

Der folgende Artikel ist in abgewandelter Form (d. h. ohne die therapie-„technischen“ Erläuterungen) in Heft 1/Februar 2008 der Fachzeitschrift „Trauma und Gewalt“ erschienen. Er ist gedacht sowohl für TraumatherapeutInnen als auch für Betroffene, die die Methode jedoch bitte nicht ohne therapeutische Unterstützung anwenden.

Wenn Sie TherapeutIn sind und interessiert, die Methode mit Selbsterfahrung und Supervisionsmöglichkeit kennen zu lernen, schicken Sie mir eine E-Mail (gkahnpraxis@versanet.de). Ich biete Workshops in der Methode an sowie Einzel- und Gruppen-Supervision. Auch wenn Sie Fragen oder Anregungen zu dem Artikel haben, melden Sie sich bitte; ich werde Sie, soweit das möglich ist, gern beantworten. Wenn die Fragen von allgemeinem Interesse sind, wäre es gut, wenn Sie mir die Erlaubnis gäben, Frage und Antwort auf meiner Homepage (<http://www.gkahn-traumatherapie.de/faq>) zu veröffentlichen (auf Wunsch selbstverständlich anonym).

Gabriele Kahn

Das Innere-Kinder-Retten

Eine Methode der imaginativen Traumatherapie

Es wird eine sehr schonende Methode der Traumaverarbeitung bei früher, insbesondere sexueller Komplextraumatisierung beschrieben, die nicht mit Traumaexposition arbeitet, sondern die Dissoziationsfähigkeit von früh Traumatisierten nutzt, um ohne Retraumatisierung die betroffenen Kindanteile in Sicherheit zu bringen und dadurch zu heilen. Dies wird erreicht, indem zusätzlich zum Inneren Sicheren Ort der/des Erwachsenen ein zweiter, separater Sicherer Ort für Kindanteile geschaffen wird. In gut vorbereiteten Rettungsaktionen, durchgeführt nicht von der Erwachsenen, sondern von idealen, imaginierten HelferInnen, werden die traumatisierten „Kinder“, eins nach dem anderen, an ihren Sicheren Ort gebracht, bleiben dort und erhalten ideale Unterstützung. Durch dieses Vorgehen wird die Erwachsene nicht von den traumatisierten Anteilen kontaminiert, und nach der Rettung verursachen diese sofort keinerlei Symptome mehr, selbst bei Kontakt mit Triggern nicht, sondern sind wirklich geheilt und integriert. Wie seit einiger Zeit bekannt ist, verdanken wir diese Möglichkeiten den Spiegelneuronen unseres Gehirns.

Das Innere-Kinder-Retten – eine Traumaverarbeitungsmethode

Wir wissen, dass positive Veränderung – Lernen, Lösen alter Ängste, Integration, Heilung – für unser Gehirn nur möglich ist, wenn wir uns ausgeglichen und vor allem in Sicherheit fühlen. Diese Voraussetzung ist in der Psychotherapie durch die sichere Umgebung und die vertrauensvolle Beziehung zur/m TherapeutIn gegeben. In der Traumatherapie ist dies jedoch nicht selbstverständlich, da der Angstpegel der PatientInnen störungsbedingt extrem hoch ist. Insbesondere bei komplex in der Kindheit, und speziell bei sexuell Traumatisierten ist eine geraume Weile der Stabilisierung nötig, bis dieser ausgeglichene Zustand ansatzweise erreicht wird. Erst dann ist Traumaverarbeitung möglich. Das viel diskutierte Dilemma der Behandlung dieser PatientInnen: Selbst wenn emotionale Stabilität in der Gegenwart erreicht werden kann, geht sie sofort verloren, sobald man sich den Traumata mental nähert, gleichgültig mit welchem der geläufigen Verarbeitungsansätze, mit EMDR, Screentechnik oder anderen Expositionsmethoden. Wird dennoch die Exposition fortgesetzt, ist die Gefahr von (teilwei-

ser) Retraumatisierung groß. Die Suche nach Möglichkeiten, diesem Dilemma zu entgehen, hat verschiedene Ansätze entwickelt, das traumatische Aktivierungspotential während der Verarbeitung gering zu halten: Einerseits durch Feinstdosierung und (selbst)gesteuerte Kontrolle der Exposition, andererseits durch Verstärkung der gleichzeitigen Ressourcen (körperlichen wie psychischen), was beides das Risiko vermindern, jedoch nicht beheben kann.

In den letzten sechs Jahren habe ich aus der traumatherapeutischen Praxis heraus eine Methode entwickelt, die – bei guter Vorbereitung und sorgfältiger Ausführung – Retraumatisierung durchgängig verhindert, auch bei Schwersttraumata. Eine zugrunde liegende und vielfach überprüfte Prämisse ist, dass es für die Verarbeitung und Heilung der Traumatisierungen nicht, wie bisher angenommen, notwendig ist, die Traumata mit allen zugehörigen Erlebnismodalitäten im Detail durchzuarbeiten. Es ist lediglich nötig, dem Gehirn zu ermöglichen, den traumatisierten (und mehr oder weniger abgespaltenen) Ich-Anteil konkret zu identifizieren und dann aktiv in Sicherheit bringen zu lassen. Retrau-

matisierung wird dadurch konsequent vermieden, dass die/der Erwachsene während der Rettungsaktion, die durch ideale HelferInnen durchgeführt wird, an ihrem Sicheren Ort bleibt, so dass sie mit der Traumatisierung überhaupt nicht in Berührung kommt. Traumatisierte PatientInnen sind durch ihre Störung meist hoch geübt im Dissoziieren, so dass ihnen diese positive Dissoziation nicht allzu schwer fällt.

Ein Therapiebeispiel

Frau A., Reisekauffrau mittleren Alters, kam zur ambulanten Traumatherapie im Anschluss an eine recht erfolgreich verlaufene, jedoch anstrengende stationäre Traumabehandlung. (Die behandelnde Klinikärztin zum oben beschriebenen Dilemma: „Mit Ihnen kann man so gut arbeiten, weil Sie so leidensfähig sind.“). Frau A. war ca. ein Jahr zuvor immer mehr in eine Krise geraten, die sie schließlich arbeitsunfähig machte, weil Schlafstörungen, Alpträume, schwere dissoziative Zustände, Panikattacken und Flashbacks vieler Kindheits-traumata täglich zunahmen. Zwei der vielen traumatischen Erlebnisse hatte sie in der Klinik mittels der Screentechnik bearbeitet. – Aufgewachsen als ältestes und nicht erwünschtes von fünf Kindern auf einem Bauernhof mit viel Arbeit und wenig Anlass zu Fröhlichkeit, war sie von klein auf der Prellbock für die Aggression des Vaters, der vor allem, wenn er betrunken war, – d. h. fast täglich – ungerecht und brutal schlug, sie in den dunklen Keller sperrte und ab dem 4. Lj. immer wieder sexuell misshandelte, sie mindestens einmal auch von einem Fremden missbrauchen ließ. Den ersten Suizidversuch unternahm das Kind mit 7 Jahren (versuchte, sich zu erhängen), es folgten sieben weitere zum Glück nicht erfolgreiche, u. a. deshalb nicht, weil sie sich verantwortlich dafür fühlte, ihre jüngeren Geschwister vor der Grausamkeit des Vaters zu beschützen. Die Mutter entzog sich dieser Aufgabe und unterwarf sich stets den Drohungen und Gewalttätigkeiten ihres Mannes. Mit 17 Jahren ging Frau A. aus dem Haus, übte verschiedene Berufe aus, bei denen sie sich körperlich und viel im Freien verausgaben musste (z. B. auf einem Pferdehof), was ihr half, die Erinnerungen fern zu halten. Notfalls unterdrückte sie Flashbacks durch überlaute Musik über Kopfhörer. Immer weniger gelang ihr dies jedoch nach ihrer Heirat, durch den eigenen Wunsch und Anspruch, ihre Sexualität zu leben. Sie konnte ihren Mann kaum noch an sich heranlassen, setzte sich selbst unter Druck, was die Verweigerung verstärkte, und entwickelte durch die erlebte Ausweglosigkeit der Situation schließlich die manifeste Symptomatik einer zunehmend schweren Posttraumatischen Belastungsstörung mit den oben beschriebenen Symp-

tomen. Wenn sie sich in die Enge gedrängt fühlte, kam es mehrfach zu schweren, aggressiven Durchbrüchen, bei denen sie sich vor allem selbst verletzte (ging z. B. mit der Faust durch Glastüren).

1 Voraussetzung für die Anwendung der Methode: Stabilisierung

Wie bei allen Traumaverarbeitungsmethoden ist auch hier eine gewisse Stabilität der Betroffenen Voraussetzung für das Gelingen. Hierüber ist bereits so viel Sinnvolles geschrieben worden (z. B. in den Handbüchern von Luise Reddemann, 2004, und Michaela Huber, 2003), dass hier nur zu den Themen Information, Täterkontakt und Trigger, Sicherer Ort, Binnendifferenzierung des Ich-Erlebens und Täterintrojekte einige Anmerkungen gemacht werden.

1.1 Information, eine häufig unterschätzte Stabilisierungshilfe

Komplex Traumatisierte halten sich meist für unnormal und minderwertig, weil sie in vieler Hinsicht trotz Intelligenz ihr Leben nicht bewältigen. Es ist sehr entlastend, wenn sie realisieren, dass ihre Symptomatik die bestmögliche, das psychische Überleben rettende, „normale“ Reaktion auf Unerträgliches war. Ebenso entlastend ist die Information, dass die scheinbaren Wiederholungen von scheinbar dysfunktionalem Verhalten in Wirklichkeit bestmöglich dosierte Traumaverarbeitungen der Psyche sind: Sobald diese genügend Kraft gesammelt hat, sucht sie sich gezielt Situationen und Beziehungen, die den Traumatisierungen strukturähnlich sind, um die kindliche Ohnmacht zu überwinden – eine enorme, aber auch kostenintensive Leistung der Selbstheilungskraft. Wenn dann noch die Information hinzukommt, dass diese „Umwege“ im wahren Leben ersetzt werden können durch Rettungsaktionen der betroffenen inneren „Kinder“ in der Therapie, schwindet die meist vorherrschende Verzweiflung der PatientInnen und macht dem Beginn von Selbstachtung und berechtigter Hoffnung auf Heilung Platz.

Durch die Vorbehandlung hatte Frau A. bereits an Selbstvertrauen gewonnen. Neu kam hinzu mehr Verständnis für die Zusammenhänge der Kindheitserlebnisse mit den zunehmenden Problemen der Erwachsenen, die sie bisher nur als zu beseitigende „Probleme“ gesehen hatte, nicht aber als mit jeder Wiederholung erfolgreichere Selbstheilungsansätze. Auch war ihr neu,

dass wirklich Heilung möglich ist, denn die meisten PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen machen diesen PatientInnen aus bisheriger Therapieerfahrung wenig Hoffnung auf wirkliche Beseitigung ihrer Symptome, sondern allenfalls Besserung und gelasseneren Umgang damit.

1.2 Äußere Sicherheit

Für die äußere Sicherheit ist neben Absicherung der Existenzgrundlage vor allem Sicherheit vor dem Täter und täterähnlichen heutigen Kontakten wichtig, wobei „kein Täterkontakt“ bedeutet, dass die/der PatientIn beschließt, den Kontakt zu Tätern und MittäterInnen aktiv abzubrechen und deren eventuelle Kontaktversuche zurückzuweisen. Tolerierende Mütter und andere Erwachsene sind als passive TäterInnen anzusehen, auch wenn sie, wie häufig, selbst in der Kindheit Opfer waren. Sobald sie Kinder haben, tragen sie für diese die Verantwortung. Wenn sie dieser nicht gerecht werden, gibt es zwar sicher „mildernde Umstände“ (wie für viele Täter auch), was jedoch nichts an der Tatsache ändert, dass sie als schützende Erwachsene versagt haben und deshalb der Kontakt mit ihnen für die PatientInnen retraumatisierend ist. Besteht noch realer Täterkontakt, ist das erste und zunächst einzige Behandlungsziel, diesen Kontakt dauerhaft abzubrechen. Bevor das nicht erreicht ist, gelingt weder die Herstellung eines wirklich sicheren Ortes noch Traumaverarbeitung. Dass jeder Kontakt zu aktiven Tätern eine Retraumatisierung darstellt und daher kein Sicherheitsgefühl möglich ist, leuchtet jeder Traumatisierten ein. Schwieriger ist es klarzumachen, dass auch tolerierende Mütter und andere Erwachsene (passive) Täter sind – und es gibt keine Mutter, die nicht mitbekommt, wenn ihr Kind (sexuell) traumatisiert wird, aber viele, die Meisterinnen im Ausblenden – oft Dissoziieren – sind, und im Manipulieren des kindlichen Mitgefühls, so dass die PatientInnen sich in maligner Parentisierung für das Wohl der Mutter verantwortlich fühlen. Den Kontakt zu solcher Mutter abbrechen zu lassen, ist manchmal der schwierigste Teil der Therapie mit komplex Traumatisierten. (Innere Säuglinge, die noch nichts von der späteren Traumatisierung wissen, glauben zu sterben, wenn sie den Kontakt zur Mutter verlieren. Zudem denkt häufig das innere traumatisierte Kind fälschlicherweise, dass es von der Mutter beschützt wurde, denn immer wenn diese anwesend war, fand keine Traumatisierung statt). In solchem Fall ist es sinnvoll, ideale HelferInnen zu diesen Babies und zu den traumatisierten Kindanteilen zu schicken, so dass sie zumindest nicht allein

sind, bis die Rettungsmethode möglich ist, also bis zum Abbruch des Täterkontaktes. Räumliche Distanz, z. B. durch einen längeren, traumatherapeutisch spezialisierten Klinikaufenthalt kann für die Stärkung der inneren Unabhängigkeit sehr hilfreich sein. – Am leichtesten erträglich ist die Eltern- und Familienlosigkeit für PatientInnen, die einen Zugang finden zur Geborgenheit auf höherer, geistiger Ebene. Leider haben viele in der Kindheit und Jugend die christliche Kirche als nicht hilfreich, verlogen oder im Stich lassend erlebt und landen daher mit ihrer Sehnsucht nicht selten bei mehr oder weniger fragwürdigen esoterischen Gruppen. Auch sehr destruktive, ausbeuterische Beziehungen, „Freundschaften“ oder Partnerschaften der Erwachsenen sollten modifiziert oder notfalls beendet werden. Die Wohnsituation kann auch heftige Trigger beinhalten und muss eventuell verändert werden, um genügend äußere Sicherheit herzustellen. Symptomauslösende Trigger sind immer Hinweise auf zu rettende Kinder. Diese sollten erkannt werden und ein Rettungsversprechen bekommen, was sie sofort etwas beruhigt. Bis zu ihrer Rettung sollten Trigger möglichst vermieden werden; danach sind sie normale Reize und keine Symptomauslöser mehr.

Frau A. hatte bei Therapiebeginn noch seltenen, innerlich sehr distanzierten Kontakt zu ihren Eltern bei Familienfesten. Sie war erstaunt über die rigorose „Forderung“ nach Abbruch des Täterkontaktes. Zwar sah sie ein, dass ihre inneren, traumatisierten „Kinder“ sich in Gegenwart der Eltern nicht sicher fühlen können, fand es aber ein schwer erträgliches Zugeständnis an die Macht der Eltern, wenn sie wegen diesen auf etwas verzichtete. Eines Tages erschien sie sehr aufgelöst zur Sitzung und berichtete, dass sie zur Beerdigung eines überraschend verstorbenen Onkels an ihren Geburtsort gefahren war und dort unvorhergesehen ihren (inzwischen im Ausland lebenden) Eltern begegnet war. Als sie sie in der Kapelle sah, war sie wie erstarrt, beschloss aber, bis zum Ende des Gottesdienstes „durchzuhalten“. Danach ging sie wie in Trance zu ihrem Auto, fuhr auf eine ihr vertraute Burg, setzte sich auf den Rand des tiefen Brunnens und kämpfte gegen den Impuls, sich hinunter zu stürzen. Eine Stunde später kamen ihr Mann und ihre Schwester, die ihre Plätze aus der Kindheit kannte und ihren Zustand erahnte, und bewahrten sie vor dem Suizid. Erst dann kam Frau A. wieder richtig zu sich, fuhr sofort nach Hause und beschloss nun wirklich, sich künftig vor Kontakt mit den Eltern zu schützen.

1.3 Innere Sicherheit

Der Sichere Ort für die Erwachsene ist unerlässlich, auch wenn es Traumatisierten natürlich schwer fällt, an Sicherheit zu glauben, und daher manchmal die halbe Therapiezeit benötigt wird, um den Sicheren Ort wirklich funktionsfähig zu machen. Seine Installierung ist jedoch der erste Schritt, wieder die Kontrolle über das eigene Bewusstsein zu bekommen – und man ist dabei auf niemand Anderen als auf sich selbst angewiesen. Wenn der Sichere Ort noch nicht lange genug aushaltbar ist, um die Rettungsaktionen durchzuführen, kann er notfalls zunächst durch die Sicherheit in der Praxis und die Anwesenheit der Sicherheit vermittelnden TherapeutIn ersetzt werden.

Da sich oft ineffektive „Sichere Orte“ bei PatientInnen finden, hier einige zu beachtende Punkte:

- ❖ Der Sichere Ort darf kein real existierender sein, da er dann nicht ideal sicher sein kann.
- ❖ Anfangs schleichen sich oft unbewusst Traumaassoziationen ein, die unbedingt zu entfernen sind. Alles darf nur und für alle Sinne angenehm sein (und kann jederzeit entsprechend veränderter Bedürfnisse modifiziert werden). Häufig wird der Ort aus Angst und Kontrollbedürfnis zu klein imaginiert, so dass die PatientIn sich dort eingekengt fühlt. Dann muss die Sicherung verstärkt werden, so dass er erweitert werden kann.
- ❖ Das Wichtigste: Der Ort muss hundertprozentig abgesichert sein, am besten auf doppelte Weise: eine (schöne) Grenze fürs Auge, dahinter eine ideale Absicherung, die nur die BesitzerIn durchlässt, eine Art magische Schutzschicht, Energieschild o.ä., jedenfalls alle physikalischen Gesetze übersteigend und rundherum; viele stellen sich diese Schutzschicht auch unterirdisch vor, wie eine riesige Kugel.
- ❖ Der Sichere Ort muss erst bei ausgeglichener Stimmungslage gut etabliert und geübt sein, bevor er gegen Negativgefühle einsetzbar ist.
- ❖ Wenn er dennoch nicht funktioniert, besteht entweder noch Täterkontakt oder die Täterintrojekte sind so stark, dass sich erst um diese gekümmert werden muss (s.u.).

Frau A. hatte, wie viele komplex Traumatisierte, bereits in der Kindheit den Ausweg in die Fantasie gefunden und sich an einen schönen Ort gewünscht, wo es ihr gut ging und sie sich in der tröstlichen Gegenwart vieler hilfreicher Tiere befand. Den Vorschlag der Therapeutin, diesen immer wieder bis heute von ihr aufgesuchten Ort zusätzlich durch eine märchenhafte, ideale Schutzschicht rundherum abzusichern, die nur sie und die

Helfer hindurch lässt, nahm sie gern auf, behielt aber auch alle weiteren Absicherungen bei, Schleusen, Wächter u. dgl.

1.4 Binnendifferenzierung des Ich-Erlebens

Sehr schwer komplex Traumatisierte berichten, dass sie sich selbst „gar nicht“ fühlen, oder „wie ein einziges schwarzes Loch“, „nicht anwesend“, „wie im Nebel“ und ähnliche Beschreibungen eines amorphen, subjektiv undifferenzierten und unangenehmen Ich-Gefühls. Diese Folge des chronisch angewandten Abwehrmechanismus der Dissoziation gilt es, möglichst weitgehend aufzulösen. Eine gute Möglichkeit hierfür ist, den PatientInnen ihre Äußerungen zu spiegeln, die offenkundig aus unterscheidbaren Anteilen ihrer Persönlichkeit kommen, so dass sie diese erleben und identifizieren lernen. Im Sinne der Ressourcenaktivierung ist natürlich zunächst die Benennung von positiven oder neutralen Anteilen angebracht. Die häufige Behauptung „die gibt es bei mir nicht“ ist leicht widerlegbar, da schon die Beschreibung des Negativzustandes von einer inneren BeobachterIn kommen muss. Des Weiteren lässt sich die Alltagsperson benennen, der logische Verstand der Erwachsenen, eine innere TherapeutIn, eine WächterIn, eine „Powerfrau/mann“ (etwas mit Vorsicht zu behandeln, da sie auch negativ agieren kann), bei vielen Betroffenen der Humor, frühere Kompetenzen der PatientInnen (in einem Fall z. B. die Erzieherin, als die sie früher erfolgreich arbeitete) u. a. Um diese positiven Anteile der Persönlichkeit bewusster zu machen und zu stärken, sind oftmals „Helferkonferenzen“, an denen sie teilnehmen, zu anstehenden Fragen oder Problemen sehr wertvoll. Es ist erstaunlich, welche (sehr deutlich unterschiedenen) Potentiale auf diese Weise zum Vorschein kommen, von denen die PatientInnen „nichts wussten“. (Die Helferkonferenz: Datum, Thema, TeilnehmerInnenliste, jede nacheinander nach ihrer Meinung befragt, am Ende eine „Zusammenfassende“, das Protokoll für die KlientIn kopieren).

Dieses Vorgehen war bei Frau A. nicht notwendig, da sie trotz der vielen Traumatisierungen außerhalb von Flashbacks und dissoziativen Zuständen Zugang zu ihren vielen Persönlichkeitsanteilen hatte.

1.5 Umgang mit Täterintrojekten

Bei jedem Trauma, das durch Täter erfolgte, entstand als eine Schutzfunktion (mindestens) ein Täterintrojekt, ein relativ abgegrenzter, oft als nicht

ganz ich-synton erlebter Anteil, der gegen sich selbst (und/oder gegen Andere) ähnlich destruktiv agiert wie der Täter. Meist tief in der Psyche verankert und oft unbewusst tätig, schädigen und behindern diese Introjekte noch die erwachsene PatientIn durch Negativbotschaften wie „du bist völlig wertlos“, „du hast nichts Besseres verdient“, „du bist selbst schuld“, „du schaffst nie etwas“, „du bleibst immer ohnmächtig ausgeliefert“ u.ä. Für manche komplex Traumatisierte (z. B. für Frau A.) sind diese Anteile so sehr zu vertrauter Gewohnheit geworden und erfüllen so wichtige (Schutz-)Funktionen, dass die von der TherapeutIn in Aussicht gestellte Möglichkeit, durch eine Imaginationsübung deren destruktiven Kern los zu werden, nur beängstigend wirkt. Dann bleibt evtl. nichts anderes übrig, als in geduldiger Aufmerksamkeit diese Anteile kennen zu lernen, zu akzeptieren, ihre Kraft, Fähigkeiten und Funktionen zu würdigen, auf allmähliche Mitarbeit im Sinne der Therapieziele hinzuwirken und die Einsicht zu fördern, dass ihre Aufgaben auch auf nicht (auto)aggressive Weise erfüllt werden können (s. z. B. Luise Reddemanns Ausführungen zur Egostate-Arbeit mit Täterintrojekten im „Manual“, 2004, und Michaela Huber im 2. Band der „Traumabehandlung“, 2003).

Bei vielen komplex Traumatisierten ist jedoch in fortgeschrittenem Therapiestadium die äußerst effektive und kreative „Täterintrojektübung“ nach Luise Reddemann (2004) möglich, mit der der destruktive Kern des Täterintrojektes dauerhaft zu eliminieren ist. Da Frau Reddemann die Übung im Buch weniger gründlich beschrieben hat, als sie sie im Seminar lehrte, hier noch einmal das in vielen Therapien bewährte Vorgehen, das sich sehr gut ergänzt mit der Rettungsmethode:

- ❖ Ein Täterintrojekt wird konkret identifiziert, beispielsweise ein Anteil, der die PatientIn in der Selbstfürsorge boykottiert („Ich weiß, was mir gut tut, kann es aber oft dennoch nicht tun“).
- ❖ Im nächsten Schritt (, den Frau R. im Buch nicht erwähnt,) werden alle positiven Seiten und Funktionen dieses Anteils herausgefiltert und behalten (hier z. B. Schutz vor Überforderung durch zu starke Veränderung). Das Unbewusste bekommt den Auftrag, konstruktivere Wege für diese Funktionen zu suchen (z. B. innere Warnlämpchen bei Überforderung).
- ❖ Wenn alle derzeit identifizierbaren Täterintrojekte beisammen sind und das pur Destruktive herausdestilliert wurde, denkt sich die KlientIn eine Form dafür aus (meist etwas ziemlich Abstoßendes; ist die Form sehr ästhetisch, deutet es darauf hin, dass noch Positives darin verborgen ist, –

manchmal handelt es sich dabei um allgemeine Züge wie Schönheit, Lebendigkeit oder die Kraft, die in das Negative investiert wurde, – was alles unbedingt zu behalten ist. Wenn dies noch herausgeholt wird, verändert sich auch die Form ins Negative).

- ❖ Dann werden sehr starke Helfer imaginiert, die auf jeden Fall mit den Introjekten fertig werden, sinnvollerweise ideale Helfer mit übernatürlichen Kräften, etwa Zauberer, Engel, Superman o. dgl. (Bei sehr negativen und angstbesetzten Introjekten sollten zuerst die Helfer ausgedacht werden, dann erst die Form für die Introjekte.)
- ❖ Den Helfern wird sodann von der PatientIn der Auftrag gegeben, die Introjekte unschädlich zu machen, wofür sie sie meist völlig auflösen müssen.
- ❖ Die PatientIn schaut dabei zu. Wenn es Probleme gibt, ist entweder noch Positives darin (hier ist ein immer vorhandener, unbewusster Schutz davor am Werk, Wertvolles zu vernichten) oder – seltener – ein weiteres Introjekt ist schon an der Oberfläche des Bewusstwerdens und soll noch an der Übung teilnehmen.
- ❖ An die Stelle der zerstörten Introjektkerne tritt der „Schatz“, den diese blockiert haben. Meist taucht er spontan als Bild auf, manchmal auch als Begriff (nach dem jeweils anderen sollte die TherapeutIn fragen; z. B. eine Sonnenblume, die für Lebensfreude steht u.ä.). Es ist günstig, sich einen realen Gegenstand oder ein Bild davon zu besorgen, um die (zurück)gewonnene Eigenschaft oder Fähigkeit zu verankern.
- ❖ Wenn eine Sitzung nicht ausreicht, um die Übung zu Ende zu führen, sollten die bereits benannten Täterintrojekte unbedingt in einen inneren Tresor gelegt werden bis zur Fortführung. Nach einer gewissen Zeit kann die Übung natürlich mit anderen Introjekten wiederholt werden.

2 Die Rettungsaktion

Sobald die PatientIn ausreichend stabil ist (worin TherapeutIn und PatientIn übereinstimmen sollten; in jedem Fall unabdingbar ist lediglich, dass kein Täterkontakt mehr besteht), können die konkreten Vorbereitungen für die Rettungsaktionen getroffen werden. Die erste Rettung eines Kindes ist ein großer Schritt voran, denn sie bewirkt einen qualitativen Sprung im Heilungsprozess, der auch alle weiteren traumatisierten Anteile sehr ermutigt. Traumatisierte Kinder glauben nur, was sie selbst hören und sehen. Sie bekommen den Erfolg der Aktion genau

mit, und sind sofort überzeugt und motiviert, manchmal so viele davon, dass sie „Schlange stehen“ oder Probleme machen, indem sie sich sofort mit ihren Symptomen zeigen, um auf sich aufmerksam zu machen (beruhigen sich aber wieder, wenn sie ein Rettungsversprechen bekommen).

2.1 Der Sichere Ort für die inneren Kinder

Bei schwerwiegenden Traumatisierungen ist es immer sinnvoll, den Sicheren Ort für die Kindanteile völlig getrennt von dem der Erwachsenen zu imaginieren, wobei nur Letztere beide Orte aufsuchen kann. So kann sie sich an ihrem eigenen Ort frei von jedem Verantwortungsgefühl erholen. Die geretteten Kinder haben keinerlei Interesse, ihren im wahrsten Sinne wunderbaren Ort wieder zu verlassen. Der Sichere Kinderort wird von der Erwachsenen so schön wie nur irgend möglich und kindgerecht ausgedacht. Mit jedem neu hinzukommenden Kind verändert sich der Ort etwas, denn die Umgebung wird speziell auf die Bedürfnisse des jeweiligen Kindes zugeschnitten (wenn es dort ist, kann es ihn weiter nach seinen Wünschen umgestalten).

Natürlich wird auch der Ort für die Kinder hundertprozentig abgesichert, wie oben beschrieben mit der möglichst schönen Grenze fürs Auge und der märchenhaften Schutzschicht für den misstrauischen Verstand. Für die Kinder ist es oft wichtig, dass auch die sichtbare Grenze deutlich Sicherheit vermittelt. Dennoch sollte auf die ideale Schutzschicht, die nur die Kinder, ihre HelferInnen und die Erwachsene hindurch lässt, keinesfalls verzichtet werden.

Es ist oft erstaunlich, welche Kreativität an diesem stets sonnigen und angenehm warmen Ort entfaltet wird: Es entstehen herrliche Strände mit bunten Fischen, Delphinen, Sandburgen und traumhaft vielfältige Spielplätze neben schlichten oder ungewöhnlichen, immer jedoch gemütlichen Behausungen. Sehr häufig gibt es Tiere dort, auch die wilden sind natürlich friedlich. Da alle „Bewohner“ haben, was sie brauchen – denn an diesem Ort werden alle Wünsche sofort per Imagination erfüllt –, gehen alle sehr liebevoll miteinander um. Manche Kinder bleiben auch mit ihrem Helfer für sich, solange sie es möchten.

2.2 Das Identifizieren zu rettender Kindanteile

Manchmal wissen PatientInnen schon in der Anfangsphase der Therapie genau, welche Kinder Rettung nötig haben, manchmal kristallisiert es sich allmählich heraus. Bei manchen sind es einige wich-

tige Kindanteile, bei anderen sehr viele. Wie immer in der Traumatherapie hat hier die PatientIn das Sagen. Manche therapieerfahrene Traumatisierte haben schon zwei Kinder auf einmal retten lassen, im allgemeinen lieber nur eins, und nicht in jeder Sitzung, da die großen Veränderungen von der Psyche integriert werden müssen.

Die Methode ist umso wirkungsvoller, je konkreter sich das Kind identifizieren lässt. Bei schwerwiegenden Traumata sollte das vorsichtig von weitem durch die innere BeobachterIn ausgeführt werden (die Erwachsene geht an ihren Sicheren Ort währenddessen), damit die Traumata nicht emotional aktiviert werden.

Um die Rettungsaktion zu vollziehen, braucht das Gehirn ein Bild des traumatisierten und abgespaltenen Kindes (s. Gerald Hüther – Die Macht der inneren Bilder; 2004), wobei unter „Bild“ nicht unbedingt ein visuelles zu verstehen ist, sondern eher eine „prägnante Gestalt“ der Erinnerung, ein konkret spezifiziertes Kind, das etwas Bestimmtes erlebt, gefühlt oder gedacht hat. Es muss verstanden sein, warum es diesem Kind so schlecht geht. Es ist jedoch nicht nötig, die furchtbaren Gefühle des Kindes noch einmal nachzuerleben; das haben komplexe Traumatisierte meist in Flashbacks und Alpträumen zur Genüge durchgemacht; jetzt geht es darum, das Leiden zu beenden. Es reicht aus, das Kind zu erkennen und zu würdigen, was es all die Jahre getragen und durchlitten hat, die TherapeutIn dafür als Zeugin zu haben, und es dann schnellstmöglich aus dem Trauma herausholen zu lassen, in dem es durch die Dissoziation immer noch fixiert ist. Für manche PatientInnen, die nur bruchstückhafte Erinnerungen haben, ist es wichtig, zu wissen, was genau passiert ist. Dann sollte dies mittels der modifizierten Beobachtermethode herausgefunden werden; dies ist sehr viel weniger belastend, wenn es *nach* der Rettung des betroffenen Kindes geschieht, so dass es tatsächlich wie ein alter Film erlebt werden kann, der nicht mehr triggert.

Wenn Traumatisierungen sich in ähnlicher Weise wiederholten, muss das jeweils früheste erinnerbare Kind in Sicherheit gebracht werden, womit alle späteren, die genügend Ähnliches erlebt haben, mit gerettet sind.

Ein Problem ist es, wenn die Erinnerung an das Trauma völlig fehlt (was lt. Michaela Huber in ca. 50 % der Fälle von kindlicher sexueller Traumatisierung so ist; [1998, mdl. Mitteilung]). Der Versuch, ein aus Symptomen, Träumen u. a. Anzeichen nur erahntes Kind retten zu lassen, ist leider zum Scheitern verurteilt: Es funktioniert nicht oder bleibt wirkungslos. In diesem Fall sollte man zunächst erin-

nerbare Kinder retten lassen, so dass das „versteckte“ ermutigt wird, sich zu zeigen, und dann, sobald die PatientIn dafür bereit ist, eine modifizierte Beobachter- und Screen-Technik anwenden, die durch mehrere Absicherungen die Angst der Erwachsenen vor dem abgespaltenen Teil erheblich reduziert. (Diese modifizierte Beobachtermethode: Die Erwachsene geht an ihren Sicheren Ort und schickt nur die innere BeobachterIn (, die alles cool registriert,) in die Praxis. Diese holt sich ideale HelferInnen zur Unterstützung, am besten jemanden, der Kraft gibt, und eine WächterIn, die gut auf die Dosierung aufpasst. Manchmal ist jemand mit einem Strahler günstig, um Licht ins Dunkel zu bringen. Zur weiteren Stärkung kann auch eine innere Ressource, z. B. liebe Großeltern, aktiviert oder das Sicherheitsgefühl in einem Körperteil fixiert werden. Dann wird quer durch den Praxisraum eine dicke Panzerglasschicht gezogen (PatientIn, TherapeutIn und HelferInnen auf einer Seite der undurchlässigen Schicht). Dahinter wird durch unsichtbare Helferhand ein in einer früheren Sitzung (durch die BeobachterIn) hergestellter Film eingelegt mit dem Abschnitt aus dem Leben der PatientIn, in dem das gesuchte Trauma vermutlich stattgefunden hat. (Wie immer bei der Screentechnik sollte das erste und das letzte Bild des Filmes ein positives oder mindestens neutrales sein). Auch bei diesem Vorgehen kommt die ausgeprägte Dissoziationsfähigkeit der Traumatisierten zu Hilfe: Die BeobachterIn fängt an, (oft günstig: von hinten rückwärts gehend,) den Film sehr langsam zu bewegen, bis sie zu einem Bild kommt, das mit dem Gesuchten in Zusammenhang steht. Manchmal nur ein Bild (oft zunächst von damaligen Traumafolgen), manchmal mehrere, je nachdem, wie viel auf einmal zu verkraften ist. Wenn es reicht, wird der Filmausschnitt in einen Tresor gelegt bis zum nächsten Mal, so lange, bis das Geheimnis aufgeklärt ist (was in manchen Fällen auch in einer Sitzung möglich ist). Nach Beendigung der Aktion sollte man nicht vergessen, die BeobachterIn wieder am Sicheren Ort sich mit der Erwachsenen verbinden zu lassen, den HelferInnen zu danken und die Praxis vom Panzerglas zu befreien.)

Es ist erstaunlich, wie viel Verschüttetes mit dieser Methode nach und nach ans Licht gelangen kann, und danach die entsprechenden Kindanteile in Sicherheit gebracht werden können. (Voraussetzung wie immer: Kein Täterkontakt).

Mit einiger Übung in der Rettungsmethode wird man feststellen, dass es oft sinnvoll ist, nicht nur traumatisierte Kinder, sondern auch Traumafolge-

kinder (z. B. mit „unerklärlichen“ Schulproblemen) und Kinder, die schwerwiegende, falsche Überzeugungen aufgrund der Traumatisierungen entwickelt haben, retten zu lassen.

Bei sehr schweren Traumata ist das Erlebnis häufig auf mehrere innere Kinder verteilt, die entweder chronologisch einen bestimmten Abschnitt des Geschehens tragen oder einzelne, kaum erträgliche Gefühle unter sich aufgeteilt haben.

Dann ist jedes dieser Kinder einzeln in Sicherheit zu bringen und der Ort vorher entsprechend einzurichten, z. B. muss es für ein Kind mit extremer Wut am Sicheren Kinderort einen Bereich geben, wo diese kindgerecht ausgedrückt werden kann, ohne dass jemand zu Schaden kommt. (Im Fall einer solchen Aufteilung verschmelzen manchmal mehrere gerettete Kindanteile spontan wieder zu einem, ähnlich wie in der Therapie mit DIS-PatientInnen). Natürlich lassen sich auch erwachsene Traumatisierte mit der Methode in Sicherheit bringen, wobei es manchmal günstig ist, für diese einen weiteren Sicheren Ort zu imaginieren oder zumindest einen deutlich abgegrenzten Teil am Kinderort. (Dies ist der Fall, wenn traumatisierte Kinder vor allen Erwachsenen Angst haben. Daher sollten diese dazu befragt werden).

Die Reihenfolge der zu rettenden Anteile ist meist nicht chronologisch, sondern wird von der Selbstheilungskraft der PatientIn bestimmt, die sich einerseits vom Leidensdruck, andererseits von der Verträglichkeit leiten lässt. Hier sollten sich PatientInnen ganz nach ihrem Gefühl richten (und im Zweifel immer abwarten).

2.3 Die HelferInnen

Die Idee, nicht selbst in die Tiefen des Traumas abtauchen zu müssen, sondern das betroffene Kind von jemand Starkem und Kompetentem herausholen zu lassen, trägt genügend Überzeugungskraft in sich, um sofort angenommen zu werden. Schwerer fällt es meist, sich ideale HelferInnen vorzustellen. (Bei sehr schweren Traumatisierungen kann man vorsichtshalber die innere BeobachterIn imaginieren lassen, da die Eigenschaften der HelferInnen Bezug auf die traumatisierten Anteile nehmen sollen, was manchmal bereits eine nicht ganz ungefährliche Nähe zu diesen erzeugt). Wenn den PatientInnen reale Personen als HelferInnen einfallen, empfehle ich, deren hilfreiche Seiten um weitere, ganz ideale Eigenschaften zu ergänzen und sie auch äußerlich zu verändern. Unabdingbar sind liebevolle Fürsorglichkeit und ideales Einfühlungsvermögen der HelferInnen, denn Kinder können oft nicht gut

ausdrücken, was sie brauchen, traumatisierte schon gar nicht. Und diese Kinder brauchen als Gegengewicht zum erlebten Grauen das absolut ideal und verlässlich Gute, um heilen zu können, die Gewissheit, dass ihnen nie wieder Unrecht geschehen wird und sie in vollkommener Sicherheit bleiben.

Viele komplex Traumatisierte haben so wenig Vertrauen in Menschen, dass sie lieber Tiere als Helfer nehmen (natürlich ideale, die sprechen können), oder Figuren aus der Mythologie, aus Märchen, Literatur, Film, Bibel etc. Je schlimmer das Erlebte, umso kraftvoller muss der/die HelferIn sein (trotz Traumatisierung durch Männer sollen die Helfer oft männlich sein, da Frauen als zu schwach erlebt wurden). Oft sind mehrere Helfer nötig, damit das Kind sich wirklich beschützt fühlt. Engel, Feen, Superman oder -girl und Pippi Langstrumpf sind sehr beliebte Helfer. Auf jeden Fall sollte jedes Kind einen eigenen Helfer haben, den es mit Niemandem teilen muss.

Auch bei den Helfern ist die konkrete, bildliche Vorstellung nötig, die die PatientIn ausführlich beschreiben soll. Die HelferIn bleibt nach der Rettung bei dem Kind und ist immer für es da, und zwar genau so, wie es das gerade braucht, denn er/sie ist per definitionem ideal.

Frau A. entschied sich, für die Rettungsaktion jeweils den Drachen Fuchur einzusetzen und das Kind am Sicheren Kinderort sich einen geeigneten Helfer von den vielen bereits vorhandenen Tieren aussuchen zu lassen.

2.4 Die Rettungsaktion

Das Wichtigste an der Aktion ist – was PatientInnen vorher eindrücklich erklärt werden muss –, dass die heutige Erwachsene während der Rettung nicht mit dem traumatisierten Kind in Berührung kommen soll, sondern erst, wenn es am Sicheren Kinderort angekommen ist. PatientInnen, die diese Schutzmaßnahme nicht ernst nahmen, oder aus Kontrollbedürfnis der Versuchung nicht widerstehen konnten, dem Helfer hinterher zu sehen, wussten dann aus eigener Erfahrung den Grund dafür: Es fühlte sich jedes Mal wie ein übelster Flashback an und hielt noch tagelang an.

Das Vorgehen bei der Rettungsaktion ist sehr strukturiert: Sobald alle vorbereitenden Bedingungen erfüllt sind (kein Täterkontakt, einigermaßen stabile äußere und innere Verhältnisse, beide Sichere Orte gut installiert, das zu rettende Kind identifiziert, (ein) passende(r) Helfer ausgedacht, die Stelle für das Kind am Sicheren Kinderort vorbereitet, der Ablauf der Rettungsaktion besprochen) und der

Zeitpunkt stimmt (von der PatientIn gewählt, nicht vor Therapiepausen oder bei äußeren Belastungen), bittet die TherapeutIn die PatientIn, an ihren Sicheren Ort für die Erwachsene zu gehen. Günstig ist es, die gesamte Aktion mit langsamem, parasympathischem EMDR nach David Grand zu begleiten, das nicht aktivierend, sondern beruhigend wirkt, z. B. mit leichtem Tapping auf die Knie. Das EMDR ist für die Rettungsmethode nicht zwingend notwendig, unterstützt aber die Wirksamkeit und bestärkt das Sicherheitsgefühl und den Halt gebenden Kontakt zur TherapeutIn.

Als Erstes gibt die PatientIn vom Sicheren Ort aus dem Helfer den Auftrag, das Kind aus dem Trauma herauszuholen, es an den Sicheren Kinderort zu bringen, dort bei ihm zu bleiben, ihm alle Bedürfnisse sofort zu erfüllen, und der Erwachsenen Bescheid zu geben, sobald das Kind angekommen ist. Sie selbst bleibt an ihrem Sicheren Ort, ohne das Rettungsgeschehen zu verfolgen, worin die TherapeutIn sie unterstützt, indem sie sich fortlaufend berichten lässt (anders als sonst beim EMDR), was die PatientIn gerade tut oder wahrnimmt. Man kann z. B. die Gelegenheit nutzen, um zu überprüfen, ob der Ort noch in allen Teilen stimmig ist und sich nichts Negatives eingeschlichen hat. Auf jeden Fall muss die Aufmerksamkeit der PatientIn eingefangen und am Sicheren Ort gehalten werden, eventuell unterstützt durch dort etablierte HelferInnen für die Erwachsene, denn die Versuchung, doch nachzusehen, wie der Helfer das Kind herausholt, ist groß. Wenn die TherapeutIn dies bemerkt, sollte sie nochmals betonen, dass der Helfer ideal ist, also auch ganz leicht das Kind befreien kann, und es nicht mehr lange dauern wird, bis sie am Sicheren Kinderort angekommen sind. Sobald sie den Sinn erkannt haben, gelingt es den meisten PatientInnen ganz gut, an Ihrem Sicheren Ort zu bleiben, allenfalls sind sie etwas angespannt dabei. Entweder bekommt dann die PatientIn ein Signal, oft einfach den Gedanken, dass Kind und Helfer gut gelandet sind, oder, wenn die Ungeduld sehr groß ist, kann die PatientIn an den Kinderort gehen und nachsehen, evtl. auch dort auf das Kind warten. Sobald klar ist, dass das Kind angekommen ist, wird die Erwachsene ermutigt, sich vom Erfolg der Rettungsaktion zu überzeugen, also von weitem oder auch nahem hinzusehen. Es ist für die PatientInnen sehr beglückend zu sehen, dass es dem „armen Würmchen“ sofort sehr gut geht; schlimmstenfalls ist es noch ein wenig erschöpft. Meistens haben sich die Kinder schon auf dem Weg erholt und fangen nicht selten sofort an, herumzutoben und sich auf verschiedenste Weise des Lebens zu freuen, wofür ih-

nen von den HelferInnen alle Möglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Manchmal wird die Erwachsene fast neidisch – dann sollte die TherapeutIn betonen, dass sie/er selbst es ist, der es als Kind jetzt so gut geht. Nach der Rettung kann die Erwachsene sich noch etwas an ihrem Sicheren Ort erholen, denn die Aktion bedeutet eine nicht zu unterschätzende psychische Anstrengung (manche PatientInnen legen sich danach zu Hause sofort schlafen), und dann erst wird das EMDR beendet. Insgesamt nimmt die Rettungsaktion nicht mehr als max. 15 Minuten in Anspruch und verläuft ausnahmslos erfolgreich, da die Helfer als ideal imaginiert wurden. Manche PatientInnen haben danach einen leichten Kopfschmerz oder ein Schwindelgefühl, ein Zeichen dafür, dass sich im Gehirn wirklich etwas verändert hat.

Der Entlastungseffekt ist meist sofort spürbar. Symptome, die mit dem geretteten Kindanteil verbunden waren, treten nicht mehr auf. Wenn in den Tagen danach Symptome auftreten, gehören sie zu einem nächsten Kind, das sich meldet, weil es auch in Sicherheit gebracht werden möchte. Wenn es identifiziert werden kann (anfangs oft erst in der nächsten Sitzung mit Unterstützung der TherapeutIn) und ihm Rettung versprochen wird, sobald es möglich ist, beruhigt es sich wieder, denn es weiß, dass auf die Erwachsene Verlass ist.

Nach einem halben Jahr stabilisierender, klärender und vorbereitender Therapie war Frau A. bereit, das erste innere Kind retten zu lassen. Weil es am bedürftigsten war, entschied sie sich für das Kind, das die erste ihr erinnerbare, sexuelle Misshandlung mit 7 Jahren trug, die den ersten Suizidversuch zur Folge gehabt hatte. – Auf Anweisung der Therapeutin ging Frau A. zunächst in der Vorstellung an den Sicheren Ort für die Erwachsene. Dann gab sie dem Helfer Fuchur den Auftrag, die kleine Siebenjährige aus ihrem Leid heraus zu holen, sie an den Sicheren Ort für die Kinder zu bringen, dort bei ihr zu bleiben und ihr alle Bedürfnisse zu erfüllen. Der Erwachsenen sollte vom Helfer ein Signal gegeben werden, sobald sie dort angekommen sind. Die Erwachsene bleibt während der gesamten Rettungsaktion an ihrem Sicheren Ort, sieht also bei der Rettung nicht zu, damit sie nicht kontaminiert und retraumatisiert wird von den extrem negativen Empfindungen des Kindes. Frau A. konnte bei dieser ersten Rettungsaktion ihr verständliches Kontrollbedürfnis nicht unterdrücken: sie sah dem Helfer hinterher, „rutschte“ dadurch ein Stück hinein in das Trauma und fühlte sich tagelang wie nach einem extremen Flashback. Danach wusste sie, worauf es ankam, und jede weitere Rettung verlief ohne Zwischenfälle sehr erfolgreich. (Auch das erste Kind war

glücklich angekommen, nur zahlte die Erwachsene einen eigentlich unnötigen Preis). Immer wenn ein Kind gerettet war (in größeren Sitzungsabständen), schaute die Erwachsene gleich oder später zum Kinderort hin, um sich zu überzeugen, dass es dem Kind gut ging. Oft hatten sich die Szenarien dort etwas verändert, weil die Kinder kreativ ihre Umgebung umgestalteten. Frau A. machte es z. B. große Freude zuzusehen, wie am Sicheren Kinderort ein traumhaft schöner und vielseitiger Spielplatz entstand.

2.5 Integration der Kindanteile

Um die Integration der traumatisierten Anteile zu unterstützen, kann man schon bei der Imagination der HelferInnen betonen, dass diese lediglich Bilder für die konzentrierte Selbstheilungskraft der Betroffenen sind. Auch soll ihr deutlich bewusst sein, dass der Sichere Kinderort sich in ihr befindet.

Langjähriger Erfahrung nach ist es für den Heilungsprozess nicht unbedingt notwendig, dass die PatientIn sich nach der Rettungsaktion bewusst öfter mit den geretteten Kindern beschäftigt. Sie kann die weitere Integration dieser Kindanteile auch dem Unbewussten überlassen. In beiden Fällen gibt es dauerhaft keine Symptome mehr. Den Kindern geht es bestens, sie sind und bleiben in Sicherheit und in idealer Obhut durch die HelferInnen, die ihre Sache „besser machen, als ich es je könnte“, wie eine Patientin sagte. Manchmal verändern sich die Kinder ein wenig, die ganz Kleinen werden sogar oft etwas älter. – So ist es nur eine Frage der Vorliebe, ob jemand Freude daran hat, sich mit diesen inneren Kindern zu beschäftigen, die lange Jahre wie Fremde in ihr / ihm existierten. Meistens reicht es der Erwachsenen jedoch aus, sich ein paar Mal davon zu überzeugen, dass es den geretteten Kindern weiterhin sehr gut geht. Dann kann sie sich in Ruhe den realen Möglichkeiten der Gestaltung ihres Erwachsenenlebens widmen, die durch die zunehmende Symptomfreiheit hinzugewonnen wurden. Die innere, ideale Kinderwelt versinkt nach einer (mehr oder weniger langen) Weile ins Unbewusste. Selbst dann geht jedoch von dieser „Gegenwelt“ zur traumatischen Vergangenheit eine lichte, sonnige, heitere Atmosphäre aus, die auch auf die Ich-Zustände der Erwachsenen abfärbt.

Nach und nach brachte Frau A. alle wichtigen, traumatisierten, inneren Anteile, – Kinder und Jugendliche –, an den Sicheren Kinderort und verlor dadurch kontinuierlich ihre PTBS Symptomatik. – Eines Tages gegen Ende der Therapie standen unvermittelt ihre Eltern im Reisebüro – sie war allein dort –, setzten sich an den

Counter und wollten einen Flug bei ihr buchen. Frau A. holte kurz Luft, sagte dann mit klarer, fester Stimme, dass sie sich an ein anderes Reisebüro wenden müssten, denn sie würde ihnen keinen Flug vermitteln, wandte sich ihrem Computer zu und sah die Eltern nicht mehr an, bis diese – offenkundig perplex – das Reisebüro verlassen hatten. Keine Panikattacke, kein Flashback, keine Depression – Frau A. jubelte über diesen souveränen Beweis ihrer Heilung.

3 Wirkungsweise

Bereits im ersten Vorgespräch für eine Traumatherapie kann man bei der Kurzbeschreibung der Methode die positive Wirkung auf die traumatisierten Anteile der PatientInnen ablesen: Selbst wenn ängstliche, innere Kinder und die misstrauische Erwachsene zurückhaltend bleiben, leuchten die Augen der Traumatisierten auf, denn dass Rettung möglich ist, ist das Beste, was sie seit damals gehört haben. Sie spüren, dass die TherapeutIn aus Erfahrung spricht, und realisieren auch, dass sie sich zeigen müssen, um gerettet zu werden, was sie manchmal sofort tun (z. B. durch Weinen), ohne dass Überflutung droht, denn sie bekommen das Versprechen, in Sicherheit gebracht zu werden („erlöst“ zu werden, wie eine Patientin sagte), sobald es möglich ist, wodurch sie sich beruhigen.

Es sind fünf Prinzipien, auf denen die große Wirksamkeit der Methode beruht:

- ❖ Durch die Beteiligung der Spiegelneuronen gehen im Gehirn praktisch die gleichen Prozesse vonstatten, wenn wir etwas tun, wenn wir andere dabei beobachten oder wenn wir dasselbe in der Vorstellung tun. So ist es möglich, die durch traumatische Erlebnisse abgespaltenen Kindanteile, die noch heute das Trauma mit allem Leid lebendig halten, in der Vorstellung retten zu lassen. Die Dissoziation bewirkt ja, dass der abgespaltene Teil nicht verarbeitet werden kann, also fast unverändert im Gehirn bestehen bleibt, so dass die HelferInnen die inneren Kinder von einem, dem traumatischen, inneren „Ort“ zu einem neuen, ideal heilsamen, geschützten Ort bringen können. – Dies beendet auch die jahrzehntelange Diskussion darüber, ob Heilung in der Psychotherapie möglich ist oder nur Zorn und Trauer über vergangenes Unglück: Durch positives Imaginieren ist tatsächlich Heilung zu erreichen, wenn auch oft nicht so einfach, wie es hier in der abstrahierten Beschreibung vielleicht klingt.

- ❖ Durch den gezielten Einsatz der gesteigerten Dissoziationsfähigkeit von Traumatisierten wird Retraumatisierung vermieden, zum einen durch die zwei separaten Sicheren Orte, zum anderen durch das konsequente getrennt Halten der Erwachsenen und des traumatisierten Kindes während der Rettungsaktion. Dies ist der schwierigste, wichtigste und innovativste Teil der Methode, der sehr aktiv von der TherapeutIn unterstützt werden muss.

- ❖ Da die neuronalen Netzwerke des Gehirns assoziativ angeordnet sind, ist es möglich, durch das Retten des zentralen Kerns eines Netzwerks, d. h. die erste entsprechende traumatische Erfahrung, alle weiteren, genügend ähnlichen, assoziativ mit zu heilen. Zum Glück findet Generalisierung nicht nur bei Symptomen statt, sondern auch in der Heilung, so dass die Rettungsmethode auch funktioniert, wenn nur eine Annäherung an das erste Erlebnis gelingt.

- ❖ Durch die Konzentration der Selbstheilungskraft in Form von als ideal imaginierten HelferInnen werden die traumatisierten Anteile geheilt, und zwar offensichtlich weniger nach der Rettung als direkt während bzw. durch das In Sicherheit Bringen, abzulesen am sofortigen Wohlergehen der geretteten Anteile nach der Aktion. Dass dies so schnell möglich ist, obwohl diese Kindanteile grauenhafte Gefühlserinnerungen trugen und oft jahre- oder jahrzehntelang durch quälende Symptome auf sich aufmerksam machten, ist im positiven Sinne genauso erstaunlich, wie es vorher schrecklich war, dass oft einige wenige Minuten von Traumatisierung ein ganzes Leben in all seinen Facetten beeinträchtigen, behindern und überschatten konnten.

- ❖ Da die in Sicherheit gebrachten Kindanteile am Sicheren Kinderort bleiben (bewusst oder unbewusst), führt die Rettungsmethode zu dauerhaft wirksamer Beruhigung und Heilung des Persönlichkeitssystems.

Gerald Hüther, 2005 von mir befragt, was während einer Rettungsaktion im Gehirn wohl passiert, beschrieb, dass die Verbindung zu den neuronalen Netzwerken, die die Traumaerinnerung beinhalten, gekappt wird und eine neue Verknüpfung zu bestehenden Netzwerken mit dem Konzept ‚Sicherheit‘ hergestellt wird, die selbst bei sehr früh Traumatisierten zumindest im Frühstadium der Schwangerschaft, sobald Sinnesorgane und Gehirn ausgereift waren, entstanden sind.

Diese Beschreibung lässt sich aus Therapieerfahrung illustrieren: Einige PatientInnen kehrten eine

Zeit nach der Rettung spontan nochmals innerlich an den Ort der Traumatisierung zurück und ergötzen sich an dem dummen Gesicht der Peiniger, die plötzlich ohne Opfer dastanden...

Auch wenn die beschriebene Methode erstaunlich erfolgreich ist, bleibt Therapie mit komplex Traumatisierten eine Herausforderung, – schon deshalb, weil meist sehr viel mehr innere Kindanteile abgespalten wurden, als in maximal 100 von der Kasse bewilligten Sitzungen mit der notwendigen Vorbereitung zu retten sind. Daher ist es sinnvoll, gegen Ende der Therapie mit den PatientInnen zu üben, die Rettungsmethode und auch die Täterintrojektübung selbst durchzuführen. Sobald die wesentlichen Traumakinder integriert sind, ist dies nicht mehr so schwer und fördert weiter die Autonomie der PatientInnen. Solange noch schwere Traumatisierungen unverarbeitet sind, ist es besser, die Methode im geschützten Rahmen einer Traumatherapie anzuwenden.

Abstract

The Rescue of Inner Children – A Method of Imaginative Trauma Therapy

A very gentle method of trauma processing with complex early, especially sexual traumatization is described, that does not apply trauma exposition, but makes use of the ability of dissociation of early

traumatized patients for rescuing the afflicted child parts without retraumatization, so that they can heal. This is achieved by imagining a second Inner Safe Place for child parts, separate from the Safe Place of the adult. In well prepared rescuing acts the traumatized „children“, one after the other, are brought to their Safe Place, not by the adult, but by imagined ideal helpers, who stay with them and give them ideal support. By this proceeding the traumatized parts do not contaminate the adult, and after the rescue they immediately do not cause symptoms any longer, not even in contact with triggers, but are really healed and integrated. As we got to know some time ago, we owe these possibilities to the mirror neurons of our brain.

Literatur

- Grand, David: Emotional Healing at Warp Speed; The Power of EMDR; USA 2003
- Huber, Michaela: Wege der Trauma-Behandlung; Paderborn 2003
- Huber, Michaela: Der Innere Garten; Paderborn 2005
- Hüther, Gerald: Die Macht der inneren Bilder; Göttingen 2004
- Reddemann, Luise: Imagination als Heilsame Kraft; Stuttgart 2001
- Reddemann, Luise: Psychodynamische Imaginative Traumatherapie; PITT – Das Manual; Stuttgart 2004
- Shapiro, Francine: EMDR – Grundlagen und Praxis; Paderborn 1998

© by Gabriele Kahn 2007
gkahnpraxis@versanet.de

