

Traumatherapie

Tilman Rentel

Traumadefinition und Prinzipien der Traumatherapie

Im Folgenden möchte ich einige Erfahrungen und Gedanken zusammenfassen, die mich nach idiolektischen Gesprächen mit traumatisierten Menschen beschäftigt haben. Nachdem, was mir über aktuelle Konzepte im Bereich der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen bekannt ist, erscheint es mir wertvoll, die Merkmale der idiolektischen Haltung und Methode vor diesem Hintergrund darzustellen und mit einigen Fallbeispielen zu erläutern.

Unter einem Trauma versteht man eine plötzliche und heftige oder eine häufig wiederholte massive Verletzung von seelischen und oder körperlichen Grundbedürfnissen in einem Ausmaß, das eine vollständige Verarbeitung zur Zeit des Erlebnisses nicht zulässt. Traumatische Erlebnisse, die die natürlichen Bewältigungsmöglichkeiten überfordern, aktivieren das Stress-System des Körpers in einer Art und Weise, die eine unterschiedliche Abspeicherung dieser Erlebnisse im Gedächtnis zur Folge hat.

Das Erleben wird unverarbeitet sozusagen „heiß“ und - da als Ganzes „unfassbar“ - häufig aufgeteilt in Bruchstücke („wie Splitter eines zerbrochenen Spiegels“) im Gedächtnis gleichsam „eingebrannt“. Diese „seelischen“ Wunden oder Narben können später durch kleine Auslösereize wieder aufbrechen und der Betroffene erlebt dies als eine plötzlich in sein Alltagsbewusstsein einbrechende Wiedererinnerung manchmal auch nur einzelner Bruchstücke des traumatischen Erlebnisses z.B. in Form von Bildern, Körpererinnerungen oder plötzlich auftauchenden Gefühlen (z.B. Angst, Ekel, Wut), sogenannte Intrusionen. Um dieses „Aufbrechen der alten Wunde“ zu vermeiden, kommt es häufig zu einem ängstlichen Vermeidungs- und Rückzugsverhalten. Die ständige Anspannung, sich vor den Wiedererinnerungen zu schützen und sie gleichzeitig nicht völlig verhindern zu können, geht mit einer bleibenden vegetativen Übererregung einher. Ein weiterer „Selbstschutz“ im Moment des Traumas ist die „Flucht nach Innen“. Das Betäuben und „Vernebeln“ der eigenen Wahrnehmung, das „sich von sich selbst entfernen“ oder „neben sich stehen“, auch Dissoziation genannt, kann im späteren Verlauf aufgrund der Bahnung immer leichter ausgelöst werden und sich selbst zu einem belastenden Symptom entwickeln.

Das charakteristische in der neurobiologischen Verarbeitung traumatischer Erlebnisse ist das notfallmäßige Umgehen von Gehirnzentren, die Verstehen und Sprache steuern („ich kann es nicht fassen“, „mir fehlen die Worte“). Therapeutisch geht es also oft um ein im Nachhinein verstehen und in Worte fassen können von Erlebnissen, die einem die „Sprache verschlagen haben“. So lässt sich der natürliche Verlauf einer Verarbeitung mit dem Wechsel von bruchstückhaftem Wiedererinnern (und in Worte fassen) und selbstschützendem Vermeiden als ein Versuch verstehen, die schrecklichen Ereignissen schrittweise nachzuverarbeiten, was auch in vielen Fällen gelingt. Wenn dieser Verarbeitungsprozess blockiert ist, z.B. aufgrund mangelnder Ressourcen und Unterstützung, kann es z.B. zum Ausbilden einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen.

Um den besonderen Stellenwert der Idiolektik im Umgang mit traumatisierten Menschen verständlich zu machen, ist es notwendig, einige grundlegenden Prinzipien aktueller traumaspezifischer Therapieansätze (Reddemann 2004, Fischer/Riedesser 2003, Huber 2003) zu erläutern.

Neben einer ausreichenden Information über die „natürlichen“ Abläufe bei seelischen Verletzungen und ihren Folgen ist der allererste und unverzichtbare Schritt die Stabilisierung und Ressourcenaktivierung. Da im Moment des Traumas das Grundbedürfnis nach Sicherheit, Kontrolle und Wohlbefinden massiv verletzt wurde, ist es notwendig, in der Therapie vor jedem „Durcharbeiten“ oder „Konfrontieren“ mit den Inhalten des traumatischen Erlebnisses dem Gegenüber Bedingungen zu schaffen, in denen er sich sicher fühlen kann, in denen er die Kontrolle hat über die Situation und in denen er sich wohl fühlt.

Es geht also vor jedem Anschauen des „Dort und Damals“ um den Umgang mit den Folgen im „Hier und Jetzt“. Hierfür gibt es eine große Anzahl von Methoden, die interessanterweise u.a. häufig mit inneren Bildern und Vorstellungen arbeiten (Reddemann 2004).

Erst wenn dieser sichere Boden erarbeitet wurde, und der Mensch gut in Verbindung ist mit seinen Stärken und Bewältigungsmöglichkeiten, kann es sehr hilfreich sein, die Inhalte des traumatischen Erlebnisses unter eigener Steuerung und in einer geschützten Atmosphäre in dosierter Form nochmals anzuschauen und die dazugehörigen Gefühle und Körperempfindungen wahrzunehmen und geschehen zu lassen, um eine Verarbeitung und Neuordnung der Erinnerungen im Lebenskontext zu ermöglichen.

Um diesen Schritt der Traumakonfrontation zu begleiten, gibt es wiederum verschiedene Methoden, deren innere Haltung durch eine annehmende Präsenz für das, was ist, geprägt ist.

Eine weitere Phase der traumazentrierten Therapie ist die Trauer um das, was man gebraucht hätte und nicht bekommen hat sowie eine Neuorientierung in Bezug auf die Zukunft.

Fallbeispiele

„Abtauchen“

Folgender Ausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einem 25-jährigen Mann, der nach einem Überfall in der eigenen Wohnung an Intrusionen, Vermeidung, Ängsten und vegetativer Übererregung (beschleunigter Atmung und schnellem Herzschlag) litt.

- Patient: Ich habe keine Ruhe mehr und finde keinen Abstand.
Therapeut: Was verbinden Sie mit Ruhe und Abstand?
Patient: Ah (lächelt, entspannt). In meinem letzten Urlaub in der Dominikanischen Republik mit meiner Freundin. Da hatte ich so richtig gut Abstand.
Therapeut: Möchten Sie mir davon mehr erzählen?
Patient: Da war ich tauchen und unter Wasser, da ist eine Ruhe, da kann man so richtig „abschalten“.
Therapeut: Wie kann ich mir das vorstellen, wie Sie das machen?
Patient: Ich achte auf meinen Atem und schaue mich einfach nur um.
Therapeut: Was sehen Sie da?
Patient: Es ist ganz blau um einen herum und es gibt viel verschiedene Fische und Korallen zu sehen. Und ich schwebe mittendrin.
Therapeut: Wie schaffen Sie das?
Patient: Das ist gar nicht so einfach. Das macht man mit dem Atem.
Therapeut: Da bin ich neugierig. Wie geht das?
Patient: Wenn man flach atmet, dann bleibt man unten und wenn man tiefere Atemzüge nimmt, dann steigt man nach oben.
Therapeut: Stellen sie sich vor, ich möchte tauchen lernen, wie würden Sie mir das beibringen mit dem Atmen.
Patient: Das ist Übungssache, man muss das ausprobieren. Und erst mal z.B. im Schwimmbecken üben, wo es noch nicht so drauf ankommt.

In diesem kurzen Gesprächsausschnitt wird deutlich, wie nah die benötigten Ressourcen (positive Erinnerungsbilder beim Tauchen im Urlaub zusammen mit der bewussten Steuerung der Atmung als Selbstberuhigungsstrategie) manchmal an der aktuellen Traumafolgesymptomatik liegen, ohne dass der Patient vorher die Verbindung von sich aus geknüpft hätte. Durch die konsequent ressourcenorientierte Gesprächshaltung in der Idiolektik lässt sich das neuronale Ressourcennetzwerk mit entsprechender körperlicher Entspannungsreaktion rasch aktivieren. Der Patient findet im Ressourcenbereich viel leichter wichtige

Lösungsstrategien, um z.B. mit der vegetativen Übererregung umgehen zu lernen. So kann er im Bild durch bewusste Wahrnehmung seinen Atem steuern.

Sind solche Lösungsideen auf Seiten des Patienten im Gespräch erst einmal aufgetaucht, lassen sich natürlich vielfältige Angebote der Traumatherapie hier ohne Mühe anknüpfen. In diesem Fall ließe sich z.B. das Bild der Ruhe und Entspannung beim Tauchen als „Wohlfühlort“ verankern und als heilsames Gegenbild zu den belastenden intrusiven Bildern des Traumas benutzen.

„Lachen und Weinen“

Ein weiterer Gesprächsausschnitt verdeutlicht, wie schmerzhaft Erinnerungen zugelassen werden können, wenn man mit einem „Bein“ fest auf der Ressourcenseite steht.

Das Gespräch fand statt im Rahmen einer Krisenintervention mit einer Lehrerin, die unter starken beruflichen und privaten Belastungen litt und eine depressive Symptomatik mit Kribbeln an Händen und Armen entwickelt hatte.

- Patientin: In der Schule merke ich in schwierigen Situationen mit Schülern, wie mir der Humor fehlt.
Therapeut: Wie würden denn die Situationen aussehen, wenn Sie den Humor noch hätten?
Patientin: Z.B., dass ich die Ideen der Schüler aufgreife und trotzdem drüber lachen kann. Dass ich mit Lachen die Spannung aus der Situation nehme. Früher ist mir das auch manchmal gelungen. Ich habe schon darüber nachgedacht, eine Humor-Schule zu gründen und mit anderen Menschen das zu üben.
Die Patientin ist ganz entspannt, lacht und freut sich an ihren Ideen; Th. lacht mit ihr und beide unterhalten sich noch eine Weile über dieses Projekt, dann nach einer nachdenklichen Pause.
Patientin: Da fällt mir etwas ganz anderes ein (...)
Therapeut: Was?
Patientin: Wie ich mit 5 Jahren am Bett meiner ½-jährigen Schwester stand, die im Sterben lag, stand und mir vorgestellt habe, dass Engel bei ihr sind und gelächelt haben. Mein Vater kam dazu und beschimpfte mich sehr. Ich habe mich so erschrocken. Es war damals alles ein großes Missverständnis.
Therapeut: Wie hatte denn das Verständnis für die 5-Jährige von damals ausgesehen?
Patientin: Na, dass sie so angenommen wird wie sie ist und vielleicht in den Arm genommen wird.

Es entsteht ein Moment des Innehaltens und ein großer Schmerz wird spürbar, Tränen fließen und dazu mischt sich eine Überraschung, dass da noch soviel Gefühl ist, was vorher gar nicht zugänglich war. Die Patientin meinte, sie habe das alles längst verarbeitet und ihrem Vater verziehen. Und jetzt dieser tiefe Schmerz, zu spüren, was die Kleine so dringend gebraucht hätte. Nach einer Weile der Stille und des Spürens beenden wir das Gespräch an diesem Punkt und die Patientin schildert später, dass sie den Schmerz tatsächlich noch 2 Tage körperlich wie ein Stechen in der Brust gespürt habe, dankbar darüber war und sich danach wie gereinigt gefühlt habe.

Bemerkenswert ist, dass die Würdigung des Lachens im Gespräch als einer Ressource zur Bewältigung schwieriger Situationen den Weg freimachte, einem tiefen Schmerz nachzuspüren, der damals bei der 5-jährigen, im Angesicht der sterbenden Schwester, in einem Lächeln über die gesehenen (helfend imaginierten?) Engel eine Andeutung fand. Dieser Schmerz konnte offenbar damals vom selbst betroffenen Vater nicht gewürdigt werden. Der Begriff der Wehmut beschreibt diesen Schmerz, den wir spüren, wenn wir uns bewusst werden, was wir brauchen (und nicht bekommen haben) meines Erachtens sehr gut, da er eine Kombination ist aus altem „Weh“ und neuem „Mut“. Umgekehrt kann manches „Weh“ erst zugelassen werden, wenn man guten Mut hat.

„Die Schildkröte“

Imaginationen, also innere Vorstellungsbilder, waren schon von je her als heilsame Gegenbilder zu den schlimmen Bildern traumatischer Erfahrungen in ihrer Kraft erkannt und verwendet worden. Häufig von Patienten spontan eingesetzt, hat in den letzten Jahren u.a. Luise Reddemann (2004) diese Imaginations-Übungen zu einem wichtigen Element vieler Traumatherapie-Konzepte werden lassen. Folgende Gesprächssequenz zeigt, wie idiolektische Fragen diese Bilder aus dem Gesprächsfluss entstehen lassen können.

Das Gespräch fand statt mit einer Frau, die durch Gewalt in der Herkunftsfamilie schwer traumatisiert war, die nun mit depressiver Symptomatik und Suizidalität zur Krisenintervention in stationärer Behandlung war. Die Patientin hatte in einer Gruppe, in der einige Imaginationsübungen durchgeführt wurden, geäußert, sie könne sich einfach keinen „sicheren inneren Ort“ vorstellen. Im Einzelgespräch erzählte sie:

- Patientin: Ich kann mich auf nichts außerhalb von mir konzentrieren. Ich fühle mich wie eine Schildkröte.
Therapeutin: Mögen Sie mir diese Schildkröte einmal beschreiben, dass ich sie mir vorstellen kann?
Patientin: Na, die hat so einen Panzer und hat den Kopf und ihre Beine ganz in den Panzer zurückgezogen.
Therapeutin: Wie ist das, in diesem Panzer zurückgezogen zu sein?
Patientin: Da ist so ein gedämpftes Licht.
Therapeutin: Welche Farbe hat das Licht?
Patientin: Es schimmert so grünlich durch den dicken Panzer hindurch und vorne durch die Öffnung scheint ein etwas helleres Licht.
Therapeutin: Was nimmt die Schildkröte da innen noch wahr?
Patientin: Nicht viel, die Geräusche sind ganz gedämpft.
Therapeutin: In was für einer Umgebung würde sich die Schildkröte im Moment wohl fühlen.
Patientin: In einem Urwald, einem großen Urwald.
Therapeutin: Einem Urwald?
Patientin: So einem ganz dichten, wo es kein Durchkommen gibt.
Therapeutin: Und wo wäre sie da am liebsten in diesem Urwald?
Patientin: Drei Meter in die Erde eingebuddelt.
Therapeutin: Wie schafft die das?
Patientin: Die hat kräftige Grabschaukeln an den Füßen, dass sie sich ganz schnell einbuddeln kann.
Therapeutin: Was ist da noch im Wald?
Patientin: Da gibt es noch andere kleine Schildkröten, die sind aber weit weg.
Therapeutin: Wie weit?
Patientin: Viele Hundert Meter und zwischen ihnen und der eingebuddelten Schildkröte ist noch eine Barriere.
Therapeutin: Wie kann ich mir die vorstellen?
Patientin: So kniehoch und aus Glas zum durchschauen, sonst fühlt die Schildkröte sich so allein.
Therapeutin: Was sieht sie noch, wenn sie sich umschaute?
Patientin: Außen um den Wald, da ist eine ganz hohe Hecke.
Therapeutin: Wie schaut die aus?
Patientin: Fünf Meter breit und undurchdringlich.
Therapeutin: Was macht sie undurchdringlich?
Patientin: Da sind noch so trompetenartige Tuthörner, drin, die ganz laut tröten, wenn sich einer der Hecke nähert.

Diese Patientin konnte dem idiolektisch begleiteten assoziativen Weg ihrer spontan aufgetauchten „Schildkröten“-Metapher folgen und in diesem Bild einen „inneren Hochsicherheitstrakt“ entwerfen. Dieser brachte ihre momentane Schutzbedürftigkeit ebenso zum Ausdruck wie er eine positiv stabilisierende Imagination darstellte, die die Patientin auch im weiteren Verlauf immer wieder gerne aktivierte, um sich innerlich „in Sicherheit“ zu bringen.

„Der Brandmelder“

Der nächste Gesprächsausschnitt ist ein Beispiel dafür, wie das konsequente Aufgreifen und Folgen der sprachlichen Metaphern, die Patienten für ihre Symptome wählen, helfen kann, sich selbst mit seiner seelischen Innenwelt aus einer anderen Perspektive zu sehen und damit die eigenen Symptome als eine „adaptive Leistung“ zu verstehen.

Eine jugendliche Patientin, die immer wieder psychogene „Ohnmachtsanfälle“ erlebte, beschrieb das Erleben dieser Anfälle wie folgt:

- Patientin: Es ist, als wenn da etwas abschaltet.
Therapeut: Wie kann man sich das denn vorstellen?
Patientin: Das ist, als wenn da ein Schalter umgelegt wird.
Therapeut: Wie geht das?
Patientin: Da kann man mit einem kleinen Hebel einen Stromkreis schließen.
Therapeut: Wo kann man einen solchen Schalter gebrauchen?
Patientin: Ja, es gibt viele solcher Schalter an der Schalttafel der freiwilligen Feuerwehr.
(Hier engagiert sie sich in ihrer Freizeit.)
Therapeut: Wofür sind die gut?
Patientin: An dieser Schalttafel sind diese Schalter neben den jeweiligen Straßennamen angebracht und dienen dazu, im Falle einer Brandmeldung, den Feuerwehrmännern die Straße, in der es brennt, auf einem Stadtplan mit einem Leuchtpunkt anzuzeigen.

Im weiteren Therapieverlauf taucht als Hintergrund der Symptomatik ein sexueller Missbrauch zwischen dem 15-jährigen Bruder und der 9-jährigen Schwester in der Familie auf, den die Schwester ihr anvertraut habe, der jedoch in der Familie zunächst lange Zeit geleugnet wurde. Die Symptomatik der Patientin schien hier wie ein Brandmelder in der Familie zu wirken.

Hier wurde mir erst im Nachhinein deutlich, wie verblüffend treffend die sprachlichen Assoziationen die innerseelische Dynamik abbildeten und Hinweise auf ein existentiell bedrohliches Thema lieferten.

Interessant finde ich die Parallele zwischen dem Symptom mit seiner neurobiologischen Schutzfunktion der Dissoziation als gezieltes „Abschalten“ einiger Bewusstseinsfunktionen bei traumatischer Reizüberflutung und dem Bild der Feuerwehr, die ausrückt, um den (inneren) Brand zu löschen.

Die Bedeutung der Idiolektik in der Traumatherapie

Im Folgenden möchte ich die Möglichkeiten und Besonderheiten der idiolektischen Gesprächsführung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen zusammenfassen.

Wie am Anfang beschrieben, ist einer der ersten und wichtigsten Schritte jeder Arbeit mit traumatisierten Menschen, die Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Kontrolle und Wohlbefinden zu erfüllen, bzw. ihnen zu helfen, selbst für die Erfüllung dieser Bedürfnisse zu sorgen. Zu dieser stabilisierenden und Ressourcen aktivierenden Arbeit ist es hilfreich, das Gegenüber mit seinen positiven Erinnerungen, Vorstellungen und Fähigkeiten in Verbindung zu bringen. Denn nur wenn diese emotional positiv besetzten neuronalen Netzwerke aktiviert sind, lassen sich die traumatischen Erinnerungsfragmente integrieren. Deswegen gilt das Prinzip, ohne Stabilisierung und Ressourcenaktivierung keine Traumakonfrontation anzustreben oder mit den Worten von H.H. Ehrat: „Wenn man in der Sonne steht, schaut man lieber in den Schatten“.

Hierzu eignet sich das Ressourcen orientierte Aufgreifen der Eigensprache des Gegenübers mit einfachen kurzen Fragen, die dem Anderen Kontrolle über Nähe, Tempo und Inhalt des Gesprächs lassen, hervorragend, um einen Kontakt aufzubauen und zu halten, der Sicherheit und Vertrauen ermöglicht. Darüber hinaus können hierdurch

spezifische, individuelle neuronale Ressourcennetzwerke aktiviert werden, die oft mit körperlichem Wohlbefinden assoziiert sind und schon während des Gesprächs deutliche entlastende Wirkungen auf das vegetative Nervensystem zeigen können (vgl. „Abtauchen“). Diese stärkenden inneren Vorstellungen und Bilder können von den Patienten im Anschluss an das Gespräch weiterhin als Hilfe erlebt werden, um sich in belasteten Zuständen selbst zu stabilisieren (vgl. „Die Schildkröte“).

Hilft man dem anderen, mit einem Bein fest auf den Boden der eigenen Ressourcen zu kommen, können bei ausreichender Stabilisierung dieses „Standbeines“ Verbindungen zu traumatischen Erlebnisgehalten spontan auftauchen und dazugehörige Gefühle spürbar und wahrgenommen werden. Durch die gleichzeitige Aktivierung der Ressourcennetzwerke können neue Verbindungen entstehen und so die traumatischen Inhalte integriert werden (vgl. „Lachen und Weinen“).

Da der Andere jederzeit die Kontrolle und Steuerung über das „was“ und „wie viel“ dieses Prozesses hat, laufe ich als Therapeut nicht Gefahr, zu früh in eine Konfrontation mit traumatischen Inhalten zu geraten. Bei nicht ausreichender Ressourcenaktivierung besteht das Risiko einer Retraumatisierung.

Indem ich den Wahrnehmungskanälen des Gegenübers, wie sie in seiner Eigensprache Ausdruck finden, folge, entstehen meist multimodale Erzähllandschaften z.B. mit Bildern, Bewegungseindrücken, Körperempfindungen und Klängen, die eine effektive Aktivierung der entsprechenden neuronalen Ressourcennetzwerke ermöglichen.

Indem ich das würdige, was „ist“, respektiere ich die Verantwortung und Autonomie des Patienten und biete ihm gleichzeitig durch Aufrechterhalten und Schützen des Erzählflusses empathische Unterstützung an, durch die er sich wahrgenommen und angenommen fühlt. Gleichzeitig ermögliche ich ihm, wenn er es möchte, auf schmerzhaft Themen zu sprechen zu kommen, ohne das er sich dazu gedrängt fühlt.

Durch Minimierung der Interventionen schaffe ich einen Schutzraum, indem ein innerpsychischer Prozess im Sinne einer Selbstheilungstendenz unterstützt wird.

Ressourcenorientierung und Stabilisierung sind in der idiolektischen Technik so verwurzelt, dass sie integraler Bestandteil jeder Gesprächssequenz sind (durch Fokussierung auf die vermeintlich angenehmen und unverfänglichen Themen) und so nicht zusätzlich als Technik von außen hinzugefügt werden müssen.

Indem nicht der „heiße Brei“ sondern der „Ressourcen-Brei“ fokussiert wird, „schleift“ der Prozess daher ganz vorsichtig an der äußeren Grenze der traumatischen Inhalte entlang, und es werden vom Patienten nur so viele schmerzhaft Inhalte aktiviert, wie Ressourcen da sind, um die Selbstheilungskräfte nicht zu überfordern. Ich kann den „wunden Punkt“ geschützt lassen.

Entscheidet sich der Patient dennoch dafür, einen „wunden Punkt“ zu zeigen, dann bleibe ich auch hier im idiolektischen Gespräch auf der Bewältigungsseite, indem ich z.B. frage, wie er dieses oder jenes schaffe bzw. aushalte und unterstütze ihn dabei, immer ein „Bein“ auf dem Boden seiner Bewältigungsmöglichkeiten zu lassen.

Ein weiteres Merkmal des idiolektischen Gesprächs, welches in vielen anderen traumatherapeutischen Methoden ebenfalls eine Rolle spielt (vgl. EMDR, Screen-Technik in Huber 2003), ist die sogenannte bifokale Aufmerksamkeit. Damit ist gemeint, dass während des therapeutischen Prozesses im Gespräch die Aufmerksamkeit des Klienten auf zwei verschiedene Ebenen fokussiert. Zum einen fokussiert er auf die explizite (eigen)sprachliche Ressourcen orientierte Oberfläche des Gesprächs, hier beschreibt er, erzählt, schildert Vorstellungen und Beispiele. Parallel dazu ist seine Aufmerksamkeit auf innere Prozesse gerichtet, die auf einer paralogischen Ebene mit der „Gesprächsoberfläche“ verbunden sind. Er denkt und fühlt sozusagen auf einer zweiten inneren Gesprächsebene mit, die zeitlich unterbrochen oder auch verzögert, manchmal auch erst nach dem eigentlichen Gespräch bewusst wahrgenommen wird. Dieser innere Prozess bleibt im Raum des eigensprachlichen Gesprächsflusses mit seinen Metaphern und assoziativen Verknüpfungen geschützt und kann sozusagen „frei mitschwingen“. Gleichzeitig bleibt der Klient durch die klare Außenorientierung im Gespräch

und den Anforderungen im realen Gesprächsraum mit dem Therapeuten in einer Weise gehalten, die ihn stark im „Hier und Jetzt“ verankert und einem Versinken in möglicherweise sehr belastenden Inhalten entgegenwirkt.

Die Idiolektische Haltung und Technik verbindet und verwirklicht die Prinzipien der Achtsamkeit, nichtwertenden Präsenz und klaren Ressourcenorientierung, die in der Traumatherapie einen zentralen Stellenwert haben, im Fluss des Gesprächs auf besondere Art und Weise. Unter diesen Bedingungen können traumaassoziierte Gefühle und Inhalte auftauchen, deren Integration in Verbindung mit den aktivierten Ressourcen oft als ein heilendes, schmerzliches Berührtsein empfunden und geschildert werden. Ist ein solcher Punkt im Gespräch erreicht, manchmal wird es auch als „heiliges Land“ bezeichnet, verlangsamt sich häufig das Tempo, bzw. es entsteht eine von Präsenz begleitete Stille des Spürens (vgl. „Lachen und Weinen“), in die hinein keine weiteren Fragen gestellt werden. Signalisiert der andere nonverbal, dass er Unterstützung braucht, um dem Gefühl Raum geben zu können und es seinen natürlichen Verlauf nehmen zu lassen, so bekommt er diese vorsichtig angeboten. Abschließend wird er gefragt, ob er das Gespräch an diesem Punkt stehen lassen möchte oder noch etwas dazu sagen möchte. Die Steuerung und Kontrolle bleibt auch am Ende beim Patienten.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass die Idiolektik eine ganz entscheidende Grundannahme mit den aktuellen Traumatherapiekonzepten teilt, nämlich die Annahme einer jedem Menschen innewohnenden Selbstheilungsfähigkeit. Eine inneren Kraft oder Instanz, eine innere Weisheit, die die Integration traumatischer Lebenserfahrungen im Verlauf der Zeit ermöglicht und die wir, ist sie einmal blockiert, von außen nur unterstützen können, indem wir sie zum einen möglichst wenig stören und zum anderen manchmal dem anderen durch unsere Angebote dazu verhelfen können, wieder mit dieser inneren Kraft in Verbindung zu kommen.