

Strukturell Analytische Traumatherapie (SATT) – ein Konzept zur kurativen Behandlung von komplexen Traumata

Zusammenfassung

In den letzten zwei Jahren traf sich in Hamburg eine kleine Gruppe Traumatherapeuten, um sich mit der Weiterentwicklung der psychologischen Traumatheorie zu beschäftigen. In unseren Traumatherapien hatten wir beobachtet, dass die Beschwerden der Patienten mit Komplexer PTBS sich durch die Behandlung zwar vorübergehend verringerten, aber starke Trigger und Lebensbelastungen führten anschließend gewöhnlich wieder zu heftigen Traumareaktionen und verstärkten Symptomen. Daher war unser Ziel, eine Traumatheorie und Behandlungstechnik zu entwickeln, die ein dauerhaftes Verschwinden von Traumareaktionen und damit eine kurative Behandlung ermöglichen.

Zunächst entwickelten wir ein theoretisches Modell, das die Traumaentstehung und die Pathologie der Traumaerkrankung differenziert beschreibt und schlüssig erklären kann. Dieses theoretische Modell wies uns dann auch den Weg, der zu einer dauerhaften Heilung führt. Wir versuchen dabei nicht das Traumaerleben zu integrieren, sondern entfernen die dem Traumaopfer aufgezwungenen Introjekte und ersetzen sie durch neue Identifikationen. Darüber hinaus ermöglicht unser Modell eine neue, präzisere Definition, die Psychische Traumata als intrapsychische Strukturveränderung beschreibt. Hierdurch lässt sich die Diagnose einer Komplexen PTBS klinisch objektiv stellen und wissenschaftlich überprüfen.

Die zugrunde liegenden Theorien sind die Psychoanalyse, die Ego-State-Theorie und die Theorie struktureller Dissoziation. Unsere Behandlungserfahrungen zeigen, dass die mit der SATT behandelten Patienten anschließend keine erneuten Traumareaktionen zeigen. Selbst in Situationen mit intensiven Triggern, die früher regelmäßig zu starken Traumareaktionen führten, treten keine erneuten Traumareaktionen mehr auf. Dies weist darauf hin, dass das neue Therapiekonzept Patienten mit Komplexer PTBS heilen kann. Die Theorie und Behandlungspraxis der SATT lässt sich mit vielen bestehenden Traumatherapiekonzepten zu verbinden.

1. Der Traumatisierungsvorgang

1.1 Traumagenese

Zunächst soll hier die neu entwickelte Theorie zur Traumagenese vorgestellt werden. Auf der Grundlage dieser Theorie können anschließend die vielfältigen Phänomene der Traumaerkrankung verstanden und die Behandlungsstrategie abgeleitet werden.

¹ Traumaprojekt Hamburg, c/o Dr. Christian Buhrmester, Baumkamp 19, 22299 Hamburg & Dr. Carola Maack, Lohbergenweg 39, 21244 Buchholz; E-Mail: Traumaprojekt.Hamburg@gmx.de

Um die Traumagenese zu verstehen ist es wichtig, sich die traumatisierende Situation genau vor Augen zu führen. Bei einer Traumatisierung übt der Täter Gewalt aus, um ein Verhalten oder ein Erdulden einer Handlung vom Opfer zu erzwingen, zu dem das Opfer freiwillig nie bereit wäre, z.B. eine sexuelle Vergewaltigung zu erdulden. Der Täter ist offensichtlich nicht in der Lage angemessene Wege zu beschreiten, um sein Ziel zu erreichen oder seine Bedürfnisse zu befriedigen. Daher greift er zu körperlicher, psychischer, sexueller, sozialer oder materieller Gewalt. Meist glaubt er, der gewaltsame Weg sei einfacher und erfolgversprechender. Der gewaltsame Weg erspart der Täterin ihre eigene Hilflosigkeit und Schwäche zu fühlen und auszuhalten. Auch wenn das Opfer bei der Gewalttat unterlegen ist, gilt aber trotzdem: Gewalt ist Schwäche der Täter. Beispielsweise beginnt ein parentifizierend missbrauchtes Kind aus eigenem Überlebensinteresse seine Mutter psychisch zu stabilisieren. Es versucht möglichst brav zu sein oder vermeidet Wut auf die Mutter zu zeigen, um die Mutter zu schonen. Ständig versucht das Kind, ganz sensibel die kleinsten Schwankungen ihres seelischen Gleichgewichtes zu erspüren, um die Stimmung der Mutter rechtzeitig zu stabilisieren.

Entscheidend ist, dass nicht die Tat oder das schreckliche Ereignis das Trauma ist, sondern das Trauma ist die seelische Verletzung, die im Opfer eine Veränderung seiner psychischen Struktur hervorruft. Diese neu gebildete psychische Struktur wird daher nicht bei jedem Menschen entstehen, sondern ist eine individuelle Notreaktion auf eine existenzbedrohende Situation. Das Entstehen einer solchen speziellen psychischen Struktur ist der Beleg dafür, dass eine Traumatisierung erfolgt ist. Diese neue psychische Struktur möchten wir **Traumabedingter Ego-State (TES)**² nennen.

Genauer betrachtet besteht das TES aus zwei Strukturanteilen: einem TES-ÜBER-ICH-Anteil, der die Ge- und Verbote des Täters („Du musst dich mir fügen, sonst hast du keine Chance“) durch Introjektion übernimmt. Und einem TES-ICH-Anteil, der vom Opfer gebildet wird und die Überlebensstrategie für die traumatisierende Situation enthält, beispielsweise: „Ich muss mich der abwertenden Muttermacht fügen, nur so kann ich ein wenig der lebensnotwendigen Zuwendung erhalten!“ Notgedrungen wird aus der TES-ICH-Strategie des Opfers ein alternativloser innerer Befehl, dem sich die gesamte Person unterordnet, um den Rest der Persönlichkeit vor Paniküberflutung und Zusammenbruch zu schützen. Um es sprachlich einfacher auszudrücken, sollen dieses TES-ÜBER-ICH **Trauma-ÜBER-ICH (TÜI)** und das TES-ICH **Trauma-ICH** genannt werden.

Nach der Traumatisierungsphase übernimmt das **Traumabedingter Ego-State** lebenslang seine Rolle als Wächter der Stabilität des Selbst. Auf jeden Trigger reagiert es mit einer Alarmreaktion, die das **Trauma-ICH** mit seinen Bewältigungsstrategien sofort aktiviert. Diese Bewältigungsreaktion sind die phylogenetisch mit archaischen Überlebensreaktionen (Kampf, Flucht, Totstellreflex und Freeze) verbunden. Sie sind die stärksten Reaktionsformen, die wir besitzen und erklären die große Heftigkeit der Traumareaktionen, die ein Traumapatient intellektuell oder willentlich nicht stoppen kann.

Abb. 1.1: Der Traumatisierungsvorgang³

² Die Bildung von Traumabedingten Ego-States (TES) basiert auf der Ego-State-Theorie. Sie wurde ca. 1930 von Paul Federn (1956) entwickelt und später von Eduardo Weiss (1960, 1966) und John Watkins (2003) weiterentwickelt. Diese Theorie wird auch von Jochen Peichl (2007a, b) als Grundlage seines Traumatherapieansatzes verwendet. Für die SATT wurde die Ego-State-Theorie zu einem neuen Konzept weiterentwickelt. Eine detailliertere Darstellung dieses neuen Konzeptes würde an dieser Stelle aber den Rahmen sprengen.

³ Die Abbildungen zeigen nur sehr unzureichend und andeutend die Strukturen und Zusammenhänge. Leider fehlen bisher die technischen Fähigkeiten für eine bessere Darstellung.

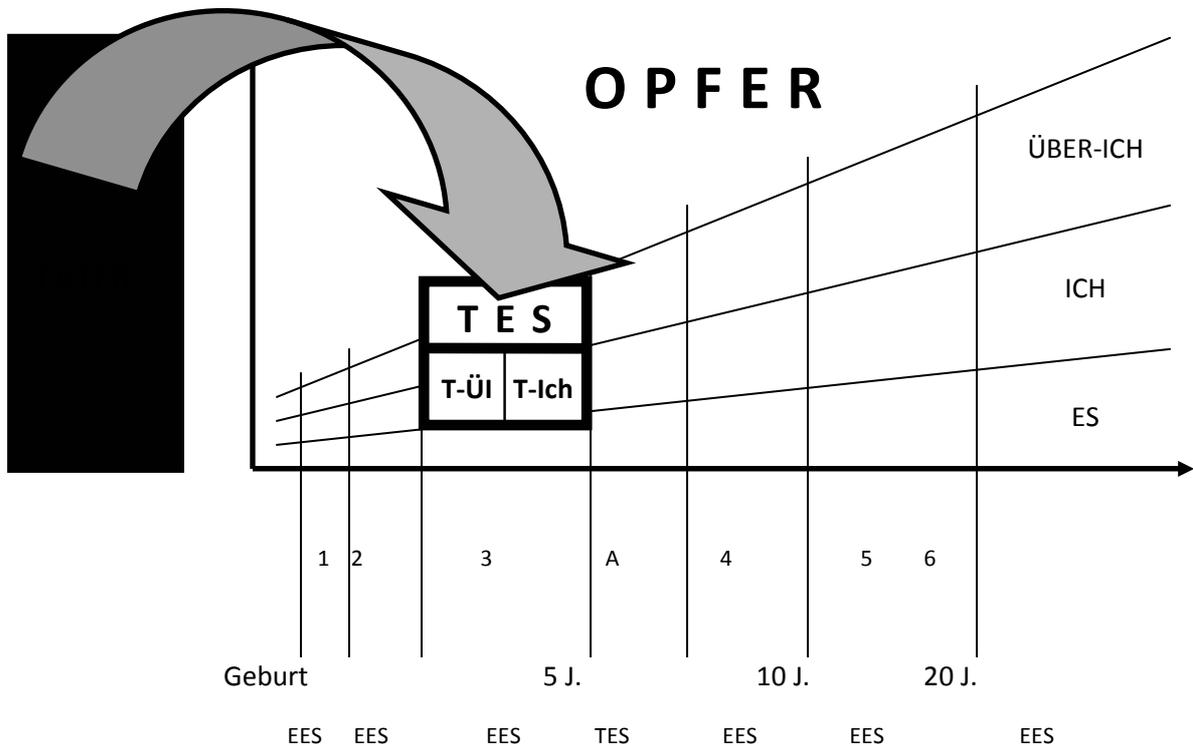


Abb.1.1: Die Komplexe Traumatisierung in der Kindheit bildet ein Trauma-EGO-STATE (TES) durch Introjektion. Im Trauma-ÜBER-ICH (T-ÜI) wird das Täter-Introjekt gespeichert. Im Trauma-ICH (T-ICH) werden die Traumareaktionen entwickelt (Bewältigungsstrategien, Vorbeugestrategien, Kompensationsformen).

Das **ES** als Sitz der eigenen Grundbedürfnisse des Opfers wird durch das archaische Trauma-Über-Ich weitestgehend in seinen Bedürfnissen unterdrückt. Beispielsweise kann ein parentifizierend missbrauchtes Kind die Durchsetzung seiner Interessen gegenüber den Eltern nicht frei erproben. Auch als Erwachsener wird dieses Traumaopfer sich immer an den Bedürfnissen anderer Menschen ausrichten und Schwierigkeiten haben, eigene Wünsche überhaupt wahrzunehmen.

Vielleicht lässt sich der Vorgang in der Psyche des Traumaopfers mit einem **Vergleich** veranschaulichen. Wenn wir uns den Traumabedingten Ego-State (TES) als eine **Alarmanlage** in einem Haus vorstellen, entsprächen die Sensoren an Fenstern und Türen der sehr sensiblen Wahrnehmung eines Traumaopfers. Diese Sensoren sind ständig aktiv und suchen die Umgebung auf Situationen ab(Trigger), die der traumatisierenden Situation ähnlich sein könnten. Egal ob ein realer Einbrecher oder ein kräftiger Windstoß die Alarmanlage aktivieren, die zentrale Steueranlage löst Alarm aus. Sie schrillt laut, blinkt und ruft ggf. die Polizei. Diese Steueranlage ist also ein sehr wirksames und eindrucksvoll wirkendes Gerät, obwohl es eigentlich nicht über eine eigene Kraft verfügt, sondern diese höchstens in Form von Polizei o. ä. herbeirufen kann. Auch das Trauma-Über-Ich (TÜI) ist nicht aus sich heraus so kräftig und mächtig wie es erscheint, sondern kann nur andere Mechanismen (die Traumareaktionen) in Gang setzen, d.h., das Trauma-ICH aktivieren.

Neben diesen traumabedingten Ego-States gibt es **entwicklungsbedingte Ego-States (EES)**, die sich im Rahmen einer ungestörten körperlich-psychosozialen Kindheitsentwicklung entfalten. EES sind komplex, flexibel und integriert in das SELBST. Sie sind der gesunde Teil der Selbstentwicklung.

1.2 Strukturelle Definition von komplexen Traumata (KPTS)

Ob ein Ereignis traumatisierend wirkt, hängt nicht allein von der Art des Ereignisses ab. Entscheidend ist, ob die psychische Struktur durch das Ereignis verändert wird oder ob es als „schlimmes Gewalterlebnis“ ohne diese intrapsychische Strukturveränderung verarbeitet werden kann. Das beschriebene Modell der Traumaentstehung ermöglicht eine strukturell-genetische Definition von komplexen Traumata:

Ein komplexes psychisches Trauma ist entstanden, wenn ähnliche traumaauslösende Situationen sich über längere Zeit wiederholen und sich als Reaktion hierauf eine neue, spezifische intrapsychische Struktur in Form eines Introjektes gebildet hat. Dieses Introjekt kann lebenslang durch Reize, die der traumatisierenden Situation ähnlich sind, getriggert werden und Traumareaktionen provozieren.

D.h., ein komplexes Trauma ist nicht die von außen erfolgende, traumaauslösende Ereignisfolge, sondern die durch dieses Ereignis hervorgerufene intrapsychische Strukturveränderung (Introjektbildung).

Der erste Nachweis einer Traumatisierung kann bereits aus der biographischen Anamnese dadurch erfolgen, dass mehrfache Abfolgen von Triggerungen und entsprechenden Traumareaktionen in Verbindung mit einem anzunehmenden traumatischen Introjekt nachgewiesen werden können. Ein endgültiger Beweis für das Vorliegen einer komplexen Traumatisierung wird durch den Wegfall der Triggerungsfähigkeit nach Entfernung des Introjektes erbracht.

Die strukturell-analytische Betrachtung ermöglicht eine wissenschaftlich eindeutige und überprüfbare Definition von komplexen Traumata. Hierdurch lassen sich für Patienten und Therapeuten eine sachlich klare Diagnose und Indikation für die richtige Therapieform stellen. Es ist nicht mehr eine Frage des Empfindens, der Einstellung oder der therapeutischen Haltung gegenüber Traumata, ob ein Trauma vorliegt. Hierdurch werden symptomatische Definitionen wie im ICD-10⁴ ersetzbar.

1.3 Formen von komplexen Traumata

Es lassen sich verschiedene Formen von komplexen Traumata unterscheiden: Handlungstraumata, transgenerationale psychische und Körperintrojekte, Bindungstraumata, kulturelle Introjekte und Trauma-Verkettungen. Allen diesen Traumaformen ist gemeinsam, dass Introjekte durch existentiell bedrohlichen Außendruck von Einzeltätern oder Tätergruppen entstanden sind. Der Pathomechanismus und auch die Behandlungsmöglichkeiten sind bei allen Formen vergleichbar.

⁴ Dilling, Mombour & Schmidt 2000

1.3.1. **Handlungstraumata** sind die bekannten komplexen Traumata, bei denen wiederholte Gewalt-Handlungen - z.B. Körpergewalt oder sexualisierte Gewalt - im Traumaopfer zu einer Introjektbildung führen.

1.3.2. **Transgenerationale psychische Traumatisierungen** entstehen durch eine unbewusste Übernahme von Denk-, Vorstellungsverböten oder –geboten oder Tabus der Elterngeneration. Das Kind spürt die existentiellen, häufig gar nicht ausgesprochenen existentiellen Ängste seiner Eltern. Dieser erlebte extreme emotionale Druck verursacht im Opfer die Bildung eines Trauma-Ego-States. Transgenerationale Introjekte können zwar bewusst gemacht werden, aber das Traumaintrojekt wird trotzdem weiter getriggert und erzeugt Traumareaktionen.

Eine Sonderform der Transgenerationalen Introjekte sind die **transgenerationalen Körperintrojekte**. Dies sind körperliche Abspaltungsanweisungen, die meist durch familiäre Tabus von der Elterngeneration an das Kind (meist unausgesprochen) weitergegeben werden. Auch hier wird ein Introjekt durch existenzielle Ängste erzeugt. Beispielsweise kann eine Abspaltungsgrenze im Hals die verbotene Benutzung des Körpers markieren. Bei einer Tabuisierung von Sexualität kann der Unterkörper abgespalten sein. Diese Körperspaltungen sind aus der Körpertherapie als gefühllose Tabuzonen bekannt.

1.3.3. Bindungstraumata.

Ein Bindungstrauma entsteht gewöhnlich in der Nahbeziehung mit dem wichtigsten Elternteil. Ein Kind ist hierbei oft schon sehr früh existentiell gezwungen, ein traumatisches Introjekt zu entwickeln, um sich an die Primärbeziehung anzupassen. Beispielsweise ist ein Kind mit einer kalten, ablehnenden Mutter gezwungen seine Nähewünsche in einen dissoziierten Persönlichkeitsanteil abzuspalten. Durch den so frühen und lang andauernden Einfluss einer solchen Deprivation wirkt ein Bindungstrauma prägend auf alle späteren Nahbeziehungen. Hierbei lassen sich jedoch weit mehr Bindungstypen finden als John Bowlby (1975, 1976, 1983) in seinen Arbeiten entwickelt hat. Aber sein grundlegender Gedanke, dass diese erste Bindungsform für alle späteren nahen Beziehungen prägend ist, erscheint sehr hilfreich. Auch in einer Traumatherapie kann das Bindungstrauma durch die nahe Therapeutenbeziehung getriggert und damit reaktiviert werden.

1.3.4. **Kulturelle Introjekte** sind Introjekte, in denen das Opfer sich gesellschaftliche Normen oder Tabus zu Eigen machen musste, weil sie mit einer als extrem erlebten Gewaltandrohung verbunden waren. Beispielsweise wirkten die katholische Sexualmoral oder die Tabuisierung von Homosexualität lange Zeit für viele Menschen als traumatisierende soziale Introjekte und hatten auf diesem Weg einen großen Einfluss auf das Sexualverhalten der Menschen. Aber auch Gebote können zu sozialen Introjekten werden, wenn sie mit einem existentiellen Druck verbunden sind. Ein Beispiel ist das geozentrische Weltbild, das als Glaubensüberzeugung lange von der Kirche dogmatisch vertreten wurde und andere wissenschaftliche Auffassungen verbot.

Die dargestellten Formen von komplexen Traumata führen alle zu Introjektbildungen, die in ihren Funktionsmechanismen aber vergleichbar sind. Daher können sie alle mit der SATT kausal behandelt werden.

2. Die Traumaerkrankung

2.1 Probleme bei der Diagnostik von Traumaerkrankungen

Die Diagnostik von Traumaerkrankungen wird durch eine Reihe krankheitstypischer Eigenschaften erschwert:

- Bisher fehlte eine eindeutige, **wissenschaftlich überprüfbare Definition** von Komplexen Traumata als intrapsychische Strukturveränderung, die durch Introjektion eines traumaspezifischen Introjektes (TES) entsteht.
- Das **extrem heterogene Symptombild** von komplexen Traumata erschwert die richtige Diagnosestellung. Das Symptombild kann von panischer Agitiertheit bis zu schwerst depressiven Zuständen reichen. Es setzt sich aus der Traumareaktion und den sekundären Traumafolgen zusammen. Die Erkrankung kann nicht durch typische Merkmale oder Gegenübertragungsreaktionen wie beispielsweise bei einer neurotischen Depression erkannt werden. Auch das Krankheitsempfinden der Patienten ist häufig irreführend. Nur eine analytisch-strukturelle Betrachtung lässt die Erkrankung erkennen und sichert die Traumadiagnose.
- Die **schwankende Intensität** der Traumareaktionen (der Traumareaktions-Level) pendelt bei einem traumakranken Patienten zwischen Level 1 (kaum Symptome, nur „Charaktereigentümlichkeiten“, selten Krankheitsgefühl) bis Level 5 (psychotischer Modus). Aktuell fehlende oder geringe Symptome können die Traumaerkrankung verdecken und zur Annahme verleiten, die Traumaerkrankung sei geheilt. Diagnostisch sind Traumata aus einer psychiatrisch-deskriptiven Perspektive daher schwer zu erfassen. Nur eine gründliche Anamnese im Rahmen eines kausal-genetischen, analytischen Theoriekonzeptes erfasst das Wesen der Traumaerkrankung und ermöglicht eine zutreffende Diagnose.
- KPTBS ist eine lebenslange, chronische Erkrankung, die ohne Behandlung spontan nicht ausheilt. Zusätzlich zu den primären Traumareaktionen entstehen gewöhnlich weitere Traumafolgeerkrankungen bzw. „Komorbiditäten“ (z. Bsp. Depression, Alkoholabusus, Essstörungen oder selbstverletzendes Verhalten). Diese Traumafolgeerkrankungen werden oft nicht in ihrer kausalen Bedingtheit erkannt, sodass die Behandlungen nur eine vorübergehende Besserung erzielen oder sogar erfolglos bleiben müssen.

2.2. Primäre Traumareaktionen: Symptome und Erkrankungen

Traumareaktionen sind eine direkte Folge von Triggerung des Trauma-ÜBER-ICH. Sie können sehr unterschiedlich aussehen. Traumareaktionen können im psychischen, somatischen und sozialen Bereich auftreten und die Form von funktionellen Symptomen oder Erkrankungen haben.

- Häufige Traumareaktionen im psychischen Bereich sind Panikgefühle, Dissoziationen, Hoffnungslosigkeits- und Hilflosigkeitsgefühle, Depersonalisation, Derealisation oder Dekorporation. Auch hinter vielen symptomatisch-psychiatrischen Diagnosen kann eine traumatische Pathogenese stehen, beispielsweise bei Angst- und Panikerkrankungen, Phobien, Zwangsstörungen, Depression, Suizidalität, Suchterkrankungen, dissoziativen Identitätsstörungen oder sogar Psychosen. Traumareaktionen lösen sehr häufig eine begleitende vegetative Alarmreaktion mit Aktivierung

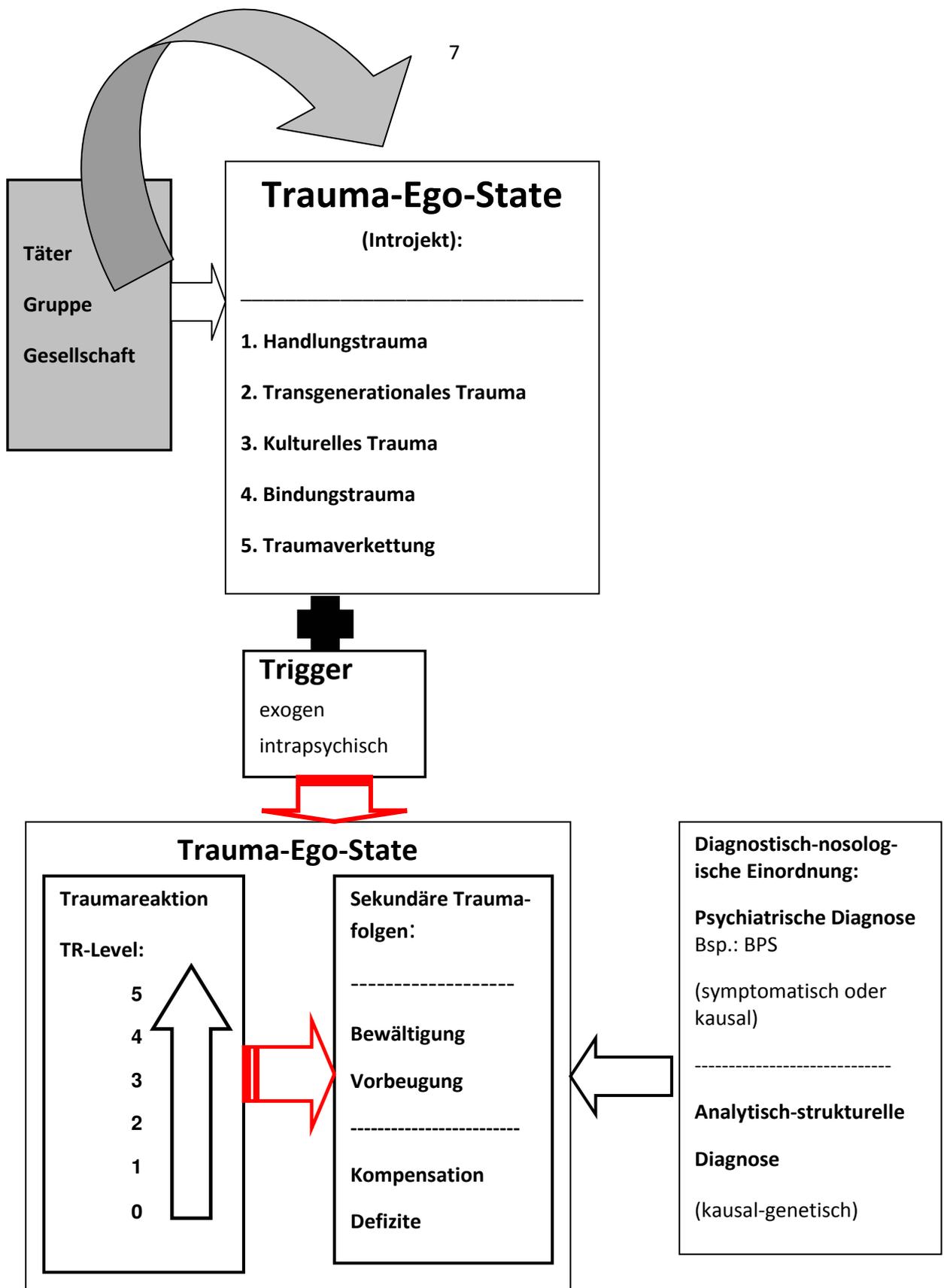


Abb. 2.2: Diagnostik von Traumaerkrankungen

der HHN-Achse⁵ aus. Hierbei können auch immunologische, hormonelle Störungen auftreten. Aber auch viele funktionelle Symptome wie Schlafstörungen, Alpträume, Hypertonie, sexuelle Störungen, Essstörungen, Muskelverspannungen oder Störungen der Sinneswahrnehmung sind häufige somatische Traumareaktionen. Häufiger als vermutet steht auch hinter Neurologischen Erkrankungen (z.B. Sprach-, Bewegungsstörungen, chronischen Schmerzen, Schwindel), Magen-Darm-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hauterkrankungen eine traumatische Genese. Die Mechanismen im Bereich der Traumasomatik (TSO)⁶ sind bisher wenig auf ihre Funktionsweise untersucht worden.

2.3. Traumareaktions-Level (TRL)⁷:

Intensität und Erscheinungsweise von Traumareaktionen schwanken stark und sind abhängig von der Triggerstärke. Die Trigger können sowohl von außen wie auch aus dem Innenleben des Opfers (erkennbar beispielsweise in Alpträumen) kommen. Eine Vielzahl von inneren und äußeren Faktoren wirkt beim Ansteigen und Abfallen der Traumareaktions-Level mit. Hierzu gehören Triggerhäufigkeit, Triggerstärke (beispielsweise wirkt Täterkontakt viel heftiger als Täterähnlichkeit), reale äußere Gefährdungen, das Ausmaß an Unterstützung durch andere Menschen, die erworbene Ich-Stabilität und vieles mehr. Wenn die äußerlich oder innerlich triggernden Faktoren wegfallen, sinkt der Traumareaktions-Level gewöhnlich innerhalb von zwei bis drei Tagen langsam und mit der Beruhigung tritt eine psychische Stabilisierung ein.

Für die Beschreibung des aktuellen Zustandes des Traumaopfers hat es sich sowohl theoretisch als auch klinisch als sehr hilfreich erwiesen, die unterschiedliche Intensitäten von Traumareaktionen in einer Rangskala zu kategorisieren:

Level 0:

Traumareaktionen treten gar nicht auf. **Dauerhaft fehlende Traumareaktionen** weisen darauf hin, dass keine Traumatisierungen vorliegen. Ein Traumaopfer wird ohne kurative traumatherapeutische Behandlung nie mehr den Level 0, d.h. psychische Gesundheit im Sinne von Traumareaktions-Freiheit, erreichen.

Level 1:

Traumareaktionen treten auf dieser Stufe wenig und nur leicht und kurzzeitig auf. Im Vordergrund stehen Strategien der Traumareaktions-Vermeidung. Dieses (manchmal unbewusste) Vermeidungsverhalten wird häufig als **Persönlichkeitsstruktur** fehlinterpretiert. Viele kleine und große Lebensentscheidungen, die ein Traumaopfer getroffen hat, um den gefürchteten Traumareaktionen aus dem Weg zu gehen, fallen oft nicht als Vorbeugungsverhalten auf. Beispiele für Vermeidungsverhalten sind die Wahl eines möglichst nicht triggernden Partners, die Berufswahl mit einer nicht triggernden Tätigkeit und entsprechenden Arbeitsbeziehungen oder auch die Fahrt mit dem PKW, weil in der Bahn panische Ängste drohen. Äußerlich

⁵ HHN-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) bezeichnet das Stresssystem, das wir alle besitzen und das uns in lebensbedrohlichen Alarmsituationen zu Höchstleistungen befähigt (Lipton, 2011).

⁶ Mit dem Begriff Traumasomatik sollen analog zur Psychosomatik die somatischen Störungsbilder benannt werden, die nicht aus einer neurotischen Konfliktdynamik entstanden sind, sondern durch eine Traumatisierung hervorgerufen worden sind. Dieser Begriff basiert auf einen Vorschlag von C. Maack (2010).

⁷ Weitere Level können an dieser Stelle nicht erläutert werden, da sie den Rahmen dieses Artikels sprengen würden.

fallen diese Entscheidungen nicht auf und wirken auch nicht pathologisch, aber sie haben verborgene, existenzbedrohende, traumatische Ursachen. Auch wenn eine Zeit lang keine höheren Traumareaktions-Level auftreten, bleibt ein Traumaopfer immer mindestens auf dem Level 1 gefangen.

Level 2:

Deutliche, aber noch beherrschbare psychische und psychovegetative Traumareaktionen. Diese Traumareaktionen sind dem Traumaopfer häufig so vertraut, dass sie erst nach einiger Zeit selbst wahrgenommen werden oder wenn Außenstehende einen Hinweis geben.

Level 3:

Akute Panikreaktionen, die sehr stark und sehr beeinträchtigend sind. Das Traumaopfer fühlt sich existentiell bedroht und reagiert psychisch und physisch entsprechend heftig. Diese Traumareaktionen sind bewusst und für den Patienten sehr belastend und lebens einschränkend. Trotzdem versuchen viele Traumaopfer, diese Reaktion vor der Umwelt möglichst verborgen zu halten. Daher bemerken meist nur sehr nahestehende Menschen die Traumareaktionen. Die Traumabewältigungsstrategien drohen auf diesem Level zu versagen.

Level 4:

Die Traumareaktionen sind so stark, dass Panik und Dekompensation nur durch strukturelle Veränderungen wie Spaltungen und Switchen verhindert werden können. Nur diese Bewältigungsstrategien sind noch in der Lage die gesunden Persönlichkeitsanteile (EES) und damit das gesamte Selbst vor einem Zusammenbruch zu schützen. Dadurch wechseln entwicklungsbedingte Ego-States (EES) abrupt mit traumabedingten Ego-States (TES) und gelangen abwechselnd an der Persönlichkeitsoberfläche. Diese Phänomene kennen wir beispielsweise von **Borderline-Persönlichkeitsstörungen**, von selbstverletzendem Verhalten oder von Dissoziativen Identitätsstörungen.

Level 5:

Akute psychotische Symptome oder starke **traumasomatische Symptome** kennzeichnen diesen Level. Auslöser sind meist heftige Trigger, die mehrere traumatisierte Ego-States (TES) treffen, sodass **multiple Traumareaktionen** auftreten.

2.4. Sekundäre Folgen von komplexen Traumata

Neben den primären Traumafolgen wird die Lebenssituation des Opfers auch stark durch sekundäre Traumafolgen wie Bewältigungsstrategien, Vorbeugestrategien, Kompensationsstrategien und traumabedingte Defizite bestimmt. Diese Unterscheidung ist für Diagnostik und Therapie wichtig, weil die sekundären Traumafolgen nicht behandelt werden müssen, sondern im Regelfall nach der Behandlung für den Patienten überflüssig werden und damit automatisch verschwinden.

Um die aktuelle Überflutung mit Angst in einer Traumareaktion zu verringern, entwickelt jedes Traumaopfer verschiedene **Bewältigungsformen**. Hierzu gehören beispielsweise die Senkung des Traumareaktions-Levels durch Entspannung, die Ablenkung durch Medien, Arbeit oder anderes suchtartiges Verhalten oder der Versuch, Erleichterung durch Alkohol, Drogen oder Selbstverletzendes Verhalten zu erreichen.

Traumaopfer bilden gewöhnlich in ihrem TES-ICH **Vorbeugestrategien**, um neue Traumareaktionen zu vermeiden. Sie versuchen triggernden Reizsituationen aus dem

Weg zu gehen, indem sie Situationen und Beziehungen kontrollieren, sich zurückziehen und Konflikte durch Unterwerfung vermeiden. Auch Täteridentifikationen, Täterloyalität⁸ und Täter-Opfer-Rollentausch⁹ sind Strategien zur Vorbeugung von Traumareaktionen. Die Täteridentifikation (z.B., Dominanz, Macht, Beherrschung, Erpressung, Sadomasochismus,) hat für das Traumaopfer den Vorteil, dass die Übernahme der Täterrolle vor dem Erleben von eigener Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit schützt.

Trauma-Kompensationsformen sind Leistungen des TES-ICH, um nicht unter der andauernden negativ erlebten Belastung durch Traumareaktionen zusammenzubrechen und zu verzweifeln. Der Raum, die Kraft und die Möglichkeit zu positiven Erfahrungen sind bei Traumaopfern oft extrem eingeschränkt. Verständlicherweise entsteht hierdurch ein massives hedonistisches Defizit. Beispielsweise werden Alkohol, Drogen, Arbeits-, Medien- und Internetkonsum häufig von Traumatisierten funktional als Kompensation eingesetzt.

Besonders bei komplexen kindlichen Traumata können ganze Persönlichkeitsbereiche in ihrer Entwicklung und Ausübung blockiert werden. Hierdurch entstehen **Defizite**, die häufig als Charaktereigenschaften fehlinterpretiert werden. Beispielsweise kann eine sexuelle Traumatisierung später zu einschränkend-vermeidender Sexualität führen, ein Körpergewalttrauma kann eine Aggressionshemmung zur Folge haben.

In der Praxis zeigt sich, dass eine traumabedingte Verhaltensweise oder Handlung oft gleichzeitig mehrere dieser sekundären Funktionen erfüllt.

3. Therapiekonzept der Strukturell-Analytischen Traumatherapie (SATT)

3.1 Die therapeutische Beziehung in der Traumatherapie

Die therapeutische Beziehung in einer Traumatherapie unterscheidet sich deutlich von der therapeutischen Beziehung in einer Neurosen-therapie. Besonders wichtig ist in der Traumatherapie eine für den Patienten deutlich erkennbare **Parteilichkeit des Therapeuten** für ihn als Opfer. Nur auf der Basis dieser Unterstützungshaltung sind viele Traumapatienten in der Lage, über ihre Traumatisierung zu sprechen. Diese Therapeuteneinstellung schließt die **spürbare Anerkennung und Würdigung der Realität des Traumas** und des erlebten Leidens ein. Traumapatienten sind oft über Jahre in ihrem Leiden nicht verstanden oder sogar massiv abgelehnt worden. Daher trauen viele ihrer eigenen Wahrnehmung nicht mehr, und es fällt ihnen schwer, zu dem unfassbaren

⁸ **Täterloyalität** entschuldigt oder mindert die Gewalttat in ihrer inneren Bedeutung für das Opfer. Dies erlaubt dem Opfer seine Beziehung zu den Tätern vermeintlich konfliktlos aufrechtzuerhalten und gegebenenfalls Trennungsangst nicht aushalten zu müssen. Hierbei übernimmt das Opfer zumindest Teile aus dem Täterintrojekt (im TES) in sein eigenes Über-Ich und Ich-Ideal. Hierdurch verwischen sich die Grenzen zwischen beiden Strukturanteilen. Dies verstärkt die destruktive Wirkung des Täterintrojektes gegenüber dem ES, also dem „wahren Selbst“, in dem die ureigenen Bedürfnisse des Opfers liegen. Die Abgrenzung des Täterintrojektes bleibt bei Täterloyalität unklar.

⁹ **Täter-Opfer-Rollentausch**: Das Täterintrojekt wird in diesem Fall vom Opfer weitgehend in sein Über-Ich übernommen und zur Handlungsanleitung für eigenes Handeln. Das Opfer wird selbst zum Täter und gibt seine eigenen Erfahrungen durch eine neue eigene Gewalttat an ein neues Opfer weiter.

Traumageschehen und den daraus folgenden vielfältigen Beschwerden und Beeinträchtigungen zu stehen. Ohne eine aktive und parteiliche Einstellung des Therapeuten können sich viele Traumapatienten nicht öffnen, weil sie fürchten, auf eine erneute, verletzende Ablehnung und Abwertung zu stoßen.

Das **Abstinenzgebot** gilt in der Traumatherapie genauso selbstverständlich wie in der Neurosen-therapie. Der Respekt vor den Rechten, der Würde und der Autonomie des Patienten schließt ein Ausleben persönlicher Interessen des Therapeuten aus.

3.2. Die Behandlungsphasen der SATT

Patienten kommen meist mit starken akuten Traumareaktionen und wünschen eine möglichst schnelle Symptomreduktion ihrer akuten Beschwerden, d.h. eine Reduktion ihres Traumareaktions-Levels. Dies entspricht einer adjuvanten Traumatherapie wie sie in der Stabilisierungsphase (Phase 1) vorgenommen wird.

Meist wünschen Traumaopfer darüber hinaus jedoch auch eine Befreiung von den lebenslang sich wiederholenden Traumareaktionen, die bei erneuten Triggern wieder auftreten würden. Erst durch diese grundsätzliche Befreiung von Traumareaktionen sind die Patienten für den Rest ihres Lebens von den Traumafolgen befreit und damit geheilt. Dieses Ziel kann mit der SATT (Phase 2 bis 4) erreicht werden.

Kontraindikationen für SATT sind akute psychotische Phasen, starke Abhängigkeitsleiden oder andere Erkrankungen, die eine Kooperation des Patienten zunächst unmöglich machen. Nach Abklingen der akuten Symptome können diese Patienten anschließend mit SATT behandelt werden.

Selbstverständlich sind die Behandlungsphasen hier nur theoretisch in eine idealtypische zeitliche Abfolge gebracht. In der Praxis wird man das Vorgehen an den aktuellen Zustand des Patienten anpassen und immer wieder zwischen den Phasen hin und her wechseln.

3.2.1. Erste Phase: Stabilisierung - adjuvante Traumatherapie

Während der gesamten Traumatherapie sollte ein Traumareaktions-Level von 2 nicht überschritten werden. Liegt der Level bei Behandlungsbeginn oder während der Traumabehandlung höher, sollten Stabilisierungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Das Ausmaß aktueller und früherer Traumareaktionen und die bisher erworbenen Trauma-Bewältigungsstrategien und Ressourcen sollten bei Behandlungsbeginn diagnostisch geklärt werden. Auf dieser Basis lässt sich abschätzen, ob ggf. auch ein aktuell stabiler Patient vorsorglich Stabilisierungstechniken erlernen sollte. Ziel der Stabilisierung ist die Stärkung der eigenen Ressourcen und die Erweiterung der Fähigkeiten zur Selbstberuhigung durch das Erlernen zusätzlicher Stabilisierungstechniken.

Stabilisierung des Traumapatienten lässt sich beispielsweise unterstützen durch:

- Klärung bzw. Angebot von Notfallanlaufstellen im Krisenfall (Freunde, Praxis, Klinik)
- Schutz vor Täterkontakt und Retraumatisierung
- Stabilisierung der körperlichen Grundfunktionen (Ernährung, Schlaf, Bewegung)
- Erarbeitung von Traumareaktions-Stopp-Techniken (z.B. Sachsse, 2004) und ggf. Imaginationsübungen aus PITT (Reddemann, 2001) zur Anwendung durch den Patienten, um Selbsteffizienz und Autonomie zu stärken
- Stabilisierung der Alltagssituation des Traumaopfers (Tagesstruktur, in den wichtigsten sozialen Beziehungen, materiell, beruflich und juristisch,)
- Stabilisierung der Partnerbeziehung, ggf. durch temporäre Einbeziehung des Partners in die Behandlung

- Vermeiden von unkontrolliertem, destabilisierendem Medienkonsum (TV, Filme, Bücher, Zeitungen) mit triggernden Inhalten
- Verringerung von destruktiven Trauma-Kompensationsformen (z.B. Alkohol, Drogen, Bulimie, selbstverletzendes Verhalten, etc.)
- Vermeiden von körperlicher und psychischer Überforderung (die Traumareaktion bedeutet häufig schon eine körperliche und seelische Extremlast, die bei zusätzlichen, auch scheinbar kleinen Aufgaben zu Symptomen führt)
- Stabilisierung der körperlichen Gesundheit (Check-up und Vorsorge)
- Energetische Stabilisierung z.B. durch TCM (Akupunktur und Phytotherapie), Ayurveda oder homöopathische Behandlung
- Entschleunigung des Lebensalltages, Vermeidung von Druck
- Gestalten von ausreichend entspannenden, positiven Erlebnissen als Gegengewicht zu den extrem belastenden Traumareaktionen.

Stabilisierungs-Interventionen durch den Therapeuten

Der Traumatherapeut sollte in jeder Behandlungsstunde zunächst die aktuelle psychische Situation des Patienten erkunden und feststellen, ob eine Traumareaktion vorliegt. Besteht eine Traumareaktion, sollte der Traumatherapeut gemeinsam mit dem Patienten zunächst für eine Stabilisierung sorgen. Auch im weiteren Stundenverlauf können Traumareaktionen, z.B. in Form von Flashbacks oder starken körperlichen Reaktionen auftreten. Auch diese sollten immer vorrangig behandelt werden. Hilfreich können hierbei Therapeuten-Interventionen sein wie z.B. Traumareaktions-Stopp durch intensiven Blickkontakt, thematische Ablenkung, Achtsamkeitsübungen oder Realitätskonfrontation. Eine ruhige, Schutz und Zuwendung gebende Haltung trägt grundsätzlich auch wesentlich zur Beruhigung des Patienten bei.

3.2.2. Zweite Phase: Strukturanalyse der Traumata

Die Trauma-Strukturanalyse, Retrojektion und Integration sind die **kurativen Behandlungsphasen** der SATT. Die Strukturanalyse der Traumata stellt dabei das zentrale Element dar. Hier müssen die genaue Gestalt der Introjekte und ihre Zusammenhänge innerhalb der Traumagenese geklärt werden. Dieser Vorgang kann bei psychotherapeutisch erfahrenen Patienten mitunter relativ schnell erfolgen. Bei Patienten mit akuten starken Traumareaktionen oder ohne Vorerfahrungen in Selbstreflexion kann diese Phase allerdings auch viel Zeit in Anspruch nehmen. Für jede einzelne Komplexe Traumatisierung muss eine Trauma-Strukturanalyse durchgeführt werden.

Die Trauma-Strukturanalyse beinhaltet mehrere Schritte, die hier schematisch dargestellt werden. In einer realen Traumatherapie werden diese Schritte natürlich individuell an den Patienten angepasst (sh. Abb. 3.2).

1) Aktuelle Traumareaktion (TR)

Ausgangspunkt der Arbeit ist häufig eine Traumareaktion, die den Patienten akut belastet. Diese Traumareaktion sollte zunächst in allen ihren Bereichen, Aspekten und den assoziierten Problemen (psychisch, körperlich und sozial) erfasst werden. Beispielsweise: wie zeigt sich bei einem parentifizierend missbrauchten Kind heute die Wiederholung seiner Parentifizierung genau? Gibt es unterschiedliche Bewältigungsstrategien?

2) Akute Traumareaktion innerhalb der Therapiestunde?

Die therapeutische Arbeit an einer Traumareaktion kann den Patienten triggern. Da Patienten eine Triggerung oft erst sehr spät selbst bemerken, sollte der Therapeut in seiner Gegenübertragung auf diese Eskalation achten. Die Weiterarbeit sollte dann unterbrochen und zunächst an der psychischen Stabilisierung gearbeitet werden.

3) Genaue Trauma- Abgrenzung?

Zu Beginn der Strukturanalyse ist es wichtig, den Bereich der jeweiligen komplexen Traumatisierung sehr genau gegenüber anderen Problembereichen oder Traumata abzugrenzen. Diese Abgrenzung ist notwendig, weil sonst die spätere Retrojektion relativ wirkungslos bleiben wird. Oft tauchen durch die Beschäftigung mit einer komplexen Traumatisierung angrenzende weitere Problemkomplexe auf. Diese sollten festgehalten, aber nicht gleichzeitig weiter verfolgt werden.

4) Traumagenese

Die wesentlichen Merkmale und der lebensgeschichtliche Zeitraum des komplexen Traumatisierungsvorganges müssen aufgeklärt werden. Der biografische Zusammenhang zwischen Symptomen, Gefühlen, Bewältigungsmechanismen, Vorbeugestrategien, Defiziten und Kompensationsmechanismen sollte erforscht werden. Auch wenn einige Traumatherapieformen ein kathartisches Durchleben der traumatisierenden Situation anstreben, versucht die SATT ein Triggern des Introjektes möglichst zu vermeiden. Für die Wirksamkeit der SATT ist ein rationales Verständnis der Traumagenese ausreichend.

5) Therapieblockaden durch Täterkontakt, Täterloyalität?

Täterkontakt als äußere Gewaltbeziehung triggert das Täterintrojekt fortlaufend von außen, beispielsweise wenn ein Opfer sexualisierter Gewalt mit dem Täter zusammenlebt. Ist ein Traumaopfer gleichzeitig äußeren und inneren Triggern ausgesetzt, wird es sich nicht mit dem Traumatisierungsprozess zusätzlich beschäftigen können. Zunächst muss in diesem Fall Schutz vor Täterkontakt und Retraumatisierung hergestellt werden. Sonst ist eine kurative Traumatherapie nicht möglich.

Bei der **Täterloyalität** besteht kein äußerer Täterkontakt, aber eine innere Abhängigkeit (beispielsweise die innere Verbundenheit des Kindes mit den Eltern). Sie verhindert, dass das Opfer eine ausreichende Differenzierung und Abgrenzung zwischen Selbst- und Täteranteilen vornehmen kann. Hierdurch wird die Traumastrukturanalyse blockiert.

6) Täteridentifikation?

Befindet sich ein Opfer in einer Täteridentifikation, handelt, denkt oder empfindet das Opfer in der gleichen Weise wie die Täterin und identifiziert sich mit der Täterhaltung („was mir nicht geschadet hat, war gut und ist für eine richtige Erziehung richtig. Deshalb muss ich mein Kind schlagen, wenn es etwas falsch macht“).

Zunächst sind Täteridentifikationen in der Kindheit als Unterwerfung unter übermächtige Gewalt eine häufig notwendige und sehr sinnvolle Anpassungsleistung zum Schutz des Opfers. Ein entscheidender Unterschied besteht jedoch darin, ob und wie weit ein Opfer sich die Tätersicht zu Eigen macht. Erlebt das Opfer die Täteridentifikation als aufgezwungene Unterwerfung unter eine übermächtige Gewalt und bleibt deshalb innerlich heimlich auf Distanz hierzu, dann wird dieser Teil nicht vom Opfer als eigener Selbstanteil erlebt und integriert. In diesem Fall ist heute eine Distanzierung von der Täteridentifikation relativ leicht möglich.

Wenn das Opfer jedoch von der Haltung des Täters als richtig überzeugt ist und wenn dies daher ein eigener Selbstanteil geworden ist, kann das Trauma nicht weiter bearbeitet werden. Die Differenzierung und Abgrenzung zwischen Selbst- und Täteranteilen ist Voraussetzung für die Retrojektion.

7) Trauma-Verkettungen

Mehrere komplexe Traumatisierungen können miteinander so verkettet sein, dass eine erste komplexe Traumatisierung (beispielsweise ein anhaltender sexueller Missbrauch) durch eine weitere Traumatisierung (beispielsweise die immer wiederholte Morddrohung, falls das Opfer sich Hilfe holt) verbunden wird. Dies führt dann zu Blockaden in Traumatherapien, die zunächst nicht erklärbar sind. Werden die blockierenden

Abb. 3.2: Behandlungsschritte und häufige Komplikationen bei der Trauma-Strukturanalyse

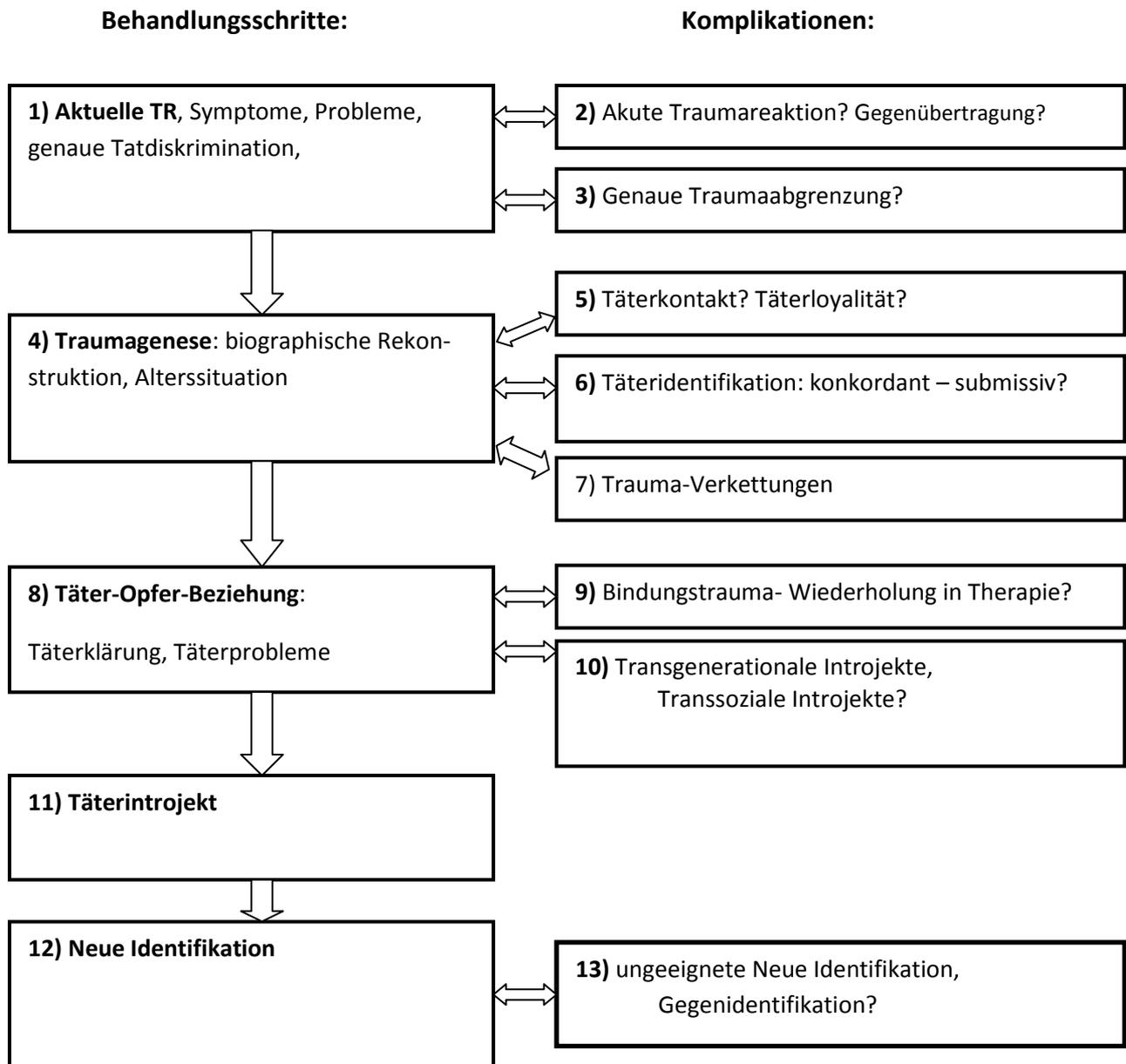


Abb. 3.2: Den Behandlungsschritten stehen Komplikationen gegenüber, die den Behandlungsfortschritt hemmen oder gefährden können. Nähere Erläuterungen zu allen Punkten finden sich im Text.

Traumatisierungen aufgelöst, lässt sich auch anschließend das primäre Trauma bearbeiten.

8) Täter-Opfer-Beziehung

Die meisten komplexen Traumata sind durch Menschen verursacht („men-made“). Täter zwingen dabei ihre Probleme mit Gewalt dem Opfer auf. Es sollte mit der Traumapatientin geklärt werden, dass sie diesen im Traumaintrojekt gespeicherten Auftrag nicht erfüllen kann und auch nicht erfüllen braucht. Nur die Täterin kann ihre Probleme selbst lösen. Deshalb sollten diese Probleme an die Täterin in der Retrojektion zurückgegeben werden. Daher ist es wichtig zu klären, **wer die Täterin war** – wer ist also die „Adresse“, an die das Introjekt später zurückgeschickt werden soll? **Welche Probleme** oder eigene Traumareaktionen hat die Täterin mit Gewalt an das Opfer weitergegeben?

9) Bindungstrauma-Wiederholung in der therapeutischen Beziehung

Während der Behandlung kann das Bindungstrauma der Patientin durch den Therapeuten oder einen inneren Reiz getriggert werden und eine heftige Traumareaktion auslösen. Durch die zentrale Rolle und das Gewicht eines Bindungstraumas erhält diese Traumareaktion eine so besondere Heftigkeit und Brisanz. Besonders brisant wird die Situation dann, wenn der Patient seine Ängste und Gefühle als authentische Realität statt als Wiederholung seines Bindungstraumas erlebt. Früher hätte man in einem solchen Fall von „psychotischer Übertragung“ gesprochen. Glücklicherweise bleibt die Realitätskontrolle oft noch partiell bestehen, so dass die Beziehungssituation behutsam geklärt werden kann.

10) Transgenerationale und Kulturelle Introjekte

Nicht alle Traumaintrojekte sind auf Einzeltäter zurückzuführen. Der Einfluss früherer Generationen sollte deshalb so weit wie möglich zurückverfolgt werden. Bei dieser Familienforschungsarbeit lassen sich häufig familiäre „Eigenarten“, Tabus oder Ängste über mehrere Generationen zurückverfolgen (beispielsweise haben viele Holocaustüberlebende ihre Traumata über mehrere Generationen unausgesprochen weitergegeben). Auch Gruppen- und kulturelle Tabus oder Ideale (beispielsweise sexuelle Ge- oder Verbote wie Homophobie) können lebenslang wirksame kulturelle Introjekte entstehen lassen.

11) Traumaintrojekt

Das Traumaintrojekt besteht einerseits aus dem Trauma-ÜBER-ICH mit den Forderungen des Täters, die mit der traumaauslösenden Situation und den begleitenden existentiellen Ängsten verbunden sind. Diese Forderungen des Täters sollten bewusst gemacht werden. Andererseits beinhaltet das Traumaintrojekt auch das Trauma-ICH. Dies enthält Verhaltensstrategien („ich muss meine Mutter entlasten, sonst bringt sie sich um“) und Werteanweisungen („ich bin schuld, wenn meine Mutter sich umbringt“). Hier kommt es auf klare Formulierungen an, die möglichst konkret das Traumaintrojekt in seiner Struktur und seinem Wesenskern beschreiben.

12) Neue Identifikation

Wenn das alte Traumaintrojekt entfernt werden soll, muss ein neuer, selbst gewählter Teil die Aufgaben übernehmen, die das Traumaintrojekt bisher innehatte, damit die Person zukünftig in den bisher triggernden Situationen ein neues Verhaltensrepertoire besitzt. Hierfür dient die Entwicklung einer neuen, differenzierten Identifikation, die an die Stelle des alten Introjektes treten kann. Wichtig ist, dass die Patientin nach der früheren Gewalterfahrung, in der kein Spielraum für eine eigene Entscheidung zu einer Identifikation bestand, die Neue Identifikation selbstbestimmt entwickelt. Es ist in diesem Stadium aber nicht notwendig, dass die Patientin diese Neue Identifikation schon fühlend erleben kann, sondern es reicht aus, wenn die neue Verhaltensweise intellektuell vorstellbar ist und als zur eigenen Person passend gesehen wird.

13) Ungeeignete Identifikation

Die Neue Identifikation sollte realistisch sein, d.h. in realen Lebenssituationen anwendbar sein und sich nicht an einer idealisierten Wunschwelt orientieren. Gelegentlich fällt einer Patientin auch zunächst nur das Gegenteil zum Traumaintrojekt (eine Gegenidentifikation) ein. Die Entwicklung einer eigenen Identifikation ist dann manchmal noch ein längerer Weg, besonders wenn in der Primärfamilie weder innerer Raum verfügbar war noch andere Vorbilder zur angebotenen wurden.

Sobald alle Fragen für eine der komplexen Traumatisierungen geklärt sind, kann die Retrojektion für diese komplexe Traumatisierung vorgenommen werden.

3.3 Dritte Phase: Retrojektion

Retrojektion bezeichnet die Entfernung des Täterintrojektes aus dem TRAUMA-ÜBER-ICH und TRAUMA-ICH sowie die gleichzeitige Ersetzung durch eine eigene Neue Identifikation. Dieser Schritt lässt sich nicht durch eine intellektuelle Einsicht, einen Willensakt oder eine verbale Deutung erreichen.

Eine Retrojektion wird von vielen Patienten zunächst für unmöglich gehalten. Erklärt man ihnen jedoch, dass auch die Bildung des psychischen Introjektes durch einen intensiven energetischen Vorgang (eine massive, existentiell bedrohliche Gewalt) während der Traumatisierungsphase geschah, wird die Veränderung durch eine Retrojektion für sie leichter vorstellbar. Um das Introjekt zu entfernen und dadurch unwirksam zu machen, ist erneut eine starke, gezielt eingesetzte Energie nötig. Die Zielrichtung und der Inhalt der Veränderung sind in der Trauma-Strukturanalyse erarbeitet worden. Durch die Retrojektion wird das traumatische Introjekt nun entfernt und die Inhalte bzw. Energien werden in Richtung des Täters „zurückgeschickt“.

In unserem westlichen Weltbild sind uns alle energetischen Prozesse (außer vielleicht der elektrischen Energie aus der Steckdose) sehr fremd. Trotzdem hat die Quantenphysik seit 80 Jahren unser Newtonsches Weltbild, mit dem wir in unserem Alltagsbewusstsein leben – alles sei Materie -, nicht nur in Frage gestellt, sondern als Spezialfall nachgewiesen. Eigentlich besteht das ganze Universum nur aus Energien¹⁰. Die Quantenphysik¹¹ hat gezeigt, dass wir es nur im Ausnahmefall mit einem energetischen Phänomen zu tun haben, das wir als Materie erleben. Nachdem das Täterintrojekt in Phase Zwei präzise geklärt worden ist, kann dieses Introjekt mit verschiedenen Techniken retrojiziert werden. Zu diesen Techniken zählen beispielsweise:

- Visualisierungen (z.B. die Vorstellung, dass ein Vogel die Introjekte wegträgt)
- Symbolische Handlungen (z.B. ein Zettel, auf dem das Introjekt, die Täterin sowie die Neue Identifikation notiert sind wird verbrannt oder er wird zerrissen und in einen Fluss geworfen)
- Körpertherapeutische Methoden (z.B. Atemtechniken: beim Ausatmen wird das Introjekt aus dem Körper „hinausgeatmet“ und die Neue Introjektion wird „eingeatmet“)

¹⁰ Im asiatischen Weltbild ist diese Sichtweise den Menschen seit Jahrhunderten (beispielsweise in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) oder im Ayurveda) vertraut und daher völlig selbstverständlich. Aber wir können uns trösten: selbst Einstein hat diese Erkenntnis bis zu seinem Tod nicht voll akzeptieren können (Knapp, 2011).

¹¹ Heisenberg 2008, Schrödinger 2006

Abb.3.3.1 und 3.3.2: Psychische Strukturveränderungen bei der Retrojektion:
 (Beide Prozesse laufen gleichzeitig ab. Zur besseren Verständlichkeit sind sie hier nur getrennt dargestellt)

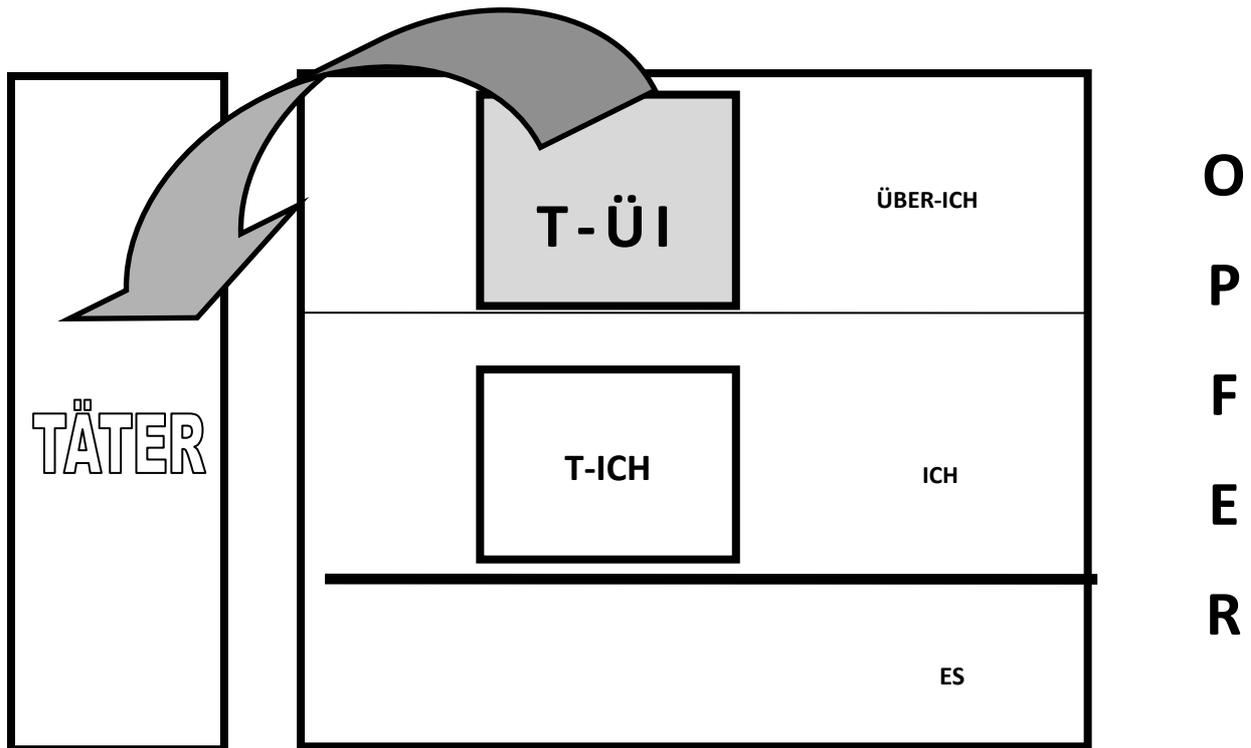


Abb.3.3.1 Die Strukturell-Analytische Arbeit klärt die Konturen von TRAUMA-ÜBER-ICH, TRAUMA-ICH, ÜBER-ICH, ICH, SELBST und TÄTER und ermöglicht damit eine Abgrenzung von Selbst- und Objektanteilen. Das TRAUMA-ÜBER-ICH ist ein Fremdkörper im ÜBER-ICH und wird bei der RETROJEKTION an den Täter „zurückgegeben“. Dieser Vorgang stärkt die gesunden ENTWICKLUNGSBEDINGTEN-EGO-STATE - Anteile, entlastet das ÜBER-ICH von Schuldgefühlen und erlaubt dem ES; mehr eigene Bedürfnisse zu leben.

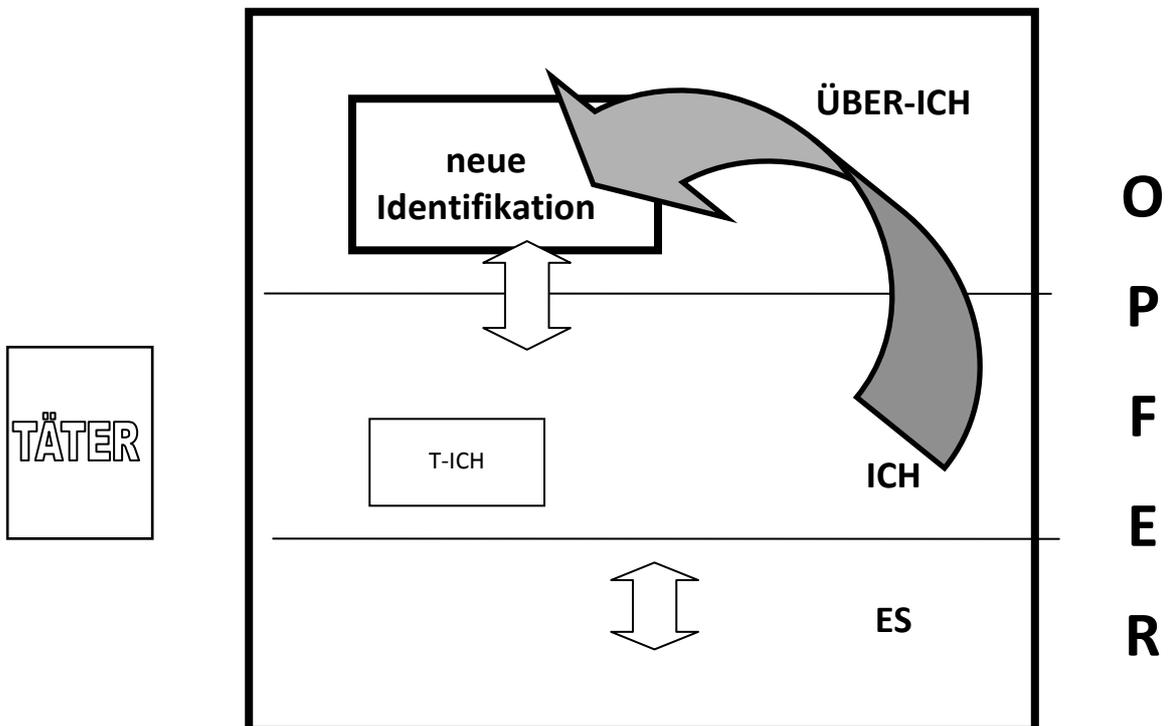


Abb. 3.3.2 Das ICH entwickelt eine selbstbestimmte NEUE IDENTIFIKATION, die an die Stelle des TRAUMA-ÜBER-ICH tritt. Sobald das TRAUMA-ÜBER-ICH energetisch entfernt ist, können keine weiteren Triggerreaktionen mehr auftreten. Diese Veränderungen verbessern gleichzeitig die Abgrenzung von ICH, ÜBER-ICH und ES. Auch das gesamte SELBST wird integrierter und konturierter. Das TRAUMA-ICH und der TÄTER verlieren an Bedeutung und geraten dadurch in den Hintergrund.

Die Wahl einer Retrojektionsmethode kann und sollte der Kreativität und der persönlichen Einstellung des Patienten überlassen werden. Er wird selbst am besten spüren, was zu ihm passt. Kontraindiziert sind reale oder imaginierte Auseinandersetzungen mit den Tätern, da dies meist triggert und dadurch eine starke Traumareaktion ausgelöst werden kann. Eine weitere Bearbeitung der Traumabewältigungsstrategien des TRAUMA-ICH ist im Regelfall nicht notwendig.

Die Erfahrung hat allerdings gezeigt, dass nach einer Retrojektion häufig weitere Traumatisierungen ans Licht drängen, die vorher von dominanten Traumareaktionen verdeckt wurden. Im Regelfall erlebte ein Traumaopfer eine größere Anzahl von Traumatisierungen und trägt sie als Traumaintrojekte in sich. Diese Introjekte können und müssen ggf. nacheinander retrojiziert werden.

3.4 Vierte Phase: Integration

Nachdem komplexe Traumata durch die Retrojektionen behandelt wurden, treten anschließend keine weiteren Traumareaktionen auf. Auch die Vorbeugestrategien, Bewältigungsmethoden, Defizite und Kompensationen sind überflüssig geworden. Dadurch verändert sich das SELBST in seinem Erleben und Verhalten fundamental. Viele komplex traumatisierte Menschen haben in ihrer Not das ganze Leben an dem Ziel ausgerichtet, weitere Traumareaktionen zu vermeiden. Sobald die Einschränkung durch diese existentielle Bedrohungssituation wegfällt, verändert sich sein ganzes Leben und Erleben grundlegend. Bisherige Lebensmöglichkeiten, Ziele und Lebensentscheidungen werden jetzt aus einer völlig neuen Perspektive betrachten. Was früher um jeden Preis vermieden werden musste, wird erreichbar und lebbar. Vorher blockierte eigene psychische, körperliche und soziale Fähigkeiten können sich nun entfalten. Neue Beziehungsmöglichkeiten und berufliche Ziele werden plötzlich möglich. Dies kann zu erheblichen inneren und äußeren Veränderungen im Leben eines Opfers führen. Daher sollte diese Entwicklungsphase therapeutisch begleitet werden.

Im Regelfall ist die SATT ein längerer therapeutischer Prozess, in dem es zu einer schrittweisen Veränderung kommt. Die Trauma-Behandlungsphasen 1-4 werden daher gewöhnlich so oft durchlaufen bis die wesentlichen komplexen Traumata retrojiziert sind.

Literaturverzeichnis

- Bowlby J. (1975), Bindung, Frankfurt a. M.
- Bowlby J. (1976), Trennung, Frankfurt a. M.
- Bowlby J. (1983), Trennung, Verlust und Depression, Frankfurt a. M.
- Dilling H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2000), Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Federn, P. (1956), Ich-Psychologie und die Psychosen, Frankfurt a. M. 1978
- Fischer, G., Riedesser, P. (1999), Lehrbuch der Psychotraumatologie, 2. Auflage. München, Basel
- Freud, S. (1916e), Trauer und Melancholie, In: GW: XII, Frankfurt a.M. 1967, 4. Aufl., S. 428-446
- Heisenberg, W. (2008), Die physikalischen Prinzipien der Quantentheorie, Stuttgart
- Huber, M. (2003), Trauma und die Folgen. Traumatherapie und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn
- Huber, M. (2003), Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Paderborn
- Knapp, N. (2011), Der Quantensprung des Denkens. Was wir von der modernen Physik lernen können, Reinbek bei Hamburg
- Levine, P. (1998), Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers, Essen
- Lipton, B. H. (2011), Intelligente Zellen: Wie Erfahrungen unsere Gene steuern, Burgrain
- Maack, C. (2010), Persönliche Mitteilung.
- Mause, L. de (1989), Grundlagen der Psychohistorie, Frankfurt a. M.
- Nijenhuis, E. R.S. (2004), Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messung und theoretische Aspekte, Paderborn
- Peichl, J. (2007 a), Die inneren Trauma –Landschaften. Borderline – Ego-States – Täter-Introjekt. Stuttgart
- Peichl, J. (2007 b), Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst, Stuttgart
- Rado, S. (1927), Das Problem und Melancholie, Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 13, S. 439-455
- Reddemann, L. (2001), Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren, Stuttgart
- Reddemann, L. (2004), Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - Das Manual, Stuttgart
- Sachsse, U. (2004), Traumazentrierte Psychotherapie, Stuttgart, New York
- Schrödinger, E. (2006), Mein Leben, meine Weltansicht: Die Autobiographie und das philosophische Testament, München
- Shapiro, F. (1995), Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures, New York (dt. Paderborn)
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006), Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung, Paderborn
- Vogt, R. (2007), Psychotrauma, State, Setting. Psychoanalytisch-handlungsaktives Modell zur Behandlung von Komplex- Traumatisierten /SPIM-20-KT), Gießen
- Watkins, J.G., Watkins, H. (2003), Ego-States – Theorie und Therapie. Ein Handbuch, Heidelberg, Orig.:(1997) Ego States Theory and Therapy, New York, London
- Weiss, E. (1960), The structure and dynamic of human mind, New York
- Weiss, E. (1966), Paul Federn (1871 – 1950): Theory of the psychoses. In: Alexander, F., Eisenstein, S., Grotjahn, A.M. (eds). Psychoanalytic pioneers, New York
- Zobel, M. (Hg) (2006), Traumatherapie. Eine Einführung, Bonn