

¹Nur einen Schrei von Glück entfernt?!

Chancen und Risiken der Bonding-Psychotherapie mit traumatisierten Klient/innen

Ute Schreckenbergs und Daniela Feuerhaks

Einleitung [U.S.]*

Eine wesentliche Orientierung, um mit unseren Klienten und Klientinnen² zu arbeiten und in diesem Fall mit traumatisierten Menschen, erhalten wir, wenn wir auf **ihre** Stimmen achten. Ich möchte Sie mit einem Beispiel einstimmen, mit einem Gedicht, das ich in dem das Buch „Trotz allem“ (Bass/Davis) gefunden habe:

Für Neil, weil Du gefragt hast... von Krishnabai

*Unruhe, lange meine Feindin
besucht mich oft,
in langen weiten Röcken,
in denen ihre Kinder sich verstecken.
Sie kriechen hervor,
wenn ich ihnen den Rücken gewandt habe.
Sie versuchen, mich zu holen.*

*Der Älteste, Angst,
ist stark und grausam.
Er springt auf meinen Rücken,
die Arme um meine Kehle,
schreit furchtbare Dinge in mein Ohr,
und auf schnellen Füßen spring ich
aus dem Fenster,
schreiend die Straße hinunter
in das Dunkel der Nacht hinein,
und erst viel später kehre ich zurück,
zerlumpt, weinend, allein.*

*Und willst Du mir helfen,
wenn Angst mich in Griff hat:
beweg` dich sanft,
als gingst du auf einen Schmetterling zu
mit warmen, ruhigen Augen,
bewahr` dein Gleichgewicht,
bleib raus aus meiner Panik
und falls wir irgendwann
diesen sicheren Ort erreichen - halt mich bloß fest.*

1 Die Autorenschaft der einzelnen Vortragsabschnitte sind durch die Anfangsbuchstaben unserer Namen Daniela Feuerhak = D.F., Ute Schreckenbergs = U.S. gekennzeichnet

² Zur besseren Lesbarkeit wechsele ich zwischen männlicher und weiblicher Form ab.

Dieses Gedicht spiegelt die Sehnsucht nach Verstanden werden, nach Raum, der nötig ist, um Vertrauen zu entwickeln, nach haltenden und heilenden Beziehungen. Die Aussage spiegelt auch die Motivation unseres Teams des Dan-Casriel-Instituts, unseren Blick auf traumatisierte Klienten zu verändern.

Über viele Jahre hinweg hat das Konzept unseres therapeutischen Teams wichtige Veränderungen durchlaufen, mehr in Form von Evolution als Revolution. Daran waren zahlreiche Einflüsse beteiligt:

Unsere Beobachtungen aus der Praxis mit traumatisierten Klienten, traumatherapeutische Weiterbildungen, Einflüsse der Bindungsforschung, Erkenntnisse aus der neueren Psychotherapieforschung und Resilienzforschung sowie die Erfahrungen aus weiteren Arbeitsfeldern und Therapieausrichtungen.

Unser Anliegen ist es, dass traumatisierte Klientinnen von den Möglichkeiten der Bonding-Psychotherapie profitieren. Das Risiko, dass sie in einem retraumatisierenden Setting von Traumamaterial überflutet werden, trachten wir zu minimalisieren.

Wir machen die Beobachtung, dass unsere Konzeptveränderungen insgesamt die therapeutischen Optionen in der Gruppe bereichern.

Wir sind dankbar, einige Aspekte unserer Arbeit hier auf der Konferenz vorstellen zu können. Es ist mir eine besondere Freude, das gemeinsam mit meiner Kollegin Daniela Feuerhak zu machen.

Wir arbeiten sehr eng zusammen und haben aus unseren Erfahrungen im Wesentlichen ähnliche Rückschlüsse gezogen.

Wir werden im Anschluss an diesen Vortrag Kurz- Demonstrationen von Annäherungs- und modifizierten Bondinghaltungen geben.

Diskurs zur veränderten therapeutischen Haltung [D.F.]

Als ich Anfang der neunziger Jahre als Klientin und wenige Jahre später als Therapeutin den Bonding-Prozess kennen gelernt habe, kam die weitaus größte Anzahl der Klienten sowohl in den Kliniken als auch in den psychotherapeutischen Intensivphasen der privaten Institute aus dem Umfeld des 12 Schritte Programms. Es galt das Paradigma der Abstinenz vom süchtigen Ausagieren, und damit verbunden der ehrliche Umgang mit den eigenen süchtigen Strukturen und die offene Konfrontation mit dem Gegenüber (entsprechend dem Richard Beauvais Text). Die therapeutische Gemeinschaft als Korrektiv, aber auch als Ort für korrigierende Beziehungserfahrungen war der zweite wichtige Grundpfeiler der Arbeit und die emotionale Arbeit der dritte.

Und für viele der Klienten, auch für solche mit traumatischen Vorerfahrungen, war das ein guter Ansatz. Andere wurden labilisiert und wir Therapeuten blieben zurück mit dem bitteren Wissen,

trotz aller Bemühungen diesen Menschen eher geschadet als genutzt zu haben und die Verläufe, die zu einer negativen Prognose führten, nicht wirklich vorhersehen oder nachvollziehen zu können. Als Konsequenz nannten geschätzte Kollegen komplexe Traumata als Kontraindikation für Bonding-Psychotherapie.

Für uns hätte das bedeutet, Klientinnen, zu denen wir teilweise jahrelang gewachsene Beziehungen aufgebaut haben, aus dem therapeutischen Gruppenprozess zu entlassen. Soweit wollten wir (die Kollegen und Kolleginnen des Dan Casriel Institutes) nicht gehen, denn wir wussten, dass wir damit ihre verletzbarste Seite getroffen hätten. Und wir erlebten außerdem neben Krisen viele positive Entwicklungen. Es ging uns nicht darum, die passenden Klienten für unseren bondingtherapeutischen Ansatz zu finden, sondern die Methode den besonderen Bedürfnissen unserer Klienten anzupassen. Wir suchten nach Vereinbarkeiten und fanden neue Wege. Was uns neue Perspektiven ermöglichte, waren die Erkenntnisse der neueren Bindungs-, Resilienz- und Traumaforschung.

Dieses neue Wissen ermöglicht es uns, innerpsychische Abläufe besser nachzuvollziehen. Und sie verleihen dem bindungsorientierten Ansatz, den wir verfolgen, besondere Relevanz. Ich spreche im Folgenden von der weitaus größten Anzahl unserer Klienten; denen nämlich, die bindungstraumatisiert sind. Wir haben es zunehmend mit Menschen zu tun, (und hatten das, ohne es so zu benennen, wahrscheinlich schon immer) die in früher Kindheit dort größte Verletzungen erfahren haben, wo sie eigentlich Schutz erfahren sollten. Sei es durch dauerhafte körperliche, sexuelle oder seelische Gewalt, sei es durch die ständige Vernachlässigung ihrer körperlichen, emotionalen oder geistigen Bedürfnisse. Da Kinder biologisch gezwungen sind, sich annähern zu müssen, sind in diesem Fall Bindungs- und Verteidigungssystem gleichzeitig aktiviert. Der „sichere Hafen“ ist gleichermaßen „vermintes Gebiet“. Traumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene haben daraus resultierend destruktive Bindungsmuster und dysfunktionale Stressbewältigung gelernt – und sie hängen daran. Sie haben eine körperlich bedingte geringe Stresstoleranz sowie deutliche Defizite in der Fähigkeit zur emotionalen Steuerung und Selbstberuhigung. Bindungsgestörte sind vulnerabler. Wenn wir Klienten mit solchen Erfahrungen angemessen begegnen wollen, müssen wir die Dynamik von traumatisierenden Bindungen und die Auswirkungen von jahrelanger chronifizierter Traumatisierung kennen und einschätzen lernen.

Traumatisierung – Definition und Verständnis über die Folgen [U.S.]

Wir verwenden den Begriff Psychotrauma nicht allgemein für verletzende oder belastende Erfahrungen. Den Begriff Psychotrauma reservieren wir für eine lebensbedrohliche Erfahrung, welche Dr. Michaela Huber, eine deutsche Psychotraumatologin, die „Traumatische Zange“ nennt. Sie umfaßt drei Kriterien:

1. überflutende Angst (Todesnäheerlebnis)
2. Ausgeliefertsein (nicht entfliehen können)
3. Ohnmacht (nicht dagegen kämpfen können)

Die Psychotraumatologie hat uns gelehrt, dass traumatische Erfahrungen nicht in unser „Gedächtnisarchiv“ gespeichert werden, wie es für andere Erfahrungen selbstverständlich ist. Traumaerfahrungen mit den dazugehörigen Affekten bleiben häufig isoliert und abgespalten. Ich erkläre das meinen Klientinnen anhand eines Bildes: Die traumatischen Erfahrungen zerspringen wie Glas in Scherben und wirken als zerstückelte Teile ohne bewussten Zusammenhang zur ursprünglichen Erfahrung weiter. Die neurobiologische Forschung hat uns dafür interessante Erklärungen geliefert, die ich hier nicht vertiefen möchte. Wichtiger im Zusammenhang unseres Themas ist die Frage:

Welche Auswirkungen hat Traumatisierung für die Betroffenen und was bedeutet das für uns in der Bonding-Psychotherapie?

Physiologisch sind traumatisierte Menschen dünnhäutig und häufig schnell überreizt, mit all den Facetten, die uns als PTBS bekannt sind. Diese Vulnerabilität ist keine gute Voraussetzung für eine emotionsfokussierte Körperpsychotherapie wie die Bonding-Psychotherapie.

Fragmente dieser lebensbedrohlichen Erfahrungen sind leicht triggerbar durch spezifische Kontaktkonstellationen, bestimmte Worte, Stimmen, Gerüche..... Es kommt dann zur Wiederbelebung von Traumamaterial in Form von emotionaler Überflutung, Flash-Backs, Körpersensationen. Dies wird nicht als Erinnerung erlebt, sondern als ob die ursprüngliche traumatische Einwirkung genau jetzt wieder geschieht. Häufig wird diese Überflutung erneut durch eine erlösend wirkende Dissoziation gestoppt. In diesem Zustand können Traumatisierte nicht zwischen Vergangenheit und Gegenwart unterscheiden. Es erreicht sie in diesen Phasen nicht, wenn wir ihnen kognitive Korrekturen wie „Es ist vorbei“ anbieten. Im Gegenteil, manche von ihnen empfinden das als Schuldzuweisung oder sogar als Hohn, denn sie **erleben** gerade nochmal die Vergangenheit.

Die Überlebensmuster, so schädlich sie uns auch als Abwehr erscheinen, dürfen wir nicht vorschnell zu beseitigen trachten.

Ich konkretisiere das anhand beispielhafter Risikofaktoren, die wir beobachten :

- **Größerer interaktiver Druck** z. B. durch Körpernähe, Ermutigung zu lautem emotionalen Ausdruck und Konfrontationen zwischen Gruppenmitgliedern bewirkt bei Psychotraumapatienten keine Abwehrreduktion, sondern birgt die Gefahr des Rückfalls in frühere Psychotraumazustände.

- **Diffuse Grenzen der Traumatisierten:**

Ermütigung zu Körpernähe und zum Lauter-Werden kann als Gruppenevase und/oder als Gruppendruck erlebt werden. Anpassungsleistungen in Form erneuter Grenzüberschreitungen und/oder antiphobisches Verhalten können die Folge sein. Ich vermute, wir alle kennen Situationen wie diese: Der Klient agiert im Sinne von: "Augen zu und durch!". Was aber passiert: Ein Teil des Klienten schreit, während ein anderer häufig dissoziierter Anteil panisch im Seelenkeller sitzt. In diesem Fall: Keinen Schrei vom Glück entfernt, um Bezug auf unseren Vortragstitel zu nehmen.

- **Brüchigkeit im Selbsterleben von Traumatisierten**

Bei traumatisierten Menschen erleben wir oft, dass sie sich nicht existent, nicht wirklich fühlen. „Manchmal denke ich, ich bin ein Zombie“, so drückte es eine Klientin auf. Chronisch Traumatisierte haben in hohem Maße Traumaüberzeugungen und schädigende Täterintrojekte verinnerlicht („Ich bin nichts“, „Ich bin für den Müll“, „Ich habe es verdient“, „Ich bin Schuld“ etc).

Konfrontation mit neuen heilenden Einstellungen und Wahrheiten bringen in der Regel massive innere Konflikte mit sich. Wenn meine Bindung als Kind zu wichtigen Bezugspersonen tief gestört, verunsichert oder sogar chaotisch ist, dann brauche ich umso mehr etwas Verbindendes, weil ich als Kind ohne Bindung nicht sein kann. Wenn ich dann auf mich mit dem Blick meiner misshandelnden Eltern schaue und deren Einstellungen über mich übernehme, verbindet mich das mit ihnen. Dies ist ein unbewusster Vorgang, um Bindung zu sichern. Die Überlebensstrategie, die hinter der Entwicklung von Täterintrojekten steckt, macht es notwendig, traumatisierten Menschen viel Zeit und Behutsamkeit für die Entwicklung neuer Selbstkonzepte anzubieten.

- **Der häufige, meist wenig reflektierte Wechsel von Bondingpartnern** bietet bindungstraumatisierten Menschen keine ausreichende Vertrauensbasis und fördert ungeklärte Projektionen und Spaltung.

Die aufgezeigten Risiken haben zu Erweiterung unseres Konzeptes geführt:

1. Einbeziehung des traumatherapeutischen Paradigmas und traumatherapeutischer Methoden
2. Fokus auf Resilienzförderung und korrigierende Beziehungserfahrungen
3. Veränderungen im Setting, um äußere Sicherheit zu etablieren
4. Annäherungsübungen, modifizierte Haltepositionen, modifizierte Konfrontationsregeln

Was bedeuten uns diese einzelnen Aspekte?

Einbeziehung des traumatherapeutischen Paradigma und Methoden

Wir beziehen uns hier auf die stabilisierenden Aspekte der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Dr. Luise Reddemann. vielen von Ihnen sicher bekannt.

Voraussetzung ist eine klare therapeutische Struktur und eine transparente, nicht konfrontierende therapeutische Beziehung. - Zumindest in den Anfängen der Beziehungsgestaltung ist die Konfrontation auf das Notwendigste reduziert. Wichtige methodische Aspekte sind das Erlernen von Techniken, überflutende Emotionen zu steuern, und eine ressourcenorientierte „Therapie auf der inneren Bühne“. Letztere beruht auf stärkende, unterstützende und heilende Vorstellungen, der sogenannten Imaginationen. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Arbeit mit „dem Inneren-Kind“ bzw. mit „Jüngeren Ichs“ oder umfassender gesagt, mit verschiedenen Ego-States (Ich-Zuständen). Immer geht es darum, eine Distanzierung vom Traumaerleben, Steuerungsfähigkeit und mehr Selbstfürsorge zu entwickeln.

Eine wichtige Rolle spielt dabei die Psychoedukation. Wir versuchen, die verwirrenden und bedrohlichen Erfahrungen, die unsere KlientInnen gemacht haben, in ein Erklärungs- und Interpretationsschema einzuordnen.

Daniela wird das konkretisieren.

Resilienzfördernde Faktoren der Bonding-Psychotherapie und das veränderte Setting [D.F.]

Die psychische Widerstandskraft eines Menschen entwickelt sich im Wesentlichen auf dem Hintergrund seiner frühen Beziehungserfahrungen. Langzeitstudien haben jedoch gezeigt, dass unter bestimmten Umständen auch negative Prognosen zu einem guten Ausgang führen.

Maßgeblich sind in diesem Zusammenhang die Förderung ressourcenorientierter Aspekte der Persönlichkeit und deren positiver Verstärkung aus der Umwelt.

Das bedeutet für unser Setting im Wesentlichen folgendes. Wir müssen zunächst äußere Sicherheit herstellen. Im Vorfeld heißt das, dass wir eine deutlich ausgeprägte Anamnese machen, das bedeutet mehr telefonische Vorgespräche, längere Eingangsrunden (zum Leidwesen der „Alten“) komplexere Fragebögen, detaillierte Auswertung. Das bedeutet auch, dass wir uns flexibler auf die Bedürfnisse unserer Klienten einstellen, was ihr besonderes Bedürfnis nach Schutz, Rückzug und körperlicher Unversehrtheit betrifft und entsprechende Bedingungen schaffen. Sei es, dass wir vermehrt in Kleingruppen arbeiten, ruhige entlastende Methoden aus der inneren Kind Arbeit integrieren und/oder individuelle Vereinbarungen über Pausenzeiten oder Auszeiten von der Gruppe vereinbaren. Wir sind so gut wir vermögen feinfühlig, emotional aufrichtig und (langfristig) verlässlich. Wir achten darauf, dass das Setting Raum für individuelle Begegnungen lässt, bei Bedarf vor und nach einem Workshop, in jedem Fall aber währenddessen. Das bedeutet, dass wir heute mit deutlich kleineren Gruppen (maximal 16 Personen bei zwei Therapeuten) arbeiten.

Wenn der Kontakt abbricht, knüpfen wir an die unterbrochene Kommunikation an. So können Klienten, die das nie erlebt haben, Erfahrungen von Kontinuität von Beziehung machen.

Wir rekonstruieren gemeinsam Geschichte, geben Geschehenem Sinn, forschen nach hilfreichen Menschen in der Biografie, nach Erfahrungen von Zuversicht, Selbstkompetenz und Selbstvertrauen. Und wir entwickeln gemeinsame kohärente Geschichten und füllen sie mit positiven emotionalen Inhalten. Wo es sinnvoll ist, korrigieren wir mit Hilfe traumatherapeutischer Interventionen alte Erfahrungen. Wir erklären mehr als früher, weshalb wir etwas tun, geben den Köpfen unsere Klienten mehr Nahrung, damit sie zuordnen können, was geschieht. Wir lassen sie ihre Erfahrungen mehr in Worte fassen, damit sie integriert werden können und wir üben mit ihnen mit Gefühlen in Kontakt zu gehen und sie steuern zu lernen, ohne von ihnen überflutet zu werden. Vor allem fokussieren wir nicht mehr auf den emotionalen Ausdruck, die Katharsis, sondern auf die behutsame Annäherung an die eigenen Gefühle. Erst wenn im übertragenen Sinne „alle Mann an Bord sind“, das heißt alle Ich-Anteile sicher sind, bzw. an einem sicheren inneren Ort „gebracht“ sind, beginnen wir mit dem emotionalen Ausdruck. Im Kontakt zum Gegenüber, auch wenn dieser nicht unbedingt körperlich sein muss.

Wenn sich dissoziative Zustände, Überflutung oder Abreaktionen anbahnen und der Kontakt zum Partner nicht gehalten werden kann, unterbrechen wir emotionale Prozesse behutsam und reflektieren das Geschehen gemeinsam mit beiden beteiligten Klienten. Entgegen früherer Einschätzungen, gibt das Erleben des Haltenden nicht nur Hinweise auf das Übertragungsgeschehen, sondern darüber hinaus hat die Beziehungsdynamik für beide Beteiligten Relevanz.

Heilsame Bindungen sind wachstumsorientiert, ermutigend, verlässlich, fördern Individualität und den Gemeinsinn.

Deshalb achten wir sehr darauf, dass Begegnungen in der therapeutischen Gemeinschaft so gestaltet werden. Als hilfreiches Korrektiv haben wir unter anderem eine modifizierte Form der Konfrontation gewählt, die es ermöglicht, mit dem anderen konflikthafte Material zu thematisieren, ohne in Anklagen, Manipulation, Bewertungen und Übertragungen stecken zu bleiben. Wenn ein solcher Prozess gelingt, hat man es am Ende mit verantwortlichen Erwachsenen zu tun, die respektvoll mit dem anderen sein können, und gleichzeitig den Aspekten des Inneren Kindes Schutz gewähren.

Resilienz kann man lernen. Sie ist das Endprodukt eines Prozesses, der Risiken und Stress nicht eliminiert, der es dem Menschen aber ermöglicht effektiv damit umzugehen. Oder, um es mit den Worten von Albert Camus zu sagen:

***Mitten im Winter habe ich erfahren,
dass es in mir einen unbesiegbaren Sommer gibt.***

Alternative Haltemethoden [D.F.]

Gerade Menschen mit grenzüberschreitenden Erfahrungen, sowohl seelischer als auch körperlicher Art, fühlen sich durch unsere klassische Mattenhaltung leicht überrollt. Nicht nur sexuell missbrauchte Menschen (obwohl wir es bei denen als erstes erkannt haben), reagieren häufig panisch darauf, wenn sich ein fremder Mensch ziemlich unvermittelt auf sie legt. Und das gilt für sowohl die begleitende wie die aktive Rolle. Wir bieten neben dem „Stop“, was nicht jeder Traumatisierte sagen kann, also von Anfang an alternative Haltepositionen oder Kontaktangebote an. Dazu zählt die klassische Haltematte im Sitzen, die sich gerade für Prozesse des Nachnährens anbietet. Hier, wie bei jeder anderen Matte muss sichergestellt sein, dass der Haltende seine Rolle gut und mit hoher Präsenz ausfüllen kann. Eine weitere Option, gerade für Menschen mit einem anklammernden Bindungsstil ist die Distanzierungsmatte; in diesem Fall beginnt die Matte in der Nähe und der Haltende macht Erfahrungen mit seinen Gefühlen und Gedanken, wenn er sich trennt. Wieder andere Matten, z.B. bei sehr misstrauischen Menschen und solchen mit einem, immer aus gutem Grund, ablehnenden Bindungsstil oder keinem Bindungsverhalten beginnen in weitem Abstand. Ähnlich der Annäherungsübung arbeitet man hier mit Gedanken, Gefühlen und Impulsen, wenn das Annäherungsbedürfnis aktiviert ist. Ziel ist die Erfahrung, nicht der abschließende Körperkontakt. Wir arbeiten mit Haltepositionen, wie sie Kinder verschiedener Altersklassen bevorzugen würden; liegend mit dem Kopf auf dem gluckernden Bauch bei Regressionen in frühe Ich-Anteile, sitzend nebeneinander für die Älteren. Mehr denn je fragen wir nach den Impulsen unserer Klienten und so haben wir eine Vielzahl von Alternativen erlebt. Wir begleiten die Mattenerfahrungen durchaus über einen langen Zeitraum, um unsere Klienten zu sichern und um die Dynamik der Matte gut zu verstehen. Wir bieten häufig entlastende, wenig bedrohliche Halteerfahrungen an und intervenieren stärker. Wenn wir wissen, dass Lautstärke ein Katalysator für Flashbacks ist, teilen wir die Gruppe in eine laute und eine leise Gruppe. Vor allem drängen wir nie auf emotionalen Ausdruck; wir machen im Gegenteil die Erfahrung, dass auch für unsere nicht traumatisierten Patienten entscheidende Bindungserfahrungen sich in der Stille vollziehen. Das heißt natürlich nicht, dass bei uns alle leise sein müssen; wir wollen nur alle Ich Anteile mit im Boot haben.

Beispiele aus der Praxis [U.S.]

Um deutlich zu machen, wie die Integration traumatherapeutischer Stabilisierung in der therapeutischen Begleitung an der „Matte“ aussehen kann, möchte ich Ihnen zwei Fallbeispiele von bondingtherapeutischen Prozessen geben.

Das traumatisierte Kinder-Ich schützen

Kathrin (Name verändert) leidet unter schwerwiegenden Folgen von wiederholten sexualisierten

Gewalthandlungen des Großvaters. Sie ist, als wir sie kennenlernen, in traumatherapeutischer ambulanter Begleitung bei einer Kollegin, die die Bonding-Psychotherapie kennt. Nach traumatherapeutischer Stabilisierung in der ambulanten Therapie nimmt Kathrin nach Absprache mit ihrer Traumatherapeutin wiederholt an unseren mehrtägigen bondingtherapeutischen Intensivphasen teil.

Im ersten Zeitraum macht sie auf der „Matte“ nährende fürsorgliche tröstende Halterfahrungen in sitzender Position.

In der folgenden Sequenz geht es um einen dosiert aufdeckenden Prozess, stabilisiert durch eine traumatherapeutisch unterstützende Imagination.

Kathrin kommt auf der Matte in Kontakt mit immer deutlicher werdenden Wut über das erlittende Leid und dem Impuls, diese zum Ausdruck zu bringen. Ihr versagt die Stimme, sie bringt nichts raus, die Kehle verkrampft sich. Dies kennt sie aus vorangegangenen Sitzungen. Auf meine Intervention hin findet sie heraus, dass in der Kehle die Energie des „kleinen panischen Mädchen“ sitzt, das vom Großvater unter Schweigedruck gesetzt war. Diese Kleine hat massive Angst vor Bestrafung, wenn sie jetzt laut würde. Ich will diese Angst mit Argumenten nicht beschwichtigen, das hieße, diesen Aspekt der Kinderseele erneut allein zu lassen, noch will ich sie in einen Prozess leiten, der die Angst verstärkt. Das könnte überflutend werden.

Ich frage die Klientin, ob es für sie damals einen Ort gegeben hätte, wo sie sicher gewesen sei. „Ja bei dem anderem Opa, der hätte so etwas nie getan, der hat mich geliebt, da war ich immer sicher!“ Berührt von der Erinnerung bringt Kathrin in ihrer Vorstellung das kleine Mädchen zum geliebten Opa. Wir vergewissern uns, dass sich das Mädchen dort wohl und sicher fühlt. Auf meine Frage, ob sich in der Kehle etwas verändert hätte, stellt Kathrin fest, dass diese jetzt ganz frei ist. Ermutigt kann sie nun in der klassischen Bondinghaltung im Liegen mit dem Schutz der Partnerin ihrem erwachsenen Zorn über das erlittene Leid mit starker Vehemenz und Tiefe Ausdruck geben. Danach fühlt sie sich befreit und froh und prüft, wie es ihrem „inneren Kind“ geht. Dieser Persönlichkeitsanteil der Kinderseele hat sich die ganze Zeit beim Opa beschützt und umsorgt gefühlt.

„Eine Ahnung von Zuversicht“

Jennifer (Name verändert) hat wegen wiederholter depressiver Episoden, damals schwer, sowie Symptomen einer chronifizierten PTBS wie Panikattacken, permanent hohe Körperanspannung, emotionale „Flash-Backs“ im Wechsel mit emotionalem Erstarren und suizidalen Gedanken eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik hinter sich. Dort hat sie die Bondingpsychotherapie kennengelernt. In der Folge nahm sie an mehreren mehrtägige Bonding-Intensivphasen teil.

Sequenz aus der gruppentherapeutischen Intensivphase:

Jennifer wird zunächst liegend in der klassischen Bondingposition von ihrer Partnerin gehalten. Sie

erlebt zum wiederholten Male die Leere und Hoffnungslosigkeit, das Ausgeliefert-Sein als 12jährige in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie war damals aufgrund von Magersucht eingeliefert worden. Die Therapie beschränkte sich auf zum Teil mit Drohung vermischten Appellen, doch wieder „vernünftig“ zu essen. Die ständig vorhandene dumpfe Verzweiflung und resignierte Depression aktualisiert sich jetzt auf der Matte. Sie rückt immer deutlicher in den Fokus. Jennifer fühlt sich tot und empfindungslos. Sie spürt keinen Kontakt zur Partnerin.

Ich erinnere Jennifer an einen Krankenpfleger, von dem sie erzählt hat, der anders war. Ein Hauch von Lichtblick, jedoch der Pfleger hatte nicht die Macht, die ärztlichen Maßnahmen zu verändern. Jennifer wird von mir angeregt, in der Vorstellung den Pfleger mit mehr Macht auszustatten, so dass er die Zwölfjährige aus der Psychiatrie hinaus und an einen guten sicheren Ort bringen kann. In der Vorstellung der Klientin wird das Mädchen immer jünger. Jennifer visualisiert als sicheren Ort eine grüne Wiese, auf der die Kleine zum Schluss liegt, wie in einer Wiege oder einem Mutterschoß, sie lauscht den Geräuschen in der Natur und lässt sich von einem guten Wesen behüten. Die Klientin möchte diese innere Vorstellung in der Realität verankern. Sie bittet die Bonding-Partnerin, das Fenster zu öffnen. Draußen zwitschern die Vögel, der Bach rauscht. Nun auf den Rücken liegend lässt sich Jennifer von der Partnerin in eine warme Decke kuscheln. Sie bittet ihre Partnerin, sich mit etwas Abstand vor sie zu setzen und sie „mit den Augen zu behüten“. Sie tankt Schutz und Fürsorge.

Im weiteren Verlauf dieser Bondingtherapietage kann Jennifer zum ersten Mal durch die dumpfe depressive Verzweiflung hindurch die tiefe Klage des Mädchens an die Mutter erleben und ihren Schmerz darüber ausdrücken. Sie betrauert, dass in ihr etwas gestorben ist, als die überforderte Mutter sie in die Psychiatrie zurück ließ und die weite Entfernung von Zuhause Besuche nicht möglich machte.

Nach dieser emotionalen Arbeit hat Jennifer den Eindruck, sich wieder mehr in ihrem Körper zu erleben und sich emotional mehr wahrzunehmen. „Da wächst,“ so sagt sie „eine Ahnung von Zuversicht in mir“.

An dieser Stelle leiten wir von unserer theoretischen Einführung über zu den Demonstrationen.

Als Leitsatz unserer Arbeit mit Traumatisierten im Allgemeinen und als Titel der Annäherungsübung, die wir jetzt demonstrieren, im Besonderen zitieren wir den amerikanischen Psychiater und Traumatherapeuten Richard Kluft:

The slower you go, the faster you get there!

Make haste slowly!

Anlage:

Beschreibungen und Erläuterung von Annäherungsübungen und modifizierter „Mattenarbeit“