



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

ZU DIESEM BUCH

Das Manual vermittelt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wie sie ihren Patienten und Patientinnen konkret bei der Überwindung traumabedingter Störungen und Einschränkungen helfen können. Ressourcen- und Resilienzorientierung gehörte von Anfang an zur spezifischen Herangehensweise der *Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie*, doch sind diesen, von Luise Reddemann als immer wichtiger eingeschätzten, Säulen der Behandlung in der vorliegenden sechsten, vollständig überarbeiteten Neuausgabe wesentlich breiterer Raum gewidmet. In nahezu allen Behandlungsschritten finden sich neue Akzentsetzungen zur Arbeit mit Ressourcen, zu Gesichtspunkten der Resilienz und zur Positiven Psychologie. Damit entspricht das seit Jahren erfolgreiche Manual wieder der aktuellen theoretischen und praktischen Erkenntnis der Autorin.

Prof. Dr. med. Luise Reddemann, Nervenärztin und Psychoanalytikerin, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, Honorarprofessur für Psychotraumatologie und psychologische Medizin an der Universität Klagenfurt, war Leitende Ärztin der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin am Ev. Johannes-Krankenhaus in Bielefeld; aktuell ist sie in Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychotraumatologie tätig. www.luise-reddemann.info

Alle Bücher aus der Reihe ›Leben Lernen‹ finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Luise Reddemann

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

PITT® – Das Manual

Ein resilienzorientierter Ansatz
in der Psychotraumatologie

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2011 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Hemm & Mader, Stuttgart

Titelbild: August Macke, »Bäume in der Wiese«

Gesetzt aus der Minion von Kösel, Krugzell

Auf holz- und säurefreiem Werkdruckpapier gedruckt

und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89105-8

Sechste, vollständig überarbeitete Auflage, 2011

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

*Dem therapeutischen Team der Klinik
für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin
des Ev. Johannes-Krankenhauses, Bielefeld,
für neunzehn fruchtbare gemeinsame Jahre
sowie allen, die mich
inspiriert und begleitet haben.*

Inhalt

Vorwort (Peter Fürstenau)	11
1. Einleitung: Allgemeine Überlegungen	13
1.1 Leidvolles und Resilienz	17
1.1.1 Psychodynamisches Verstehen als Resilienzfaktor ..	20
1.1.2 Worum es geht	26
1.1.3 Was ist Resilienz?	28
1.2 Grenzen des Resilienzkonzepts und seiner Anwendung – was heißt Heilung in der Traumatherapie?	34
1.2.1 Probleme des Resilienzbegriffs und seiner Konnotation	34
1.2.2 Was ist Heilung in der Traumatherapie?	37
1.3 Über Therapieziele	38
1.3.1 Therapieziel Resilienzförderung	38
1.4 PITT und Psychotherapie Richtlinien	40
2. PITT und Positive Psychologie	42
3. Der Beginn der Behandlung	55
3.1 Die Beziehungsaufnahme	55
3.1.1 Übertragung und Gegenübertragung	56
3.1.2 Traumatischen Stress erkennen	63
3.1.3 Anamneseerhebung	71
3.1.4 Beantwortende Haltung, Selbstbestimmung, Würde und Resilienz	74
3.1.5 Die Betonung der Arbeitsbeziehung von Anfang an ..	81
3.1.6 Die Nutzung der therapeutischen Beziehung	84
3.1.7 Psychodiagnostik	87
3.2 Über die Brauchbarkeit von Konzepten	88
3.2.1 Zur Bedeutung der Imagination bzw. der Vorstellungskraft	96
3.2.2 Häufig gestellte Fragen zur imaginativen Arbeit	100

3.2.3	Die Bedeutung kognitiver Arbeit	103
3.2.4	Ego-State-Therapie als konzeptuelle Grundlage.	110
3.2.5	Ressourcenorientierung.	116
3.3	Prozess- versus Phasenorientierung	122
3.4	Gefühlskontrolle statt Intensivierung von Gefühlen – emotionale Intelligenz	124
3.5	Zum Umgang mit regressiven Prozessen	133
3.6	Was in der Einleitungsphase bedacht werden sollte	136
3.7	Zusammenfassung: Vorgehen in der Einleitungsphase zur Förderung von Ressourcen und Resilienz	137
4.	Die Phase der Ichstärkung oder »Stabilisierungsphase«	140
4.1	Psychoedukation	147
4.2	Kreativer Umgang mit den Imaginations-»Übungen«.	149
4.3	Häufig gestellte Fragen zu den Imaginationsübungen	158
4.4	Zusammenfassung: Vorgehen bei der Anwendung von Imagination	163
4.5	Die Arbeit mit verletzten »kindlichen Anteilen«	164
4.6	Vorgehensweise zur Arbeit mit kindlichen verletzten Anteilen	168
4.7	Häufig gestellte Fragen zur Arbeit mit kindlichen Anteilen	177
4.8	Arbeit mit verletzenden Anteilen (Täterintrojekten)	180
4.8.1	Ego-State-orientierte Arbeit mit verletzenden Anteilen (Täterintrojekten).	182
4.8.2	Protokoll: Vorgehen bei der Ego-State-orientierten Arbeit mit verletzenden Anteilen.	182
4.9	Arbeit mit dem Drachentötermodell	187
4.9.1	Zusammenfassung: Vorgehen bei der Täterintrojekt- arbeit nach dem Drachentötermodell	188
4.9.2	Häufig gestellte Fragen zur Täterintrojektarbeit nach dem Drachentötermodell.	189
4.10	Gruppenarbeit mit stabilisierenden Techniken	191
5.	Die Traumakonfrontationsphase	194
5.1	Voraussetzungen	194
5.1.1	Das BASK-Modell.	202

5.1.2	Grundlegende Voraussetzungen für eine Traumakonfrontation	203
5.2	Die Beobachertechnik	205
5.2.1	Fallgeschichte	206
5.2.2	Vorgehen bei der Beobachertechnik	219
5.2.3	Die Kombination verschiedener Techniken	225
5.3	Die Bildschirmtechnik	226
5.4	Unterschiede zwischen Bildschirm- und Beobachertechnik	227
5.5	Häufige Fragen zur Traumakonfrontationsarbeit	227
5.6	Restabilisierung	234
6.	Die Integrationsphase	237
6.1	Vorgehen in der Integrationsphase	239
7.	Psychohygiene oder Selbstfürsorge für TherapeutInnen und PITT	244
8.	PITT in der Behandlung spezifischer Probleme	246
8.1	Vorschlag für eine ressourcenorientierte Krisenintervention im Rahmen von 5 – 10 Sitzungen nach PITT	246
8.2	Behandlung hoch dissoziativer Patientinnen und Patienten	250
8.2.1	Zum Umgang mit DIS-PatientInnen mittels PITT ...	253
8.3	Behandlung von Paaren	255
8.4	Behandlung von suizidalen PatientInnen	257
8.5	Behandlung von SuchtpatientInnen	258
8.5.1	Vorgehen bei der Behandlung von SuchtpatientInnen.	259
8.6	Behandlung von Opfern von Folter, Krieg und Vertreibung	260
8.7	PITT und die Behandlung von Tätern	261
9.	Genderspezifische Gesichtspunkte	263
10.	PITT in der stationären Behandlung	266
	Danksagung für die Neuauflage	269
	Literatur	272

Vorwort

Ihrem Buch »Imagination als heilsame Kraft«, das auf große Resonanz gestoßen ist, hat Luise Reddemann jetzt ein »Manual der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie« folgen lassen. Dies Manual vermittelt den Leserinnen und Lesern, wie sie ihren Patienten konkret bei der Überwindung traumabedingter Störungen und Einschränkungen helfen können. Diese konkrete Hilfe besteht in der therapeutischen Kunst, den Patientinnen den Zugang zu ihren Ressourcen zu öffnen, damit sie diese zur Kontrolle ihrer Affekte und zur Überwindung ihrer Symptomatik nutzen können. Der respektvolle Umgang mit den Patienten und ihrem Recht auf Selbstbestimmung ist auf jeder Seite dieses Buches spürbar.

Das Manual folgt den von Luise Reddemann unterschiedenen Phasen der Behandlung und macht die Leserinnen und Leser mit der Verwendung kraftvoller Imaginationen, d. h. vielfältig sinnlich-plastischer Vorstellungen, vertraut. Durch die von ihr entwickelten oder von anderen übernommenen erprobten Imaginationsübungen sollen die pathologischen Strukturen (Traumafolgen) durch neue prägende Erlebnisse und Erfahrungen allmählich modifiziert, abgeschwächt, sozusagen entmachtet werden. Moderne suggestivtherapeutische Praktiken werden so von der Autorin souverän für die Traumatherapie nutzbar gemacht.

Psychoanalytisch beruht Luise Reddemanns Ansatz auf der Fortentwicklung der Ich-Theorie der letzten Zeit. Zu den Selbstverständlichkeiten des 19. Jahrhunderts gehörte im Nachhall der Philosophie des deutschen Idealismus das Konzept der zwar brüchigen, aber doch stets vorauszusetzenden Einheit des Ichs. Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde dies Axiom immer mehr psychologisch-soziologisch infrage gestellt – nicht nur für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, sondern auch für sogenannt gesunde.

Das alte psychoanalytische Konzept unterschiedlicher Ich-Zustände wurde wiederentdeckt und als Ego-States-Theorie ausgearbeitet. Es erwies sich als enorm nützlich zum Verständnis und zur Therapie dissoziierter Menschen.

Luise Reddemann hat die vielen Fragen zur Traumatherapie gesammelt, die ihr in den Konferenzen ihres Klinikteams und in den mannigfaltigen von ihr geleiteten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im Laufe der letzten zwanzig Jahre gestellt wurden. Diese Fragen hat sie geduldig, präzise, ausführlich und therapeutisch engagiert beantwortet. Daraus ist ein Buch entstanden, das für alle, die sich gründlich in die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie einarbeiten wollen, äußerst anregend und hilfreich ist.

Peter Fürstenau

1. Einleitung: Allgemeine Überlegungen

*»Einfach ... ist das mit knappsten Mitteln Erreichte ...
Aber das mit knappsten Mitteln Erreichte
kann nur aus der Fülle kommen.«*

Juan Ramon Jimenez

*Das einzig Unveränderliche
Ist die Veränderung.*

Lao Tse

Im Jahr 2000 habe ich das Buch »Imagination als heilsame Kraft« verfasst, das inzwischen viele Menschen, KollegInnen, PatientInnen und am Thema Interessierte erreicht hat; das Manual habe ich 2003 geschrieben und 2007 überarbeitet. In den letzten 10 Jahren hat sich die grundsätzliche Orientierung der PITT an den Selbstheilungskräften zwar nicht verändert, jedoch sind in der Psychotherapie allgemein, in der Psychotraumatologie speziell und in meiner persönlichen Entwicklung und in meinen Sichtweisen viele neue Erkenntnisse dazugekommen, die in die Praxis zwar bereits eingeflossen sind, die aber jetzt auch in schriftlicher Form vorgelegt werden sollen.

Schon in »Imagination als heilsame Kraft« habe ich den Wert der Ressourcenorientierung und eine Konzentration auf die Selbstheilungskräfte der Patientinnen und Patienten hervorgehoben. Jedoch kam in den letzten zehn Jahren ein in der Psychotherapie neuer Bereich dazu: die Resilienzorientierung. In meinem Buch »Überlebenskunst« habe ich erste Überlegungen dazu beschrieben. Resilienzorientierung in der Psychotherapie erfordert teilweise ein Umdenken bzw. eine Umakzentuierung dessen, was man tut bzw. wie man es tut. Diesem wichtigen Bereich soll nun in dieser Neuauflage Raum gegeben werden. Ich werde deutlich machen, wie Orientierung am Leidvollen *und* an der Resilienz bei beinahe jedem Behandlungsschritt beachtet werden sollte und kann. Wesentliche Impulse hierfür verdanke ich dem bahnbrechenden Buch von Pauline Boss »Verlust, Trauma und Resilienz«.

Des Weiteren habe ich mich seit dem Erscheinen des Manuals intensiv mit Erkenntnissen der »Positiven Psychologie« und deren Anwendung in der Psychotherapie beschäftigt, dazu Vorträge und Seminare gehalten, und auch dies gehört inzwischen zum festen Bestandteil in der PITT. Besonders viele Anregungen verdanke ich Stephen Joseph und P. Alex Linley und ihren Veröffentlichungen, zuletzt »Trauma, recovery, and growth«.

Wichtig wurde mir des Weiteren die Beschäftigung mit dem Thema Würde. Ein sperriger und heute selbst in der Philosophie umstrittener Wert. In meinem Buch »Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie« habe ich dargestellt, dass wir gut daran täten, uns metatheoretisch auch am Würdebegriff zu orientieren.

Auch in allen anderen Kapiteln geht es teilweise um Neubewertung und Umakzentuierung. Insbesondere dem Aufbau einer sicheren Bindung soll hier mehr Raum gegeben werden als bisher.

Dieses Buch ist für Fachleute geschrieben. Es gründet auf den Prinzipien der psychodynamischen Psychotherapie, ist aber beeinflusst von einer ganzen Reihe anderer Verfahren; es verwendet daraus, was hilfreich erscheint, und ist insoweit integrativ, nutzt aber zum Verständnis und als Grundlage psychoanalytische Konzepte.

PITT wurde entwickelt für die Behandlung von komplex traumatisierten Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgeerkrankungen und hat auf diesem Gebiet nach wie vor ihre wichtigste Indikation. Einige Elemente können aber auch, ggf. kombiniert mit anderen Verfahren, z. B. in der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie, MPTT (Fischer 2000 a, Reddemann und Fischer 2010), bei der Behandlung von nicht komplexen Traumafolgestörungen und auch im ersten Jahr nach einem erlittenen Trauma Anwendung finden (Seidler et al. 2003). Auch in der Begleitung von akut Traumatisierten haben sich Elemente der PITT als hilfreich erwiesen. Eine diesbezügliche Empfehlung findet sich in Kapitel 8.1. Darüber hinaus können die stabilisierenden Teile zur Selbstfürsorge (Psychohygiene) von TherapeutInnen eingesetzt werden.

Die Erkenntnisse aus der Ego-State-Therapie haben sich vertieft, sodass sich auch hier einige Veränderungen ergeben, insbesondere halte ich es heute für günstiger, nicht von »dem inneren Kind« zu sprechen, sondern von »kindlichen Anteilen« oder gegebenenfalls von »verletzten Anteilen«.

Die stabilisierenden Teile von PITT empfehlen sich für die Kombination mit EMDR, wenn intensive Stabilisierung erforderlich erscheint, was bei fast allen PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen der Fall sein dürfte. Die Arbeit an Täterintrospekten gründet auf einem psychoanalytischen Verständnis, ist aber in der Therapeutik mehr an der Ego-State-Therapie und der Hypnotherapie orientiert. Die traumakonfrontative Arbeit unterscheidet sich von allen anderen Verfahren, ausgenommen MPTT (Reddemann und Fischer a. a. O.), durch äußerste Behutsamkeit.

Es ist empfehlenswert, dieses Manual als Ergänzung zu »Imagination als heilsame Kraft« zu verwenden, d. h., die Lektüre beider Bücher ist für ein vertieftes Verständnis zu empfehlen.

Dieses Manual kann keine gründliche Fortbildung in Psychodynamisch Imaginativer Traumatherapie ersetzen und erst recht keine komplette Weiterbildung in den vielfältigen Formen der Behandlung psychotraumatischer Störungen. Therapie kann man nicht ausschließlich aus Büchern lernen, man muss erfahreneren KollegInnen bei der Arbeit zuschauen, sie selbst erfahren und sie dann selber unter Anleitung tun.

Ich gehe davon aus, dass PITT erlernt wird, wenn bereits eine Aus- bzw. Weiterbildung in einem anerkannten psychotherapeutischen Verfahren abgeschlossen bzw. breitere Erfahrungen darin vorhanden sind.

Alltägliches Handwerkszeug von PsychotherapeutInnen setze ich voraus, hier will ich die mir wesentlich erscheinenden Tools der traumadaptierten Psychotherapie herausarbeiten.

Redundanzen im Text sind beabsichtigt, um ein vertieftes Verständnis zu erreichen.

Viele Anregungen für dieses Buch stammen aus der Arbeit mit KollegInnen in Kursen und Supervisionen sowie aus Erfahrungen in der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld. Ich habe das Glück, meine Vorstellungen von Therapie laufend mithilfe vieler PatientInnen und KollegInnen überprüfen zu können. Inzwischen war es möglich, eine naturalistische Studie mit einer Zwei-Jahres-Katamnese abzuschließen, die Ergebnisse sind ermutigend, jedoch ist weitere Forschung erforderlich (Lampe et al. 2008, Barbist et al., in Vorbereitung).

Meiner Behandlungsphilosophie entsprechend werden die Teile, die

sich auf Stabilisierung, Restabilisierung und Resilienzförderung beziehen, erheblich mehr Raum einnehmen als diejenigen, bei denen es um Konfrontation geht. Auch Letztere betrachte ich heute mit einem resilienzorientierten Blick. Ich gehe davon aus, dass Konfrontation in den meisten Fällen den geringsten Teil der Behandlung einnimmt, und dies spiegelt sich in diesem Manual auch wider.

Viele Anregungen für meine Arbeit verdanke ich ganz anderen als psychotherapeutischen Quellen. DichterInnen beschäftigen sich, ohne je Therapie gemacht zu haben, mit Fragen, die auch in Therapien auftauchen. Deshalb zitiere ich einige Texte, die mir wie zum Thema geschrieben erscheinen. Auch möchte ich damit zum Ausdruck bringen, dass die Beschäftigung mit Literatur, Kunst und Musik sehr resilienzfördernd sein kann.

Ich habe mich bemüht, die Kapitel jeweils in sich geschlossen und nachvollziehbar zu gestalten. Zum besseren Verständnis empfiehlt es sich, das erste Kapitel, in dem ich viele neue Erkenntnisse über Resilienz zusammengetragen habe, in jedem Fall zuerst zu lesen.

Bitte behalten Sie immer im Sinn, dass dieses Buch zwar für TherapeutInnen geschrieben ist und ich daher vordringlich ihre Bedürfnisse im Sinn hatte. Dennoch halte ich nach wie vor Patientinnen und Patienten für ExpertInnen ihrer eigenen Probleme. Tun Sie daher bitte alles mit dieser Haltung. Auch hierzu gibt es ergänzende Einsichten. So hat meine Beschäftigung mit der Frage nach einer Würdeorientierung in der Psychotherapie (Reddemann 2008) mich dazu gebracht, Empowerment für ein vordringliches Thema jeder Psychotherapie zu halten.

Männer erleiden häufiger traumatische Erfahrungen als Frauen, aber Frauen leiden häufiger an Posttraumatischen Störungsbildern. Ich gehe davon aus, dass viele Kolleginnen und Kollegen eher mehr Frauen als Männer behandeln, außer sie arbeiten vorwiegend mit Akuttraumatisierten oder im Strafvollzug. Die ausschließliche Verwendung der männlichen Form mit der Begründung, die Frauen seien »mitgemeint«, ist für mich nicht akzeptabel. Die umgekehrte Form (Männer sind in der weiblichen Form mitgemeint) finde ich aber genauso fragwürdig. Das »Mitmeinen« ist in meinem Verständnis eine subtile Form von struktureller Gewalt. Daher habe ich mich entschieden, abwechselnd von Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten zu sprechen, also teils in der weiblichen, teils in der männlichen Form. Diese Sprachregelung hat sich im angloamerikanischen Sprachraum

längst durchgesetzt. Zwischendurch verwende ich auch den Begriff PatientInnen und TherapeutInnen.

Ich bin seit 40 Jahren psychotherapeutisch tätig. In so langer Zeit hört und liest eine viel. Ich bitte daher um Nachsicht, falls ich jemanden zu zitieren vergessen habe, weil ihre oder seine Gedanken inzwischen zu meinen eigenen geworden sind. Andererseits stelle ich immer wieder fest, dass im Grunde genommen alles schon einmal gedacht und gesagt wurde und dass ich längst nicht alle Autoren kenne, die ähnliche Gedanken hatten wie ich. Ich habe mich bemüht, meine Quellen so sorgfältig wie möglich anzugeben. Für Hinweise, die mein Gedächtnis auffrischen oder mich auf Neues oder mir nicht Bekanntes hinweisen, bin ich dankbar.

1.1 Leidvolles und Resilienz

Einsicht, gib mir

Den wahren Namen der Dinge!

(J.R. Jimenez)

Ich bin überzeugt, dass Dunkelheit, Schmerz und Leiden *ein Teil* des menschlichen Lebens sind, den niemand aus ihm entfernen kann, selbst wenn er es wollte. Wer meint, ich wollte das mit meiner Arbeit bewirken, hat mich gründlich missverstanden.

Meine klinische Erfahrung hat mich gelehrt, dass die Menschen, mit denen ich arbeite, so überwältigt worden sind von leidvollen Erfahrungen, dass ihre Möglichkeiten, diese als zu ihnen gehörig *zu integrieren oder anzunehmen*, häufig bei Weitem überfordert waren, selbst wenn sie eine ganze Reihe von Selbstheilungsmechanismen zur Verfügung hatten. Die meisten meiner PatientInnen vermieden Leid und damit Trauern, obwohl sie andererseits ständig damit in irgendeiner Weise beschäftigt waren. Das erscheint paradox, erklärt aber vielleicht die grundlegende Schwierigkeit. Sie können die Welt nicht (mehr) als Ganzes akzeptieren und erkennen.

In der buddhistischen Psychologie heißt es, dass Leiden dadurch vermehrt wird, dass wir das Leiden, das das Leben mit sich bringt, nicht akzeptieren. Ähnliche Gedanken finden sich auch in der christlichen Tradition. Schaut man sich alte Kirchenlieder an, z. B. »Wer nur den

lieben Gott lässt walten«, das während des 30-jährigen Krieges entstanden ist, so wird hier gefragt, was die Sorgen, das »Weh und Ach«, sollen, man könne sich damit Gott anvertrauen. Nun ist aber das extreme Leid und Leiden traumatischer Erfahrungen gerade so beschaffen, dass es in einer Weise unerträglich erscheint, dass heutigen Menschen die alten Empfehlungen nicht mehr zu helfen scheinen.

Viel Weisheit, vieles an Kunst hat seine Wurzeln in leidvollen Erfahrungen.

Es ist wichtig, sich klarzumachen, dass es einen Unterschied gibt zwischen Angstmachendem und Dissonanzen des Lebens und den überwältigenden Erfahrungen von traumatischen Erlebnissen, die einen zutiefst erschüttern und aus den Angeln heben können. Zweifellos gibt es Menschen, für die traumatische Erfahrungen Wachstumschancen beinhalten, aber manche zerbrechen fast daran. Sie kämpfen Tag für Tag ums Überleben. Und um diese Menschen geht es in meiner Arbeit; sie und wir TherapeutInnen können von denen, die nicht erkranken oder rasch(er) genesen, allerdings lernen. Diese Menschen haben fast in jedem Moment ein Bewusstsein der Fülle der Möglichkeiten, während andere Unterstützung dabei benötigen, *die Fülle der Möglichkeiten (wieder) zu entdecken*, auch sich des eigenen Potenzials, das bereits da ist, bewusst zu werden. Diese PatientInnen scheinen außerhalb der Polarität zwischen Freud- und Leidvollem, gefangen im Leidvollen, zu leben. So verstehe ich die therapeutische Aufgabe darin, ein Bewusstsein für die Polarität und damit Ganzheit von Leid und Freude anzuregen, damit die PatientInnen wieder in die Lage kommen zu wählen, wo sie sich aufhalten wollen, um die Wechselfälle des Lebens anzunehmen. Vor allem geht es darum, dass sie sich ihrer eigenen Ressourcen und der darin enthaltenen Resilienz bewusster werden, um diese nutzen zu können. Wichtig erscheint mir, dass wir uns klarmachen, dass die Patientin bereits überlebt hat! Dafür benötigt sie uns nicht, aber dafür, dass ihr ein »gutes Leben« möglich wird, wenn sie das wünscht.

Jeder Mensch hat das Recht, im Leid zu verharren. Diejenigen, die bei mir Hilfe suchten, wollten das nicht.

Resilienzorientierung darf nicht dafür verwendet werden, dem Leiden aus dem Weg zu gehen und PatientInnen den Raum, den sie für ihr Leid brauchen, zu versagen.

Und dennoch: Viele TherapeutInnen sind nach meiner Beobachtung bei ihrer Arbeit nicht in der Fülle, sondern gefangen in einer ausschließlich am Leiden orientierten Sichtweise. Damit lässt man PatientInnen genauso wenig eine Wahl, wie wenn man sich ausschließlich auf Ressourcen konzentriert. Resilienzorientierung *neben* der Leidorientierung stellt sich in den letzten Jahren zunehmend als zentraler Faktor in der Behandlung allgemein und in der Psychotherapie von Menschen mit Traumafolgestörungen im Besonderen heraus. (Boss 2008)

Auch Resilienzforscher wissen, dass es für manche Menschen aus unterschiedlichsten Gründen und zu bestimmten Zeiten nicht ansteht, ihr Unglücklichsein zu verändern. Darüber hinaus sollte die Frage nach Resilienz nicht dafür missbraucht werden, Menschen abzuverlangen, dass sie sich mit sozialer Ungerechtigkeit und Gewalt »resilient« abfinden sollen. Hier braucht es gesellschaftliche Veränderungen! Zur Resilienz gehören Mut, Entschlossenheit, Aufbegehren gegen Unrecht und Einsatz, wenn man ein belastetes Leben ändern will; man muss auch manche Unbequemlichkeit auf sich nehmen, und es braucht vor allem Geduld. Von Rückschlägen darf man sich nicht entmutigen lassen. Es geht darum, Veränderung zu wollen, nicht aufzugeben, sich dazu zu entschließen, dass man sein Schicksal ändern will, Negativzuschreibungen zu beenden und *geduldig* an Veränderungen zu arbeiten. Denn Veränderungen brauchen Zeit. TherapeutInnen laufen Gefahr, im Sinne einer – auch gesellschaftlich bedingten Gegenübertragungsreaktion – zu schnell Veränderungen anzustreben, um dem Leiden zu entkommen. Nur der Patient kann bestimmen, wann etwas für ihn stimmig ist. Aber wenn wir keine Angebote machen, hat er womöglich keine Wahl!

Ressourcenorientierung ist nicht gedacht für Verleugnung, Bagatelisierung und Beschönigung. Resilienz bedeutet nicht andauerndes Wohlfühl, sondern Widerstandskraft, die wiederum hat auch mit Widerständigkeit zu tun.

Gerade darin sehe ich eine Chance für psychodynamische Behandlungsansätze.