Trauern verbunden. Gerade bei den schweren Traumatisierungen, um die es hier geht, ist es alles andere als leicht, zu akzeptieren, dass einem diese Schrecken widerfahren sind. Es geht dabei auch um Scham, um Wut, um Protest, um Fragen nach dem Sinn und auch um Schuld und Schuldgefühle.

Darüber hinaus geht es darum, sich anzuschauen, was der traumatische Prozess mit einem gemacht hat. Denn das Trauma endet leider nicht mit der traumatischen Situation, sondern setzt sich dadurch fort, dass die Betroffenen z. B. ihr ganzes Leben mehr oder weniger der traumatischen Erfahrung unterordnen, was sich im Vermeiden traumaassoziiierter Erfahrungen oder in ständigen Kämpfen ausdrückt, die, bei anderem Licht betrachtet, so gar nicht nötig wären. All das, was z. T. dadurch unwiederbringlich verloren ging, dass man eingeschränkt oder sogar vielleicht beziehungsunfähig, nicht arbeitsfähig usw. war, sollte betrauert werden. Viele Alltagssituationen müssen daraufhin durchleuchtet werden, welches Verhalten im Hier und Jetzt angemessen wäre. Dies kann imaginativ durchgespielt und dann in der äußeren Realität erprobt werden. Das Vermeiden durch Dissoziieren wird erkannt und neue Verhaltensalternativen sind zu entwickeln. Konfliktfähigkeit zu erlernen, steht jetzt ebenso an wie zu lernen, dass es *normale Schmerzen* des Alltags gibt, die man aushalten kann, ohne innerlich „davonzulaufen“.

Das phasenorientierte Modell sollte nicht dahingehend missverstanden werden, dass eine Phase nach der anderen abzuarbeiten wäre. Ist erst einmal eine Basis an Stabilität erreicht, verbinden sich die Phasen. Die wichtige Erkenntnis aus der Phasenorientierung ist, dass man erst zu traumatischem Material arbeiten sollte, wenn die Patientin über ein ausreichendes Maß an Stabilität verfügt. Dagegen wurde in der Vergangenheit oft verstoßen. Es zählt sich aber „*the slower, the faster*“ wirklich aus, insbesondere deshalb, weil man der Patientin überflüssiges Leiden ersparen helfen kann.