

# »Ich bin Psychotherapeutin, die traumatisierte Menschen behandelt, nicht Traumatherapeutin«

Interviewer: Andreas Maercker

## Zur Person



*Prof. Dr. med. Luise Reddemann ist Nervenärztin und Psychoanalytikerin. Seit gut 25 Jahren beschäftigt sie sich intensiv mit Trauma und Traumafolgestörungen.*

*Von 1985 bis 2003 war sie Leiterin der Klinik für Psychotherapie und psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses in Bielefeld und entwickelte dort ein Konzept zur Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen, die »Psychodynamisch imaginative Traumatherapie« (PITT). Im Rahmen ihrer Honorarprofessur an der Universität Klagenfurt für medizinische Psychologie und Psychotraumatologie widmet sich Luise Reddemann derzeit den Arbeitsschwerpunkten Resilienz sowie Folgen von kollektiven Traumatisierungen.*

**Maercker:** Liebe Luise, was sind aus deiner Sicht die wichtigsten Meilensteine der Psychotraumatologie?

**Reddemann:** Die Menschen haben sich immer schon mit Trauma auseinandergesetzt, ob das den Namen hat oder nicht – ja sogar die alten Tragödien, da geht es immer um solche Geschichten, um Inzest und um Mord in der Familie. Homer ist einer der allerersten, da zehren wir heute davon. Jonathan Shay hat ein wunderbares Buch über Achill im Vergleich zu den Vietnamsoldaten geschrieben, diese Geschichten sind also uralte.

Die Psychotraumatologie, wie wir sie heute verstehen, verdankt wohl am meisten Pierre Janet. Zu der Zeit, als ich mich mit Psychotraumatologie zu beschäftigen begann, war Freud natürlich wichtig, aber er ist ja leider nicht ganz so umfassend zu seinen eigenen Erkenntnissen gestanden und hat der Psychotraumatologie entsprechend viele Steine in den Weg gelegt.

Dann ist für mich Ferenczi sehr wichtig gewesen in meiner Entwicklung, und ich finde ihn nach wie vor

unverzichtbar. Man sollte ihn lesen, vor allem die Arbeit »Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind« von 1932. Da parallelisiert er die Hypokrisie in der psychoanalytischen Behandlung – also die Unaufrichtigkeit des Analytikers im Umgang mit seinen Analysanden – mit dem, was man aus der Kindheit kennt, was die Lügen der Erwachsenen dem Kind gegenüber betrifft. Darin schilderte er sehr genau die Situation von Gewalt und sexualisierter Gewalt und wie er die aus analytischer Sicht versteht.

Dann Alice Miller – sie war für mich in meiner persönlichen Entwicklung sehr wichtig. Das sind ja alles Autoren, die das Wort Trauma kaum verwendet haben, aber es ging natürlich um Trauma. Die Frauenbewegung finde ich enorm wichtig, da sie aufgezeigt hat, was an Gewalt in der Familie stattfindet und mit welchen Folgen. Dann haben natürlich all die vielen Kollegen und Kolleginnen, die sich mit dem Holocaust beschäftigt haben, wesentliche Meilensteine ge-

legt. Ab den 70/80er Jahren die Niederländer – Onno van der Hart, dem ich viel verdanke, hat sozusagen Pierre Janet wiederentdeckt.

**Maercker:** Wie siehst du die Entwicklung in Deutschland?

**Reddemann:** In Deutschland gab es lange Zeit nur ganz wenige Analytiker, die sich mit dem Holocaust auseinandergesetzt haben. Und dann gab es so ein Häuflein vor allem von Frauen, die in den 80er-Jahren, verkürzt ausgedrückt, gesagt haben, »Borderline-Patientinnen sind traumatisierte Patientinnen« – zu diesen Frauen gehörte auch ich. Und dann hat es so Mitte der 90er-Jahre angefangen zu boomen mit der Psychotraumatologie. Da gab es dann viele – auch ihr in Dresden mit eurer Forschung.

**Maercker:** Wenn wir von den Anfängen der Psychotraumatologie reden: Hast du auch den Eindruck, dass wir früher bei Patienten und Patientinnen deren Gewalterlebnisse in der Anamnese übersehen haben?

**Reddemann:** Wenn ich an mich selber denke, glaube ich nicht, dass ich das übersehen habe. Soweit ich Krankenberichte aus der Psychiatrie kenne, scheinen viele das wahrgenommen zu haben, aber wir haben keine Schlüsse daraus gezogen, und das kann man heute noch in forensischen Gutachten sehen: Die schreiben alles auf, was den Leuten Schreckliches passiert ist in der Kindheit, aber sie ziehen keinen Schluss daraus – das finde ich bedenklich.

**Maercker:** Was hat dich dazu bewogen, die Gewalterfahrungen von Patientinnen explizit in die Therapien einzubeziehen?

**Reddemann:** Für mich fing das an, als ich mich – relativ spät – in der Frauenbewegung engagiert habe. Dort, wo ich damals gearbeitet habe, gründete sich ein Verein »Frauen helfen Frauen«, und die haben mich dazugebeten, und ich habe angefangen, die Erfahrungen zu verknüpfen. Das war so um 1980.

Meine ersten Patientinnen, die über Traumata sprachen, das waren zwei, drei. Ich war gerade in Ausbildung zur Analytikerin – und das war sehr schwer für mich. Ich erinnere mich sehr genau an zwei Patientinnen mit massiver sexualisierter Gewalt in der Kindheit, mit denen ich dazu gearbeitet habe, so wie ich es damals verstand. Aber ich erinnere mich auch an den kontrollierten Analysefall, wo das Traumatische mehr oder weniger übersehen wurde. Also auch wieder eine Spaltung. Hätte ich das damals erkannt, dann wäre das für mich in meiner Ausbildung wahrscheinlich schwierig geworden.

**Maercker:** Welche Therapieelemente hast du denn bei diesen beiden Fällen bereits eingesetzt? Und benutzt du diese noch heute?

**Reddemann:** Aus heutiger Sicht habe ich viel zu früh auf die Traumabearbeitung fokussiert. Nun hatte ich mit diesen Frauen bereits eine längere therapeutische Beziehung, die bestimmt etwas Stabilisierendes an sich hatte – doch als ich dann begann, intensiver mit ihnen zu ihren traumatischen Erfahrungen zu arbeiten, musste ich sie sehr intensiv

stützen, weil ich ihnen nicht geholfen hatte zu ihren eigenen Ressourcen zu finden. Ich musste mich, da meine Patientinnen mich unglaublich gebraucht haben, als »Hilfs-Ich« zur Verfügung stellen.

Das war ja lange Zeit die gängige Vorstellung, dass wir Therapeutinnen »Hilfs-Ichs« sind, doch ob das so funktioniert, das ist wirklich Glückssache. Zum Teil war die Arbeit sowohl für meine Patientinnen als auch für mich sehr leidvoll – in einer Weise, die ich heute nicht mehr unbedingt für erforderlich halte.

**Maercker:** Wiederholt hast du betont, dass dein Zugang integrativ ist. Mir scheint das Integrative insgesamt ein Potenzial in der Psychotraumatologie zu sein. Woher kommt es deiner Meinung nach gerade für dieses Feld zu diesem schulenübergreifenden Potenzial?

**Reddemann:** Ich sehe das ganz pragmatisch und vielleicht sogar etwas naiv: Mit traumatisierten Patientinnen und Patienten ist die Arbeit sehr schwierig, die fordern einen derartig heraus, dass eigentlich jede und jeder von uns früher oder später einmal zur Erkenntnis kommt, dass es nicht reicht, wenn man sich nur an seine Schule hält. Ich glaube, dass wir in der Psychotraumatologie ein Stück weit Vorläuferinnen für integrative Therapie sind.

**Maercker:** Wo sind aus deiner Sicht die verbliebenen Konfrontationslinien zwischen den großen Therapieschulen in der Psychotraumatologie, also der Psychodynamik, der Verhaltenstherapie und dem EMDR?

**Reddemann:** Was das Trennende zwischen den Therapeuten betrifft, so glaube ich nicht, dass es etwas mit den Schulen zu tun hat. Ich glaube, dass es etwas anderes ist. Viele Kollegen sind davon überzeugt, dass man die traumatischen Erfahrungen so schnell wie möglich mit so hoher Erregung wie möglich durcharbeiten sollte. Die ersten Analytiker haben bereits in den 20er/30er-Jahren darüber gestritten, ob man jetzt die »Unterwelt« bewegen soll – das ist ja ein Ausspruch von Freud – oder ob man sich sozusagen mit der »Oberwelt« – sprich Ich-Psychologie – beschäftigen soll. Das sind altbekannte Auseinandersetzungen, wobei ich den Eindruck habe, dass man diese Debatten nicht mit den Schulen machen kann; das hat vielmehr mit den Menschen zu tun. Die einen meinen, dass die Arbeit an der »Oberwelt« wichtig ist und dass dies der »Unterwelt« zugute kommt – und womöglich sagen die Anhänger dieser Richtung auch eher, dass man den Patienten nicht zu stark belasten darf. Es reicht, wenn dieser einmal – zumeist wohl häufiger – etwas Schlimmes erlebt hat. In der Therapie sollte er/sie das Leidvolle nur abgeschwächt nacherleben müssen. Die Vertreter der Gegenströmung sagen, dass man erneut in das Leid intensiv hineingehen muss und dass entsprechend überwiegend die »Unterwelt« bewegt werden muss. Der Rest passiert nach dieser Vorstellung »von selbst«.

**Maercker:** Interessanterweise fällt es mir jetzt gerade schwer, dich eindeutig entweder der Ober- oder der Unterwelt zuzuordnen – denn nur

die Oberwelt anzuregen, das verbindet man nicht unbedingt mit deinem Wirken.

**Reddemann:** Ich halte beide Seiten für wichtig, bin aber der Meinung, dass man die Unterwelt nur dann bewegen sollte, wenn die Oberwelt stabil ist; das »Selbst« oder das »Ich« sollten in der Lage sein, all dies zu ertragen.

Das Finale der »Zauberflöte« fällt mir ein, das ist schrecklich patriarchalisch und regt mich furchtbar auf, denn die Ablehnung der Unterwelt wird oft mit einer Ablehnung des Weiblichen verbunden.

Deshalb möchte ich auf keinen Fall dieser Ecke zugeordnet werden, dass ich also generell gegen die Entdeckung all dieser chaotischeren Welten sei – aber ich finde, dass Patientinnen einfach stark genug sein müssen. Wenn jemand stabil ist, dann kann man durchaus schon in der zweiten Sitzung konfrontieren. Aber die meisten Leute, die ich gesehen habe – und das sind sehr viele in all den Jahren – waren nicht so stark, um gleich eine Konfrontation bewältigen zu können.

**Maercker:** Damit sind wir noch einmal beim Thema Stabilisierung – und bei möglichen Therapieschulunterschieden. Bei den verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Traumatherapeuten ist der Begriff »Affektregulation« dabei, sich anstelle von »Stabilisierung« durchzusetzen. Siehst du da Parallelen zu deiner Konzeption?

**Reddemann:** Ja, da würde ich sofort zustimmen. Wenn jemand in der Lage ist, schmerzhaft Affekte oder Emotionen zu ertragen – und nicht

zu dissoziieren – dann ist das gut. Die Affektsteuerung ist ein Problem, wozu wir den kognitiven Bereich brauchen. Inzwischen gibt es zu dem Thema viel Hirnforschung, wobei Studienergebnisse darauf hindeuten, dass es primär darum geht, kortikale Strukturen so zu stärken, dass eine Einflussnahme von kortikal nach limbisch erfolgt – ergo eine Beruhigung von oben nach unten. Und was mich jetzt wissenschaftlich sehr interessiert, obwohl ich mich bereits sehr lange erfahrungsmäßig damit beschäftige, ist die Arbeit mit der Achtsamkeit. In der Achtsamkeitspraxis wird ja versucht, dieses ganze aufgewühlte Chaos aus einer neutralen Beobachterperspektive wahrzunehmen. Das ist ein wichtiges Forschungsfeld – auch für die Traummatologie.

**Maercker:** Imaginative Techniken werden häufig in ganz verschiedenen Therapien eingesetzt. Wie siehst du deren Stellenwert?

**Reddemann:** Durch die Hirnforschung hat sich die Abwertung der Imagination erledigt. Heute sagen die Gedächtnisforscher: »Erinnern ist Imaginieren.« Eigentlich könnte man sogar die Behauptung aufstellen, dass gegenwärtig alle mit Imagination arbeiten. Es bleibt bloß die Frage, wie Imagination eingesetzt wird?

Wenn ich von Imagination spreche, dann verstehe ich darunter ein gezieltes Nutzen der Fähigkeit, sich etwas vorzustellen um Heilsames zu imaginieren. Damit kann den Patientinnen geholfen werden, in eine Pendelbewegung hineinzugelangen, so

dass sie sowohl das Schreckliche als auch das Heilsame in ihrem Bewusstsein haben und dadurch die Traumata ihres Lebens in ein großes Ganzes einordnen können.

**Maercker:** Wo siehst du neben der Achtsamkeit und Imagination weitere spannende Zukunftsthemen?

**Reddemann:** Die Ressourcenorientierung wurde ganz stark von der Traumatherapie geprägt. Zu einer Zeit, als die Ressourcenorientierung in Deutschland noch fast kein Thema war, habe ich von amerikanischen Kollegen und von Onno van der Hart gelernt ressourcenorientiert zu arbeiten – zu schauen, was jemand bereits hat, was ihn stabilisiert und wo man ihn allenfalls ermutigen kann. Die Ressourcenorientierung war in der Traumatherapie längst thematisiert worden, als dann 1999 durch Klaus Grawe und seine Frau der Artikel »Ressourcenaktivierung – Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie« publiziert wurde.

Ich glaube, wenn man mit Leuten zu tun hat, die sich schwer tun mit ihrem inneren Stress fertig zu werden, dann muss man sich gut überlegen, was man machen möchte, um diesen zu besänftigen. Gerade an diesem Punkt tun sich viele Möglichkeiten auf, wie etwa Ressourcenorientierung, Imagination oder Achtsamkeit. All dies sind wichtige Zukunftsthemen, und insbesondere die Achtsamkeit wird sich meiner Meinung nach in der Traumatherapie stärker durchsetzen, denn zurzeit ist dieser Ansatz im Bereich der Psychotraumatologie eher noch zu wenig vertreten – in meinem Konzept ist er allerdings seit langem enthalten.

Ich habe ungefähr zur selben Zeit wie Marsha Linehan mit therapeutischer Achtsamkeitsarbeit begonnen und die Wichtigkeit dieses Ansatzes entsprechend in meinem ersten Buch betont. Es sollten – das wäre mein Wunsch – Kliniker und Forscher eng zusammenarbeiten, indem gezielt Fragen gestellt werden, wie sich Achtsamkeitsarbeit auf die Reduktion von traumatogenen Symptomen auswirkt.

Daniel J. Siegel spricht in seinem Buch »Das achtsame Gehirn« über Bindung. Bindungen können sich im Verlaufe des Lebens stabilisieren. Nach Siegel werden bei der Bindungsfähigkeit und einer durch Achtsamkeitsarbeit geförderten Beziehung zum Selbst die gleichen neuronalen Strukturen aktiv, wie wenn wir in einer guten Beziehung sind. Das heißt: Die Selbstbeziehung wird dadurch sehr wichtig.

Das ist für mich übrigens schon lange ein wichtiges Thema – es geht darum, Menschen dabei zu unterstützen, dass sie mit sich selbst eine liebevolle Beziehung entwickeln. Auch diesem sollte in Zukunft vermehrt Achtung geschenkt werden.

**Maercker:** Nun möchte ich einen anderen Bereich ansprechen: Wenn man eine Trauma-Ambulanz betreibt, dann gibt es meiner Erfahrung nach relativ viele Patienten, die mit Problemen kommen, welche eher den Anpassungsstörungen zuzuordnen sind, bei deren Erlebnissen das Lebensgefährliche oder unmittelbar Gewalttätige fehlte. Was kann eine »Therapie der Anpassungsstörungen« aus der Traumatherapie lernen?

**Reddemann:** Was mir an theoretischer Begrifflichkeit in letzter Zeit am meisten geholfen hat, ist die bemerkenswerte Aussage der Berner Gruppe: »Das Gemeinsame vieler seelischer Störungen ist die Stressbewältigungsfähigkeit.« Bei diesen Patienten kann man sehr gut beobachten, wie sie auf einmal massive Probleme haben, mit ihrem Stress umzugehen. Dieser kann in gleichem Maße gravierend sein, wie wir dies von Patientinnen mit der Diagnose PTSD kennen. Entsprechend denke ich, dass es letzten Endes darauf herauslaufen wird, mit solchen Leuten ähnlich zu arbeiten, wie wenn eine PTSD therapiert wird – indem ihnen geholfen wird, ihren inneren Stress besser managen zu können.

Die Art, wie wir kleine Kinder großziehen, erscheint mir hoch fragwürdig. Entsprechend hat wahrscheinlich beinahe jeder eine »Ecke« von Vernachlässigung. Vor allen Dingen betroffen sind die Älteren, also meine Generation – meine Güte, wie sind wir groß geworden, das ist katastrophal! Bei all den Geschichten durch den Krieg – und erst die schwarze Pädagogik! – all das dauerte lange an, bis Anfang der 70er-Jahre. Von da her wundert es mich nicht, dass sich die Leute einigermaßen gut zurechtfinden, dann aber etwa durch Beziehungskrisen plötzlich völlig dekompensieren – da gibt es schon einen unsicheren Untergrund.

**Maercker:** Dieser unsichere Untergrund ist doch höchstwahrscheinlich in beinahe allen historischen Konstellationen vorhanden, in denen Menschen aufwachsen. Trotzdem

verstehe ich dein Plädoyer so, dass man für die Verarbeitung solcher Krisen nicht unbedingt in die »Unterwelt« hinabtauchen sollte.

**Reddemann:** Ich denke, wenn wir ausgehend von der Oberfläche Hilfsmöglichkeiten finden, dann sickert das sozusagen nach unten in die Tiefe – es dringt durch alle Stockwerke – und entsprechend muss nicht immer gleich der Keller aufgeräumt werden. Doch manchmal ist es bestimmt wichtig und wird zum unausweichlichen Unterfangen, endlich Ordnung zu schaffen; insbesondere dann, wenn das Chaos unten im Keller zu groß ist – aber das muss wirklich nicht immer sein. Anders ausgedrückt: Wenn wir den Menschen helfen, die oberen Stockwerke wieder in Ordnung zu bringen, dann sind diese von sich aus in der Lage, ihr Chaos da unten irgendwie wieder zurechtzusortieren – auch wenn ihnen dies gar nicht bewusst ist.

Die Resilienz gehört natürlich immer mit dazu. Wenn einem jemand seine schlimmen Geschichten erzählt, dann sollte man meiner Meinung nach auch gleich fragen: »Wie haben Sie es eigentlich fertig gebracht, das zu bewältigen?«

In manchen Köpfen hat sich eine Überschätzung der Bedeutung eines Therapeuten manifestiert! Viele Leute sind sich nicht wirklich bewusst, dass sie ihren Therapeuten nur ein bis zweimal die Woche sehen. In der restlichen Zeit müssen sie auch mit sich selbst klar kommen – vielleicht funktioniert das nicht immer optimal, aber es geht trotzdem. Das halte ich noch für einen enorm wichtigen Punkt.

**Maercker:** Jetzt ein großer Themenwechsel: Du bist ja so etwas wie eine »Grand-Dame« der Psychotherapieszene – deine Bücher erleben hohe Auflagen. Das scheint mir eine schöne Belohnung und auch Erfüllung für deine Arbeit zu sein, obwohl du ja manchmal eine gewisse Außenseiterposition innerhalb der eigenen Therapeuten-Gemeinschaft innehattest. Kannst du denn mit dem Bild »Grand-Dame der Psychotherapieszene« etwas anfangen?

**Reddemann:** Also eigentlich höre ich diese Worte nicht besonders gerne; ich war eine der ersten, die damit angefangen hat, so müssen die Leute das halt irgendwie benennen. Ich denke, dass ich immer gefühlt habe, was ich tun sollte und es einfach getan habe. Es war wie ein innerer Auftrag, und dass es letztendlich so weit gekommen ist – dass ich das jetzt in Deutschland am längsten mitmache und darüber alt geworden bin –, das ist jetzt eben so, und na ja, der Name ist schon okay.

**Maercker:** Bringt diese Position manchmal vielleicht auch ein Übermaß an gläubiger oder unkritischer Verehrung?

**Reddemann:** Ja, das ist mir extrem unangenehm.

**Maercker:** Siehst du da Anzeichen dafür?

**Reddemann:** Ja klar, natürlich! Mir geht es weniger um die Technik, sondern vielmehr um die therapeutische Haltung – und die lässt sich nur sehr schwer vermitteln.

Eigentlich steht dem dermaßen viel entgegen, dass es mir lieber

wäre, wenn die Leute versuchen würden, ihren eigenen Weg zu entwickeln, indem sie sich von dem, was ich empfehle, anregen lassen, sich aber dann so mit sich selbst auseinandersetzen, dass sie zu einer klaren, wertorientierten Haltung gelangen – hinter der sie stehen und nicht, dass sie sich bloß auf mich berufen. Ich habe mich auch nicht direkt auf andere Leute berufen, außer dass ich natürlich dazu stehe, wo ich was gelernt habe. Doch eigentlich bin ich immer meinen eigenen Weg gegangen und habe mich sehr unabhängig gehalten; ich hielt mich von vielem, was gerade so »in« war und als »richtig« galt, fern – ich denke, dass jede ihren eigenen Weg finden muss.

**Maercker:** Also nur Techniken von jemandem übernehmen, der sich etwas Sinnvolles ausgedacht hat, ist dir zu wenig – da würdest du dich dann missverstanden fühlen?

**Reddemann:** Ja, total. Wenn ich merke, dass sich jemand von mir hat inspirieren lassen, indem er oder sie eine andere Haltung gegenüber den Menschen einnimmt, mit denen er zusammenarbeitet, dann freue ich mich. Es soll mir recht sein, wenn ich in diesem Zusammenhang eine gewisse Vorbildfunktion inne habe. Ich selber habe sehr viel an meinen Techniken verändert; heutzutage mache ich beispielsweise in der Einzelarbeit praktisch nichts mehr mit angeleiteten Imaginationsübungen. Ich unterhalte mich mit meinen Patientinnen und Patienten darüber, was in deren Leben gelungen ist, und versuche dann mit ihnen die pas-

senden Bilder zu entwickeln. In der Einzeltherapie arbeite ich nicht übungsorientiert.

Ich denke gelegentlich, dass ich eigentlich all meine Bücher neu schreiben müsste. Indes entwickle ich mich immer weiter und lerne durch die Menschen, mit denen ich zusammenarbeite. Manche würden vielleicht sagen, dass ich wieder analytischer geworden bin.

**Maercker:** Wie dem auch sei – du bist als »Grand Dame« in einer Position, die dir erlaubt prononcierte Urteile abzugeben. Ich weiß, dass du den Titel unserer Zeitschrift »Trauma und Gewalt« nicht besonders gut findest: Warum?

**Reddemann:** Also, ich gehe schon davon aus, dass ihr euch dabei etwas gedacht habt – aber mir ist dieser Titel zu negativ. Ich wünschte mir, dass es da noch ein drittes Wort gäbe, das irgendwie Hoffnung macht. Die nackten Worte »Trauma und Gewalt« wirken auf mich ziemlich deprimierend. Einerseits verweist die Namensgebung auf eine grausame Tatsache, doch andererseits gibt es daneben auch Resilienz, Friedensbemühungen oder wie man das auch nennen möchte. Ihr schreibt ja nicht nur über diese beiden Themen – ihr publiziert auch Dinge, die mit Resilienz zu tun haben – und von daher wünschte ich mir, dass das bereits im Titel deutlicher ersichtlich wäre.

Eine derartige Zentrierung auf den Begriff »Trauma« empfinde ich heute als eher ungünstig. Historisch betrachtet war es bestimmt sehr sinnvoll, in diesem Zusammenhang auf »Trauma« zu fokussieren. Inzwi-

schen bin ich aber der Meinung, dass, wenn der Begriff »Traumathe-  
rapie« verwendet wird, die Tatsache, dass Menschen therapiert werden, ausgeschlossen wird; auch hierfür sollten neue Worte gefunden werden. Ich wünsche mir auch, dass die Idee der Selbstheilung des Menschen zukünftig mehr Beachtung findet.

**Maercker:** Kommt da im Grunde genommen die Idee wieder, dass in einem Menschen neben dem Beschädigten immer auch eigene Heilungskräfte vorhanden sind?

**Reddemann:** Ja, genau. Erstens dies – und allgemein, dass ein Mensch mehr ist als sein Trauma – welcher Art auch immer dieses nun sei – eben auch die Bewältigung davon. Und das würde ich mir wünschen, dass dies im Titel auch zur Geltung kommen würde.

**Maercker:** Lass uns noch die jetzige Psychotherapieversorgungslandschaft thematisieren. Wie siehst du deren Perspektiven?

**Reddemann:** Die Langzeittherapie wird wahrscheinlich schwierig werden. Ein bestimmter Wissenschaftsbegriff wird dazu führen, dass sich alle auf dem Gebiet Tätigen zunehmend wissenschaftlich ausweisen müssen. Und da wünsche ich mir, ja ich hoffe sogar auf eine Diskussion darüber, welche Wissenschaft dies sein soll. Für die Psychiatrie und Psychotherapie ist die »evidence-based« Forschung bestimmt viel zu einseitig, hier bedürfte es schon einer differenzierteren Herangehensweise.

**Maercker:** Kurze Zwischenfrage: Ich habe den Eindruck, dass du der »evidence-based« Forschung gegenüber aufgeschlossener bist, als manch Andere?

**Reddemann:** Ja, das schon, daran, dass es Studien gibt, bin ich auf jeden Fall interessiert.

**Maercker:** Denkst du, dass verschiedene methodische Herangehensweisen ausgewogen praktiziert werden sollten; du bist aus meiner Sicht nicht eine derjenigen, die andere Ansätze jemals verteufelt hat?

**Reddemann:** Nein, bestimmt nicht. Natürlich brauchen wir Wissenschaft und Forschung – da bin ich ganz der Meinung von Peter Fonagy, der das vor ein paar Jahren bereits kritisch angemerkt hat. Auch für psychodynamische Verfahren braucht es Forschung, doch primär stellt sich die Frage nach der Art der beteiligten Wissenschaften; außerdem bedarf es eines Diskurses bezüglich des Stellenwerts der Wissenschaft überhaupt.

Ich bin überzeugt, dass die Psychotherapie integrativer wird – die Therapie der Zukunft wird womöglich Modelle generieren, in welchen sowohl die Tiefenpsychologie und das Hermeneutische als auch das Lernen und Handeln einander ange-  
nähert werden.

**Maercker:** Zurück zur Versorgungslandschaft. Wie siehst du das Verhältnis zwischen »ambulant« und »stationär«?

**Reddemann:** Ich halte die stationäre Psychotherapie für eine Ultima Ratio. Meiner Meinung nach sollten wir

heute insbesondere auch aufgrund der enorm verbesserten Versorgung so viel wie möglich ambulant machen. Das betrifft insbesondere die jüngeren Klienten, also diejenigen, welche im Gegensatz zur älteren Generation stärker unter Strukturdefiziten leiden; für die ist der Verwöhn-Aspekt einer stationären Psychotherapie wahrscheinlich ein viel größeres Problem, als es immer schon war. Wir haben seit jeher gewusst, dass die Regressionsförderung durchaus auch ihre Probleme mit sich zieht. Ich denke, dass stationäre Therapien insbesondere bei Kriseninterventionen im Traumabereich gut sind und natürlich auch bei Krisen, welche im Verlauf von ambulanten Therapien auftreten. Eine Traumabearbeitung in einer Klinik durchzuführen – wie dies heutzutage oft gemacht wird – erachte ich als überhaupt nicht sinnvoll. Eine Traumabearbeitung bedarf einer langen, stabilen therapeutischen Beziehung und nicht einer kurzen Klinikbeziehung. Was diesen Punkt anbelangt, bin ich sehr skeptisch; eine Traumabearbeitung gehört meines Erachtens in die ambulante Versorgung – Ausnahmen gibt es natürlich immer.

Ich denke, dass die gesamte stationäre Therapie ihre Prämissen überdenken muss: Was können wir erreichen? Was wollen wir erreichen? Was ist der Sinn unserer Arbeit? Da hat sich unglaublich viel verändert.

Es wäre auf jeden Fall sehr wünschenswert, wenn wir ein System bekämen, in welchem die ambulante Therapeutin ihren Patienten in der Klinik weiterbehandeln kann. In Holland etwa haben sie ein derar-

tiges System, und entsprechend gibt es dort erst gar keine Notwendigkeit eines längeren Aufenthalts in der Klinik. Nur in ganz wenigen Fällen ist es wirklich gut und sinnvoll, jemanden aus seinem Umfeld herauszunehmen und in eine stationäre Therapie zu schicken.

Es ist einer meiner größten Wünsche, dass die Kolleginnen und Kollegen ihre Klienten sowohl ambulant wie auch stationär versorgen könnten.

**Maercker:** Die Psychotherapielandschaft, das sind ja gerade in der Psychotraumatologie nicht nur die »Richtlinien-Verfahren«. Wie siehst du da die Zukunft – was wäre wünschenswert?

**Reddemann:** Die Art, wie in unserer Psychotherapielandschaft in Deutschland mit solchen Kolleginnen und Kollegen umgegangen worden ist, halte ich für ein Trauma. Das führt zu einer unglaublichen Geheimnistuerei und Lügelei – da darf man sich nichts vormachen – denn diese Leute haben sich eben VT- oder Tiefenpsychologie-orientiert ausbilden lassen und machen trotzdem mit den Ansätzen weiter, welche sie bereits vorher praktiziert haben. Das finde ich hochproblematisch, da es Würdeverluste mit sich zieht; auf die Dauer kann das nicht sinnvoll sein; daran werden wir noch zu nagen haben. Jede Verletzung, die man sich selbst oder anderen zufügt, verlangt nach Heilung – und diese ist meines Erachtens völlig ungeheilt. Man kann nicht Hunderte von Leuten demütigen und glauben, dass das jetzt einfach mal so sei, im Sinne von »das haben die einfach geschluckt«.

**Maercker:** Wie sollte sich eine Psychotherapeutin verhalten, deren Antrag für ambulante Therapie durch die erkennbare Ignoranz eines Gutachters abgelehnt wird?

**Reddemann:** Ich würde einer solchen Kollegin raten, ein Obergutachten anzufordern; das Problem ist aber, dass in den Richtlinien Traumafolgestörungen nur indirekt als behandelbar bezeichnet werden. Etwa seit dem Sommer 2007 gibt es eine Änderung: Neu sind die ICD-10-Diagnosen – zwar nicht vollständig gut ausformuliert, aber dennoch erkennbar in den Richtlinien benannt, und entsprechend könnte man schon rechtfertigen, dass eine PTSD eine therapeutische Intervention benötigt. Damit ist aber nach wie vor nichts an der Tatsache, dass – wie es in den Richtlinien steht – eine entsprechende Therapie konfliktorientiert sein muss, geändert. Es muss also erst ein neurotischer Konflikt aufgezeigt werden; heutzutage wird eine Verbindung oft über den Strukturbegriff hergestellt; denn die meisten unserer Patientinnen und Patienten sind in irgendeiner Weise strukturell beeinträchtigt. Es ist schlimm, dass wir mit jahrzehntealten Richtlinien arbeiten, die in ihren Basics etwa vierzig Jahre alt sind und nicht überarbeitet werden.

Wobei die Richtlinien ja kein Gesetz sind, was vielen KollegInnen nicht bewusst ist. Es sind Empfehlungen, an die man sich nach Möglichkeit halten sollte. Das Problem ist, dass, wenn jemand eine Einzelfallentscheidung für eine traumatisierte Patientin oder einen traumatisierten

Patienten anstrebt, er dann zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geht. Der MDK orientiert sich aber auch an den Richtlinien, und so setzen sie sich erneut hinter den Fall – entsprechend kommt man nicht weiter.

Wenn man diesen Sachverhalt einmal aus einer anderen, einer diskurs-ethischen Perspektive betrachtet, dann bedeutet dies, dass zwischen den verschiedenen Ansichten kein Diskurs stattfindet; es gilt nur eine Meinung. Das finde ich unwürdig.

Natürlich könnte man so einer Kollegin sogar empfehlen, dass jeder Mensch, der Traumata erlitten hat, auch eine Konfliktpathologie hat. Aber das grenzt dann wieder an eine Lüge, wenn ich das andere nicht benennen darf. Was da passiert, ist nicht alles »große Wissenschaft«, da geht es um Macht und um Geld. Letztendlich ist das eine politische Angelegenheit, welche man meines

Erachtens nur politisch lösen kann. Schließlich müssten sich viele zusammen tun und sagen, dass sie so nicht mehr mitmachen, dass sie sich das nicht mehr gefallen lassen – es ist eine unglaubliche Bevormundung, ausgehend von einer Gruppe, die ihre Meinung einer anderen aufzwingt, ohne Diskurs im ethischen Sinn.

**Maercker:** Möchtest du zum Abschluss noch einen Wunsch äußern?

**Reddemann:** Für die Zukunft wünsche ich mir, dass die Leute, die sich mit Traumata beschäftigen und die dann womöglich noch sagen »Ich bin Traumatherapeutin«, umdenken und eher sagen: »Ich bin Psychotherapeutin und behandle traumatisierte Menschen«. Ich glaube, dass man sich spezialisieren und zugleich offen sein kann für etwas Größeres. Ich glaube, dass dies Not täte: Offen

sein für vieles, auch noch für viel anderes neben der Psychotherapie. Ich kann nur sagen: »Leute, geht ins Theater, geht in die Oper!« Deshalb: Beschäftigt euch mit Kunst, Literatur und Philosophie, geht raus in die Welt – das ist übrigens auch für die Burnout-Prophylaxe wichtig – und beschränkt euren Blick nicht immer nur auf Traumata. Also sich nicht nur mit Kunst beschäftigen, die Trauma ausdrückt, sondern sich auch ganz anderen Dingen zuwenden: Beschäftigt euch mit Resilienz, Leute, das ist mir wirklich ein wichtiges Anliegen.

Die Menschheit wäre längst ausgestorben, wenn wir die Fähigkeit, mit all diesen schlimmen Sachen fertig zu werden, nicht hätten. Wir sollten uns die Resilienz immer wieder bewusst machen, das wäre mein Wunsch.

**Maercker:** Liebe Luise, vielen Dank für das Gespräch.