



Evangelisches
KRANKENHAUS
Bielefeld

Inhaltsverzeichnis und Einleitungsartikel

Marianne Addicks • Gerlind Anders • Anke Bebermeier • Ute Bluhm-Dietsche • Inge Castrup • Cornelia Dehner-Rau
Sabine Drebes • Petra Dröge • Roswitha Ewald • Claus Fischer • Eberhard Frantz • Ursula Gast • Klara Hanke-Lenz
Dagmar Heffler • Johanna Jakob • Regine Jung • Birgit Kastner • Cäcilia Koch • Koviljka Kolaric • Gabi Krüger
Susanne Lücke • Leonie Maischein • Gertrud Malchus • Silke Mehler • Christine Morgenroth • Renate Munz-Becker
Susanne Neumann • Michael Ordyniak • Ursula Presser • Heide Rabente • Janina Ruthe • Barbara Schittko •
Hubert Schmidt • Thomas Scholmeyer • Carmen Stehlig • Martina Walter • Angelika Zander

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) Handout zum Workshop

11. Jahrestagung der DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft für
Psychotraumatologie
in Bielefeld vom 7. bis 10. Mai 2009

Trauma und Persönlichkeitsentwicklung

Inhalt

1	Einleitung	3
2	PITT - das Klinikkonzept	4
3	Therapieangebote der Klinik	6
3.1	Einzelgespräche	6
3.2	Gruppenprogramme	6
3.2.1	Stabilisierungsgruppe: Die Gruppe LILA	6
3.2.1.1	Arbeitsmaterialien der Gruppe LILA	8
	Wochenplan	8
	Arbeitsblätter zur Eigenarbeit	13
	Arbeitsblatt zu Gruppenregeln	14
3.2.2	Traumatisierte in der Krise: Die Gruppe GELB	15
3.2.3	Lebenskrisen: Die Gruppe ROT	16
3.2.4	Interaktionelle Gruppen: Die Gruppen GRÜN, BLAU und ORANGE	17
3.2.5	Soziale Kompetenz - spielerisch: Die Gruppe TÜRKIS	20
3.2.6	Thema Arbeitsplatz: Die Gruppe BERUF	21
3.2.7	Für die männlichen Patienten der Klinik: Das Männerforum	22
3.3	Kreativtherapie	23
3.3.1	Bewegungstherapie	23
	Körperkonzepte in der Bewegungsanalyse	25
3.3.2	Konzentrierte Bewegungstherapie	26
3.3.3	Kunstpsychotherapie	28
3.4	Therapiebegleitende Programme	30
3.4.1	Qigong	30
3.4.2	Selbst-Breema	32
3.4.3	Familientherapie	33
4	Das Pflegekonzept	36
4.1	Angstexpositionstraining	37
4.2	Aromatherapie	38
5	Therapie-Evaluation	41
6	Literatur	42
	Anhang	45

1 | **Einleitung** *(Ursula Gast)*

In unserer Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin behandeln wir Patientinnen und Patienten mit verschiedenen psychischen Erkrankungen. Hierzu gehören psychosomatische Krankheiten, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, ebenso durch Belastungen verursachte seelische Krisen und Folgeerkrankungen. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Behandlung von Menschen mit Gewalterfahrung oder anderen traumatischen Erlebnissen.

Das Behandlungskonzept beruht auf einem psychodynamischen und ressourcenorientierten Ansatz. Die Basis der Behandlung ist eine Kombination von Psychotherapie in Einzel- und Gruppengesprächen. Die Patientinnen und Patienten nehmen ein- bis zweimal wöchentlich an Einzelsitzungen und mehrmals wöchentlich an einer Gruppensitzung teil. Familientherapie und soziotherapeutische Angebote können ergänzt werden. Begleitend werden außerdem kreative Therapien wie die Bewegungs- und Kunstpsychotherapie eingesetzt. Darüber hinaus stehen zur Förderung der Achtsamkeit und Körperwahrnehmung einerseits meditative Übungen (Qigong, Selbst-Breema und Stressbewältigungstraining durch Imagination), andererseits Aromatherapie zur Verfügung.

Neben der ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Betreuung wird eine Kombination verschiedener Behandlungsmethoden angeboten. Hierzu erstellen wir gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten einen individuellen Therapieplan. Dabei werden die Symptome und Beeinträchtigungen ebenso berücksichtigt wie die Ressourcen der Betroffenen, um ein möglichst individuelles Angebot zur Verfügung zu stellen. In den Therapieplan fließen neben dem psychodynamischen und ressourcenorientierten Ansatz auch Elemente der Verhaltenstherapie (Skilltraining, soziales Kompetenztraining), systemische Techniken (Familienbrett, Paar- und Familiengespräche, Reflecting Team) und traumatherapeutische Elemente (Distanzierungstechniken, Screentechniken, EMDR) ein. Das klinische Behandlungsprogramm dauert in der Regel sechs bis zwölf Wochen, das Krisenprogramm drei bis vier Wochen.

Patientinnen und Patienten* können sowohl stationär als auch teilstationär aufgenommen werden. Die tagesklinischen Behandlungsplätze bieten ihnen die Möglichkeit, während der Behandlung in ihrem sozialen Umfeld zu verbleiben und somit einen vollstationären Aufenthalt zu umgehen. Zudem kann durch die zügige Aufnahme in die Krisenprogramme innerhalb von drei bis vier Wochen eine zeitnahe Hilfe angeboten werden.

* Aus Gründen der Vereinfachung und zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Nennung beider Genera verzichtet und ausschließlich die weibliche Form gebraucht (mit Ausnahme der Kapitel 3.2.7 und 3.4.2, der Arbeitsmaterialien und des Anhangs). Männliche Personen sind darin eingeschlossen.

2 | PITT - das Klinikkonzept (Ursula Gast)

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) wurde von Luise Reddemann ursprünglich für die stationäre Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen mit ausgeprägten dissoziativen Störungen entwickelt. Es handelt sich um ein psychodynamisch orientiertes Therapieverfahren, das die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbstkontrolle unterstützt. Im Zentrum des Verfahrens stehen Patientinnen, die schwere kindliche Traumatisierung erlebt haben; hierbei trägt PITT vor allem dem Umstand der chronischen Verunsicherung und Bedrohung Rechnung. Von Luise Reddemann und Ulrich Sachsse auch überregional in Seminaren gelehrt, hat der psychodynamische und ressourcenorientierte Ansatz mittlerweile im deutschen Sprachraum weite Verbreitung gefunden. Die Form der Behandlung steht auch als Manual zur Verfügung; erste Wirksamkeitsstudien liegen von Leichsenring et al. (2004) sowie Lampe et al. (2007) vor.

PITT nutzt auf psychodynamischer Grundlage die Fähigkeit der Vorstellungskraft in allen drei Phasen der Traumatherapie (1. Stabilisierung, 2. Traumaexposition und Integration, 3. Trauer und Neubeginn).

Zu Beginn einer Behandlung wird mittels Imagination ein Arbeitsbündnis installiert. Dies beinhaltet, dass zwei Erwachsene - die Patientin und die Therapeutin - gemeinsam an den Problemen arbeiten, die durch die früheren traumatischen Verletzungen entstanden sind. Hilfreich ist hierbei für viele Patientinnen die Vorstellung, sich ihrem verletzten "inneren Kind" zuzuwenden.

Bei der anschließenden Anamneseerhebung gilt es darauf zu achten, dass sowohl die belastenden wie auch die gelingenden Anteile der jeweiligen Patientinnenbiografie gewürdigt werden. Die Erinnerungsfähigkeit an Freudiges wird beispielsweise durch Nutzung imaginativer Techniken gefördert. Begleitend wird zusätzlich die Wahrnehmung der eigenen Ressourcen geschult. Eine Stabilisierung erfolgt schließlich durch Angebote von heilsamen imaginativen Übungen, bei denen sich z. B. mit dem "inneren Kind" bzw. dem "jüngeren verletzten Ich" auseinandergesetzt wird. In der Imagination wird dieses liebevoll versorgt und kann dadurch lernen, dass es jetzt in einer anderen Zeit existiert; (selbst)destruktive Innenanteile (Täterintjekte) werden als früher nützlich und hilfreich gewürdigt. Die Patientinnen sollen sich bewusst werden, dass auch diese nun in einer anderen Zeit existieren und daher eine andere Art von Hilfe erforderlich ist.

Die Traumakonfrontation findet so schonend wie möglich mittels der Beobachertechnik und EMDR statt. Hierbei wird darauf Wert gelegt, eine Affektüberflutung zu verhindern und eine Situation größtmöglicher innerer Sicherheit zu gestalten. In der 3. Phase der Behandlung wird die Imagination genutzt, um mithilfe der Vorstellungskraft neues Verhalten und Handeln zunächst innerlich vorzubereiten, um dieses daraufhin im Alltag umzusetzen.

Die Basis der Arbeit stellt eine stabile und vertrauensvolle therapeutische Beziehung dar, an dessen Aufbau Therapeutin und Patientin gleichermaßen aktiv beteiligt sind.

Durch umfassende Psychoedukation (insbesondere in der Gruppe LILA) werden die Patientinnen zunächst über die psychobiologischen Grundlagen ihrer Erkrankung und ihre Therapiemöglichkeiten informiert. Der offene Umgang mit der eigenen Erkrankung sowie der Einblick in die Ursachen und Wirkungen sind insofern wichtig und grundlegend, da Selbstkontrolle, Selbstverantwortung und Selbstfürsorge als Behandlungsziele gerade in der Stabilisierungsphase an oberster Stelle stehen. In der Therapie sollen die Patientinnen die wichtige, wirksame und heilsame Erfahrung machen, dass sie die Kontrolle behalten. Außerdem sollen sie ihre eigenen Ressourcen kennen und einsetzen lernen.

Hinsichtlich der psychodynamischen therapeutischen Techniken zielt PITT auf die Korrektur von Übertragungsverzerrungen, auf Affektdifferenzierung und -regulierung ab. Darüber hinaus werden Ich-Vorstellungen gestärkt und selbsttröstende Maßnahmen erlernt und eingeübt. Dabei gilt sowohl für die Patientin als auch für die Therapeutin, die spezifischen Bedürfnisse im Blick zu haben, bei Angst beruhigend zu wirken und eine reale Bedrohung von einer inneren unterscheiden zu lernen.

Zusammengefasst geht es bei PITT also um die Hilfe zu Selbstmanagement und Selbstkontrolle unter Einbeziehung der störungsspezifischen Hindernisse. Dabei wird den Patientinnen die Gelegenheit gegeben, ihre Selbstwirksamkeit im Umgang mit sich deutlich und bewusst erfahrbar werden zu lassen.

Die Prinzipien der psychodynamischen und analytischen Therapie finden sich im Behandlungskonzept der Klinik zum Teil anders akzentuiert. Das gilt beispielsweise

- bei Auftreten von Widerstand- und Abwehrphänomenen,
- für den Umgang mit Widerstand und Abwehr und
- für die Abstinenzregel oder die Technik der freien Assoziation.

Abwehrbewegungen gegen die subjektive Bedeutung des traumatischen Geschehens werden in der Regel angesprochen und als Schutzmechanismus gedeutet. Oft ist hierfür zunächst der schützende Rahmen eines Einzelgespräches günstiger, während sich die Patientinnen zum späteren Zeitpunkt ihrer Behandlung gegenseitig auf ihre Abwehr aufmerksam machen und sich untereinander korrigieren.

Der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung im Sinne einer systematischen Wahrnehmung und Auswertung bleibt für den therapeutischen Prozess in der psychodynamischen Traumatherapie von zentraler Bedeutung; hierbei steht das Bemühen im Vordergrund, Übertragungsverzerrungen gering zu halten und frühzeitig, oft bereits vorbeugend, anzusprechen. Hilfreich ist eine Psychoedukation in dem Sinne, dass gravierende negative Vorerfahrungen die Wahrnehmung neuer und aktueller Beziehungen so beeinflussen können, dass diese nicht mehr als hilfreich erlebt werden. Eine übertragungszentrierte Behandlung bei traumatisierten Patientinnen ist aus Gründen der Traumaphysiologie ungünstig: Es besteht die Gefahr der Überflutung der Patientin durch intrusive Erinnerungsbilder. Die therapeutische Arbeitsbeziehung kann zusammenbrechen und selbst retraumatisierende Züge für die Patientin annehmen. Abgesehen davon sollten ebenso Abreaktion und Katharsis nicht in Gruppen angestrebt werden.

In den zurückliegenden Jahren der Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen haben wir Erfahrungen darüber sammeln können, das Behandlungssetting der psychodynamischen Gruppentherapien auch für schwer traumatisierte Patientinnen zu nutzen. Diese Art von Gruppenpsychotherapie stellt allerdings hohe Anforderungen an die Therapeutinnen: Sie sollten ebenso in psychodynamischer Therapie kundig sein wie über ein breites Repertoire an ressourcenorientierten Techniken aus verschiedensten Therapieschulen verfügen. Kenntnis und Verstehen von Übertragungsprozessen sind unbedingt erforderlich, jedoch können diese in der Praxis selten in der üblichen und erlernten Form umgesetzt werden.

Die Förderung von Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit steht auch hier an erster Stelle. Stark konfrontierende, auf Konflikte statt auf Beruhigung zentrierte Gruppenarbeit erweist sich dabei als wenig hilfreich. Ziel ist nicht die Vermeidung von Konflikten, sondern ein anderer Umgang mit ihnen. Aus den genannten Gründen zeigt sich eine beziehungsorientierte, deutende Arbeit, in der sich negative Übertragung zur Therapeutin und/oder Gruppenmitgliedern über lange Zeit entfalten können, für nicht förderlich. Einsicht kann auch dadurch gewonnen werden, dass Konflikte zwar akzeptiert und benannt werden, dass aber bereits die darin zum Ausdruck kommende Angst und Vermeidung als Traumakompensation und Selbstschutz wahrgenommen sowie gewürdigt werden und das bereits vorhandene oder in Zukunft mögliche - Lösungspotenzial des Einzelnen oder der Gruppe erkundet wird.

Heilsame Beziehungen in Gruppen - so unsere Erfahrung - haben mit wechselseitiger Ermutigung, einem Klima von Toleranz und Respekt sowie spielerischem Umgang miteinander zu tun. Die grundlegende therapeutische Haltung dabei ist (in Anlehnung an Fürstenau 2001), psychoanalytisch zu verstehen, systemisch zu denken, suggestiv - oder besser: ressourcenorientiert - zu intervenieren.

Die verschiedenen Therapieelemente, die wir in PITT zusätzlich in den gesamten Therapieplan integrieren, sind auf die gemeinsam mit den Patientinnen erarbeiteten Therapieziele abgestimmt. Grundsätzlich geht es in allen Therapieprogrammen nicht um die starre Anwendung eines Manuals, sondern um den flexiblen Einsatz der vorhandenen Methodenvielfalt. In Anlehnung an Schiepek (2007) liegt der Fokus auf dem permanenten Erzeugen eines therapeutischen Rahmens, in dem die Patientinnen zu einem Prozess der besseren Selbstorganisation angeregt werden.