

# **EMDR und aktive Zukunftsorientierung in der Therapie von komplex traumatisierten Menschen**

Steffen Bambach

Die Ausbildung in EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) führte mich über längere Zeit zu einer intensiven Auseinandersetzung über die Vereinbarkeit von EMDR mit meiner bisherigen traumatherapeutischen Arbeit. Diese war und ist stark geprägt durch die lösungs- und ressourcenorientierte Therapie, wie ich sie von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Yvonne Dolan und später in anderer Form von Gunther Schmidt erlernt habe. Zentrale Elemente der Arbeit mit traumatisierten Menschen nach lösungsorientierten Konzepten sind u. a. die aktive Unterstützung der Klienten<sup>1</sup> bei der Entwicklung einer positiven Zukunftsvision, bei der Identifikation der individuellen Kriterien für Therapieerfolg und der kleinstmöglichen, aktiv zu unternehmenden Schritte in diese Richtung. Diese konsequent ressourcen- und lösungsorientierte Arbeitsweise schien im Widerspruch zur Traumafokussierung als zentralem Moment von EMDR zu stehen.

Ich möchte in diesem Beitrag darstellen, wie das Vorgehen des lösungsorientierten Ansatzes nach meiner Erfahrung, nicht nur mit EMDR vereinbar, sondern gerade in der Behandlung von komplex traumatisierten Menschen eine sehr hilfreiche Erweiterung und Ergänzung sein kann. Zuvor werde ich bereits existierende Verbindungen von EMDR und lösungsorientierten Ansätzen vorstellen sowie auf die Besonderheiten von komplex traumatisierten Klienten im Unterschied zu sog. „einfach traumatisierten“ Klienten eingehen. Dann werde ich einige Grundideen sowie typische Fra-

---

<sup>1</sup> Im gesamten Text wurde wegen der besseren Lesbarkeit, wenn beide Geschlechter gemeint sind, die männliche Form gewählt.

gen und Interventionen der lösungsorientierten Kurztherapie vermitteln, wie ich sie in den verschiedenen Phasen einer Traumatherapie anwende. Zuletzt werde ich auf die Einbettung von EMDR und die dynamische Integration der beiden Ansätze eingehen. Gerade für den Umgang mit komplex traumatisierten Klienten ist m. E. eine Verbindung der beiden Ansätze besonders sinnvoll.

## ***I. EMDR Verfahren unter Einbeziehung der Entwicklung einer positiven Zukunftsvision***

Das Element einer positiven Zukunftsorientierung findet sich ansatzweise auch im Standardprotokoll von EMDR und zwar in Form der Entwicklung der positiven Kognition. Mit der Frage, *wie möchten Sie lieber, bzw. anstelle der negativen Kognition, über sich selbst denken (in Anbetracht der traumatischen Erfahrung)*, wird dem Veränderungs- und Integrationsprozess mittels EMDR eine bestimmte Richtung vorgegeben. Es wird eine Zukunftsvision in Bezug auf das angestrebte Selbstkonzept entworfen.

In der Literatur über Therapie mittels EMDR finden sich zunehmend neue Konzepte und Protokolle, die über den ursprünglichen Ansatz einer primär traumafokussierten Therapie hinausgehen und hauptsächlich mit dem Element einer aktiv angeregten positiven Zukunftsorientierung arbeiten.

Zum Beispiel werden im MASTR-Therapiemanual von Ricky Greenwald<sup>2</sup> für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens mit den Klienten „Zukunftsfilme“ mit einem „guten Ende“ bzw. „schlechtem Ende“ imaginativ entwickelt und unter Augenbewegungen prozessiert. Ricky Greenwald zeigt eindrücklich, wie mit dieser speziellen und besonders in Bezug auf ihre Motivation schwierigen Klientenpopula-

---

<sup>2</sup> Vergl. Greenwald, 2001 u. 2002

tion eine intrinsische Therapiemotivation über den (Um-)Weg der Entwicklung einer positiven Zukunftsvision zu erreichen ist. Über die primäre Arbeit an ihren Wünschen und Sehnsüchten sowie ihren Ängsten in Bezug auf die Zukunft, entsteht ein tragfähiger Kontakt und es beginnt ein Veränderungsprozess. Dadurch ergibt sich dann häufig später eine Chance, dass ggf. auch die traumatischen Erfahrungen dieser Jugendlichen mittels EMDR bearbeitet werden können.

Sandra Foster und Sandra Paulsen sprechen im Rahmen ihres EMDR-integrierten Führungskräfte-Coachings von „Creating Positive Memories of the Future“. Hier wird in Anlehnung an bekannte NLP-Modelle eine intensive Vorstellung von sich selbst in einem ressourcenreichen Zustand in der Zukunft entwickelt und mittels Augenbewegungen verankert.<sup>3</sup>

## **II. Besonderheiten komplex traumatisierter Klienten**

Im Rahmen von EMDR-Trainings wird häufig zwischen der Behandlung von einfach- bzw. monotraumatisierten Klienten und komplex- und/oder mehrfach traumatisierten Klienten unterschieden. Bei ersteren wird davon ausgegangen, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) durch ein einmaliges traumatisches Ereignis entstanden ist und davor eine weitgehend normale Persönlichkeitsentwicklung stattgefunden hatte und diese Menschen bis zu dem traumatischen Ereignis „psychisch gesund“ waren. Bei dieser Klientengruppe werden regelmäßig schon mit nur wenigen EMDR-Behandlungen beeindruckende Behandlungserfolge beschrieben.

Zu den komplex traumatisierten Menschen gehören Klienten mit einer Geschichte von z. B. sehr frühen und/oder wiederholten Erfahrungen von Verletzungen ihrer per-

sönlichen Integrität durch sexuelle Übergriffe und/oder körperliche Gewalt. Aber auch ausgeprägte emotionale Vernachlässigung in der Kindheit oder starke Triangulierungserfahrungen zwischen sich bekämpfenden Eltern mit den dabei auftretenden Loyalitätskonflikten können ebenfalls ein erhebliches chronisches Trauma darstellen. Auch bei diesen Erfahrungen finden sich regelmäßig die zentralen Aspekte eines Traumas entsprechend der Definition von Fischer u. Riedesser:

*„(Ein psychisches Trauma ist ein) ...vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“<sup>4</sup>*

Mit dem Begriff „komplex traumatisiert“ verzichte ich bewusst auf eine vermeintlich objektive Bewertung der Schwere und Intensität der erlittenen Traumata. Klinisch bedeutsamer ist m. E. das Ausmaß der Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Dieses hängt neben der Intensität in erheblichem Maße von der Häufigkeit und Chronizität der traumatischen Erfahrungen ab sowie davon, ob geeignete Beziehungen als Hilfe zur Bewältigung zur Verfügung standen. Letzteres ist z. B. oft dann nicht der Fall, wenn die Traumatisierung bzw. der Versuch ihrer Verarbeitung mit innerfamiliären Loyalitätskonflikten einhergeht.

Neben den bekannten Symptomen einer PTSD, welche bei chronischen Verläufen nicht alle sichtbar sein müssen (vgl. Verlaufmodell Fischer & Riedesser) zeigen komplex traumatisierte Menschen häufig in erheblichem Ausmaß zusätzliche Symptome. Diese nehmen einen hohen Anteil der therapeutischen Aufmerksamkeit in Anspruch und können die Fokussierung auf eine Traumabearbeitung erschweren. Hierzu gehören Essstörungen, Substanz-

---

<sup>3</sup> Foster, Sandra / Sandra Paulson / Jennifer Lendl 2000

---

<sup>4</sup> Fischer & Riedesser, 1998, S. 79

mittelmissbrauch, Störungen der Impulskontrolle, sexuelle Funktionsstörungen, dissoziative Symptome, gegen andere gerichtete Aggressivität, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. Unter dem Blickwinkel von Bewältigungs- und Überlebensstrategien lassen sich darüber hinaus auch irrationale Schuldgefühle, extreme Hoffnungslosigkeit, Gefühle der Hilf- und Wertlosigkeit, Zynismus, die Unfähigkeit, anderen Menschen (auch Therapeuten) vertrauen zu können sowie manipulatives Verhalten als weitere Begleitsymptome verstehen. Das Erscheinungsbild kann dann dem von Persönlichkeitsstörungen entsprechen. Hierzu schreibt Yvonne Dolan in Bezug auf Inzest-Überlebende: „The survivors of incest is at risk for being diagnosed as a 'borderline personality disorder' and may display many of the characteristics of this diagnosis, particularly the splitting and hysterical features.“<sup>5</sup>

### ***III. Schwierigkeiten bei der Behandlung von komplex traumatisierten Menschen***

Bei der Erhebung einer gründlichen Anamnese werden die dissoziativen Schutzmechanismen geschwächt und es wird den Klienten eine überwältigend große Anzahl negativ erlebter Situationen bewusst. Anders als nach einmaligen, zeitlich begrenzten Traumatisierungen ist es sehr viel schwieriger, die Erinnerung ressourcenvoller Lebenserfahrungen zu aktivieren. Die Überflutung mit negativen Gefühlen verstärkt das Gefühl der Hoffnungs- und Wertlosigkeit oder treibt die Klienten oft noch stärker in die Dissoziation bzw. ihre sonstigen Abwehrmechanismen hinein. Nicht selten besteht die Gefahr von konsequent negativen Lebensbilanzen und suizidaler Hoffnungslosigkeit.

Affektregulationsübungen, Distanzierungstechniken und die Visualisierung eines „Inneren Ortes der Sicherheit“ sind allein oft

nicht ausreichend stabilisierend. Diese klassischen Stabilisierungsübungen helfen zwar Symptome zu lindern, sie geben aber, wenn es über längere Zeiten dabei bleibt, den Klienten nicht das Gefühl, dass sich schnell genug etwas an ihren sonstigen Problemen verändert. Ihre vielfältigen psychosozialen Probleme, Beziehungsschwierigkeiten und psychosomatischen Symptome, unter denen sie neben der eigentlichen Stresssymptomatik durch die Flashbacks leiden, rücken immer wieder in den Vordergrund der Behandlung.

Hinzu kommt, dass Traumabearbeitung bei komplexer Traumatisierung nicht nur eine ausreichende psychische Stabilität erfordert, sondern auch einen, stabilen und stabilisierenden Lebenskontext (d.h. stabile, sichere Wohn- und Arbeitsverhältnisse und vor allem unterstützende Beziehungen). Dieser notwendige Lebenskontext ist jedoch häufig aufgrund der destruktiven Beziehungsgestaltungsmuster der Betroffenen nicht oder nicht mehr vorhanden und lässt sich aufgrund derselben auch nicht so einfach herstellen.

Die Auswirkungen der Traumatisierung verhindern zudem die Gestaltung ressourcenvoller Beziehungen. Komplex Traumatisierten fällt es oft schwer, von Menschen, die eine Ressource darstellen könnten, Unterstützung und Hilfe anzunehmen. In sehr vielen Fällen liegen dem tief verinnerlichte Glaubenssätze wie: „Ich bin es gar nicht wert, ein besseres Leben zu haben“ zugrunde, die sich immer wieder neu bestätigen. Durch diese zyklisch-maladaptiven Beziehungsmuster<sup>6</sup> kommt es leicht zu einem Klienten und Therapeuten frustrierenden Teufelskreis. Immer wieder werden Beziehungen auf die Probe gestellt oder abgebrochen.

Auch wenn die o. g. Schwierigkeiten nicht in dem beschriebenen Ausmaß vorliegen, ist gerade für solche herausfordernden Klienten eine betont lösungs- und ressourcenorientierte Herangehensweise hilfreich.

---

<sup>5</sup> Dolan, 1991, S.20, zit. n. Wheeler & Walton, 1987.

---

<sup>6</sup> Strupp & Binder 1984

#### IV. Die Einbettung der Traumatherapie in einen lösungs- und ressourcenorientierten Rahmen mit einer aktiven Zukunftsorientierung

„Wer keinen Mut zu träumen hat, hat keine Kraft zu kämpfen.“

Viele der Klienten wissen sehr genau, was sie nicht mehr wollen, haben aber zu Beginn der Therapie kaum eine Ahnung von dem, was sie sich stattdessen in ihrem Leben wünschen. Traumatisierte Menschen haben oft verinnerlicht, dass ihre Bedürfnisse keine Bedeutung haben und dass sie den Bedingungen ihrer Umgebung hilflos ausgeliefert sind. Als Schutz vor erneuten Enttäuschungen haben sie gelernt, ihre Hoffnungen aufzugeben und mit der Hoffnungslosigkeit zu leben (s. Abb. 1). Gerade wenn sie sich, wie häufig der Fall, nicht erinnern können, je bessere Zeiten erlebt zu haben, vermeiden sie die Beschäftigung mit der eigenen Zukunft, da es ja sowieso zwecklos erscheint. Dadurch verharren sie darin, die Gegenwart mit ihren bewährten Überlebensstrategien zu bewältigen, egal

welche noch so schädlichen „Nebenwirkungen“ sie haben. Allein der Gedanke, diese Strategien (das einzige, was noch Sicherheit gibt) aufgeben zu sollen, ohne bereits eine andere glaubwürdige positive Perspektive zu haben, löst massive Ängste aus und das Gefühl, den letzten Rest an Kontrolle zu verlieren.

#### 1. Stabilisieren in der Gegenwart durch Ressourcenorientierung:

Aufgrund der oben erwähnten Angst vor der Zukunft ist die Stabilisierung in der Gegenwart der wichtigste Grundstein der Therapie. In Anbetracht der traumabedingten negativen Selbstbewertungen wurde es für mich das vordergründigste Ziel, vom ersten Kontakt an meinen Klienten wieder einen Blickwinkel auf sich selbst als Person mit Fähigkeiten und Stärken und positiven Werten zu ermöglichen. Luise Reddemann spricht im Zusammenhang mit der Stabilisierungsphase von „Ich-Stärkung“.<sup>7</sup> Hierzu sind u. a. folgende Interventionen besonders hilfreich:

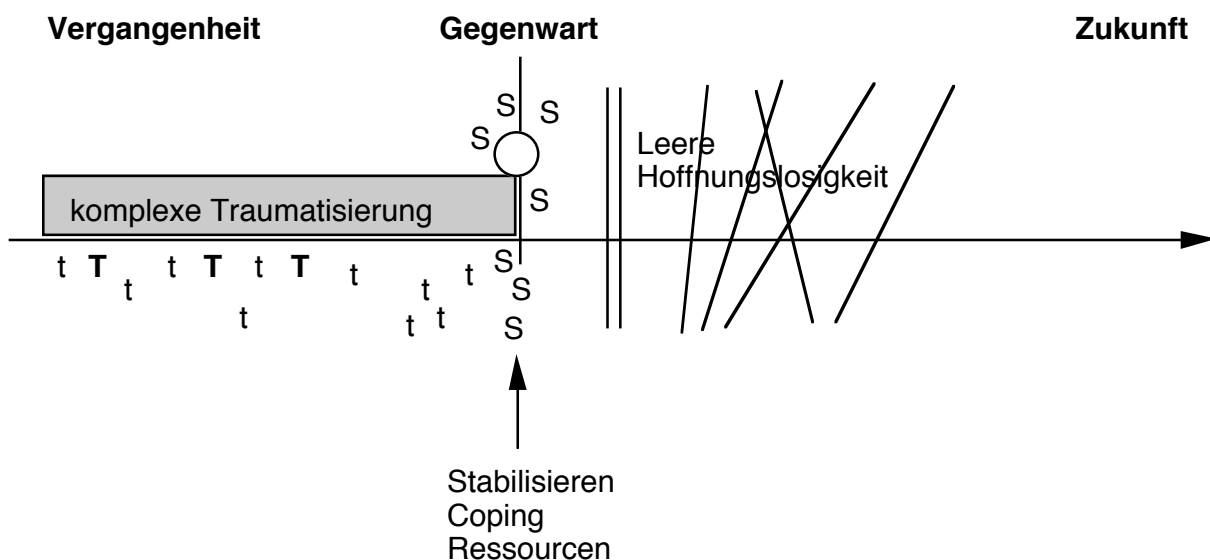


Abb. 1 T, t = Trauma // S = Symptome // R, r = Ressourcen

<sup>7</sup> Luise Reddemann, 2001, S. 17

**- Erfragen aller bisherigen Bewältigungsstrategien durch „Copingfragen“<sup>8</sup>:**

*Wie haben Sie es geschafft, den Mut nicht ganz zu verlieren? Wie haben Sie es bisher geschafft, Abstand von den belastenden Erinnerungen zu finden? Was hat Ihnen die Kraft gegeben, trotzdem weiter zu machen? Wie haben Sie es verhindern können, dass Ihre Situation nicht noch schlimmer wurde? ...*

**- Herausheben positiver Werte, Eigenschaften und Persönlichkeitsanteile:**

Was ein Problem bzw. eine Ressource ist, hängt von der Blickrichtung ab, aus der man schaut und dem Kontext, auf den es sich bezieht. Meiner Erfahrung nach ist es möglich, in den problematisch erlebten Verhaltenweisen der Klienten immer auch eine Ressource bzw. positive Absicht zu finden. Das stetige Angebot solcher Reframings erleben die meisten Klienten als sehr hilfreich, selbstwertstärkend und damit stabilisierend. Ein Beispiel ist die Umdeutung von Sich-nicht-Wehren in Tapferkeit. Ich bin immer wieder verblüfft, welche tiefe Wirkung es hat, Klienten, die anhaltend und verzweifelt darüber klagen, wie sie immer und immer wieder von anderen Menschen schlecht behandelt werden (und sich nicht wehren), zu sagen, wie tapfer sie sind. Genauso beinhaltet die Unfähigkeit, für sich zu sorgen und eigene Bedürfnisse zu vertreten, auch die Fähigkeit von Rücksichtnahme und Fürsorglichkeit: *Es ist offensichtlich, wie wichtig es Ihnen ist, eine verantwortungsbewusste („gute“) Mutter zu sein, so sehr, wie Ihnen die Bedürfnisse ihrer Kinder am Herzen liegen.* Diese Sichtweise führt oft zu einer tiefen Beruhigung und öffnet neue Wege.

Zu dieser ressourcenorientierten Grundhaltung gehört auch die Betrachtung von „Krankheiten“ als Problemlösungsversuche und damit als zu würdigende Fähigkeiten.

Man kann sich vorstellen, wie destruktiv es sich auf einen mühevoll verteidigten Rest von Selbstwertgefühl auswirken mag, wenn die seit langem bestehenden Symptomaten, in die alle Energie fließt, als Störungen oder gar als Defizite und nicht als Fähigkeiten im Sinne von Überlebensstrategien betrachtet werden.

**- Vermittlung von zusätzlichen, dem Klienten noch unbekanntem Stabilisierungstechniken:**

- Hilfen zur Dissoziation von traumatischen Erinnerungen: z.B. Bildschirmtechnik, „innerer Beobachter“<sup>9</sup>
- Hilfen zur Außenorientierung und Wahrnehmung der Gegenwart: z. B. Außenorientierte 5-4-3-2-1-Technik (Externally Oriented Self-Hypnosis Technique<sup>10</sup>), Übung zur Achtsamkeit<sup>11</sup>
- Hilfen zur Aktivierung imaginärer Ressourcen: z.B. bekannte Übungen wie „Innerer Ort der Sicherheit“, Lichtstrahltechnik“ usw.

## **2. Lösungsorientierung**

Lösungsorientierung bedeutet herauszufinden, was der Klient will, im Unterschied zu dem, was er nicht mehr will. In diesem Sinne ist Lösungsorientierung ein wesentlicher Bestandteil der Auftragsklärung zu Beginn der Therapie. Gleichzeitig ist es vom ersten Moment an bereits Therapie. Lösungsorientierte Befragung bewirkt, dass statt der zu Beginn einer Traumatherapie meist vorliegenden Weg-von-Motivation des Klienten eine Hin-zu-Motivation angeregt wird. Darüber hinaus wird eine kontinuierliche Reflektion und Erfolgskontrolle etabliert und zunehmend ritualisiert. Klient und Therapeut bekommen so immer wieder die Möglichkeit zu überprüfen, ob geplante bzw. vollzogene Veränderungen

---

<sup>8</sup> Steve De Shazer 1985

<sup>9</sup> Luise Reddemann, 2001

<sup>10</sup> Yvonne Dolan, 1991

<sup>11</sup> Luise Reddemann, 2001

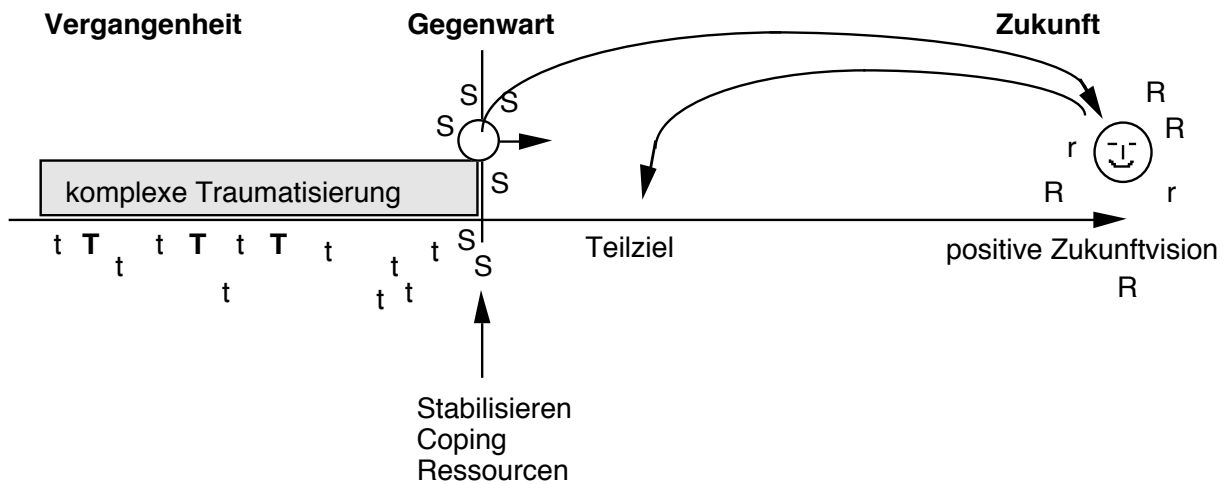


Abb. 2 T, t = Trauma // S = Symptome // R, r = Ressourcen

in die vom Klienten gewünschte Richtung gehen.

Bezüglich des Umgangs mit der Geschichte von Klienten und der Integration von traumatischen Erlebnissen verdeutlicht folgendes Zitat den besonderen Blickwinkel des lösungsorientierten Ansatzes: „... wir können unsere tägliche Arbeit (als Therapeuten) exakt dadurch beschreiben, dass wir Menschen helfen, ihre Geschichten zu überarbeiten und in einer Art wiederzuerzählen, die ihnen helfen wird, sich vorwärts zu bewegen. Viele Therapieansätze befassen sich damit, Klienten zu helfen, ihre Geschichten zu erzählen. Ein unterscheidendes Prinzip des lösungsorientierten Ansatzes ist es, dass der Therapeut die Klienten unterstützt, ihre traumatischen Erlebnisse auf der Basis ihrer Ziele (und ihrer Zukunftsvision, Anm. d. Ü.) wiederzuerzählen, anstatt ihre Ziele auf der Basis ihrer Traumageschichten zu entwickeln.“<sup>12</sup>

## 2.1. Entwickeln einer positiven Zukunftsvision

Alice: „Würdest Du mir bitte sagen, wie ich von hier aus weiter gehen soll?“  
 „Das hängt zum guten Teil davon ab, wohin Du gelangen möchtest“,  
 sagte die Katze.  
 (Lewis Carroll, Alice im Wunderland)

Im lösungsorientierten Ansatz wird ganz zu Beginn der Therapie ein weiter Sprung in die Zukunft gemacht. Es wird sozusagen mit dem Ende angefangen. (s. Abb.2)

*Woran würden Sie merken, dass unsere Gespräche hilfreich waren? Woran würden Sie feststellen, dass Sie keine weitere Therapie mehr bräuchten?*

### Die Wunderfrage

Eine schöne Art, diesen Sprung in die Zukunft, einschließlich einer spürbaren Sehnsucht danach, anzuregen, sind Variationen der von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg Ende der achtziger Jahre entwickelten Wunderfrage:

*Ich möchte Ihnen jetzt eine ungewöhnliche Frage stellen, die etwas Phantasie erfordert. Stellen Sie sich vor, während Sie heute Nacht schlafen und das ganze Haus ruhig ist, geschieht ein Wunder. (Pause)*

<sup>12</sup> Kim Berg / Dolan, 2001, Introduction, S. XIV, Übersetzung d. Verfassers

*Und das Wunder besteht darin, dass die Probleme, die Sie hierher geführt haben, gelöst sind. Einfach so! (Pause) Aber weil Sie schlafen während das Wunder geschieht, wüssten Sie morgen zunächst gar nichts davon. Wenn Sie dann morgen aufwachen, was werden Sie als erstes bemerken, dass Ihnen sagt, dass ein Wunder geschehen ist?*<sup>13</sup>

In Abhängigkeit davon, wie viel schon zuvor an traumatischen Erfahrungen dem Therapeuten anvertraut wurde und wie tief die Überzeugung ist, sowieso niemals davon „heilen“ zu können, halte ich es für wichtig, die Wunderfrage individuell anzupassen.

*Ich möchte Ihnen eine ungewöhnliche Frage stellen, obwohl Sie ihnen vielleicht sogar etwas respektlos erscheint mag. Angenommen, in der Nacht während Sie schlafen, geschähe ein Wunder und Sie wären über die Auswirkungen Ihres in der Kindheit erlittenen sexuellen Missbrauchs (bzw. ein anderes bekanntes Trauma) hinweggekommen, zumindest in dem Ausmaß, dass Sie keine weitere Therapie mehr bräuchten und Sie relativ zufrieden mit sich und Ihrem Leben wären. Was wäre danach anders?*<sup>14</sup>

Nach diesem Sprung in den Bereich von Lösungen wird das „Wunderbild“ des Klienten intensiv ausgearbeitet und erweitert:

*Was ist das nächste kleinste Zeichen? Was noch? Wie wirkt es sich aus? Wer außer Ihnen würde das Wunder bemerken? Woran? Welchen Unterschied würde diese Person an Ihnen feststellen? Wer noch?*

Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht, auch gezielt danach zu fragen, welchen Unterschied die Person, welche das Trauma verursacht hat, nach dem Wunder im Verhalten des Klienten feststellen würde.

Falls kein Kontakt zu dieser Person besteht:

*...angenommen, Sie würden der Person begegnen, woran würde er/sie das Wunder bemerken...?*

Immer wieder verblüffen mich meine Klienten dadurch, welche konkreten, nützlichen und vor allem oft einfachen Verhaltensmöglichkeiten sie im Rahmen dieses Vorgehens aus sich selbst heraus (er)finden.

Durch beharrliches Fragen nach immer mehr Zeichen des Wunders, nach ihren Auswirkungen auch auf „bedeutsame Andere“ und auf die Beziehung mit ihnen, erweitert sich die positive Zukunftsvision und gewinnt an Kraft. Es entsteht ein neues, vom Trauma unabhängiges, ressourcenreiches neuronales Netzwerk. Im Gegensatz zu der Altersregression beim Erleben von Flashbacks, könnte man hierbei von einer therapeutisch induzierten Altersprogression sprechen. Das „Wunderbild“ stellt ein „Gegengewicht für die Bilder des Schreckens“<sup>15</sup> dar und erzeugt gleichzeitig eine intensive Motivation für Veränderung und Therapie.

„Willst du ein Schiff bauen,  
so rufe nicht die Menschen zusammen,  
um Pläne zu machen, Arbeit zu verteilen,  
Werkzeuge zu holen und Holz zu schlagen,  
sondern lehre sie die Sehnsucht  
nach dem großen, weiten Meer.“

(Antoine de Saint-Exupéry)

#### Der Brief aus der Zukunft

Aufgrund der Tatsache, dass traumatisierte Menschen wegen ihrer dissoziativen Tendenzen manchmal den Kontakt zu ihrer Zukunftsvision wieder verlieren, hat sich eine der Wunderfrage analoge, schriftliche Intervention in meiner Arbeit sehr bewährt.

<sup>13</sup> vgl. DeShazer, 1988

<sup>14</sup> Originalzitat s. Yvonne Dolan, 1991, S. 34  
Übersetzung des Autors

<sup>15</sup> vgl. Reddemann, 2001, Seite 35

Es ist der von Yvonne Dolan beschriebene „Letter from the future“<sup>16</sup>.

Diese Aufgabe<sup>17</sup> gebe ich fast allen meinen Klienten zu Beginn der Therapie. Im Unterschied zu der Frage, wie stellen Sie sich Ihre Zukunft in 5 oder 10 Jahren vor, wird auch hierbei der Klient angeregt, so zu tun, „als ob“ die Probleme bereits gelöst seien. In den „Briefen aus der Zukunft“, die meine Klienten schrieben, steckt oft spürbar ihre über lange Zeit verborgene Sehnsucht sowie eine Menge konkreter, realistischer, handlungsorientierter Ziele. Die Briefe stellen für die Klienten häufig eine so stark ermutigende Ressource dar, dass sie sie behalten und aufheben wollen, um sie in schlechten Momenten lesen zu können.

## **2.2. Die Zukunft mit den Ressourcen der Gegenwart und der Vergangenheit verbinden**

Nachdem eine attraktive Zukunftsvision entwickelt worden ist, lassen sich über die Frage nach Zeiten, in denen es „kleine Teile des Wunders“ bereits gab, positiv erlebte Erfahrungen in der Vergangenheit identifizieren. Häufig gelingt dies auch, wenn vor der Arbeit an der Zukunftsvision die Klienten noch keine Antworten auf die Frage nach besseren Zeiten in ihrem Leben oder nach „Ausnahmen zum Problem“ geben konnten. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass eine Erfahrung oder ein Verhalten nur im Zusammenhang mit einem spezifischen Bezugsrahmen bewertet und damit als Ressource erkannt werden kann. Eine andere Erklärung bietet das Konzept des „zustandsabhängigen Gedächtnisses“ (state-dependent-memory<sup>18</sup>). Letzteres erklärt die Alltagserfahrung, dass, wenn es einem schlecht geht, überwiegend negativ bewertete Erlebnisse und wenn es einem gut geht, vermehrt positiv bewertete Erlebnisse erinnert werden.

Die jetzt auffindbaren Ressourcerfahrungen der Vergangenheit können darauf hin

untersucht werden, wie sie entstanden sind und was passieren müsste, damit die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie sich wiederholen.

Auf der Basis der positiven Zukunftsvision lässt sich eine in mehrfacher Hinsicht nützliche Skalenfrage stellen:

*Auf einer Skala von 0 bis 10, auf der 10 bedeutet, das Wunder sei bereits Wirklichkeit (oder: ...Sie führen ein mehr oder weniger erfüllendes, glückliches Leben, mit für Sie befriedigenden Beziehungen) und 0 bedeutet, wie es Ihnen in den schlimmsten Momenten Ihres Lebens ging. Wo befinden Sie sich jetzt in diesem Moment?*

Interessanterweise antworten weniger als ca. 10% meiner Klienten mit der Zahl 1 oder 0. In diesen wenigen Fällen ist dies ein dringender Indikator dafür, Copingfragen (s. o.) zu stellen und sich darüber zu vergewissern, ob akute Suizidalität vorliegt. Aber schon bei einer 1 (was mehr ist als 0) bietet diese Form der Skalierung die Möglichkeit, gegenwärtige Ressourcen zu identifizieren und dem Klienten bewusst zu machen: *Was ist jetzt bei 1 anders als bei 0? Wie haben Sie das geschafft? Was hat Ihnen geholfen, von 0 auf 1 zu kommen?* Wenn die 0 als der Zeitpunkt definiert wird, an dem sich der Klient entschlossen hat, in Therapie zu gehen (telefonischer Erstkontakt), lassen sich die regelmäßig vorhandenen „Vortherapieveränderungen“ während der Wartezeit bewusst machen und als vorhandene Ressourcen stabilisieren.

Gegenüber gebräuchlichen Skalen der Symptomintensität oder –häufigkeit bietet diese lösungsorientierte Skala noch andere Vorteile im weiteren Therapieverlauf.

Die Attraktivität und damit die Güte der gemeinsam entwickelten Zukunftsvision kann über die Skala der Motivation überprüft werden:

<sup>16</sup> Yvonne Dolan, 1991, S. 132 (sie beruft sich auf Capacchione, 1979)

<sup>17</sup> s. Anhang

<sup>18</sup> Rossi, 1986



Auf einer Skala von 0 bis 10 bedeutet 10, Sie wären bereit, alles dafür zu tun, um sich auf Ihrer Skala in Richtung Wunder zu bewegen und 0 bedeutet, Sie würden sich sagen: „schön, dass wir darüber geredet haben und warten, ob sich von selbst was ändert“. Wo befinden Sie sich auf dieser Skala?

### 2.3. Der Weg ist das Ziel: Kleinste Zeichen des Wunders und erste gangbare Schritte

#### Den Weg erkennen

Es ist für die Klienten oft hilfreich, zunächst Kriterien dafür zu finden, woran sie erkennen würden, dass eine Veränderung in die gewünschte Richtung führen würde, bevor sie überlegen, wie sie dort hin kommen können.

*Woran würden Sie erkennen, dass Sie auf Ihrer Skala (10 gleich Zukunftsvision) von der jetzigen (z. B.) 2 auf 2,5 gekommen sind? Was wäre das kleinste weitere Zeichen der Heilung Ihrer Verletzungen aus der Vergangenheit? Was wäre dann anders? Woran würden es andere erkennen? Was noch würde für Sie bedeuten, dass Sie um einen halben Punkt auf Ihrer Skala gestiegen sind?*

Die Frage nach den Kriterien für eine positive Veränderung ermöglicht es, nach vorne zu schauen, unabhängig von der möglicherweise noch bestehenden Überzeugung eigener Hilflosigkeit. Oft bekommt man als Antwort, dass jemand Anderes etwas anders machen würde und was dies dann ermöglichen würde. In anderen Fällen entstehen jedoch auch gleich Ideen von eigenem neuen Verhalten.

#### Der erste (nächste) kleinste mögliche Schritt auf dem Weg

Wenn sich der nächste Schritt noch auf eine Veränderung des Verhaltens anderer bezieht:

*Was könnten Sie tun, damit es wahrscheinlicher wird, dass das zuvor Gesagte passiert? Was könnten Sie tun, um X dabei zu unterstützen, sich so zu verhalten, wie Sie es sich wünschen?*

Erst an dieser Stelle werden selbstinitiiierbare Ziele gesucht, die klein genug sind, dass der Klient sie sich auch zutraut zu gehen. (s. Abb. 3) Im lösungsorientierten Ansatz wird davon ausgegangen, dass es nur zwei Gründe gibt, warum Klienten den nächsten Schritt in Richtung ihrer attraktiven Zukunftsvision nicht tun:

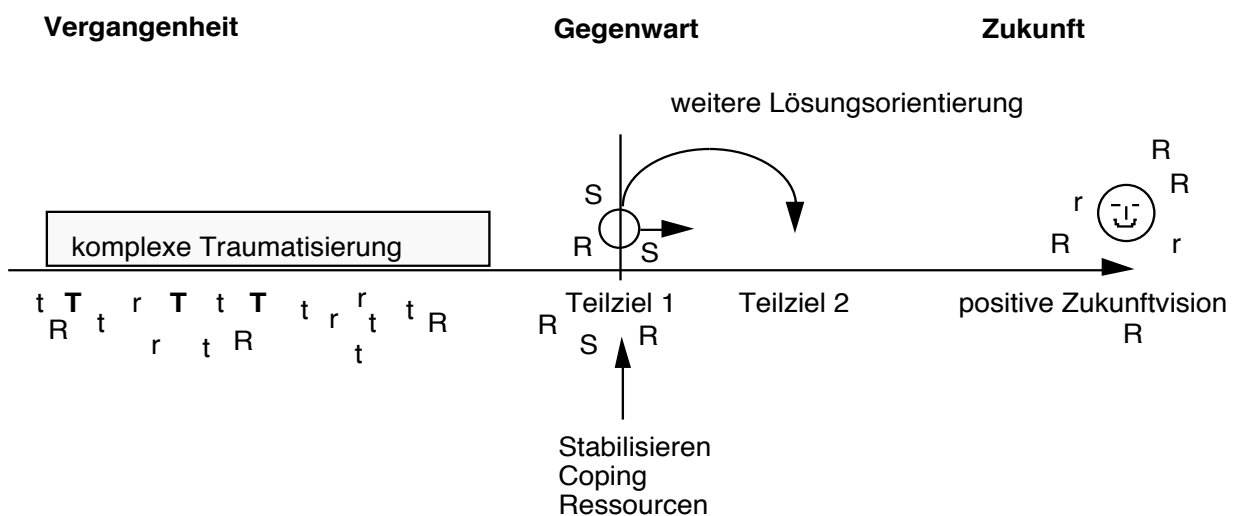


Abb. 3 T, t = Trauma // S = Symptome // R, r = Ressourcen

Entweder sind mit dem vorgenommenen Schritt bisher noch nicht bearbeitete Nachteile verbunden und er erscheint daher nicht sinnvoll. Oder der Schritt ist für den Klienten noch zu groß, so dass er sich nicht zutraut, ihn zu gehen.

Über die Skalierung der Zuversicht lässt sich schon im Voraus abschätzen, ob der nächste Schritt für den Klienten subjektiv stimmig gewählt ist:

*Auf einer Skala von 0 bis 10 würde 10 bedeuten, Sie sind absolut zuversichtlich, dass sie den besprochenen nächsten Schritt tun und 0 bedeutet, Sie wissen jetzt schon, dass Sie es nicht tun werden. Wo befinden Sie sich auf dieser Skala? Was müsste passieren, damit Ihre Zuversicht um einen Punkt steigt?*

Die Erfahrung zeigt, dass die Ziele so lange modifiziert werden sollten, bis eine Zuversicht von 7-8 entsteht, den Schritt auch zu tun. Nachdem eine Einigung über den nächsten zu gehenden Schritte gefunden wurde, wird dieser grundsätzlich als „schwierig“, bzw. als „harte Arbeit“ definiert. Dies hat den Vorteil, dass wenn der Klient den Schritt macht, seine Fähigkeit etwas zu verändern hervorgehoben werden kann. Wenn er ihn nicht macht, braucht er sich nicht noch weiter abzuwerten. Der Schritt war dann eben doch noch zu groß.

In der nächsten Sitzung wird routinemäßig gefragt:

*Was ist besser, wenn auch nur ein kleines bisschen? (Im Unterschied zur Frage: Ist etwas besser?) Oder - Was ist seit der letzten Sitzung geschehen, was für Sie ein Zeichen der Heilung darstellt?*

Sich in der Frage bewusst nicht auf die Ziele von der vorhergehenden Sitzung zu beziehen, begründet sich in der Erfahrung, dass manchmal ganz andere und oft bedeutsamere Schritte in die gewünschte Richtung unternommen wurden, obwohl der geplante Schritt nicht gemacht wurde.

Ich fand es hilfreich, mir klar zu machen, dass menschliche Veränderungsprozesse, wie z.B. Therapie, etwas gemeinsam haben mit der Entdeckung Amerikas durch Christopher Kolumbus. Kolumbus machte eine Reise in ein unbekanntes Gebiet, von dem es noch keine Landkarten gab. Ohne die Vision der Entdeckung des Indischen Kontinentes hätte Kolumbus niemanden dazu gebracht, mit ihm auf einem Schiff in niemals zuvor besegeltetes Gebiet loszufahren. Es bedurfte damals und bedarf heute immer einer sehr kräftigen attraktiven Zukunftsvision, um sich in eine neue Richtung zu bewegen, ohne den Weg und das Ziel bereits genau zu kennen. Für mich ist dieser Vergleich hilfreich, um dafür offen zu bleiben, dass der Weg sich erst im Veränderungsprozess erschließt und dass eine Vision sich verändert, je näher man ihr kommt. Visionen dürfen sich nicht nur verändern, sondern müssen es sogar. Ihre stetige Veränderung, Differenzierung und Konkretisierung ist ein wesentlicher Bestandteil des begonnenen Entdeckungs- bzw. Entwicklungsprozesses.<sup>19</sup>

Eine hervorragend strukturierte Darstellung des lösungsorientierten Ansatzes findet sich in dem Buch „Lösungen (er-) finden“<sup>20</sup> von Peter De Jong und Insoo Kim Berg. Wie die Wunderfrage z.B. auch zur Behandlung von DIS-Patienten mit zahlreichen Ich-Zuständen erfolgreich angewendet werden kann, beschreibt Yvonne Dolan in dem Buch „Tales of solutions“<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Die „Kolumbusmetapher“ ist entnommen aus einem Seminarhandout von Peter Kruse 1996.

<sup>20</sup> De Jong / Kim Berg, 1998

<sup>21</sup> Berg / Dolan, 2001, S. 33

### 3. Auflösen traumatischer Erinnerungen

Die Anwendung des zuvor beschriebenen Vorgehens lösungsorientierter Therapie führt zu einer zunehmenden psychischen, aber auch sozialen Stabilisierung. In nicht wenigen Fällen verinnerlichen Klienten diese Art Probleme zu lösen und Ziele zu erreichen so sehr, dass sie auch ohne weitere Therapie damit fortfahren. Ihre Fähigkeit Probleme zu lösen, mit Krisen umzugehen, Bedürfnisse erfolgreich zu verfolgen, Konflikte und Beziehungen befriedigend zu gestalten, verbessert sich und ihre allgemeine Lebenszufriedenheit steigert sich manchmal so überzeugend, dass eine Traumabearbeitung nicht mehr notwendig erscheint. Die Überprüfung der von mir inzwischen routinemäßig erhobenen SUD-Skalen-Werte<sup>22</sup> für berichtete Traumata zum Ende einer Therapie sowie die dann damit verbundenen (positiven) Kognitionen bestätigen mir immer wieder, dass im Prinzip auch bei einem rein lösungsorientierten Vorgehen traumatische Erinnerungen aufgelöst und integriert werden können. Dies geschieht jedoch keinesfalls immer.

In vielen Fällen gelangt man an einen Punkt, an dem die Klienten den nächsten Schritt nach vorne nicht gehen können. Auf die Frage, was passieren müsste, damit sie diesen Schritt gehen, finden sie keine Antwort. Oder sie erkennen sogar von selbst die Notwendigkeit, sich mit den vergangenen Traumata noch einmal beschäftigen zu müssen.

Kommt dies nicht von selbst, lässt sich fragen, was sie daran hindert, den nächsten Schritt zu tun. Die dann berichteten Blockaden, meist auf der Ebene von Gefühlen wie z.B. Unfähigkeit, Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit oder auf der Ebene entsprechender negativer Kognitionen, können genutzt werden, um aus der Vielzahl der Traumata diejenigen auszuwählen, die als erstes für die Bearbeitung mit EMDR geeignet sind (s. Abb. 4). *Wann haben Sie angefangen, so über sich zu denken? In welcher Situation haben Sie sich schon früher so gefühlt?*

Die Auseinandersetzung mit der schmerzlichen Vergangenheit wird von den Klienten jetzt aus dem eigenen Erleben heraus als sinnvoller und unumgänglicher nächster Schritt gesehen.

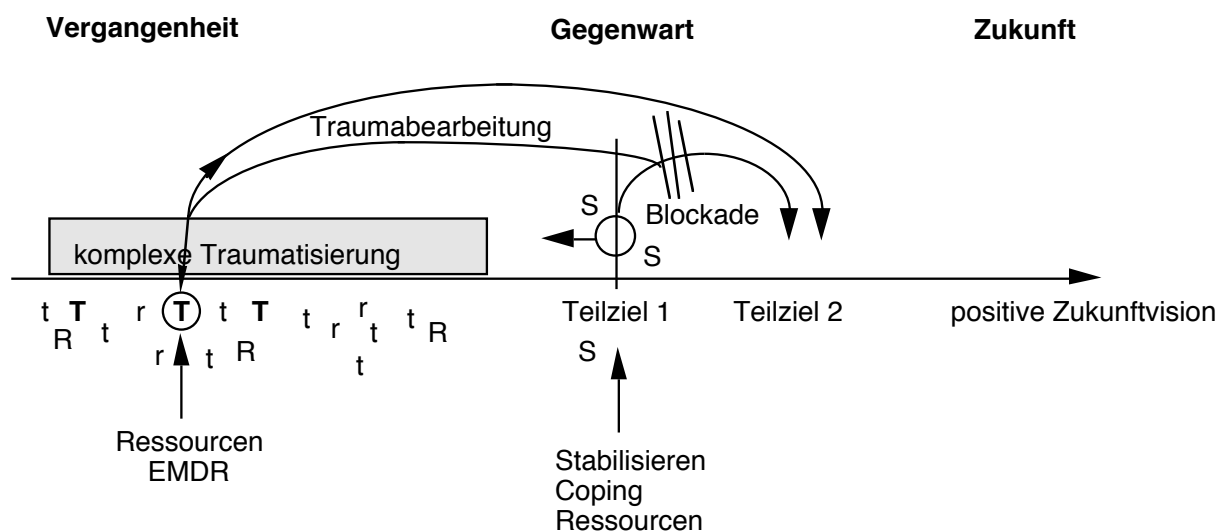


Abb. 4 T, t = Trauma // S = Symptome // R, r = Ressourcen

<sup>22</sup> Shapiro, 1995

Aber auch in dieser Phase der anstehenden Traumabearbeitung bleibt die Lösungsorientierung bestehen: *Angenommen, wir hätten uns in einer sicheren und hilfreichen Weise noch mal mit den Erlebnissen der Vergangenheit beschäftigt, was wäre danach anders? Woran würden Sie merken, dass es hilfreich war?*

Wenn Klienten diese Frage beantworten können und bereits zuvor einige positive Selbstwirksamkeitserfahrungen gemacht haben, besteht nach meiner Erfahrung auch bei komplex traumatisierten Klienten eine ausreichende psychosoziale Stabilität, um sich dem belastenden Weg einer Traumafararbeitung in kleinen Schritten zu stellen. Nach erfolgreicher lösungsorientierter Vorbereitung besteht i.d.R. eine tragfähige Beziehung zum Therapeuten sowie vor allem eine starke aus den eigenen Zielen und dem Erleben des Prozesses hervorgehende Motivation des Klienten.

Nun kann damit begonnen werden, die ausgewählten und das Vorwärtskommen behindernden Erinnerungen mittels EMDR Stück für Stück zu bearbeiten.

Bei weiterhin bestehenden hohen Ambivalenzen bezüglich der Bearbeitung vergangener Traumata, insbesondere auch bei Klienten mit unterschiedlichen Persönlich-

keitsteilen und Ich-Zuständen ist es hilfreich, immer wieder zur Lösungsorientierung zurückzukehren, um sich nicht gemeinsam mit dem Klienten in seiner düsteren Vergangenheit zu verlieren.

### V. Die ständig neue Wahl der Richtung: weitere Lösungsorientierung, Stabilisierung und Coping oder Traumabearbeitung

Gerade bei komplex traumatisierten Menschen zeigt es sich als großer Vorteil, sowohl für die Bearbeitung der Vergangenheit, als auch für ein aktives vorwärts gerichtetes Vorgehen, effektive therapeutische Angebote machen zu können. So erreicht der Therapeut die Flexibilität, je nach dem aktuellem psychischen Zustand und der aktuellen Lebenssituation des Klienten ein individuelles Angebot machen zu können und verringert das Risiko, im Kontakt hilflos zu werden. Die damit entstehende Wahl der Arbeitsrichtung, die sich prinzipiell in jeder Sitzung mit den Klienten neu aushandeln lässt, gibt diesen ein vermehrtes Gefühl der Kontrolle über den Prozess sowie eine vermehrte Verantwortung dafür, zu prüfen und zu entscheiden, was unterstützend und hilfreich ist. (s. Abb. 5)

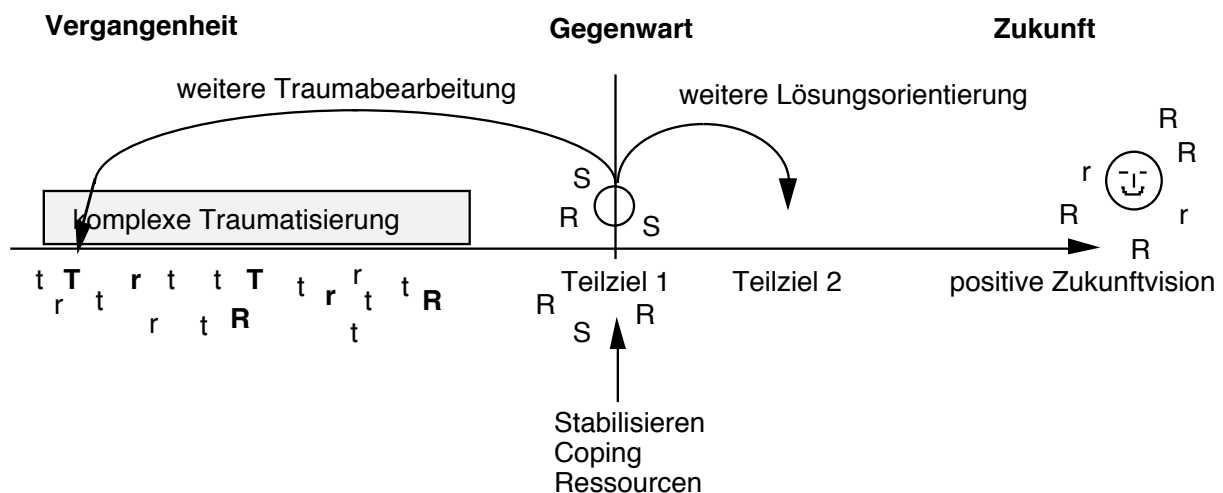


Abb. 5 T, t = Trauma // S = Symptome // R, r = Ressourcen

Bei einem solchen mehrdimensionalen Vorgehen, ist es zweckmäßig, auch die Therapie-Tagebuchaufzeichnungen dahingehend anzupassen. Ich bitte daher meine Klienten gleichermaßen auf „Zeichen der Heilung“ (Therapiefortschritte) wie auf neu auftauchendes Traumamaterial zu achten und dieses zu protokollieren.

## ***VI. Entstehende Ressourcen aus dem Blickwinkel einer „Lösungsorientierten Traumatherapie“***

Aufgrund meiner guten Erfahrungen mit der Integration von lösungsorientierter Therapie und EMDR, würde ich meine Arbeitsweise mit komplex traumatisierten Menschen am ehesten als „Lösungsorientierte Traumatherapie“ bezeichnen wollen.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal die Vorteile darstellen, die aus der Verbindung von EMDR mit dem lösungsorientierten Ansatz entstehen:

- Die attraktive Vision gibt Klienten eine Richtung und dadurch ein vermehrtes Gefühl von Kontrolle über den Prozess. Auf diese Weise werden sie ermutigt, Veränderungen zu riskieren. Durch die entstandene Vorstellbarkeit eines „guten Endes“ steigt die Veränderungs- und damit die Therapiemotivation.
- Die konsequente sprachliche und inhaltliche Unterscheidung der drei zeitlichen Dimensionen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft macht die Selbstverständlichkeit und Unvermeidbarkeit von individueller Veränderung bewusst.
- Die Skalierung über das gesamte Spektrum von den schlimmsten Lebenserfahrungen bis hin zu der ersehnten Zukunftsvision ermöglicht es, die individuellen und immer vorhandenen „Vortherapieveränderungen“ und „(Über-) Lebensressourcen“ wahrnehmbar zu machen.

- Die Arbeit an kleinen, aber subjektiv relevanten Schritten, führt zu einer schnellen Vermittlung von Selbstwirksamkeitserfahrungen bezügl. der eigenen Lebensgestaltung.
- Die gemeinsame Antizipation der „Heilungszeichen“ im therapeutischen Prozess, einschließlich der damit einhergehenden Veränderungen des Selbstbildes, führt zu einer, wie ich es nenne, „Rückwärtsintegration“: *Wie werden Sie nach dem Wunder über sich selbst und Ihre Vergangenheit denken?* So werden stimmige positive Kognitionen gefunden, die später bei der Arbeit mit EMDR genutzt werden können.
- Die therapeutisch angeregte Altersprogression führt zur Erschließung imaginärer Ressourcen, die unmittelbar in das angestrebte Selbstkonzept integriert werden oder später bei der Traumabearbeitung mit EMDR eingewebt werden können.
- Die bildliche Vorstellung des Erwünschten und die sich zunehmend einstellenden positiven Erwartungshaltungen mobilisieren unbewusste Ressourcen. Diese Phänomene der Mobilisation unbewusster Ressourcen sind vergleichbar mit den bekannten Effekten der self-fulfilling prophecy und der Vorsatzbildung im Autogenen Training.
- Die Analyse der Blockade bzgl. des nächsten Schrittes ist hilfreich für die Auswahl subjektiv sinnvoll erlebter, erster EMDR-Targets aus der Fülle der erlebten traumatischen Erlebnisse.

## **Anhang:**

### **Der Brief aus der Zukunft**

Der Brief sollte geschrieben, aber nicht abgeschickt werden!

Wählen Sie eine Zeit in der Zukunft, z.B. 5, 10, 15 oder 20 Jahre von heute an. Es kann noch länger sein oder auch kürzer, irgend eine Zeit, die für Sie von Bedeutung ist, aber eine Zeit, von der Sie annehmen, dass Ihre Probleme gelöst sind und dass es Ihnen gut geht.

Datieren Sie den Brief auf das imaginäre Zukunftsdatum.

Stellen Sie sich vor, die dazwischen liegenden Jahre seien vergangen und Sie schreiben an eine(n) Freund(in). Wählen Sie jemanden, den Sie kennen und mit dem sie gerne auch in Zukunft befreundet bleiben. Verwenden Sie den Namen des Freundes in der Anrede, z.B. „Lieber ... (Name des Freundes)“. Wenn Sie möchten, können Sie auch an einen Menschen schreiben, der Sie unterstützt und bei dem Ihnen die Vorstellung angenehm ist, an ihn/sie zu schreiben.

Während Sie den Brief schreiben, stellen Sie sich vor, Sie führen zu dem Zeitpunkt, an dem der Brief datiert ist ein zufriedenes, erfüllendes, gesundes und freudvolles Leben. Wenn es heute Probleme gibt, mit denen Sie zu kämpfen haben, nehmen Sie an, Sie haben sie in dieser Zukunft entweder gelöst oder einen zufrieden stellenden Weg gefunden, damit umzugehen!

Beschreiben Sie, wo Sie leben, wie Sie Ihren Tag verbringen, womit Sie sich beschäftigen, wie die Beziehungen sind, die Sie haben, wie Sie ihren Körper erleben, welche Dinge Sie tun, die Ihnen Freude machen, welche Hoffnungen Sie haben und Ihre Gedanken über die Vergangenheit und die Zukunft.

Erzählen Sie, was sich während der vergangenen Zeit geändert hat und wie Sie sich verändert haben.

## **Literatur:**

Dolan, Yvonne M. (1991): Resolving Sexual Abuse – Solution-Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors, W. W. Norton & Company, New York.

Dolan, Yvonne M. (1998): One Small Step – Moving Beyond Trauma and Therapy to a Life of Joy, Papier-Mache Press, Watsonville.

De Jong, Peter / Kim Berg, Insoo (1998): Lösungen (er-)finden, Verlag modernes Lernen, Dortmund.

De Shazer, Steve (1985): Keys to Solution in Brief Therapie, Norton, New York, dtsh. Wege der erfolgreichen Kurztherapie, Klett-Cotta, Stuttgart 1989

De Shazer, Steve (1988): Clues: Investigating solutions in brief therapie. New York, dtsh. Der Dreh, Carl Auer, Heidelberg 1989

Fischer G., Riedesser P. (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB Ernst Reinhardt, München

Foster, Sandra / Sandra Paulson / Jennifer Lendl (2000): EMDR-Integrated Coaching for Effective Leadership & Innovative Strategic Visioning (EMDRIA Conference 2000, Vortragsaufzeichnung auf Audio Cassette).

Greenwald, R. (2001): EMDR in der psychotherapeutischen Behandlung mit Kindern und Jugendlichen, Junfermann, Paderborn.

Greenwald, R. (2002): Motivation - Adaptive Skills - Trauma Resolution (MASTR) Therapy for adolescents with conduct problems: An open trial. In: Greenwald (Ed). Trauma and juvenile delinquency. Hawort, New York.

Kim Berg, Insoo / Dolan, Yvonne M. (2001): Tales of Solution. A Collection of Hope-Inspiring Stories, W. W. Norton & Company, New York.

Kruse, Peter (1996) unveröffentlichtes Seminarhandout über die Selbstorganisations- theorie als Konzept für psychotherapeutische Praxis.

Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.

Rossi, E. L. (1986): The psychobiology of mind body-healing: New concepts of therapeutic hypnosis. Norton, New York.

Shapiro, Francine (1995): Eye Movement, Desensitization and Reprocessing, Guilford Press, New York.

Strupp / Binder (1984): Psychotherapy in a New Key: a Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy, ISBN 0465067476,

Walter, John L. / Peller, Jane E. (1994): Lösungs-orientierte Kurztherapie – Ein Lehr- und Lernbuch, Verlag Modernes Lernen, Dortmund.

Steffen Bambach,  
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,  
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke  
Gerhard-Kienle-Weg 4  
58313 Herdecke  
SteffenBambach@web.de