



Arbeitskreis Psychotraumatologie und Katathym Imaginative
Psychotherapie · www.kipt.eu ·

Liebigstraße 13a · 64293 Darmstadt · Tel.: 06151-25598 · Fax: 06151-1010632

Leitung: Dipl.-Psych. Beate Steiner unter Mitarbeit von Dr. med. Gabriele Löw und
Dipl.-Psych. Irmgard Künzl-Daldorf

1 Theoretische und praktische Grundlagen

Unser psychotherapeutisches Vorgehen basiert auf den evidenzbasierten theoretischen und praktischen Erkenntnissen der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) – anerkannt im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie als Methode der tiefpsychologisch fundierten Psychotherapie – der Tiefenpsychologie, den neueren Strömungen der Psychoanalyse, der Säuglings- und Bindungsforschung, der allgemeinen und speziellen Psychotraumatologie, der Sozineurobiologie.

Auch wir zielen, wie in den modernen Traumatherapien üblich, auf eine Abfolge von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration des Traumas in die Persönlichkeit (Janet). Behandelt werden neben akuttraumatisierten Patient*innen, vor allem solche mit chronischer und komplexer Traumatisierung, an erster Stelle beziehungs-traumatisierte Patient*innen. Somit all die, die sich oft schon seit ihrer Kindheit darum bemühen, die überwältigenden, physisch und/oder psychisch existenzbedrohenden, oft unverständlichen Erfahrung zu begreifen, die letztlich versuchen mit einer Erfahrung zu leben, mit der sich nicht leben lässt (vgl. Fischer & Riedesser (1998)).

1.1 Theoretisch werden vermittelt:

- Geschichte der Psychotraumatologie
- Die Grundlagen der allgemeinen Psychotraumatologie und der Katathym Imaginativen Psychotherapie
- Basiswissen über die Psychodynamik traumatische Erfahrungen und ihre Verarbeitung
- Verschiede Konzept zum »psychischen Trauma«
- „Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung“ Fischer & Riedesser (1998)
- Wurmser's Konzept psychischer Traumatisierung
- Dialektik von Trauma und Konflikt in der Neurose, von innerem und äußerem Geschehen
- Traumatische Übertragung und Gegenübertragung
- Bedeutung neurobiologischer Grundlagen der Traumatisierung
- Besonderheiten des Traumagedächtnisses
- Traumaverarbeitung und Symptomproduktion
- Möglichkeiten diagnostische Einordnung

- Unterschiede einer Diagnose auf symptomatischer oder neurosenpsychologischer Ebene
- Epidemiologie und komorbide Störungen
- Spezifische Formen von Traumatisierungen (z.B. sexueller Missbrauch, Misshandlung, transgenerationale Traumatisierung)

1.2 Traumaspezifische Diagnostik und Testverfahren

- (z. B. Kölner Traumainventar (KTV), Impact of Event Scale (IES). Interview zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung IK-PDPS, SCL -90-R in deutscher Übersetzung, Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS) in deutscher Übersetzung nach Freyberger).
- Überblick über traumaspezifische Behandlungsverfahren
- Verhinderung erneuter Viktimisierung
- Behandlung durch Psychopharmaka
- Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im Bereich Trauma
- Juristische Grundkenntnisse, Opferschutzgesetz (OEG, GewSchG)
- Möglichkeiten kontinuierlicher Fortbildung
- Darstellung kognitiver Techniken und DBT -Verfahren mit Ausblick auf experimentelle Protokolle (als Fortsetzungsseminar)
- Überblick über das EMDR (in Fortsetzungsseminaren, extern)
- Überblick über die Behandlung akuter Traumatisierungen und Krisenintervention (Fortsetzungsseminar)
- Überblick über die „Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie“ von Fischer 2002 (als Fortsetzungsseminar)

2 Katathym Imaginative Psychotherapie

Zusammenfassend lassen sich die Therapieschritte, die im Rahmen ambulanter Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIPT) Anwendung finden können und in der Weiterbildung theoretisch und praktisch vermittelt werden, kurz folgendermaßen beschreiben:

2.1 Beziehungsherstellung und Stabilisierung

In der Phase der Stabilisierung und über den gesamten psychotherapeutischen Prozess wird grundsätzlich in der Imagination ressourcenorientiert gearbeitet mit Motiven zur narzisstischen Restitution. Da Traumatisierung immer das Selbstwertgefühl erschüttert, ist die Rückgewinnung der narzisstischen Homöostase und damit eines optimaleren Niveaus des Selbstwertgefühls besonders wichtig. Aus diesem Grund hat das Anbieten von imaginativen Kompensationsmöglichkeiten zur Stabilisierung einen besonderen Stellenwert.

In der diagnostischen Phase bieten wir zunächst das Motiv der „Blume“ an, dass das Selbsterleben der Patient*in einschließlich ihrer Traumatisierungen gut zu symbolisieren vermag. Die Vorgabe dieses Motivs machen wir davon abhängig, ob es sich um akute Traumatisierung (Krisenintervention) handelt, oder sich die Patient*in bereits in der Phase des traumatischen Prozesses befindet.

Bei akuter Traumatisierung geben wir zur Stabilisierung stets das Motiv „Blume am sicheren und geschützten Ort“ vor, auch in der Phase des therapeutischen Prozesses, wenn Traumata klar zu erkennen sind.

Wenn aber die Traumatisierung verdrängt und verleugnet werden muss, auch wenn sich die Therapeut*in noch nicht sicher ist, bieten wir in der diagnostischen Phase zunächst das Blumenmotiv an. Liegen dann spezifische Störungszeichen, neben anamnestischen Daten und szenischer Information Traumatisierung nahe, bieten wir noch in der gleichen Sitzung – zur Stabilisierung – das letztgenannte modifizierte Blumenmotiv an. Imaginativ wird die Patient*in angeregt, eine Blume zu entwerfen, die alles hat, was sie zum guten Gedeihen braucht.

Das Motiv des sicheren Ortes und von bergenden Räumen, (in der KIP seit 1989 erfolgreich in der Behandlung auch von Borderline-Patienten eingesetzt (vgl. Jollet, Krippner, Krägeloh (1997)) wird in der KIPT als Basismotiv bald möglichst eingeführt: „In einer Landschaft die gefällt, gibt es einen sicheren, geschützten Ort, an dem die Erwachsene von heute anwesend ist“. In der KIPT wird dieses Basismotiv die Patient*in in der gesamten Imaginationsarbeit begleiten. Es wird ergänzt durch die Begegnung der Erwachsenen von heute mit „hilfreichen Begleitern“ (ideale Selbst- und Objektrepräsentanzen).

Bereits 1985 hat Leuner darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, nach dem Durchleben einer traumatischen Situation intensiv wirkende zielorientierte therapeutische Interventionen anzubieten. ganz besonders mit der Vorgabe einer hilfreichen, schützenden und unterstützenden Gestalt. In der KIPT generieren wir bereits vor dem Durchleben einer traumatischen Situation mehrere hilfreichen Gestalten mit unterschiedlichen Qualitäten, u. a. sollen sie Kraft, Wehrhaftigkeit, Übersicht und Weisheit verkörpern.

Sofern noch nicht spontan aufgetreten, wird Kontakt zu einer weisen Gestalt auch zu einem starken, kräftigen, wehrhaften Tier gesucht. Diese hilfreichen Gestalten repräsentieren für uns innerpsychisch auf einander bezogene „ideale Selbst-, Objekt- und Interaktionsrepräsentanzen“, die wiederum eine narzisstischen Restitution bewirken. Daneben helfen sie neue symbolisch-reparative Bindungserfahrungen aufzubauen und einen z. B. unsicheren Bindungsmodus allmählich in einen sicheren zu verwandeln.

Im Sinne der Ressourcenorientierung können zunächst auch die Grundstufenmotive der KIP verwendet werden mit der Betonung auf eine wunschgemäße Gestaltung und andere ressourcenorientierte Motive. Mit dem Fokus auf einer wunschgemäßen Gestaltung legen wir immer Wert darauf, die Imagination so anzuleiten, dass der Patient sich wohlfühlen kann, er Gelegenheit hat das zu tun, was er gerne tun möchte, was geschehen müsste, um eine angemessene Lösung zu finden und was geeignet ist, hilfreich zu sein. Denn mit der Verwendung stabilisierender Motive (siehe 2.1.1)

können sich die imaginativen Fähigkeiten weiter entfalten, sich die Möglichkeiten der Symbolisierung und die Selbsthilfekräfte entwickeln.

Zum Schutz vor intrusiven Phänomenen und zum Unterbrechen von Selbstverletzung wird der Patient*in in der Imagination das Tresor-Motiv in abgewandelter Form zur „Tresorübung“ von Reddemann & Sachsse (1996) angeboten, sowie weitere imaginative Möglichkeiten um Affekte zu modulieren und sich vor Affektüberflutung zu schützen: z. B. Grenzsetzung mittels diverser Möglichkeiten (räumliche Hindernisse: z. B. Bach, Mauer, Zaun; technische oder personelle Hilfen).

2.1.1 Spezielle Motive zur narzisstischen Restitution sind:

- Landschaft, in der man sich sicher, wohl und geborgen erlebt
- in einer solchen Landschaft wird ein Bad in der Quelle, im Bach, in einem See genommen,
- kann das Wasser der Quelle oder des Baches getrunken werden,
- oder kann in einem See geschwommen werden
- kann ein Bad im Heilwasser einer Thermalquelle genommen werden
- gibt es einen Baum, der alles hat, was er zum Gedeihen braucht
- auch einen Tempel der Stille.
- können heilende Sonnenstrahlen ihre Wirkung entfalten
- kann die innere Kraftquelle gespürt werden

2.2 Zur Arbeit mit dem inneren Kind in der Stabilisierungsphase und in der Phase der Auseinandersetzung mit traumatischem Geschehen

Wir differenzieren das Konzept des „inneren Kindes“ in drei Hinsichten:

- als „ideale“ Selbstrepräsentanz – das „innere unverletzte Kind“ bzw. Kind, dass die Patient*in gerne gewesen wäre“, das neben oder anstelle anderer Idealvorstellungen auftreten kann,
- als mehr „empirische“ Selbstrepräsentanz – das „innere Kind“ mehr allgemein und
- das „verletzte innere Kind“ mit seinen historischen Beziehungen und Phantasien darüber.

Wir versuchen diese deutlich voneinander zu trennenden Zustände mittels Imagination nacheinander Gestalt annehmen zu lassen.

2.2.1 Herstellen eines Bezugs zur Selbstrepräsentanz des „inneren unverletzten Kindes“

Zunächst wird das **Motiv des inneren unverletzten Kindes** eingeführt. Mit Hilfe dieses Motivs kann die Patient*in eine ideale innere Selbstrepräsentanz erleben. Außerdem,

dass sie in der Lage ist, etwas Positives selbst zu generieren. Indem das „innere unverletzte Kind“ und die „hilfreichen Gestalten“ zusammen mit der Imago des Patienten von sich selbst im Tagtraum interagieren, werden neue Möglichkeitsräume für gelungener Interaktionen gebahnt und positive innere Subjekt-Objekt-Interaktionen aufgebaut. Wir gehen davon aus, dass mit dem Motiv des unverletzten Kindes in der Imagination eine Erfahrung generiert wird, die Vollständigkeit und Ganzheit beinhaltet und empathische Bezogenheit. Dieses Moment der empathischen Bezogenheit stellt sich in der Imagination des „unverletzten Kindes“ in Beziehung zu der erwachsenen Patient*in her. Klinisch zeigt sich, dass dieses Moment der empathischen Bezogenheit die Patient*in darin ermutigt, sich in einer späteren Phase auch dem traumatisierten, verletzten Kind zu stellen.

2.2.1.1 Begegnung mit dem „inneren Kind“ am sicheren und geschützten Ort

Zur Vorbereitung der Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen bieten wir im Weiteren, im Rahmen eines sicheren Therapieraumes, der Patient*in eine Begegnung zunächst mehr allgemein mit einem **„Kind, das Sie einmal waren“** an. Dadurch halten wir zunächst noch die Begegnung mit dem „verletzten Kind“ in der Schwebe. Doch fördern wir mit dieser Vorgabe bereits in der Imagination einen liebevollen, fürsorglichen, beschützenden und tröstenden Umgang, ohne explizit auf es Bezug zu nehmen. Die Motivvorgabe „inneres Kind“ lässt offen, ob es das verletzte Kind sein wird, das sich symbolisiert. Wichtig ist uns, eine Annahme des Kindes zu erreichen und durch das „unverletzte Kind“ zu unterstützen. Mit der Motivvorgabe „inneres Kind“ setzt eine vorsichtige Bezugnahme auf das „verletzte innere Kind“ ein, es schwingt sozusagen mit im Raum, ohne explizit anwesend zu sein. Dieser therapeutische Schritt erfolgt später.

2.3 Phase der imaginativen Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen

Es gilt die imaginative Traumaarbeit nicht vorschnell und unvorbereitet zu beginnen, nur mit Zustimmung der Patient*in traumatisches Material zu bearbeiten und nur dann, wenn das Ich der Patient*in stabil genug ist, und die therapeutische Beziehung zu einem wirklich verlässlichen Halt geworden ist. (vgl. Reddemann & Sachsse, 1996.) Denn die Regression in das erneute Durchleiden traumatischer Erfahrungen birgt die Gefahr der Affektüberflutung und -regression und damit Resomatisierung, Deverbalisierung, Entdifferenzierung und Sexualisierung (vgl. Krystal 1997, Wurmser 1987). Deshalb bedarf die Traumabearbeitung immer der Vorbereitung. (vgl. Reddemann & Sachsse (1996), Ehlert-Balzer (1996) und Bohleber (2000). Stets geht es um die Distanzierung vom traumatischen Geschehen und um eine aktive Problemlösung hier und heute.

Was die imaginative Auseinandersetzung mit traumatischem Geschehen angeht, unterscheiden wir zwischen:

- **Begegnung mit dem verletzten Kind**
- **imaginativer Auseinandersetzung mit traumatischen Szenen in Verbindung zu intrusivem Material**
- **Täterkonfrontation**
- **Auseinandersetzung mit traumatogenen Introjekten**
- **Auseinandersetzung mit traumatogenen Affekten**

Grundsätzlich geht es in der imaginativen Begegnung mit dem verletzten Kind und den erlebten Szenen von Traumatisierung immer um Grenzziehung zwischen Gegenwart und Vergangenheit, zwischen den Möglichkeiten der erwachsenen Person heute und dem Kind und seinen Möglichkeiten in der Vergangenheit.

2.3.1 Aufsuchen und bergen des „inneren verletzten Kindes“

Die vorsichtig einsetzende Bezugnahme auf das „verletzte innere Kind“ ermöglicht, die historischen Erfahrungen und Erlebnisse und die Phantasien über die Traumatisierung imaginativ in kleinen Schritten in Szene zu setzen und so einer möglichen Affektüberflutung entgegen zu wirken.

Unsere Modellvorstellung ist folgende:

Auf der Grundlage der therapeutischen Ich-Spaltung zwischen beobachtendem, reflektierendem erwachsenem Ich und erlebendem innerem Kind („unverletztes inneres Kind“ und „verletztes inneres Kind“) übernimmt das erwachsene Ich der Patient*in die Führung. Später sucht sie in einem weiteren therapeutischen Schritt, zusammen mit den verfügbaren hilfreichen Gestalten in der traumatischen Szene nach neuen Lösungsmöglichkeiten.

Der induzierte Tagtraum ermöglicht der Patient*in die Realität des verletzten inneren Kindes in einem „Als -Ob-Modus“ zu erleben. Er erlaubt es, die imaginierte Szene aktiv zu kontrollieren, zu gestalten und nun nach Belieben zu modifizieren. Dadurch können die Affekte anders als in realen Situationen erleben werden, probeweise oder abgeschwächt (vgl. Dornes 2004, S. 186; Fonagy 2004). Während die Patient*in der traumatischen Erfahrung ursprünglich hilflos-passiv ausgeliefert war und sich angesichts dieses realen, im Gedächtnis repräsentierten Vorgangs als hilfloses Subjekt erlebte, wird sie in der psychotherapeutisch begleiteten imaginativen Reinszenierung zur aktiv Handelnden, die den Verlauf der Als-ob-Episode kontrolliert (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 300).

Eine solche qualitativ transformierte Reinszenierung im sicheren „Als -Ob-Modus“ einer fiktiven repräsentationalen Welt ermöglicht eine emotional korrigierende Erfahrung, da sie positive Affekte der Urheberschaft und z.B. der Wiedervereinigung (mit einem verloren geglaubten oder verlorenen Anderen) erzeugt. Diese positiven Affekte und Vorstellungen wirken der negativen Erinnerung, wie sie mit dem Originalvorgang assoziiert ist, entgegen (vgl. Fonagy et al., 2004, S. 300/301). So kann im „Als-Ob der Imagination“ das innere Drama umgestaltet und neue Wege aus alten Inszenierungen gefunden werden.

Das imaginative Geschehen geht dabei stets vom Basismotiv aus. Wenn klar ist, um welche **traumatische Szene** es sich handelt, wird diese in Begleitung ausgesuchter hilfreicher Begleiter, ev. auch der Kinder („unverletztes inneres Kind“ / „Kind, das Sie einmal waren“), vom sicheren, geschützten Ort aus, aufgesucht. Wenn die traumatische Szene verdrängt ist, aber im Raum steht, geben wir der Patient*in vor, sich auf die **Suche nach dem verletzten Kind** zu machen. Auch hier beginnt die Imagination mit dem Basismotive, nachdem die Patient*in ihrer Zustimmung für die entsprechende Imagination gegeben hat. In beiden Fällen wird die Patient*in einer dosierten Annäherung an die traumatische Szene unterstützt und in der Dosierung der

Geschwindigkeit mit der das gesuchte Kind auf sie zukommt. Sie kann den Ablauf der Imagination jeder Zeit unterbrechen und an ihren sicheren, geschützten Ort zurückkehren. Ist die Erwachsene in der Traumaszene mit den hilfreichen Begleitern angekommen, oder hat sich das „verletzte Kind gezeigt“ sind ev. Notfallmaßnahmen erforderlich. Immer aber wird das „verletzte Kind“ von ev. anwesenden Täter*innen abgeschirmt und vor ihnen geschützt. Die Patient*in wird angeleitet in der Imagination alles so einzurichten, dass sich die Erwachsene, die hilfreichen Gestalten und das „unverletzte Kind“ alles tun, um das Kind zu retten und es schließlich an den sicheren, geschützten Ort bringen können, an dem all das in der Vorstellung verwirklicht werden kann, was nun für das verletzte Kind nötig ist. In der Regel wird in mehreren Therapiesitzungen viel Zeit darauf verwendet, das „verletzte Kind“ zu versorgen (menschliche Wärme, liebevolle Zuwendung, Zuspruch, Trost, Wundversorgung, Fürsorge). Oft braucht es längere Zeit bis die Erwachsene/Patient*in das „verletzte Kind“ annehmen kann, was der weiteren therapeutisch- dialogischen und imaginativen Bearbeitung bedarf.

2.3.1.1 Stabilisierungsphase

Nach der imaginativen Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen ist es therapeutisch wichtig die Patient*in verstärkt zu stabilisieren. Dazu werden die ressourcen-orientierten Imagination, also die zur narzisstischen Restitution verwendet.

2.3.2 Täterkonfrontation

Als Täterkonfrontation bezeichnen wir die gezielte Konfrontation der erwachsenen Patient*in mit den Täter*innen, wenn diese feststehen, bzw. klar identifiziert sind und es um eine eindeutige Abgrenzung geht und um die Minderung ihrer Macht zunächst in der Vorstellung und in der Folge auch in der Realität.

Im therapeutischen Vorgehen kann es bedeutsam sein, eine Täterkonfrontation vor der Begegnung mit dem „inneren verletzten Kind“ einzuleiten und sollte mit der Patient*in entsprechend geklärt werden. Wenn es sich um Verwandte der Patient*in handelt, z.B. Vater oder Onkel, kann es wichtig sein zu betonen, dass es um die Auseinandersetzung mit dem Täteranteil oder der Täterseite des Vaters geht. Die Täter*in kann im Tagtraum wie im Nachtraum stets auch in symbolisierter Form, zum Beispiel als großer schwarzer Mann, Hexe, oder ähnliches, auftauchen. Mit der Patient*in wird ausführlich besprochen, dass es notwendig ist, sich gegen etwas zur Wehr zu setzen, was schädigend wirkte und sie bis heute in ihrer Vorstellung bedrängt, und dass auch jetzt in der Vorstellung alle Mittel recht sind, um sich vor Vernichtung zu schützen.

Neben der Befreiung von den schlechten beziehungsweise schädigenden Erfahrungen des Objekts geht es bei der Täterkonfrontation auch darum, die Mechanismen, die überflutend wirken, beziehungsweise die Trigger, die zu den intrusiven Phänomenen führen, zu beherrschen.

Das Aufbauen von Grenzen gegenüber der Täter*in und das Wegschicken und Entfernen der Täter*in ist ein wichtiger Bestandteil der Traumabearbeitung.

Ausgehend vom Basismotiv wird erneut die traumatische Szene, wenn diese bekannt ist aufgesucht und dort die Täter*in unschädlich gemacht, in der Form, wie die Patient*in es sich imaginierend einrichtet. Auch kann das Waldrandmotiv als

möglichem Manifestationsort gewählt werden, immer dann, wenn Traumatisches verdrängt wurde. Dann wird die Patient*in lediglich aufgefordert irgendeine Gestalt am Waldrand erscheinen zu lassen, sie genau zu beschreiben, ihre Augen hartnäckig zu fixieren und mit ihrem Blick zu bannen, bis die Gestalt ihre Macht verliert, deutlich kleiner wird, weggeschickt oder sonst wie unschädlich gemacht wird (vgl. Leuner 1985).

2.3.2.1 Erneute Stabilisierungsphase

2.3.3 Arbeit am traumatogenen Introjekt und sein imaginatives Unschädlichmachen

Traumatische Subjekt-Objekt-Erfahrungen in der Kindheit verewigen sich durch Internalisierung, Introjektion und Identifikation im Überich und greifen von dort das Ich/Selbst der Patient*in an. (lebendig in der Identifikation mit dem Aggressor, in der Wendung der Aggression gegen die eigene Person, der Wendung von Passiv in Aktiv, im Rollentausch) (vgl. Wurmser 1987, 1990, 1999) Bei Traumatisierung in Form von Seelenblindheit bis hin zum Seelenmord tendieren Traumatisierte dazu, sich die Dehumanisierung und extreme Verleugnung ihrer Person immer wieder selbst zuzufügen. Deshalb ist es wichtig diesen entwürdigenden Teufelskreis in der Traumatherapie zu durchbrechen. Dazu ist es nötig die Patient*in für die Stimme ihres traumatischen Introjekts zu sensibilisieren und damit für den (intrapsychischen) Konflikt, der in ihrem Inneren tobt. Dazu zeigen wir ihr auf, dass das Introjekt die erwachsene Person von heute immer wieder zu sabotieren versucht und dazu verführt, das verletzte Kind zu missachten und ihm die Zuwendung zu versagen. Der intrapsychische Konflikt, der mit dem traumatischen Introjekt ausgetragen wird, wird in Metaphern, wie innerer Entwerfer, Sadist, Erniedriger, Miesmacher, Ankläger etc. verlebendigt und in einer imaginativen Auseinandersetzung symbolisiert. Dadurch kann einerseits erkannt werden, was der Traumatisierte sich heute immer wieder selbst zufügt, andererseits wird imaginativ - ausgehend vom **Waldrandmotiv**, das maligne Objekt allmählich aus dem psychischen Organismus verbannt und ausgeschieden. In dem Prozess des „Ausscheidens“ des malignen Introjekts lassen wir ein Objekt positiver Identifikation szenisch mit anwesend sein. Wir greifen verstärkt auf die Figur der „weisen Gestalt“ zurück, die wir nun als **„weise, gütige und milde Gestalt“** vorgeben. Als positiver Ich -Ideal -Aspekt ist sie für uns eine Metapher für das Wissen um den rechten Weg, für jenes Wissen, das vielfältige Ebenen bündelt, die ethische und moralische Wertmaßstäbe beinhaltet und die Würde des Einzelnen und seines Gegenübers achtet und so eine menschenwürdige Orientierung bieten kann, auch weil sie die angemessenen Grenzen kennt und berücksichtigt.

2.3.3.1 Erneute Stabilisierungsphase

2.4 Phase des Durcharbeitens und des Trauerns

Auf der Seite der Patient*in ist der Prozess des Durcharbeitens vor allem verbunden mit partiellem Durchleben und Durchleiden und damit einhergehend Trauer und Betauern. Denn nur so können unbewusste infantile Bedürftigkeiten und Fixierungen

aufgehoben werden. Zusammen mit der Patient*in wird auch in der Imagination nach einem angemessenen Umgang mit dem Vergangenen in der Gegenwart und nach neuen Lösungsmöglichkeiten zunächst probeweise gesucht und schließlich zu einem Ausprobieren in der Realität angeregt. Die Arbeit mit dem inneren Kind bedeutet für die erwachsene Patient*in auch, sich immer stärker dem wieder entdeckten Potential des inneren Kindes zuzuwenden und dieses Potential zu assimilieren und zu integrieren. Daraus resultiert, unter Aufgabe selbstzerstörerischer Mechanismen, mehr Respekt für das eigene Selbst, verstärkte Selbstwahrnehmung und -fürsorge. Auch hier sind uns vor allem die Interventionstechniken der KIP zur Altersregression wichtig, daneben arbeiten wir auch mit den bekannten Motiven und Techniken der KIP, die wir mit der spezifischen Vorgehensweise und den Motiven im Rahmen unseres Konzeptes ergänzen. Auch in dieser Phase achten wir weiterhin auf ausreichende Ich-Stabilität. Wir bieten jetzt verstärkt an, Affekte in symbolischer Form imaginativ zu gestalten. Wir bieten dazu das Motiv **„Haus der Gefühle“** an (angelehnt an Reddemann 2002) und das Motiv **„Dem Gefühl eine Gestalt geben“**. In dem es gelingt, die Gefühle gestalthaft zu symbolisieren und zu verbalisieren, wird eine Kontrolle der Affekte jenseits von Affektüberflutung möglich und ein angemessener Umgang mit ihnen. § Das Durcharbeiten der unterschiedlichen Affekte trägt mit dazu bei, dass es nach und nach gelingen kann, das was geschehen ist, als weitreichende Erfahrung in das eigene Leben zu integrieren und wieder spüren und lebendig werden zu dürfen.

2.4.1 Erneute Stabilisierungsphase

2.5 Abschied und Neubeginn

In der Abschlussphase der ambulanten Arbeit bieten wir, sofern das nicht im Rahmen der Täterkonfrontation geschehen ist, u. a. die **imaginative Begegnung der erwachsenen Patient*in mit ihren Eltern** an. Damit kann sie dem Worte geben, was sie hier und heute ihren Eltern sagen möchte. Was beinhaltet auch sagen zu können, was ihr angetan und wie sie dadurch in ihrer Entwicklung beeinträchtigt wurde. Patient*innen, auch eine schriftliche Form der Auseinandersetzung wählen und, wenn sie das möchten, ihren Eltern, Vater oder Mutter oder der Täter*in einen Brief schreiben. Auf jeden Fall findet eine weitere ressourcen-orientierte Hinwendung zur eigenen schöpferischen Kraft statt und zu konkreter Lebensplanung, die auch imaginativ neu entworfen werden kann. Letztlich geht es darum, der Patient*in auch dazu zu verhelfen, ihre Wünsche und Bedürfnisse besser identifizieren zu können und angemessene Mittel und Wege zu finden, wie sie diese auf angemessene Weise befriedigen und mehr mit sich selbst identisch sein kann. Der Prozess des Abschiednehmens schließt selbstverständlich die Psychotherapie und die Psychotherapeut*in/Psychoanalytiker*in ein. Hier müssen u. U. besonders Trennungstraumata bearbeitet werden. Verschiedene Motive sind gut geeignet eine weitere ressourcen-orientierte Hinwendung zur eigenen schöpferischen Kraft und zu konkreter Lebensplanung zu fördern: das Motiv des Weges, hilfreiche Gestalten, die den Weg wissen, den zu gehen die Patient*in sucht, Motiv der Brücke und des Tores, Motive des Abschiednehmens.