

Affektregulation in der Traumabehandlung

Karin Pinter

Psychotherapie Forum

ISSN 0943-1950

Psychotherapie Forum

DOI 10.1007/s00729-016-0079-2



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag Wien. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".



Affektregulation in der Traumabehandlung

Eine bindungsorientierte Perspektive

Karin Pinter

Eingegangen: 10. Juli 2016 / Angenommen: 18. September 2016
© Springer-Verlag Wien 2016

Zusammenfassung In der folgenden Arbeit wird gezeigt, welche Bedeutung den Erkenntnissen der Bindungsforschung und Neurobiologie für ein breites Verständnis von psychischen Traumata und deren psychotherapeutischer Behandlung zukommt.

Die dyadische Affektregulation, die nonverbale, relationale Kommunikation sowie das Enactment in der therapeutischen Beziehung wird in der bindungsorientierten Psychotherapie aufgegriffen. Affektregulierung, insbesondere von negativen Affekten, gilt auch in der Trauma-Arbeit als zentral. Das dyadische Erleben im Enactment eröffnet Möglichkeiten, das Unausprechbare sichtbar, spürbar und besprechbar werden zu lassen. Anhand von Fallvignetten werden diese Überlegungen exemplarisch dargestellt.

Schlüsselwörter Bindungsforschung · Trauma · Affektregulation · Psychotherapeutische Behandlung

Affect regulation in the treatment of trauma An attachment focussed perspective

Summary The article examines the relevance of attachment research and neurobiology for the psychotherapeutic treatment of traumarelated disorders.

The dyadic affectregulation, non-verbal communication, and the appreciation of the enactment in the therapeutic relationship tend to become core issues in the attachment oriented psychotherapy. Affectregulation with negative affects could be seen as the cen-

Traumabehandlung. Diese Arbeit ist Teil des Leitthemas „Trauma“.

K. Pinter (✉)
Psychotherapeutische Praxis, Franz-Glaser-Gasse
28/1, 1170 Wien, Österreich
karin.pinter@wagnerpinter.at

ter piece of auf trauma treatment. The dyadic experience in the enactment could provide the place where the unspeakable could be seen, felt and expressed. Case vignettes offer a deeper understanding of these considerations.

Keywords Attachment research · Trauma · Affect regulation · Psychotherapeutic treatment

Einleitung

In der folgenden Arbeit wird gezeigt, welche Bedeutung der Bindungsforschung und Bindungstheorie für ein breites Verständnis von psychischen Traumata und deren psychotherapeutischer Behandlung zukommt.

Die Bindungsorientierung fokussiert auf die dyadische Affektregulation. Dabei spielt die nonverbale relationale Kommunikation eine wichtige regulierende Rolle. Der implizite Erlebensmodus (wie das körperliche Erleben, sensorische Ereignisse und Emotionen, bewusstes und unbewusstes Handeln sowie innere Haltungen und Überzeugungen) wird in der bindungsorientierten Psychotherapie aufgegriffen. Im Enactment, in den interpersonalen Zuschreibungen und in der metaphorischen Welt der KlientInnen lassen sich implizite Motivationen und mentale Zustände entschlüsseln. Die Affektregulierung stellt auch in der Trauma-Arbeit ein zentrales Kernstück dar (Herman 2003; Schore 2003), und zwar unabhängig davon, ob das Augenmerk mehr auf körperorientierten, neurobiologischen Techniken oder gesprächstherapeutischen Ansätzen liegt (Parnell 2013; Ogden et al. 2010; Van der Kolk 2015; Siegel 2012; Wallin 2014, 2007). Insofern können bindungsorientierte Behandlungsprinzipien direkt für die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen angewandt werden.

Bindung und Trauma

Das frühe psychische Trauma ist das Ergebnis einer Konfrontation mit einem überwältigenden Affekt, der unverarbeitet und damit unintegriert bleibt. Nach Krystal (1978) führt dies zu einem unerträglichen psychischen Zustand, der Desorganisation und sogar die Vernichtung aller psychischen Funktionen zur Folge haben kann. Dieser Traumabegriff bezieht sich auf die Überwältigung durch einen Affekt in Dauer und Intensität, der weder autoregulativ noch interaktiv regulierend lösbar ist.

Lyons-Ruth und Schuder (2004) konstatieren große individuelle Unterschiede, wie traumatische Erfahrungen erlebt und verarbeitet werden. Sie heben hervor, dass sich Traumata in der Kindheit gegenüber Traumen in späteren Jahren klar unterscheiden und nur unter Einbeziehung der frühen Bindungsbeziehungen ausreichend erfasst werden können.

Eine erweiternde Perspektive, Trauma zu verstehen, ist der Zusammenhang von Affektüberwältigung und Abbruch des affektiven Bandes zwischen Kind und Bindungsfigur. Der Abbruch der Bindungsbeziehung, dem keine Wiedergutmachung und keine Wiederanknüpfung der Verbundenheit zwischen Bindungsfigur und Kind folgt, hat eine organisierende negative Wirkung auf das Selbst und ist jedenfalls als traumatisierend anzusehen (Beebe und Lachmann 2004).

Traumatische Erfahrungen können besser verarbeitet werden, wenn eine Bezugsperson beruhigend, tröstend mit emotionaler Präsenz und verständnisvoller mentaler Orientierungsfähigkeit zur Verfügung steht. Der „sichere Hafen“ ist eine von Bowlby (2010) formulierte Metapher, der einen psychischen Raum repräsentiert, in dem Schutz vor Bedrohung gefunden werden kann. Dieser „sichere Hafen“ kann als Fähigkeit der Bindungsfigur gesehen werden, erreichbar und resonant zu sein sowie beruhigend auf die Erregungszustände des Säuglings einzuwirken. Mit solchen Erfahrungen ausgestattet bildet sich im Säugling ein stabiles Selbst, das temporär und graduell selbstregulierend innere Zustände und Bedürfnisse zu modulieren versteht und bei Überforderung der selbstregulatorischen Fähigkeiten, sich an andere wenden kann (interaktive Regulation). Das ausgewogene Wechselspiel von Selbstregulation und interaktiver Regulation von positiven und negativen Emotionen stellt einen positiven Indikator für sichere nicht traumatisierende Bindungserfahrungen dar (Beebe und Lachmann 2004). Umgekehrt ist das Aussetzen oder Fehlen dieser Regulationsfähigkeit in die eine oder andere Richtung (also zu sehr autoregulativ oder zu sehr interaktiv regulierend) ein Hinweis auf chronische Traumatisierungen in der Kindheit.

Im Still-Face-Experiment von Edward Tronick (2009) lässt sich sehr gut erkennen, wie groß die emotionale Belastung des Kindes durch den Abbruch des emotionalen Bandes mit der Mutter ist, auch wenn der Bruch nur wenige Sekunden dauert. In die-

sem 1975 entwickelten Experiment wird die Mutter aufgefordert, für ganz kurze Zeit ihre Resonanz auf das Kind durch die temporäre Starre und Ausdruckslosigkeit ihres Gesichtes zu unterbrechen. Das Kind zeigt in seinem mimischen, gestischen und vokalen Ausdruck eine große Bandbreite von Reaktionen und initiativen Interaktionsangeboten, um die Mutter „zurückzugewinnen“. Es staunt, es lacht aufmunternd, es bezieht sich auf das gemeinsame vorangegangene Spiel, es erzeugt ein schrilles Geräusch, wird immer unruhiger, weicht dem Gesicht der Mutter aus, drängt aus seinem Kindersitz heraus, schaut weg, nimmt seine Hand zur Beruhigung in den Mund, beginnt zu weinen. Der Erregungszustand steigert sich, bis es letztlich aufgibt, Interaktionsangebote zu machen, und in einen Zustand der Desorganisation fällt. Die Mutter wird aufgefordert, die Starre aufzuheben. Nach kurzem Misstrauen des Kindes kann die Mutter durch ihre Angebote das Kind rasch wieder in das vorangegangene Spiel involvieren und das emotionelle Band wiederherstellen.

Dieses Experiment zeigt wie fragil und verletzbar das emotionale Gleichgewicht des Kleinkindes ist und wie rasch ein Wiederanschluss möglich wäre, wenn die Mutter emotionell erreichbar und responsiv ist, oder anders ausgedrückt, wie bedeutend die Fähigkeit der Bindungsfigur ist, negativen Stress und Emotionen zu regulieren. Es lässt sich manchmal nicht verhindern, negative Erfahrungen zu machen, aber es lässt sich einiges tun, um die daraus resultierenden negativen Gefühle zu verarbeiten.

Die Sicherheit in der Bindungsbeziehung wird von Schore (2003, S. 168) als größter Schutz gegen eine durch Trauma herbeigeführte Psychopathologie gesehen. Ist diese Sicherheit nicht gegeben, ist das Kind anfällig für spätere traumatische Verletzungen bzw. ist die Fähigkeit, belastende Erfahrungen zu verarbeiten, sehr eingeschränkt.

Sichere Bindung kann also in mehrfacher Hinsicht als Schutz vor traumatischem Erleben gesehen. Sie bildet die innere Repräsentation (Arbeitsmodell) darüber, was in dieser Welt erwartbar ist. Bei sicheren Bindungsmustern ist dies die implizite Erwartung „Es geht gut aus“. Sichere Bindung befähigt Menschen, eine Umwelt zu suchen und zu gestalten, die eine Wechselseitigkeit in der Präsenz und Resonanz ermöglicht.

Das desorganisierte Muster

Organisierte Bindungsmuster (sicher, unsicher vermeidend, unsicher ambivalent) sind individuelle Anpassungsstrategien an die jeweiligen emotionalen Umweltbedingungen des Kindes mit dem Ziel, eine größtmögliche Sicherheit mit der Bindungsfigur zu finden. Wenn diese Strategien nicht funktionieren oder versagen, kann es zu Dissoziation und Desorganisation als „schützende“ Lösung vor unerträglichen Affekten kommen – es lässt sich kei-

ne einheitliche Bindungsstrategie („desorganisiertes Bindungsmuster“) mehr festmachen. Dieses desorganisierte Bindungsmuster kann als das Ergebnis von wiederkehrenden überwältigenden negativen emotionalen Erfahrungen verstanden werden, bei denen es zu keinem Wiederanschluss an die Bindungsfigur kommen konnte. Der paradoxe Zustand, dass die Bindungsfigur, die interaktiv Emotionen regulieren sollte, gleichzeitig selbst die Quelle des emotionalen Stresses und der direkten Gefahr wird, ist in der Psyche des Kindes nicht lösbar und begreifbar. Fragmentierung, Dissoziation, eine schwerwiegende Störung der Fähigkeit der Emotionsregulierung, Persönlichkeitsveränderungen und Persönlichkeitsstörungen können die Folge sein (Herman 2003).

Das desorganisierte Bindungsmuster wird häufig in Zusammenhang mit schwerwiegenden traumatischen Erfahrungen gebracht. Darüberhinaus gibt es auch Befunde, die die Entwicklung von spezifischen Psychopathologien wie Borderline-Persönlichkeitsstörung bei desorganisierten Bindungsmustern nahelegen. Nach Fonagy et al. (2002, S. 346) greifen diese Erklärungen aber zu kurz und bedürfen einer genaueren Betrachtung. Große Übereinstimmung (Fonagy 2002; Lyons-Ruth 2008) besteht jedenfalls darin, dass eine fragile Selbstorganisation infolge eines desorganisierten Bindungsmusters zu erhöhter Verletzbarkeit führt, die wiederum eine Anfälligkeit für spätere Traumatisierungen aufweist.

Ein gut funktionierendes Bindungssystem schützt das Kind vor extremen ängstlichen Erregungszuständen, indem es ihm hilft diese zu regulieren (Lyons-Ruth 2003). Gestörte affektive Kommunikation zwischen Mutter und Kleinkind sowie ungelöste Traumata in der inneren Repräsentation der Mutter sind zwei zentrale Indikatoren, die mit großer Sicherheit eine Vorhersage über das Risiko der Entwicklung eines desorganisierten Bindungsmusters im Kind treffen lassen (Lyons-Ruth 2003). Unter Störung affektiver Kommunikation wird in den Studien von Lyons-Ruth nicht nur Mangel an Feinfühligkeit oder ein angsterregendes und/oder angstvolles Verhalten der Bindungsfigur verstanden. Lyons-Ruth (2003) spezifiziert problematisches elterliches Verhalten noch genauer, wie etwa Rückzugsverhalten, negative intrusive Reaktionen, Rollenverwirrung, Desorientierung und widersprüchlich, konflikthafte Kommunikationssignale bzw. falsche Antworten auf die Signale des Kindes (ebenda). Laufende Forschungsarbeiten und Langzeitstudien über die interaktiven Beziehungsdynamiken zwischen Kind und Bindungsfigur im Hinblick auf desorganisierte Bindungsmuster tragen zu einem mittlerweile differenzierteren Bild bei und zwar sowohl was schädigendes elterliches Verhalten als auch die Reaktionen des Kindes betrifft (Lyons-Ruth und Jacobvitz 2008).

Bindung als Anpassungsprozess

Bleiben also die Versuche des Kindes, im emotionalen Stress eine sicherheitsfördernde regulierende Reaktion bei der Bezugsperson auszulösen erfolglos, so setzt ein innerer Adaptionsprozess ein. Diese Aktivität nimmt nach Tronick und Weinberg (Schore 2003, S. 169) alle regulatorischen Ressourcen des Kindes in Anspruch, um sich zu reorganisieren. Die Überforderung in der Regulation von negativen Stresszuständen hemmt das Kind in der seiner Entwicklung auf allen Ebenen: Die spielerische Auseinandersetzung und Exploration seiner Umwelt bleibt ihm durch die hohe Konzentration auf den äußeren relationalen Gefahrenquellen versagt. In der experimentellen Beobachtungssituation über das Bindungsverhalten von Kleinkindern, wie sie von Mary Ainsworth und Mary Main (Grossmann und Grossmann 2012, 2003; Gloger-Tippelt 2000) entwickelt wurden, lässt sich diese Befangenheit gut beobachten (Strange Situation Experiment 2009).

Bindungsmuster können insofern nicht nur als adaptive sondern auch als maladaptive Prozesse und psychische Programmierungen verstanden werden, um mit einer wenig feinfühligem, widersprüchlichen, verstrickenden und bedrohlichen Umwelt zurechtzukommen. Brandchaft und andere (2015) sprechen von einer „pathologischen Akkommodation“. Diese Anpassungsprozesse lassen sich als Versuche des Kindes verstehen, das innere psychische Gleichgewicht in einer belastenden Umwelt wieder herzustellen. Kommen zu diesen kumulativen relationalen Mikrotraumen (Schore 2003, S. 108) noch makrotraumatische Erfahrungen (Gewalt, sexuelle Übergriffe, Vernachlässigung, massive Entwertung und Erniedrigung, etc.) hinzu, ist die daraus resultierende psychische Belastung enorm und kann die breite Symptomatik von posttraumatischen Belastungsstörungen beinhalten.

Bindungsmuster als Anpassungsprozesse sind so beschaffen, dass sie zum besseren Selbstschutz und den relationalen Gefahren in ein Set von impliziten Erwartungen an die Umwelt und fixen Überzeugungen darüber, wie die Interaktion ausgehen wird, eingeschmolzen werden. Diese Erwartungen steuern andauernd und langfristig das Erleben, Fühlen und Verhalten der Menschen.

Was einmal Anpassung war, wird zur selbstschützenden Vorhersehbarkeit von traumatisierenden Gefahrenquellen: Aus der Erfahrung wird eine Erwartung. Dieser Prozess hat mit der Fähigkeit des Gehirns zu tun, im Gefahrenkontext Vorannahmen zu treffen, um rascher reagieren zu können (Siegel 2012). Dies führt zur Vorwegnahme von negativen Erfahrungen, eine „als-ob-Reaktion“. Traumatisierte Menschen verhalten sich so, als könnte jeden Moment diese Gefahr wieder eintreten und stellen sich im Handeln, Denken und Fühlen darauf ein – was sie einem anhaltend hohen emotionalen Risiko aussetzt (Wallin 2007).

übersichtsarbeit

Bindungsmuster zwischen Hypererregung und Dissoziation

Die Zusammenhang von Bindungsmustern und der Verarbeitung von Traumata bestätigt Schore durch die Beobachtung, dass die früheste Fähigkeit des Säuglings auf Traumata zu reagieren, die Hypererregung und die Dissoziation sind (Schore 2003, S. 170). Das hyperaktivierende Bindungsmuster (unsicher-ambivalent) könnte als chronifizierte Form der Hypererregung verstanden werden. Die Hypererregung mag die bestmögliche Form der Verarbeitung für den Säugling gewesen, die die elterliche Erreichbarkeit bzw. die Alarmbereitschaft gesichert hat.

Anders gestaltet es sich bei der Fähigkeit der Dissoziation zur Verarbeitung traumatischer Erfahrung. Die deaktivierende Bindungsstrategie (unsicher-vermeidend), also das Abschalten bindungsbezogener Affekte, ist in diesem Fall der wirksamere Weg, aus dem Radar ablehnender Eltern oder widersprüchlicher, verwirrender Eltern herauszukommen. Welche der frühen Möglichkeiten, auf überwältigende Affekte zu reagieren (Hypererregung oder Dissoziation) zu einer dominanten Strategie wird, könnte davon abhängen, wo im Bindungskontext der sicherste Platz war, also auf welche der Reaktionsweisen des Säuglings die Eltern am besten reagieren konnten.

Bindungsorientierung als Traumarbeit in der Praxis

Bindungsorientierung bedeutet, das unmittelbare gegenwärtige emotionale Erleben zu fördern und ihm ausreichend Aufmerksamkeit zu geben. Kognitive Einsicht und das Entwickeln eines kohärenten Narrativs können erst in einer weiteren Phase nach der Arbeit am Fühlen und Erleben wichtig werden. Selbst bei schwerwiegenden Psychopathologien gilt die Bindungsorientierung als sehr wirksam (Fonagy 2003); Erkenntnisse aus der Bindungsforschung seien in diesem Zusammenhang zu bedeutend, als dass sie von KlinikerInnen ignoriert werden könnten (Levy et al. 2014, S. 108). Die Arbeit mit psychischen Traumata heißt, das Unausprechbare und Implizite in der therapeutischen Beziehung zu fördern und aktiv zum Gegenstand der Therapie zu machen.

Die Bildung der Bindungsmuster findet im ersten Lebensjahr statt, also in einer Zeit, in der das limbische System dominant und der präfrontale Cortex, der für die Erinnerung und das sprachliche Bewusstsein zuständig ist, noch nicht gebildet ist (Siegel 2012).

Aus der Perspektive der Neurobiologie, die mehrfach belegt hat, dass Bindung im limbischen System und der rechtskortikalen Hemisphäre des Gehirns lokalisiert ist (Roth 2001, 2015), lässt sich Bindungsorientierung in der Psychotherapie auch als „Konversation zwischen zwei limbischen Systemen“ (Buck 1994, S. 266 in: Schore (2003, S. 103)) verstehen.

Die rechtskortikale Hemisphäre, in der spontane emotionale, nicht-verbale und körperbezogene Kommunikation gesteuert wird, ist stark in die Bindungsfunktion involviert (Schore 2003, S. 76). Das Lesen der Gefühle des Anderen, also die nonverbalen wechselseitigen Erkennungs- und Abstimmungsprozesse, sind in diesen Gehirnregionen lokalisiert.

Im Grunde versuchen die meisten psychotherapeutischen Methoden mehr oder weniger die Regulation des Affektlebens zu verbessern. Es gibt auf der Basis der Neurobiologie und der Bindungsforschung klare Hinweise, wie die wechselseitige Regulation im therapeutischen Prozess zur Wiederherstellung eines inneren Gleichgewichts beitragen kann. Im günstigsten Fall besteht die Möglichkeit der Reorganisation der inneren regulativen Prozesse (interaktive und autoregulative) und der impliziten Überzeugungen, Vorrannahmen oder „inneren Arbeitsmodelle“ (Bowlby 2010).

Die emotionelle Flexibilität und Toleranz gegenüber Affekten zeichnet eine sichere Bindungsfigur aus; diese Fähigkeit stellt auch eine Kernkompetenz guter psychotherapeutischer Arbeit dar, durch die regulative Reorganisationsprozesse möglich werden. Die interaktive Synchronisierung mit den KlientInnen erfordert gleichermaßen die Regulation der eigenen (insbesondere der negativen Affekte) der TherapeutIn. Die therapeutische Aufgabe ist es daher, die eigenen Affekte zu kontrollieren, zu regulieren und nutzbar zu machen. Nutzbar machen bedeutet, die Interaktionsdynamik zu verstehen und sie den KlientInnen so anzubieten, dass von diesen ein tieferes Verständnis darüber gewonnen werden kann.

In der psychotherapeutischen Praxis lassen sich traumatische Erfahrungen in der Art und Weise der Beziehungsgestaltung und der impliziten Erwartungen der KlientInnen erschließen – sofern sie nicht direkt von den KlientInnen adressiert werden. Bei frühen Traumatisierungen, die fast immer auch Bindungstraumata sind, kann man nicht mit Erinnerungen rechnen. Dennoch sind diese Traumatisierungen im Erleben und in der Wahrnehmung gespeichert; in der Übertragungssituation (Enactment) in der Therapie wird die traumatische Repräsentation aktiviert, sodass die/der TherapeutIn unmittelbar den Charakter des ursprünglichen Traumas erfassen kann (Meares 2005, S. 103).

Im Folgenden soll an Hand von Fallvignetten aus der eigenen psychotherapeutischen Praxis exemplarisch aufgezeigt werden, wie sich Bindungstraumatisierungen in der therapeutischen Beziehung (Übertragung/Enactment) zeigen. Ein wichtiger Aspekt bei der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen ist, dass diese nicht unbedingt als Erinnerung bewusst zugänglich und daher kaum verbalisierbar sind. Traumatisches Erleben, das nicht in Worte gefasst werden kann, stellt sich implizit, d. h. im Erleben, in der Wahrnehmung von sich selbst und dem Anderen sowie in der Erwartung an den Anderen immer wieder her. Das

mentale Erfassen von inneren und äußeren Zuständen bildet eine wichtige Barriere und Schutz gegenüber überwältigenden Emotionen (siehe auch das Mentalisierungskonzept von Allen und Fonagy 2006).

Am subjektiven Erleben orientieren

Vignette Peter: Seien Sie grob zu mir!

Peter, ein extrem misstrauischer Klient, stellt gleich am Anfang einer viele Jahre dauernden Therapie klar, dass er sich wünscht, „grob“ behandelt zu werden. Beim Nachfragen, was er denn unter grob versteht, erklärt er, dass er eben hart rangenommen und nicht geschont werden möchte; ich solle ihm ruhig alles auf den Kopf zusagen, das würde er schon aushalten. Als ich ihm erkläre, dass ich versuchen werde, offen meine Gedanken über ihn zu kommunizieren, dass ich dies aber auf eine Weise zu tun versuche, die nicht verletzend ist, murt er ein wenig vor sich hin und meint: „... sonst fühl ich mich wie ein Weichei, wenn man weich mit mir ist.“

Peter war ein besonders feinfühliges Kind, in einer Welt, in der „harte, grobe“ Männer die dominanten männlichen Vorbilder waren. Dennoch wirkte Peter sehr sensibel, ängstlich und empathisch.

Nach einigen Monaten, in denen er mich genau erforscht und überprüft hat, inwieweit er mir trauen kann, ist er in der Lage, seine familiäre Situation zu beschreiben, in der die Mutter überkontrollierend, verfolgend, extrem unsicher, ängstlich und erschreckend war und der Vater immer nur schweigend am Tisch saß. Das stetige laute Lamento der Mutter und das bedrohliche Schweigen des Vaters waren die Tischmusik beim gemeinsamen Essen – die einzige Zeit, in der er überhaupt Kontakt mit seinem Vater hatte. Bevor es zum Essen kam, gab es insbesondere in den frühen Kindheits- und Jugendjahren ein Ritual, das so aussah: Der Vater kam wortlos in die Küche, holte die Stöcke zur Züchtigung vom obersten Küchenschrank und nahm sich Peter zur Züchtigung vor. Meist war es nicht klar, was der Grund für die Bestrafung war. Mit 17 wagte er es dann – körperlich mittlerweile stärker als der Vater – ihm entgegenzutreten und mit der Polizei zu drohen. Damit kam das Schlagen zu einem jähen Ende und mit dem Schlagen verlor sich der Kontakt zu seinem Vater völlig. Er schien nun für den Vater gar nicht mehr zu existieren.

„Grob“ bedeutete für Peter eine Form von intensiver Nähe. So schrecklich dies auch für Peter war, das Schlagen verschaffte die einzige Form von Nähe zu seinem Vater. Emotionell stellt diese prägende Erfahrung in seinen gegenwärtigen Beziehungen eine ziemliche Herausforderung dar, da Nähe für Peter nur schwer ohne heftigem Streit oder Konflikt spürbar war. Die Interaktionsdynamik in den Beziehungen verläuft nach Regeln des Angriffs, meist mit Verachtung gepaart mit Unterwerfung. In beiden Rollen wechselt er hin und her – mal ist er Angreifer, mal Opfer, das sich

unterwirft und erst wieder mit der Wut darüber, ein besseres Selbstgefühl entwickeln kann.

Ähnliche Aufforderungen an mich, nämlich grob oder streng zu sein, kommen durchaus auch bei anderen KlientInnen vor. Die Bedeutung dieser Zuschreibung oder dieser Erwartung an das Gegenüber ist individuell ganz unterschiedlich; sie sind eine Einladung, ihre subjektive Welt von innen heraus zu erspüren und zu begreifen. Die Arbeit mit Affekten, die Emotionsregulation ist insofern vielfältig; sie beginnt nicht erst, wenn starke Affekte in die Stunden hereinkommen oder wenn diese völlig fehlen.

Brüche und Wiederanschluss

Traumatisierte KlientInnen erleben TherapeutInnen – scheinbar ohne deren Zutun – als Personen, die in ihre innere Welt „passen“. TherapeutInnen werden in einer Art Projektion oder Zuschreibung zu jemandem, der sich etwa abwendet, sie verlässt, verachtet, der desinteressiert, ablehnend, entwertend und unerreichbar ist. All das, was Menschen, die Traumen in ihren frühen Beziehungen erfahren haben, erleben sie in der Gegenwart wieder – ohne den Filter des Reflektierens verwenden bzw. die linkskortikale Hemisphäre aktivieren zu können. Traumatisches Erleben wird „eingefroren“ in der Zeit (Wallin 2007, S. 253) und die Vergangenheit kann oft nicht erinnert, aber in der Gegenwart unmittelbar erlebt werden (Van der Kolk 2015).

Die Aktivierung der rechtshemisphärischen Prozesse, in welcher Bindung, aber auch Trauma involviert ist, macht die Arbeit mit Affekten so zentral. Metaphern, Fantasien, das Spielerische und die Kreativität sind ebenfalls in diesen Regionen verankert. Auch diese Bereiche gilt es in den therapeutischen Prozess aktiv hereinzuholen bzw. bei ihrem Auftauchen diese Fantasien aufzugreifen (Lichtenberg 2005; Meares 2005). Lichtenberg et al. (2000) hat eine dafür gut geeignete klinische Interventionsstrategie detailliert beschrieben, nämlich „Das Tragen der Zuschreibung“ oder wie Meares es nennt „who one is“ (2005, S. 104). Schore nimmt an, dass die Projektionen, wie sie auf den Therapeuten gerichtet werden, „als Splitter des Selbst“ aus der rechten Hemisphäre stammen (Schore 2003, S. 109).

Wenn ein Klient sich von der/dem TherapeutIn verlassen fühlt, dann hilft es wenig, zu rechtfertigen oder zu argumentieren, man hätte dies nicht getan, man sei ja ohnehin da. Die Zeit einer urlaubsbedingten Abwesenheit etwa stellt für manche KlientInnen eine enorme emotionelle Herausforderung dar: Beim Wiedersehen überwiegt selten die Freude, dass die/der TherapeutIn endlich wieder da ist. Es kann zu massivem Rückzug, unerklärbarer Wut und manchmal auch zu einem kühlen Gedanken oder gar Entschluss führen, die Therapie einfach zu beenden, weil der Klient gemerkt hat, dass er eigentlich niemanden braucht. Da hilft es nicht zu sagen, „Ich habe doch angekündigt,

dass ich auf Urlaub fahre“. Im subjektiven Erleben des/der Klientin ist ein Riss entstanden, der gar nicht zu vermeiden war. Eine wichtige therapeutische Aufgabe in so einem Fall wäre, die Anerkennung dieses emotionellen Erlebens zu geben und aktive Versuche zu unternehmen, das emotionelle Band wiederherzustellen (vgl. auch Muller 2010; Liotti 2014). Wenn das gelungen ist, kann der explorative Teil dieses therapeutischen Ereignisses stattfinden.

Solche Unterbrechungen, wie sie in unterschiedlicher Dramatik und Intensität im therapeutischen Prozess geschehen, gelten in der Fachliteratur als besonders bedeutende Momente, die – falls der Wiederanschluss gelingt – sehr wirksam und stabilisierend sein können und Veränderungsprozesse anzeigen. Bei traumatisierten Klienten ist das Bemühen um das Wiederanknüpfen des emotionellen Bandes überhaupt die Basis einer gelingenden Therapie und manchmal überhaupt die Voraussetzung zur Fortsetzung der Therapie.

Vignette John: Fallen gelassen werden

Es brauchte einige Jahre Therapie bis John zulassen konnte, dass es in Ordnung ist, etwas zu brauchen. Dies zeigte sich etwa darin, dass er in Zeiten, in denen er sich wieder elend fühlte, daran dachte, mich herbeizuwünschen, mit mir jetzt gleich zu reden oder mit SMS nach mir zu rufen. John war ein extrem vernachlässigtes und misshandeltes Kind, das zwischen dem gewalttätigen Vater und der religiös wahnhaften Mutter aufgespalten war. Bereits in der Schulzeit zeigte er Verhaltensauffälligkeiten, Selbstverletzungen und Wutausbrüche, die zu Hause mit erneuten Prügeleien, Strafen sowie mütterlichen Drohungen, ihn zu verlassen, beantwortet wurden.

John in den therapeutischen Prozess einzubinden und ihn zu halten, bedurfte jahrelanger vertrauensbildender Maßnahmen. Phasen von intensiver Nähe lösten emotionelle Abstürze aus, in denen er unerreichbar und starr wurde. Er nahm sich jedes Mal in metaphorischer Hinsicht das Leben und erfor in seinem kalten Panzer. In seinen Phantasien äußerte sich seine Suizidalität in einer Art verklärter Hingabe an den Tod, und nicht als eine Handlung, die er setzte. Solche Abstürze waren nicht bloß endogene Prozesse, die bei schwer traumatisierten Menschen rasch aktiviert werden können. Ich bemerkte, dass es meist einen Anlass oder Auslöser gab, wenngleich diese von außen gesehen gering und leicht zu übersehen waren. Diese Auslöser lagen manchmal innerhalb unserer Beziehung und manchmal nahm er sie von seinem Leben draußen mit. Es lohnte immer, solchen veränderten Zuständen in John gemeinsam nachzugehen.

Ein Blick, ein Hauch von Ungeduld meinerseits, eine Müdigkeit oder ein Schnupfen konnte genügen, so einen Absturz auszulösen. Am Beginn der Therapie musste ich auf jeden Fall davon ausgehen, dass die Absage der Stunde von mir (und sogar auch von ihm selbst) so einen Bruch auslösen konnte. Dabei

half auch nicht, dass ich diese Abwesenheit angekündigt hatte. Bald lernte ich, dass Argumentieren oder Rechtfertigen diese Kältebrücke nur verschlimmerten. Was sie zum Schmelzen brachte, war mein Anerkennen seiner Verletzung, mein Versuch, seinen Gefühlen nachzuspüren und mein empathisches Einstimmen in den von ihm erlebten Zustand, sich von mir fallen gelassen zu fühlen. Nach solchen Episoden schämte er sich manchmal, dass er überhaupt solche Gefühle hatte und dass er überhaupt jemals wieder zugelassen hat, jemandem zu vertrauen.

Nach zahllosen Runden dieser Interaktionen von Bruch und Wiederanschluss bemerkte ich wieder einen größeren Rückzug von John, den ich irrtümlicher Weise mit wachsender Eigenständigkeit als therapeutischen Fortschritt missverstanden hatte. Als John in so einer Phase wieder über „Gott und die Welt“ schimpfend die Stunde beginnt, versuche ich ihn zu unterbrechen. Manchmal sind solche Schimpfeskapaden oder Klagespiralen Hinweise auf einen aversiven affektiven Zustand, den John thematisch außerhalb von sich und unserer Stunde verankert sehen will.

Ich meine, dass wir wohl gern über seine Ärgernisse im Supermarkt reden können, dass ich aber heute auch über uns und unsere Arbeit hier reden möchte. Fast immer willigen KlientInnen dazu ein – mit einer Mischung aus Neugier und unsicher-ängstlicher Aufregung. John will natürlich wissen, was los ist und so steige ich gleich mit meinem Eindruck ein, dass er distanzierter wirkt und dass ich mich frage, ob sein Ärger auch mit uns zu tun haben könnte. Zunächst überrascht versucht er auf seinem Ärger über die von ihm erlebte Szene im Supermarkt zu beharren.

Th: Na ja, ich hab mich gefragt, ob meine Stundenabsage letzte Woche wegen einer Verkühlung Sie wieder von mir weggetrieben hat ... so als dürften Sie sich dann nicht mehr spüren, wenn es mir nicht gut geht ...

John: (schweigt und starrt vor sich hin) Ja, sicher mach ich mir Sorgen um Sie! Das ist doch ganz normal.

Th: Ja schon, das ist normal. Ich sehe aber, dass es mit Ihnen etwas macht ... Ich habe den Eindruck, als würden Sie dann sich und ihre Bedürfnisse wieder ganz abschalten, so als dürfte es Sie dann nicht mehr geben ...

John: (mit Tränen in den Augen) Wenn ich mich dann so zurücknehmen muss, weil Sie nicht da sind, dann, dann ist das so, als würde ich Sie aufewig verloren haben ... Und ich schaffe alles allein und ich brauche niemanden mehr ... und alle sollen mir fern bleiben ...

Th: So als würden Sie wie Alice im Wunderland immer nur fallen, fallen, fallen ...

John: Ja, genau so ...

Th: Und wie ist das dann, wenn Sie aufkommen, wo landen Sie da?

John: Das ist gar nicht schön dort, da ist es kalt und unheimlich. Am Tag funktioniere ich, aber in der Nacht, dann kommen wieder die Geister, die mir dann sagen, was für ein mieses Stück Scheiße ich eigentlich bin und dass ich eigentlich gar nicht da sein sollte ... und was

ich mir überhaupt einbilde, dass jemand wie Sie zu so etwas Verachtenswertem wie mich überhaupt nett sein könnte...

Th: Und jetzt im Moment, hier mit mir, wie fühlt es sich jetzt an für Sie?

John: (weinend) Ich bin so froh, dass Sie wieder da sind, dass ich Sie wieder habe ... es ist so schrecklich dort, so völlig verlassen zu sein ... Wenn wir so darüber reden, dann geht dieses klebrige düstere Gefühl weg ...

Th: Das ist gut! Wenn wir darüber reden können, dann wird dieser Spuk etwas weniger ... und wenn ich einmal nicht da sein kann, weil ich krank bin oder auf Urlaub, dann komme ich sicher wieder zurück ... (scherzend) wie Sie sehen können.

John: (lacht) Ja, aber in solchen Momenten kann ich das nicht glauben.

Wenn ein Wiederanschluss geglückt ist, schafft das eine große Verbundenheit und Sicherheit, die dann den explorativen und reflektierenden Prozess darüber, was da passiert ist, überhaupt möglich macht. Häufig sagt John selbst, ja ich weiß, wenn Sie wegfahren, das ist ganz schlimm für mich. Und ich leite vor einer Abwesenheit dieses Thema immer wieder ein, dass wir nachher anschauen, wie es ihm damit diesmal ergangen ist. Es wird dieses emotionelle Erleben zu einem besprechbaren Thema, das seine Mentalisierungskapazitäten Schritt für Schritt stärkt.

Das eigene Erleben anbieten

Vignette Harald: „Mein innerer Kreis“

Harald kommt wegen eines massiven emotionalen Zusammenbruchs, den er in Übereinstimmung mit dem ärztlichen Behandler Burnout nennt, in die Therapie. Langandauernder Krankenstand und medikamentöse Behandlung führen nicht zu einer Besserung, was ihn veranlasste, erneut in Therapie zu mir zu kommen.

Mit einem vermeidend gebundenen Bindungsmuster ausgestattet, tendiert Harald dazu, Menschen emotionell auf Abstand zu halten. Sowohl was die räumliche Nähe als auch die emotionelle Verstrickung, in die Harald mit seinem Vorgesetzten geraten ist, betrifft, konnte Harald seine widerstreitenden Gefühle nicht mehr regulieren und damit nicht mehr „auf Abstand halten“. Abschalten, sich nicht spüren, reichten als Bindungsstrategie nicht mehr aus; das „Deaktivieren“ nahm ein Ausmaß an, das eine Dissoziation und „Einfrieren“ seiner Gefühle vermuten lässt. Das Versagen der regulativen Fähigkeiten, organisiert um aversive Motivationen, ist ein emotioneller Zustand, der ein Kriterium für traumatische Verarbeitung von unerträglichen Zuständen ist.

Am Beginn einer Stunde, die nach etwa sechs Monaten Therapie stattfand, wirkt Harald sehr erregt und fordernd. Er berichtet von einem konflikthaften Treffen mit dem Chef, der Auslöser für seinen Zusammenbruch war. Er fühlt sich gestärkt nach diesem Ge-

spräch, weil er klar geblieben ist und das Treffen moderiert hat. Darauf ist er sehr stolz. Ich anerkenne seine Fähigkeit, eine emotionell so belastende Situation so gut bewältigen zu können.

Harald: „Warum fällt mir das alles auf einmal so leicht?“ (Er meint damit eine Reihe von Aktivitäten, zu denen er lange nicht in der Lage war).

Th: „Was denken Sie, warum das jetzt möglich ist?“

Harald: „Ja, weil jemand im Büro explizit die Verantwortung von mir genommen hat, das ist erleichternd.“

Th: „Der Satz von ihm ‚Das ist nicht ihre Verantwortung‘ war wie ein erlösendes Zauberwort für Sie ...“ (Damit versuche ich in sein Erklärungsmodell einzusteigen, also in seine Perspektive zu gehen, was aber letztlich zu nah für ihn war.)

Harald: Das haben Sie schon einmal gesagt! (Er weist mich zurück.)

Th: „...“

Harald: „Und die Medikamente wirken sicher auch.“

Th: „Ja, wobei die Medikamente Sie nicht von dem Druck befreien, alles perfekt und richtig machen zu müssen.“ (Ich versuche die Erklärung der Veränderung durch ausschließlich äußere Faktoren herauszufordern. Seine inneren Fähigkeiten sind gewachsen; die „inneren“ Faktoren möchte ich auch in den expliziten Diskurs einbringen.)

Harald: „Nein, eh nicht ... das stimmt schon.“

Eine spannungsreiche Dynamik entfaltet sich entlang der Frage, was hat ihm geholfen, aus der Krise herauszukommen. Man könnte meinen, dass das eigentlich ein befriedigendes Thema für uns beide wäre. Im Gesprächsverlauf versuche immer wieder etwas zu sagen, setze an, er unterbricht mich immer und immer wieder. Er lässt mich kaum zu Wort kommen und wird dabei immer vehementer. Ich spüre langsam Ärger in mir aufkommen. An einem Punkt, nachdem mehrere Versuche von mir misslungen sind, zu Wort zu kommen, verliere ich zwar noch nicht die Geduld, aber den Faden meines Gedankengangs und sage:

Th: „Ich glaube, wir haben jetzt die Spur verloren!“ (Das „wir“ ist mein unbewusster Versuch, die Verbindung zu ihm, das Miteinander, zu finden.)

Harald (kühl und mit seiner Körperhaltung fast abgewandt): „Ich hab keine Ahnung, welche Spur Sie verfolgen, ICH habe sie jedenfalls nicht verloren.“

Th (bemüht): „Na ja, die Spur zu verstehen, was Ihnen so geholfen hat, lockerer und beweglicher zu sein, ihr Gleichgewicht wiederzufinden...“

Harald: „Das ist ja eh klar, nämlich dass der alte Chef jetzt nicht mehr mein Chef ist und die Medikamente“ (betont also wiederum die äußeren Faktoren, die hilfreich waren).

Und plötzlich wird er ganz leise und hält inne.

Harald: „Ich habe mich so angestrengt, da rauszukommen!“

übersichtsarbeit

Th (erleichtert, dass er sich wieder spüren und seinem Innenleben zuwenden kann): „Ja, das haben Sie. Es war eine schwere Zeit für Sie und erschreckend, wie rasch so ein Zusammenbruch passieren kann.“ (Harald wirkt berührt, den Tränen nahe.)

Th: „Was spüren Sie gerade?“

Harald: „Freudentränen.“

Th: (er wirkt auf mich aber nicht freudig dabei und daher sage ich): „Sie spüren die Erleichterung, dass Sie aus diesem erschreckend tiefen und dunklen Abgrund herauskommen konnten, und Sie spüren vermutlich noch die Verzweiflung und den Schrecken darüber ...“

Harald (wirkt noch berührter): „... ja, das auch ...“

Trotz seiner Tränen berührt mich das Ende dieser Stunde seltsamerweise nicht. Was bedeutete die aversive Dynamik und Haralds Angriffslust? Einerseits wirkte er sehr betroffen, andererseits kühl und abweisend. Ich frage mich, ob sein abweisendes und kommunikationsfeindliches Verhalten eine Form ist, seinen weichen Gefühlen auszuweichen. Irgendwie scheint es für mich zusammen zugehören – Weichheit und Angriff. Er wünscht mir noch einen schönen Abend, was untypisch für ihn ist. Hat er auch etwas gespürt? Versucht er etwas wieder gut zu machen? Diese Stunde hinterlässt in mir eine seltsame Mischung von Ärger und Widersprüchlichkeiten, sodass ich mir vornehme, dies in der nächsten Stunde auf jeden Fall anzusprechen.

Nächste Stunde:

Harald kommt herein und putzt sich demonstrativ Fuseln von der Hose – mit einer sehr vehementen Handbewegung. Seine Finger pressen dann rhythmisch fest in die Oberschenkel, dann beginnt er zu reden:

Harald: „Ich muss es gleich sagen, weil es mir sehr peinlich ist. In der letzten Stunde hätte ich sagen müssen, dass es mir besser geht wegen Ihnen und unserer Arbeit. Ich hab meiner Frau von der Stunde erzählt und die hat mit mir geschimpft, weil ich nichts in die Richtung gesagt habe. Das ist mir wirklich peinlich!“

Th: „Vielleicht ist das eine Form, wie sie andere, zum Beispiel auch mich, nicht an sich heranlassen, ihnen keine Bedeutung geben bzw. die Bedeutung, die sie haben oder ich für Sie habe, nicht markieren ...“

Harald (verächtlich): „Nein, nein, also nein, wirklich nicht (spöttisches Lachen) wirklich nicht ... hahaha..“

Th: „Ist für Sie in der letzten Stunden sonst noch etwas offen geblieben?“

Harald: „Nein, gar nichts sonst, warum? Nur dass ich mich nicht dankbar gezeigt habe.“

Th: „Ok, nun, für mich ist etwas von der letzten Stunde offen geblieben, über das ich mit Ihnen gerne reden würde. Ist das in Ordnung für Sie, wenn ich Ihnen das sage?“

Harald (sehr neugierig und aufgeregt): „Ja, sicher!“

Th: „Am Ende der letzten Stunde wirkten Sie sehr berührt, Sie hatten Tränen in den Augen. Davor hatte ich

das Gefühl, Sie tun viel dazu, mich von sich fernzuhalten – zum Beispiel, dass Sie mich nicht einsteigen lassen wollten, mich sehr häufig unterbrochen haben, ‚Neins‘ zu Dingen sagten, die Sie zuvor noch selbst formuliert hatten, usw. Ich habe mich gefragt, ob dieses aversive Verhalten während der Stunde und die Berührtheit am Ende irgendwie zusammen hängen könnten.“

Ich beschreibe detaillierter, wo ich das wahrgenommen habe. Zuerst lacht er noch schelmisch, spöttisch, dann wird er zunehmend betroffener, ruhiger, nachdenklicher.

Harald: „Genau das sagen mir viele gute Freunde und vor allem meine Frau! Und auch da wehre ich das immer ab und später sehe ich es doch ein (Pause) ... nur ... (Pause) ... dass ich das bei Ihnen mache, wundert mich jetzt, ich mache es ja nur bei Leuten, die ich in den inneren Kreis hereinlasse ...“

Th: „...“

Harald: „Also bei Menschen, die mir wirklich etwas bedeuten, verhalte ich mich so. Ich werde dann sogar ziemlich angriffig und verletzend ...“

Th: „... na ja, vielleicht haben Sie mich in den inneren Kreis hineingelassen, vielleicht erlauben Sie mir, Ihnen nahe sein, Ihnen etwas zu bedeuten ...“

Harald (nachdenklich): „Ja, meinen Sie? Könnte schon sein ...“

Th: „Wenn Ihnen jemand nahe kommt, also Sie ihn in den inneren Kreis hereinlassen, dann macht es Ihnen gleichzeitig Angst. Nähe, nach der Sie sich auch sehnen, ist aber nur aushaltbar, wenn Sie Ihre Stacheln aufgestellt haben. Sie greifen subtil an, so als wären Sie bedroht.“

Harald: „Puh, ja ich kenn das so gut von mir, aber ich hab es nie verstanden! (erleichtert) Das belastet viele meiner Beziehungen. Es tut so gut, über das zu reden, über meine Gefühle zu reden. Machen wir nächstes Mal genau dort weiter? (sehr angeregt, fast begeistert)“

In der nächsten Stunde beginnt Harald strahlend: „Also, reden wir über meine Gefühle!“ und schaut mich still und erwartungsvoll an. Ich sollte über seine Gefühle reden.

Harald übte sich in verschiedenen kommunikativen Strategien, Nähe zu vermeiden und alles zu tun, damit ich ihm nichts bedeute. Dies könnte einfach als unsicher-vermeidendes Bindungsmuster gesehen werden. Die Wahrnehmung der Choreografie dieses relationalen Interaktionsmusters zeigt aber viel konkreter, wie dieses Muster bei Harald genau aussieht. Er wirkt emotionell sehr zurückhaltend und tendenziell „abkühlend“, was die Gespräche immer wieder „austrocknen“ lässt. Meine Abstimmungsversuche, die kommunikativ auch ein erlebnisnahes Erfassen seiner Erzählung sind, empfindet Harald häufig als schon zu nah und weist mich ab, etwa indem er meine Formulierungen, auch wenn sie eine exakte

Wiederholung seiner Worte waren, ablehnt. In diesem Interaktionszyklus, in dem ich ihn erreichen und verstehen will, weicht er mit paradoxen Drehungen aus. Ein Überschreiten seiner Toleranzgrenze von Nähe löst in ihm diffusen Ärger aus. Dieser zeigt sich in Gereiztheit, zwänglich-rigidem Insistieren auf Begriffen und rechthaberischer Streitlust. Es war deutlich zu sehen, aber vor allem zu spüren, dass Harald seine Nähewünsche mit negativen Affekten zu regulieren versuchte.

Auch wenn mir diese Dynamik nachvollziehbar war, minderte das nicht mein eigenes ärgerliches Gefühl, das durch stetiges Bemühen von mir und dem ambivalentem „Komm her – Geh weg“-Spiel ausgelöst war. Zuerst musste ich mit meinen negativen Affekten zurande kommen und sie verstehen, bevor ich sie einbringen konnte.

So unangenehm solche Enactments sind, so bedeutend sind sie für den therapeutischen Fortschritt. Es sind dies „Moments-of-Meeting“ (Boston Chance Study Group 2010), die es zu nutzen gilt. Der Weg, diese Interaktionsdynamiken zu beenden und zu verwenden, ist jener, möglichst wohlwollend und freundlich anzusprechen, was ich wahrgenommen und auch gefühlt habe.

PsychotherapeutInnen als MeisterInnen der Affektregulation?

Affektregulation heißt emotionell für den anderen verfügbar zu sein, positive und negative Affekte anzunehmen, zu beruhigen oder zu stimulieren. Es bedeutet auch, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und so zu regulieren, dass sie nicht re-traumatisierend, sondern entwicklungsfördernd in den therapeutischen Prozess einfließen. Diese therapeutische Aufgabe ist in der Psychotherapie mit traumatisierten Menschen besonders herausfordernd.

Die Regulation von Affekten als zentrale Aufgabe der therapeutischen Behandlung ist sowohl für die Bildung von Vertrauen und dem tiefem Verstehen der Konflikte also auch für die Reorganisation des Selbst und der psychischen Veränderungsprozesse unabdingbar. Psychotherapie, die vor allem erklärend und deutend interveniert, mag Gefahr laufen, in therapeutischen Sackgassen stecken zu bleiben und sich vom Anliegen der KlientInnen zu entkoppeln; das legt der gegenwärtige Forschungs- und Wissensstand aus der Neurobiologie, der Bindungs- und Traumaforschung nahe.

Für die Profession der PsychotherapeutInnen sind die Fragen zur Relevanz dieser Forschungsergebnisse für die praktische Behandlung, also die Anwendungsorientierung, ganz wesentlich: Wie kann ich dieses Wissen in der psychotherapeutischen Behandlung von Traumata verwenden? Was bedeuten diese Erkenntnisse ganz konkret für meine therapeutische Haltung und meine Interventionen? Anhand von klinischen Vignetten habe ich einige dieser Aspekte und

Herausforderungen der Affektregulation exemplarisch skizziert.

Interessenkonflikt K. Pinter gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2004). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boston Change Process Study Group (2010). *Change in psychotherapy: a unifying paradigm*. New York: W.W. Norton.
- Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Ernst Reinhardt.
- Brandchaft, B., Doctors, S., & Sorter, D. (2015). *Emanzipatorische Psychoanalyse. Systeme pathologischer Anpassung – Branchafts Konzept der Intersubjektivität*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Developmental psychology (2009). The strange situation: Ainsworth, Mary. <https://www.youtube.com/watch?v=QTsewNrHUHU>. Zugegriffen: 6. Sep 2016.
- Fonagy, P. (2003). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.). (2000). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Grossmann, K., & Grossmann, E. K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K., & Grossmann, E. K. (2012). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Herman, J. (2003). *Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Kenneth, L. N., Meehan, K. B., & Temes, C. M. (2014). Attachment theory and personality disorders. In N. A. Danquah & K. Berry (Hrsg.), *Attachment theory in adult mental health. A guide to clinical practice*. London, New York: Routledge.
- van der Kolk, B. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: G.P.Probst.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 88–116.
- Lichtenberg, J. D. (2005). *Kunst und Technik psychoanalytischer Therapien*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2000). *Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik. Konzepte der Selbst- und Entwicklungspsychologie in der Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Liotti, G. (2014). Disorganised attachment in the pathogenesis and the psychotherapy of borderline personality disorder. In N. A. Danquah & K. Berry (Hrsg.), *Attachment theory in adult mental health. A guide to clinical practice*. London, New York: Routledge.

übersichtsarbeit

- Lyons-Ruth, K. (2003). The two-person construction of defenses: disorganized attachment strategies, unintegrated mental states and hostile/helpless relational processes. *Journal of Infant Child and Adolescent Psychotherapy*, 2, 105–114.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., & Schuder, R. M. (2004). „hidden trauma“ in infancy. attachment, fearful arousal and early dysfunction of the stress response system. In J. Osofsky (Hrsg.), *Trauma in infancy and early childhood*. New York: Guilford Press.
- Muller, R. T. (2010). *Trauma and the avoidant client: attachment-based strategies for healing*. New York: W.W.Norton.
- Parnell, L. (2013). *Attachment-focused EMDR. Healing relational trauma*. New York: W.W.Norton.
- Pat, O., Kekuni, M., & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Roth Gerhard (2015). Wie das Gehirn die Seele formt. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 11.08.2015.
- Russell, M. (2005). *The metaphor of play. Origin and breakdown of personal being*. New York: Routledge.
- Schore, N.A. (2003). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Siegel, J.D. (2012). *Mindsight. Die neue Wissenschaft der persönlichen Transformation*. München: Goldmann.
- UMass Boston (2009). Still-face-experiment: Dr. Edward Tronick. <https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>. Zugegriffen: 5. Sep 2016.
- Wallin, J.D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wallin, J.D. (2014). We are the tools of our trade: the therapist's attachment history as a source of impasse, inspiration and change. In N.A. Danquah & K. Berry (Hrsg.), *Attachment theory in adult mental health. A guide to clinical practice*. New York: Routledge.