

MSB Medical School Berlin

Hochschule für Gesundheit und Medizin

Fakultät Naturwissenschaften

Masterstudiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie
und Psychotherapie

Masterarbeit

***Thema: Hilfe zu welchem Preis?
Traumatherapie und ihre Folgen für Therapeuten***

vorgelegt von:	Lena Wojtas Matrikelnummer 160301000050
vorgelegt am:	16.08.2018
Semester:	Sommersemester 2018
Erstgutachter:	Prof. Dr. Dr. Constance Winkelmann
Zweitgutachter:	Dipl.-Psych. Sarah Springer

Danksagung

Mein Dank gilt an erster Stelle meinen Betreuer/innen Frau Dr. Winkelmann, Frau Springer und Herr Giebel, die mich mit ihrer Zeit und Fachkenntnis bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Ebenso geht mein herzlicher Dank an alle Therapeut/innen, die sich Zeit für mich und meine Untersuchung genommen haben und ohne deren Offenheit und Ehrlichkeit diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ein besonders persönlicher Dank gebührt meiner Familie und meinen Freunden, die mich nicht nur während des Schreibens dieser Arbeit, sondern während meines kompletten Studiums unermüdlich unterstützt und motiviert haben. Ohne eure lieben Worte wäre ich niemals so weit gekommen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss der Arbeit von Traumatherapeuten auf deren Selbst- und Weltbild. Die Historie sowie der aktuelle Stand der internationalen sowie nationalen Forschung wird dargestellt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden problemzentrierte Interviews mit fünf Therapeut/innen geführt und die erstellten Transkripte mit der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Es ergaben sich 13 interviewübergreifende Kategorien, die einen negativen Einfluss auf das Weltbild und einen positiven und negativen Einfluss auf das Weltbild zeigen. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf ihre Limitationen und Aussagekraft diskutiert. Möglichkeiten für weitere Forschung werden aufgezeigt.

Abstract

This study seeks to examine the influence of trauma therapists' work on their view of self and the world around them. The history as well as the current state of international and national research is presented. To answer the central question, problem-centered interviews with five therapists were performed and the created transcripts were analyzed with the method of summarizing qualitative content analysis. Thirteen overarching categories were formed which show a negative influence on therapist's world view and a negative as well as positive influence on their view of self. The results are discussed concerning their limitations and significance. Possibilities for further research is illustrated.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1	Historie des Traumabegriffs	2
2.2	Einfluss der Patientinnen auf Behandlerinnen: Historische Darstellung am Beispiel der Gegenübertragung	5
2.3	Aktuelle Definition des Psychotraumas	7
2.4	Arten der sekundären Traumatisierung	10
2.5	Posttraumatic Growth.....	15
2.6	Traumatherapeutinnen in Deutschland: Aktueller Forschungsstand	18
3	Fragestellung.....	20
3.1	Grundlegende Forschungsfrage	20
3.2	Zentrale Begriffe	20
4	Methoden.....	22
4.1	Das qualitative Forschungsparadigma	22
4.2	Forschungsziel.....	23
4.3	Studiendesign	23
4.3.1	Das problemzentrierte Interview.....	24
4.3.2	Der Leitfaden.....	25
4.3.3	Die Stichprobe.....	27
4.3.4	Generierung der Stichprobe und Datenerhebung.....	28
4.4	Datenauswertung	29
4.4.1	Bestimmung des Ausgangsmaterials.....	29
4.4.2	Fragestellung der Analyse	31
4.4.3	Ablauf der Analyse: Zusammenfassen	32
5	Ergebnisse.....	35
5.1	Darstellung der Ergebnisse	35
5.1.1	Darstellung der fallübergreifenden Ergebnisse	35
5.1.2	Darstellung der fallspezifischen Ergebnisse.....	46
5.1.2.1	Fall 1.....	46
5.1.2.2	Fall 2.....	48

5.1.2.3	Fall 3.....	49
5.1.2.4	Fall 4.....	50
5.1.2.5	Fall 5.....	51
5.2	Interpretation der Ergebnisse	52
6	Diskussion	54
6.1	Limitationen.....	54
6.2	Diskussion der Ergebnisse	55
7	Literaturverzeichnis.....	58
8	Anhang.....	66
8.1	Anhang A: Anschreiben zur Akquise der Probanden, versendet per E-Mail	66
8.2	Anhang B: Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verwendung von Interviewdaten	67
8.3	Anhang C: Fragebogen zur Erhebung der demographischen Daten	68
8.4	Anhang D: Muster eines Postskriptes	69
8.5	Anhang E: ausgefüllte Postskripte zu allen Interviews	70
8.6	Anhang F: Leitfragen einschließlich Detail- und Aufrechterhaltungsfragen	75
8.7	Anhang G: Übersicht demographische Daten der Probandinnen	77
8.8	Anhang H: Bildung der interviewübergreifenden Kategorien, dargestellt in einer Tabelle	79
8.9	Anhang I: Kategorienbildung der einzelnen Interviews, dargestellt in Tabellenform	113
8.10	Anhang J: Transkripte der Interviews in Reinform der Durchführung	242
9	Eigenständigkeitserklärung	367

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitfragen einschließlich Detailfragen	25
Tabelle 2: Interviewlänge	28
Tabelle 3: Übersicht aller interviewübergreifenden Kategorien	35

Abbildungsverzeichnis

Grafik 1. Beziehungen zwischen VR und verwandten Konzepten	18
--	----

1 Einleitung

Der Duden definiert ein Trauma als „starke psychische Erschütterung, die [im Unterbewusstsein] noch lange nachwirkt“. Es ist eines der 10.000 häufigsten Wörter im Corpus des Wörterbuches (Bibliographisches Institut Mannheim, 2017). Es ist ein Begriff, der Teil des allgemeinen Sprachgebrauches ist und einer, der gerade in den letzten Wochen wieder aktueller geworden ist. Am 07. August 2018 sprach das Landesgericht Freiburg die letzten Urteile in dem Prozess um einen zehnjährigen Jungen, der über Jahre von seiner Mutter und deren Lebensgefährten missbraucht und zur Zwangsprostitution im Darknet verkauft wurde. Die Sichtung des Materials und „das Ausmaß des Falles hatte sowohl Ermittler wie auch die am Prozess Beteiligten eigenen Angaben zufolge an ihre Grenzen gebracht“ (Tagesschau, 2018). Diese Aussage beleuchtet einen oft vergessenen Aspekt im Bereich von psychischer Traumatisierung: Menschen reagieren auf traumatisches Material, auch wenn sie selbst nicht Teil des eigentlichen Traumas sind. Dieses Phänomen wird oft als sekundäre Traumatisierung bezeichnet und kann sowohl bei Ersthelferinnen¹ wie auch Therapeutinnen zu einer langfristigen Belastung führen.

Die vorliegende Arbeit möchte sich mit den Folgen für Therapeutinnen beschäftigen, die sich darauf spezialisiert haben, mit traumatisierten Menschen zu Arbeiten. Die Geschichte der Psychotraumatologie wird dargestellt ebenso wie die Lage der Forschung zu den Einflüssen der Traumaarbeit auf die Behandlerinnen. Hieraus wird die leitgebende Fragestellung abgeleitet, welchen Einfluss die Traumaarbeit auf das Selbst- und Weltbild der Therapeuten hat. Zur Beantwortung dieser Frage wurde ein qualitatives Untersuchungsdesign gewählt. Es wurden Interviews mit praktizierenden Traumatherapeutinnen geführt, welche anschließend ausgewertet wurden. Die Ergebnisse werden in Hinblick auf ihre Limitationen und Bedeutungen für die weitere Forschung und Praxis diskutiert.

¹ Im Sinne der Übersichtlichkeit wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf die simultane Verwendung von weiblichen und männlichen Sprachformen verzichtet. In Bezug auf Studien zur mentalen Repräsentation (Heise, 2003; Madson und Shoda, 2006) wird die weibliche Form gewählt, die männliche ist jedoch jeweils mitzudenken.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Historie des Traumabegriffs

Die Entwicklung des Traumabegriffs in der Psychologie ist eine vielschichtige und nicht immer einfache. Viele Theoretiker und Forscher haben über die Jahre oft unabhängig voneinander geforscht und sind teils zu unterschiedlichen, öfter aber zu ähnlichen Ergebnissen gekommen, die sich in den letzten 150 Jahren zu der Psychotraumatologie verdichtet haben, die heute von der großen Mehrheit der wissenschaftlichen Gemeinde vertreten wird.

Eines der frühen Erklärungsmodelle psychotraumatischer Symptome war folgendes: ein Trauma wird vordergründig als körperliches Ereignis verstanden, welche über die „Brücke“ körperlicher Folgen schließlich auch zu psychischen Symptomen führt; ein Erklärungsmodell, welches sich lange Zeit großer Beliebtheit erfreuen sollte. Dies verdeutlichen Diagnosen wie *railway spine* oder *Erichsen's disease* (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014) und Herman Oppenheims *traumatischen Neurose* (Huber, 2007).

Weitere frühe Nachforschungen im Bereich Trauma fanden in Frankreich statt. Ambroise Auguste Tardieu veröffentlichte 1857 das Buch „Gerichtsärztliche Untersuchungen über Unzucht“, welches schockierende Zahlen über den verbreiteten Missbrauch unter anderem an jungen Mädchen enthielt, von der Fachwelt weitestgehend ignoriert wurde (Venzlaff, 2004). Ebenfalls in Frankreich forschte Pierre Janet, Schüler von Jean Martin Charcot und kam wie auch Sigmund Freud zur Erkenntnis über die Ursache der Hysterie und dem damit verbundenen emotionalen Seelenleben der Patientinnen. Es wurde zum ersten Mal den emotionalen Erzählungen der Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt (Herman, 2018). Die daraus resultierenden Fallberichte schildern die schrecklichen emotionalen Folgen von traumatischen Ereignissen, welche wiederum die Symptome der Hysterie auslösten. Hier wurde also zum ersten Mal die Verbindung zwischen traumatischen Erlebnissen und psychischen Symptomen komplett auf psychischer Ebene hergestellt. Janet prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der psychopathologischen *Dissociation*

(Venzlaff, 2004; Herman, 2018). Er erkannte ebenfalls, dass das Bewusstmachen und Verbalisieren des traumatischen Materials dazu führte, dass die belastenden Symptome weniger häufig auftraten. Anders als Freud blieb Pierre Janet bei seiner Theorie zum Missbrauch als Ursache der Hysterie, was zur Folge hatte, dass er trotz des großen Umfangs seiner wissenschaftlichen Arbeiten von der damaligen Wissenschaftsgemeinde fast komplett ignoriert wurde. Seine Theorie zum Zusammenhang von Dissoziation und Trauma geriet fast ein Jahrhundert lang in Vergessenheit.

Im Rahmen des ersten Weltkrieges kam es zu einer erneuten Beschäftigung mit den psychischen Folgen traumatischer Erlebnisse. Diagnosen wie das *Granaten-Schock-Syndrom* oder *shell shock* wurden beschrieben. (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014; Herman, 2018). Während des zweiten Weltkrieges beschäftigte sich der Psychiater Abram Kardiner mit den Folgen des Krieges für die amerikanischen Soldaten. Zur Beschreibung der chronischen Beeinträchtigung nach traumatischen Erfahrungen prägt er den Begriff der *Psychoneurose* (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014). In Zusammenarbeit mit Herbert Spiegel zeigte er des Weiteren, dass zur Behandlung dieser Symptome die Erinnerungen erst durch Hypnose aufgedeckt und dann im Verlauf durch Gespräche im Wachzustand integriert werden müssen (Venzlaff, 2004). Ähnliche Methoden werden noch in der heutigen Traumatherapie genutzt. In der Folge des Holocaust begann eine breitere sowie intensivere Auseinandersetzung mit den Folgen traumatischer Erlebnisse. 1955 veröffentlichte Hermann eine Arbeit, in der er die posttraumatischen Symptome als *KZ-Syndrom* zusammenfasste. Bastiaans beschrieb Ähnliches in seiner Publikation von 1957 unter dem Namen des *traumatischen Schwächezustandes psychosomatischer Art* (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014). Forscher in den Vereinigten Staaten stellten die Ähnlichkeit der Symptome von Holocaust- und Hiroshima-Überlebenden fest (Venzlaff, 2004).

Viele psychodynamische Autoren haben in den folgenden Jahren das analytische Konzept des Traumas weiterentwickelt, zu nennen sind unter anderem Masud Khan mit seinem Konzept des *kumulativen Traumas* (Khan, 1963), John Bowlbys Theorie zu den Aus-

wirkungen frühkindlicher Deprivation (Bowlby et al., 2010) und Donald Winnicotts Gesamtwerk zur frühkindlichen Traumatisierung durch Übergriffe und Versagen der Umwelt (Winnicott, 1974).

1970 beginnt in den Vereinigten Staaten durch die Arbeiten von Judith Herman der – neben Hysterie und Kriegsneurose – dritte Zweig der Traumaforschung. Mit einer Rückbesinnung auf Pierre Janet kommen sowohl durch die Bürgerrechtsbewegung als auch durch die Frauenrechtsbewegung die Kriegsveteranen aus dem Vietnamkrieg und häusliche Gewalt in den Fokus (Wiesmüller & Decker-Voigt, 2014).

Die *American Psychology Association* erkennt im Jahr 1980 die posttraumatische Belastungsstörung in der dritten Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DMS) als offizielles Störungsbild an. Die *World Health Organization* folgt ein Jahr später (Venzlaff, 2004). Auch nach der Anerkennung durch offizielle Manuale und Organisationen hat die gewisse Kontroverse, die das Themengebiet Trauma mit sich bringt, nicht komplett nachgelassen. Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es zahlreiche teils fachliche, teils politische Diskurse.

Venzlaff (2004) schreibt hierzu als Abschluss: „*Weiterhin kreisen die Diskussionen um die alten Fragen: Somatogenese versus Psychogenese, Krankheit versus Stimulation und Lüge. Ein Blick in die Geschichte kann lehren, nicht unbedingt auf schnelle Lösungen zu hoffen, sondern sich darauf einzustellen, auf welchen Konfliktfeldern man sich wird bewegen müssen, wenn man sich diesem Themenkomplex widmet. Die Auseinandersetzung mit den Folgen von Traumatisierungen ist längst eine teils wissenschaftlich, teils engagiert-politisch, teils polemisch, teils interessenbestimmt-tendenziös geführte Diskussion geworden – eine Diskussion allerdings, die inzwischen niemand mehr nicht führen kann*“ (S.24).

2.2 Einfluss der Patientinnen auf Behandlerinnen: Historische Darstellung am Beispiel der Gegenübertragung

Doch nicht nur die Opfer werden durch traumatische Erlebnisse langfristig beeinflusst, auch auf Seiten der Therapeutinnen hinterlässt diese Arbeit Spuren. Dieser für die Traumatherapie spezielle Aspekt wurde erst in den letzten 25 Jahren genauer untersucht (siehe Abschnitt 2.4), doch die Auffassung, dass auch Patientinnen bei ihren Behandlerinnen psychische Reaktionen hervorrufen, hat historisch eine längere Tradition. Am deutlichsten zeigt sich dies im psychodynamischen Konzept der Gegenübertragung, welches die durch die Patientin ausgelöste emotionale Reaktion der Therapeutin beschreibt. Die Entwicklung dieses Konzeptes soll im Folgenden kurz dargestellt werden.

Das Verständnis von Gegenübertragung ist historisch eng mit der Entwicklung der psychoanalytischen Bewegung verbunden. Körner (1990) unterteilt diese Evolution in drei grobe Phasen. Die erste Phase der defensiv-objektivierenden Gegenübertragung wird in den Zeitraum von 1909-1945 eingeordnet und ist daher stark durch den damals noch lebenden und wirkenden Sigmund Freud geprägt. Zeit seines Lebens widmete Freud sich wiederholt den Aspekten der Gegenübertragung. Für ihn war sie stets durch Enthaltensamkeit und Entbehrung auf Seiten der Analytikerin gezeichnet, da sie als Hindernis zur Neutralität und Abstinenz erfasst und bewältigt werden musste. Nur eine Ärztin, die ihre Gegenübertragungsgefühle komplett überwunden habe, können eine mächtige Psychoanalytikerin sein, sagte Freud in der Mittwochsgesellschaft 1910 (Nunberg und Federn, 1979). Zu Beginn der Psychoanalyse wurde „die Gegenübertragung des Analytikers als eine Verunreinigung der Objektivität seines Erkennens“ (Eisenriegler, 2008) betrachtet. Dies zeigte sich auch in den Ausbildungsstrukturen der damaligen Analytikerinnen. Durch Lehr- und Kontrollanalysen sollte das störende Reagieren stets in Schach gehalten werden. Die durch Freud formulierte Regel zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit auf Seiten der Analytikerin untermauert dies ebenfalls.

Die zweite Phase der instrumentellen Gegenübertragung beginnt ungefähr zehn Jahre nach Freuds Tod in den 1950er Jahren. Das neue Verständnis wurde von vielen Analytikerinnen der damaligen Zeit vorangetrieben, jedoch besonders von Paula Heimann. In

ihrem Vortrag, gehalten auf dem internationalen psychoanalytischen Kongress im Jahr 1950, übte sie deutliche Kritik an dem Selbstverständnis der Analytikerinnen als anonym und indifferent und hob den positiven Wert der Gegenübertragung als Forschungs- und Diagnoseinstrument hervor. Hiermit wurde die Gegenübertragung als Schöpfung und Produkt der Patientin verstanden, die in der Analytikerin entsteht. Durch ein Öffnen diesen Gefühlen gegenüber wird es möglich, sie zu verstehen und als diagnostisches Instrument zu nutzen. Entscheidend ist, dass die Analytikerin diese Emotionen aushält und sie als informative Reaktion auf die Übertragung der Patientin versteht und interpretiert, anstatt sie wie die Patientin unbewusst auszuagieren (Heimann, 1996). Ebenfalls zu dieser Entwicklung beigetragen hat Winnicott mit seinem Aufsatz *Hass in der Gegenübertragung*, in welchem er dafür plädiert, dass die Analytikerin unter dem Gebot der Objektivität auch in der Lage sein muss, eine hinreichend gute Analytikerin zu sein und ihre Patientin objektiv zu hassen, wie auch die hinreichend gute Mutter manchmal ihr Kind hasst. Diese Gefühle können der Patientin in verdauter Form zu einem späteren Zeitpunkt auch mitgeteilt werden (Winnicott, 1997). Weiterhin beigetragen haben Magret Little mit ihrer Übersicht zu den diversen Bedeutungen der Gegenübertragung (Little, 1998) und Racker (1997) durch seine Differenzierung in komplementäre und konkordante Identifizierung in der Gegenübertragung.

In den 1980er Jahren kam es erneut zu einer Veränderung in der Konzeption der Gegenübertragung, die später interaktionelle oder intersubjektive Gegenübertragung genannt wird. Die Analytikerin wird immer weniger als distanziertes Objekt und viel mehr als teilnehmendes Subjekt verstanden. Und eben diese Subjektivität rückt in den Fokus: Nicht nur die Psychodynamik der Patientin ist Ursache der Übertragungs- und Gegenübertragungsempfindungen, sondern auch die oft unbewussten Reize auf Seiten der Analytikerin. Die Patientin reagiert auf die Gesamtheit der Analytikerin, ebenso wie auch die Analytikerin auf die Gesamtheit der Patientin reagiert. Die Deutung kann also nicht von der eigenen Subjektivität getrennt werden (Mertens, 2008).

Körner (1990) beschreibt Übertragung und Gegenübertragung als zwei Komponenten des Konfliktes der Patientin, die diesen intrapsychisch nicht ertragen kann und daher zwischen sich (Übertragung) und der Analytikerin (Gegenübertragung) aufteilt, um die komplette Bewusstwerdung zu verhindern. In Rahmen dieser Denkweise ist die Gegenübertragung zwingend Teil der ganzen Interaktion im Rahmen der therapeutischen Situation. Hieraus folgt, dass eine Beschränkung auf das Verständnis der Gegenübertragung als bloßes diagnostisches Mittel nicht mehr möglich ist. Stattdessen ist die Analytikerin selbst aktiv am Geschehen und am Konflikt beteiligt, welchen sie folglich selbst fühlen und durcharbeiten muss. Dieses interaktive Verständnis ist weiterhin aktuell und legt eine wichtige Grundlage für das weitere Verständnis der Auswirkungen therapeutischer Beziehungen.

2.3 Aktuelle Definition des Psychotraumas

Eine genaue Definition des Begriffes *Trauma* im psychologischen Sinne ist nicht ganz einfach, da sich das Verständnis des Begriffes im Laufe des letzten Jahrhunderts immer wieder gewandelt hat. Zudem wird der Begriff Trauma sowohl durch Alltagspersonen als auch durch Fachkräfte zunehmend inflationär verwendet, was eine klare Abgrenzung und Definition schwierig macht.

Die World Health Organisation (WHO) beschreibt ein Trauma im Rahmen der Definition der posttraumatischen Belastungsstörung als ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (World Health Organisation, 2016). Die *American Psychiatric Association* (2013) erweitert diese Definition und nennt als traumatische Ereignisse „tatsächlichem oder angedrohtem Tod ausgesetzt sein, ernste Verletzungen oder sexuelle Gewalt in diesem oder mehreren der folgenden Wege: das/die traumatischen Ereignisse direkt erleben; mit eigenen Augen miterleben, wie andere traumatische Situationen miterleben; erfahren, dass einem Fami-

lienmitglied oder einem Freund traumatische Situationen eine traumatische Situation wiederfahren ist [...]; oder das wiederholte und extreme Erleben von aversiven Details einer traumatischen Situation“ (S.271).

Zusätzlich zu diesen Grundsatzdefinitionen wird ein Psychotrauma im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch nach der psychodynamischen Sichtweise von Gerd Rudolf verstanden. Rudolf (2010) beschreibt ein Psychotrauma „als sekundären Einbruch in das strukturelle Gefüge“ (S. 49), welches unabhängig von dem vorherigen Zustand der Psyche von jedem psychisch gesunden oder kranken Menschen erfahren werden kann. Diese Definition verdeutlicht noch einmal die Abgrenzung zu den Klassifikationen anderer Störungsbilder, da hier die Ätiologie Teil der Beschreibung ist. Außerdem wird betont, dass Trauma nicht die Folge einer vorangehenden instabilen Struktur der Psyche ist, sondern unabhängig von der vorherigen psychischen Konstitution jeden Menschen betreffen kann.

Im aktuellen psychologischen Verständnis des Begriffes *Trauma* sind viele Störungsbilder enthalten, die sich differenziert voneinander abgrenzen.

Als Erstes kommt oft die „klassische“ Traumafolgestörung in den Sinn, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.1 im ICD-10, Posttraumatic Stress Disorder im DSM-5). Während die PTBS noch im DSM-IV unter dem Kapitel der Angststörungen eingeordnet wurde, wurde in der neusten Version, dem DSM-5 eine neue Kategorie für *Trauma- and Stressor-Related Disorders* geschaffen, in der nun unter anderem die PTBS eingruppiert wird. Auch im ICD-10 ist sie unter der Kategorie F.43 - Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen verortet. Sie wird im ICD-10 beschrieben als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (World Health Organisation, 2016).

Weitere der klassischeren Traumafolgestörungen sind die akute Belastungsreaktion (F43.0) und die Anpassungsstörung (F43.2). Wie auch bei der PTBS ist hier ein ursächliches traumatisches Ereignis für die Diagnose zwingend nötig, ein Kriterium, welches sich bei anderen Störungsbildern nicht finden lässt.

Doch der Bereich der Traumafolgestörungen endet nicht hier. Auch komplexere, anders klassifizierte Störungsbilder sind ganz wortwörtlich Störungen, die als Folge von Traumata unterschiedlicher Art entstehen. Ein solcher Fall ist die emotional instabile Persönlichkeit, Borderline Typ (F60.31, ICD-10). Hierzu schreibt Huber (2009): *„Längst nicht alle, die (...) Traumata erlebt haben, erfüllen die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. Doch von denjenigen, die eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose bekommen, haben weitaus die meisten schwere, da frühe und langjährige Traumatisierungen erlebt“* (S.118). Ähnlich verhält es sich auch mit den dissoziativen Störungen wie der dissoziativen Amnesie (F44.0) und der dissoziativen Identitätsstörung (F44.80, noch als Multiple Persönlichkeitsstörung) (Huber, 2010).

Über die Zeit haben sich genauere Definitionen des Traumas an sich herausgebildet. Eine weitverbreitete Einteilung ist die Unterscheidung von Typ 1 und Typ 2 Traumata, ein Konzept von Terr (1991). Typ 1 Traumata sind Monotraumata, die durch ein einmaliges, zeitlich begrenztes Ereignis wie etwa ein körperlicher Übergriff oder ein Verkehrsunfall verursacht werden. In Abgrenzung davon versteht man unter Typ 2 Traumata chronische, komplexe Traumatisierungen, die durch mehrfache traumatische Erlebnisse und oft über einen längeren Zeitraum verursacht werden.

Es besteht weiterhin die Diskussion, ob Terrs Typ 1 und Typ 2 Trauma um eine weitere Kategorie (Typ 3 Trauma) erweitert werden sollte. Über die konkrete Klassifikation dieses dritten Types herrscht derweil noch keine Einigkeit. Solomon und Heide (1999) beschreiben den Typ 3 als eine extremere Variante des Typ 2 Traumas, bei dem die Opfer oft „seit frühesten Kindheit oft über Jahre hinweg mehrfach und tiefgreifend Gewalt erfahren haben“ (S. 204). Sie beschreiben einen Opfertyp, der von mehreren Tätern, einer oder mehreren davon nahe Verwandte, häufig, aber unvorhersehbar auf sadistische Art körperlich und sexuell missbraucht wurde. Kira (2001) hingegen definiert ein Typ 3 Trauma als

eine Aneinanderreihung von verschiedenen traumatischen Erlebnissen, die sowohl direkt als auch indirekt erlebte Typ 1 oder Typ 2 Traumata sein können. Je nach Abfolge der Ereignisse ergeben sich unterschiedliche Untertypen (beispielsweise Typ 1 – Typ 2 oder Typ 2 – Typ 2). Wiederum ein anderes Verständnis des Typ 3 Traumas ist die des indirekten Miterlebens einer traumatischen Situation, beispielsweise ein Kind, das die Vergewaltigung der Mutter mitansehen muss (Scheithauer, 2008).

2.4 Arten der sekundären Traumatisierung

Der Begriff sekundäre Traumatisierung ist wie auch beim Begriff Trauma in seiner Verwendung in der Fachwelt uneindeutig, da er auf verschiedene Arten verwendet wird. Die geläufigere Art der Verwendung bezieht sich auf das indirekte Miterleben einer traumatischen Situation, wie es beispielsweise bei Zugfahrerinnen nach einem Suizid vor ihrem Zug oder bei Feuerwehrfrauen, die als Ersthelferinnen eine Unfallstelle betreten, der Fall ist. Sollten auf solche Situationen Symptome psychischer Belastung folgen, fallen diese aber wie bereits in 4.2 erwähnt nach DSM 5 unter die Kategorie der regulären posttraumatischen Belastungsstörung (American Psychiatric Association, 2013), was eine erneute Klassifikation als sekundäre Traumatisierung verwirrend oder gar überflüssig erscheinen lässt (Daniels, 2006).

Eine weitere, weniger verbreitete Konzeption der sekundären Traumatisierung befasst sich mit den Therapeutinnen, die mit Opfern von traumatischen Erlebnissen arbeiten. Im Rahmen der Traumaarbeit wird eine therapeutische Beziehung aufgebaut, bei der die Therapeutinnen emotional mit ihren Patientinnen mitschwingen. Zudem ist es oft Teil der Arbeit, die traumatischen Erlebnisse zu erinnern und in der Sitzung zu verbalisieren, um sie verarbeiten und integrieren zu können. Dies kann zusammengenommen dazu führen, dass auch Therapeutinnen, die selbst keine dieser traumatischen Situationen erlebt haben, Belastungssymptome zeigen, die einer posttraumatischen Belastungsstörung zum Teil nicht unähnlich sind.

Erste Versuche, das Phänomen der therapeutischen Belastung durch Traumaaarbeit mit Patientinnen zu erklären, nahmen Sigmund Freuds Konzept der Gegenübertragung zu Hilfe (vergleiche Abschnitt 2.2). Gegenübertragungsgefühle beziehen sich jedoch auf den *unmittelbaren* Rahmen der therapeutischen Situation. Sie treten im momentan präsenten zwischenmenschlichen Raum auf, wohingegen die beobachteten Belastungssymptome auch außerhalb des therapeutischen Kontaktes und im privaten Leben der Therapeutinnen auftreten. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass Gegenübertragung als Konstrukt zur Erklärung der Belastungssymptome nicht ausreicht. Seitdem sind aus diesem Grund einige fachspezifischere Erklärungsmodelle entstanden.

McCann et al. (1990) beschreiben auf Basis der konstruktivistischen Selbstentwicklungstheorie (engl.: constructivist self-development theory, McCann et al., 1988) bestimmte kognitive Schemata über das Selbst und die Welt. Sie postulieren, dass diese Schemata durch das Miterleben von traumatischem Material in der therapeutischen Situation in folgenden Bereichen negativ verändert werden, unter anderem in Bezug auf: Vertrauen / Abhängigkeit, Sicherheit, Macht, Wertschätzung, Intimität und der psychische Bezugsrahmen. Ebenfalls beeinflusst wird das Erinnerungssystem der Therapeutinnen, was sich durch intrusive Gedanken und Flashbacks äußert, die sich zum Teil wie eigene Erinnerungen anfühlen.

Hieraus leiten sie das Konzept der stellvertretenden oder indirekten Traumatisierung (engl.: vicarious traumatization, VT) ab, das erstmals von McCann und Pearlman 1990 publiziert wurde. Es ist definiert als „die Veränderung im Therapeuten, die als Resultat des empathischen Einfühlens des Therapeuten [...] in die traumatischen Erfahrungen und Folgeerscheinungen des Patienten entsteht“ (S.558). Es umfasst die permanente Veränderung in Identität, Bedürfnissen, Weltsicht, Vorstellungen und Erinnerungen der Therapeuten. VT zeigt sich in allen sozialen Beziehungen im Privat- und Berufsleben. Anders als Gegenübertragung ist VT nicht temporär an eine bestimmte Situation gebunden, die Symptome persistieren über Interaktionen, Themen und Zeiträume hinweg. Als Voraussetzung für die Entstehung von VT beschreiben Pearlman und Saakvitne (1995) eine

empathische Beziehung zwischen der Therapeutin und der Klientin. Ihre Symptome ähneln sich, es besteht eine Parallelität in den primären Traumafolgesymptomen der Klientin und den sekundären Symptomen der Therapeutin.

Ursächlich für diese Symptomatik auf Seite der Therapeutinnen ist die Veränderung der Schemata, die das Bewusstsein über menschliche Grausamkeit umfassen. Die Erfahrungen, die durch das in der Therapie besprochene Material entstehen, beeinflusst die grundsätzlichen Schemata besonders in Bezug auf Kontrolle, Vorhersagbarkeit und eigene Sicherheit, die regulär fungieren, um das Selbst der Therapeutinnen zu schützen. Eine stellvertretende Traumatisierung ist also nicht das Ergebnis einer einzigen Situation, sondern aus der Kumulation vieler Erfahrungen über verschiedene Patientinnen und Therapien hinweg. Dadurch wird VT erneut von der Gegenübertragung abgegrenzt. Es kann jedoch zu einer gegenseitigen Verstärkung von beiden Phänomenen kommen (Pearlman und Saakvitne, 1995).

Durch die Erfahrung der Traumaaarbeit werden die Schemata auf Seiten der Therapeuten inkongruent und müssen angepasst werden. Die posttraumatischen Symptome werden in diesem Sinne als Versuch der Bewältigung verstanden. Erst wenn sich die Symptomatik chronifiziert, weil die Anpassung der Schemata nicht erfolgreich ist, kommt es zur Ausbildung von stellvertretender Traumatisierung (Pearlman und Saakvitne, 1995).

Die empirische Prüfung des Konzeptes der stellvertretenden Traumatisierung erbrachte unklare Ergebnisse. Schon die erste Studie von Pearlman und Mac Ian (1995) fand heraus, dass entgegen ihrer ursprünglichen Annahme ein negativer Zusammenhang zwischen dem Grad der Traumaexposition auf Therapeutenseite und der Stärke der illusorischen Schemata bestand. Auch die darauffolgende Forschung setzte diesen Trend der Uneindeutigkeit fort (Daniels, 2006b). So fanden beispielsweise McLean, Wade und Encel (2003) zwar eine Korrelation zwischen stellvertretender Traumatisierung und vorhandenen Traumasymptomen, diese konnte ihre Signifikanz allerdings nicht in einem regressionsanalytischen Modell behaupten. Die Schwere der Traumasymptome wurde stattdessen von den Jahren Berufserfahrung der Therapeutinnen vorhergesagt; erfahrenere Therapeutinnen zeigten *weniger* Belastungssymptome.

Ein weiteres Modell dieser Art ist die von Figley (1995) entwickelte compassion fatigue, welches auf Deutsch mit Mitleidserschöpfung oder Mitgefühlsmüdigkeit übersetzt wird. Es beschreibt „das Zusammenkommen von traumatischem Stress, sekundärem traumatischen Stress und kumulativem Stress/Burnout im Leben von helfenden Fachkräften und anderen Pflegedienstleistern“ (Figley, 2002, S. 124). Figleys Modell beruht ebenso wie die *vicarious traumatization* auf der Grundannahme, dass das empathische Einfühlen und das emotionale Mitschwingen der Therapeutinnen die Voraussetzung das Entstehen einer sekundären Traumatisierung darstellen.

Figley (1998) entwickelte weiterhin das Konzept des sekundären traumatischen Stresses (STS). Eine sekundäre traumatische Stressreaktion liegt vor, wenn eine behandelnde oder pflegende Person Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion aufweist. Diese Konzeptualisierung findet ihren Ursprung in den Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung und der akuten Belastungsstörung.

Beide Konzepte werden schließlich im Trauma Transmission Modell zusammengefasst. Im Rahmen dieser Theorie gibt es keine spezielle Differenzierung zwischen den Ersthelferinnen, die ebenfalls mit den sensorischen Eindrücken traumatischer Situationen konfrontiert werden, und sekundären Helferinnen wie unter anderem Therapeutinnen, die den Belastungen nur indirekt ausgesetzt sind. Entscheidend ist die empathische Verbindung zwischen Opfer und Helfer. Der Bezug zur Klientin steht im Vordergrund. Die Veränderungen auf Helferseite werden von Figley (1995) klar als parallel zur posttraumatischen Belastungsstörung konzeptualisiert. Er erwähnt zwar veränderte Kognitionen als Folge der sekundären Traumatisierung, legt den Fokus aber eindeutig auf eine rasch auftretende Symptomatik, die der PTBS ähnlich ist. Somit wird auch hier von einer Deckungsgleichheit der primären und sekundären Traumatisierung ausgegangen. Dies bedeutet auch, dass sich die Symptome auf Seiten der Helferin stets auf die des Opfers beziehen. Kommt es durch die Traumaarbeit dazu, dass die Therapeutinnen wiederholt mit bildhaften traumatischem Material konfrontiert werden, wird dies zur Belastung. Figley geht ähnlich wie Pearlman und Saakvitne davon aus, dass eine eventuelle eigene traumatische Vorgeschichte der Therapeutinnen einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt, was

sich jedoch in der empirischen Forschung nicht eindeutig bestätigen ließ (Daniels, 2006). Auch der Versuch, die theoretischen Komponenten des *Trauma Transmission Modells* und der *compassion fatigue* empirisch zu untermauern, ergab keine eindeutigen Ergebnisse. Das Modell sieht unter anderem Arbeitsunzufriedenheit und prolongierte Exposition als Voraussetzungen für das Entstehen einer sekundären Traumatisierung vor. Arbeitsunzufriedenheit konnte empirisch nicht als Prädiktor bestätigt werden. Eine prolongierte Exposition zeigte sich, wenn auch mit schwachen Korrelationswerten, als modellkonforme Variable, die sich auf die Entstehung von sekundärer Traumatisierung auswirkt (Daniels, 2006b).

Weingarten stellte 2003 zudem das Konzept des *common shock* oder empathischen Stressses vor. Es beschreibt eine psychische und physische persistierende Stressreaktion, die durch das regelmäßige empathische Auseinandersetzen mit Schmerz, Gewalt und Leid der Patientinnen ausgelöst wird. Anders als die vorherigen Theorien begrenzt Weingarten den Kreis der Betroffenen nicht nur auf Helferinnen. Jeder Mensch, der indirekt mit Gewalt oder anderem traumatischen Material konfrontiert wird, sei es durch graphische Videoaufzeichnungen von Terroranschlägen oder die Exposition durch die therapeutischen Traumaarbeit, erlebt eine Art Schockzustand als Reaktion. Häufen sich diese Schockmomente, ohne dass die Betroffenen entsprechend ausgleichende Verhaltensweisen zeigen, kommt es auch hier zur Ausbildung von Symptomen sekundärer Traumatisierung. Sie unterscheidet vier verschiedene Positionen, in denen sich Zeuginnen von Gewalt befinden können, abhängig davon, wie befähigt und bewusst sich die Person fühlt. In Position 1 befindet sich ein Mensch (bspw. eine Therapeutin oder eine Krankenschwester), wenn sie sowohl ein Bewusstsein für die Gewalt hat, welche anderen angetan wird, als auch die Möglichkeit, effektiv etwas dagegen zu unternehmen. Position 2 zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Person in einer Machtposition befindet, aber sich den Auswirkungen der Gewalt auf die Opfer nicht bewusst ist. In Position 3 ist weder das Bewusstsein noch die Möglichkeit zur Veränderung vorhanden. In Position 4 ist sich die Zeugin über das Vorhandensein und die Auswirkungen der Gewalt auf die Opfer bewusst, hat aber keinerlei Möglichkeit, eine Veränderung herbeizuführen. Die Therapeutinnen befinden sich im Laufe ihrer Arbeit immer wieder in unterschiedlichen Positionen,

Weingarten (2003) stellt allerdings die Überlegung auf, dass Therapeutinnen, die sich besonders häufig in Position 4 befinden am anfälligsten für sekundäre/stellvertretende Traumatisierung seien.

2.5 Posttraumatic Growth

Die Untersuchung der Auswirkungen von Traumaarbeit auf die Therapeutinnen ist seit den ersten Veröffentlichungen in den 90er Jahren stark vorangeschritten. Neben den vielen, inzwischen komplexen Modellen zu sekundärer Traumatisierung hat sich aber aus der Praxis heraus etwas verzögert auch eine andere Komponente der Traumaarbeit herausgebildet. Diese erscheint als eine Art Gegengewicht zur stellvertretenden Traumatisierung und wurde erstmals von Hernandez, Gangsei und Engstrom im Jahr 2007 beschrieben: die stellvertretende Resilienz (*engl.: Vicarious Resilience, VR*).

Basierend auf dem Resilienzkonzept von Masten und Coatsworth (1998) von Resilienz als Muster von positiver Adaption in Reaktion auf Schwierigkeiten, beschreibt es die potentiellen *positiven Veränderungen*, die aus der Arbeit mit traumatisierten Menschen entstehen können. Es wird bezeichnet als „ein einzigartiger und positiver Effekt, der Therapeuten in Reaktion auf die Resilienz der traumaüberlebenden Patienten verändert“ (Hernandez et al., 2007, S. 237). Indem die Therapeutinnen die Stärke und das Durchhaltevermögen ihrer Patientinnen miterleben, hat dies ebenso wie stellvertretende Traumatisierung über die Therapiesituation hinaus einen positiven Einfluss auf die Emotionen, das Verhalten und die Einstellungen der Behandelnden (Hernandez et al., 2007).

Hernandez et al. fanden dieses Phänomen zunächst bei Therapeutinnen, die mit den Opfern von politisch motivierter Gewalt und Entführungen arbeiteten. Neben den bereits als sekundäre oder stellvertretende Traumatisierung beschriebenen Symptomen benannten die Behandelnden auch die „Inspiration und Stärke, die sie aus dem Arbeiten mit den Klienten zogen, die sie manchmal als ‚Helden‘ beschrieben“ (Hernandez et al., 2007, S. 230). Die Ergebnisse dieser ersten Studie zeigten deutlich, dass alle befragten Thera-

apeutinnen durch das Miterleben von Resilienz in ihren Klientinnen in ihren eigenen Emotionen und Einstellungen beeinflusst wurden. Wie auch stellvertretende Traumatisierung ist stellvertretende Resilienz ein natürlich auftretender Prozess, dessen positiver Effekt sich jedoch verstärken lässt, indem bewusst die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird.

Anfänglich wurde das Konzept der stellvertretenden Resilienz noch auf den Bereich der Arbeit mit Opfern politischer Gewalt und Entführung begrenzt. Die Veröffentlichungen der letzten Jahre zeigten jedoch, dass sich stellvertretende Resilienz ebenfalls in der Arbeit mit diversen Traumaursachen (Silveira und Boyer, 2014; Pack, 2013) sowie auch außerhalb der Vereinigten Staaten zeigt (Puvimanasinghe et al., 2015).

Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom und Gangsei (2014) beschrieben ebenfalls die genauere Beziehung zwischen stellvertretender Resilienz und stellvertretender Traumatisierung. Beide Prozesse haben unterschiedliche theoretische Fundamente und werden nicht als parallele Prozesse verstanden, aber sie können koexistieren. „Sie koexistieren in der Erfahrung der Therapeutinnen auf die gleiche Art, in der die Erfahrung der Resilienz in Überlebenden [...] sie nicht davon abhält, dass sie simultan posttraumatische Stresssymptome erleiden“ (Hernandez-Wolfe et al., 2014, S. 161).

Die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen hat das Potential, in den behandelnden Therapeutinnen eine psychische Transformation in Gang zu setzen, die „positiv, wenn auch nicht schmerzfrei“ ist (Hernandez-Wolfe et al., 2014, S. 166).

Ein weiteres Konzept, welches der stellvertretenden Resilienz ähnlich ist, ist *Posttraumatic Growth* (PTG, engl.: posttraumatisches Wachstum), entwickelt von Tedeschi und Calhoun (1996, 2004). Sie beschreiben *Posttraumatic Growth* als eine positive psychische Veränderung, die aus dem Ringen mit schwierigen Erlebnissen entstehen. PTG ist keine zwingende Folge nach dem Erleben eines Traumas, es ist eine mögliche Entwicklung. In Abgrenzung zu regulärer Resilienz verstehen die Autoren PTG als Veränderung, die die Fähigkeit übersteigt, ein Trauma zu überstehen, ohne nachhaltig negativ beeinträchtigt zu werden. Sie verstehen das schmerzhaft Auseinandersetzen mit den Auswirkungen des Traumas als entscheidende Komponente, die zur Entwicklung des PTG beiträgt. In ihrer Studie im Jahr 2004 schlussfolgerten Tedeschi und Calhoun, dass Opfer, die bereits

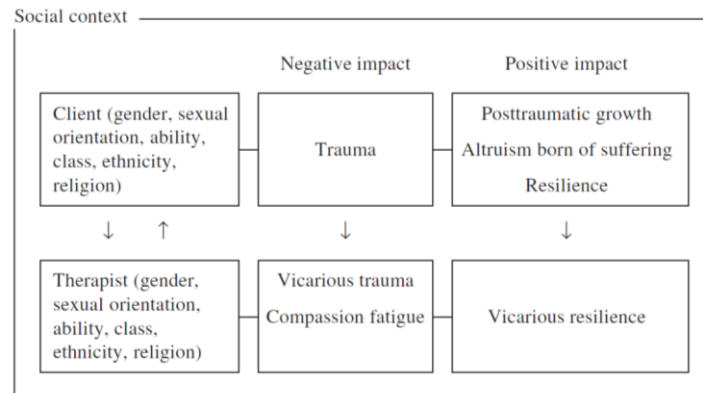
vor einem Trauma resilient waren, möglicherweise weniger Wachstum (PTG) zeigen als solche, die vor der traumatischen Erfahrung weniger Resilienz zeigten. Die guten Resilienzfähigkeiten könnten für die Auseinandersetzung mit den negativen Traumafolgen hinderlich sein und so der Entwicklung von PTG im Wege stehen.

In dem ebenfalls von Tedeschi und Calhoun entwickelten Fragebogen (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) beschreiben sie fünf Kriterien, durch die PTG definiert wird: (1) größere Wertschätzung des Lebens und veränderte Prioritäten, (2) engere intime zwischenmenschliche Beziehungen, (3) verbessertes Verständnis der eigenen Stärke, (4) Erkennen neuer Möglichkeiten für das eigene Leben und (5) spirituelle Entwicklung.

Arnold et al. (2005) stellten die These auf, dass sämtliche der oben genannten Kriterien auch sekundär beziehungsweise stellvertretend durch Therapeutinnen erfahren werden können. Sie schlugen das Konstrukt des stellvertretenden posttraumatischen Wachstums (vicarious posttraumatic growth, VPG) vor, um die positive Entwicklung zu beschreiben, die Therapeutinnen aufgrund ihrer Erfahrungen in der Traumatherapie erleben.

Die Ergebnisse der Studie von Silveira und Boyer (2014) legen nahe, dass die Konzepte der stellvertretenden Resilienz (VR) und des stellvertretenden posttraumatischen Wachstums (VPG) auf signifikante Weise überlappen. Genauere Forschung zur Abgrenzung dieser beiden Konstrukte steht noch aus. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden sie daher vorerst als deckungsgleich verstanden.

Die verschiedenen vorgestellten theoretischen Konstrukte können in einem gemeinsamen Rahmen verstanden werden, der von Hernandez et al. (2010) sehr übersichtlich in Grafik 1 dargestellt wird.



Grafik 1. Beziehungen zwischen VR und verwandten Konzepten

2.6 Traumatherapeutinnen in Deutschland: Aktueller Forschungsstand

Die Situation der Therapeutinnen in Deutschland ist im internationalen Vergleich noch nicht ausreichend gut untersucht. Es liegen einige wenige Studien zur sekundären Traumatisierung vor, zur stellvertretenden Resilienz gibt es so gut wie keine Veröffentlichungen.

Als Wegbereiterin ist hier zunächst Judith Daniels zu nennen, die sich in ihren diversen Publikationen zum Thema der sekundären Traumatisierung (2006b, 2007, 2008) und der Erstellung des Fragebogens zur sekundären Traumatisierung (FST; Daniels, 2006a) wiederholt mit der Situation der in Deutschland tätigen Traumatherapeutinnen auseinandergesetzt und gezeigt hat, dass die sekundäre Traumatisierung ein Phänomen ist, welches in Deutschland auftritt und der Beachtung der Fachwelt bedarf.

Dies beleuchtet Daniels sowohl in ihrer Diplomarbeit (2006b), in der in einem mixed methods Design sekundärtraumatische Symptomatik bei knapp 30% der über 1.000 befragten Traumatherapeutinnen gefunden wurde als auch in einer qualitativen Studie (2008), in der sie 21 Therapeutinnen zu ihrer Belastung durch die Therapie mit traumatisierten Patienten befragt. Die Ergebnisse bestätigten das Bild der internationalen Forschungslage insofern, dass sich auch hier sekundäre Traumatisierung zeigte.

Püttker, Thomsen und Bockmann (2015) untersuchten 312 Traumatherapeutinnen auf sekundäre Traumatisierung und deren Zusammenhang mit der Empathiefähigkeit der Therapeutinnen. Sie konnten die Empathiefähigkeit als Risikofaktor zur Entstehung von sekundärer Traumatisierung nachweisen. Akkommodative Copingfähigkeiten stellen Schutzfaktoren dar und können das Ausbildung von sekundärtraumatischen Symptomen abmildern.

Im Rahmen der angestiegenen Anzahl an geflüchteten Menschen in Deutschland, von denen viele traumatische Ereignisse miterlebt haben, hat auch zu einer erneuten Beschäftigung der Wissenschaft mit diesem Thema geführt. Gurrus (2005) untersuchte in einer quantitativen Studie 100 Traumatherapeutinnen, die in 23 verschiedenen Einrichtungen mit traumatisierten Geflüchteten arbeiteten. Es zeigt sich, dass 37% der Befragten Symptome der stellvertretenden Traumatisierung sowie *Compassion Fatigue* zeigten. Häufige berichtete Symptome waren unter anderem Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle, Ärger, innere Unruhe, Vermeidung und Hypervigilanz. Thöle, Penka, Brähler, Henz und Kluge (2017) beschäftigen sich ebenfalls mit der Lage der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. Auch sie identifizieren als einen von acht Schwierigkeitsbereichen das Miterleben der Erzählungen von traumatischen Erlebnissen.

Die aktuell veröffentlichten Studien zur sekundären Traumatisierung bei Therapeutinnen in Deutschland lassen die Vermutung zu, dass sich das Bild der internationalen Forschung bestätigt. Es ist demnach weiterhin wissenschaftlich interessant und herausfordernd zu untersuchen, inwiefern sich diese Ergebnislage auch in Deutschland zeigt. Zum Konzept der stellvertretenden Resilienz gibt es derzeit noch keine wissenschaftlichen Veröffentlichungen für den deutschen Raum. Aufgrund der Parallelität der Ergebnisse von internationalen Studien zu sekundärer Traumatisierung besteht die Möglichkeit, dass auch Therapeutinnen in Deutschland diese positiven Folgen der Traumaarbeit erleben. Es besteht jedoch weiterhin deutlicher Forschungsbedarf, um diese Vermutungen mit wissenschaftlichen Studien zu untermauern.

3 Fragestellung

3.1 Grundlegende Forschungsfrage

Basierend auf der in Kapitel 2 ausführlich dargelegten theoretischen Grundlage möchte die vorliegende Arbeit möchte die Frage beantworten, ob und inwiefern sich das Selbst- und Weltbild von Therapeutinnen in Deutschland durch das wiederholte Miterleben von traumatischem Material ihrer Patientinnen in der therapeutischen Situation sowohl auf positive als auch auf negative Weise verändert.

3.2 Zentrale Begriffe

Das Konzept eines *psychopathologischen Traumas* wird im Rahmen der vorgeschlagenen Arbeit sowohl nach der eingangs bereits zitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2016) als auch nach der psychodynamischen Sichtweise von Gerd Rudolf verstanden. Rudolf (2010) beschreibt ein Psychotrauma „als sekundären Einbruch in das strukturelle Gefüge“ (S. 49), welches unabhängig von dem vorherigen Zustand der Psyche von jedem psychisch gesunden oder kranken Menschen erfahren werden kann.

Der Begriff *psychische Belastung* wird im Rahmen Eustress/Disstress von Hans Seyle verstanden. Der durch die Traumaarbeit entstehende Stress wird dann zu Disstress, zur Belastung für die betroffene Person, wenn er häufig auftritt oder kein angemessener Ausgleich stattfindet, sodass die Copingstrategien die Belastung nicht mehr angemessen bewältigen können (Seyle, 1978).

Resilienz wird verstanden als „Kompetenz im Kontext von signifikanten Herausforderungen an Adaption oder Entwicklung“ (Masten et al., 1998, S. 206). Es wird als Verhaltensmuster gesehen, dass auf der normalen menschlichen Fähigkeit zur Adaption beruht, nicht etwa als festgeschriebene Persönlichkeitseigenschaft (Masten et al., 1998).

Das *Selbstbild* eines Menschen wird im Rahmen der vorgeschlagenen Arbeit als intrinsisches Verständnis der eigenen Person einschließlich aller Erinnerungen, Erfahrungen, des Wissens und der Einstellungen verstanden. Basierend in der Objekt-Beziehungstheorie werden diese als erworbene innere Repräsentanzen verstanden, die durch reale Erfahrung mit der Umwelt geprägt werden (Kernberg, 1997).

Auf gleiche Art und Weise wird das *Weltbild* der Probanden definiert. Es wird unterteilt in Beziehungsrepräsentanzen, die Repräsentanzen anderer Objekte sowie der Gesellschaft, in die sich das Selbst und alle Objekte befinden.

4 Methoden

4.1 Das qualitative Forschungsparadigma

Der Fokus der vorliegenden Arbeit ist die Frage, inwiefern Traumatherapeutinnen in Deutschland durch ihre Arbeit auf positive und negative Weise beeinflusst werden. Wie bereits in Kapitel 2.5 dargestellt wurde, ist die Forschungslage für den deutschen Raum für die negativen Auswirkungen wie stellvertretende oder sekundäre Traumatisierung derzeit noch begrenzt. Zu den positiven Folgen der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen wie der stellvertretenden Resilienz gibt es derzeit noch keine Veröffentlichungen. Aufgrund der wenigen Vorarbeiten wurde für die vorliegende Untersuchung der Fragestellung ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Mayring (2002) beschreibt die Grundlage des qualitativen Denkens auf Basis von fünf Grundsätzen: die Subjektbezogenheit, die Interpretation, die Deskription des Gegenstandsbereiches, die alltägliche Umgebung und der Verallgemeinerungsprozess. Die Subjektbezogenheit bezieht sich auf den Ausgangspunkt und das Ziel der Erhebung, da qualitative Forschung Menschen als Subjekte begreift. Die Interpretation besagt, dass im Rahmen der Humanwissenschaften der untersuchte Gegenstand nie komplett offen liegen kann und daher durch Interpretation erschlossen werden muss. Die Deskription des Gegenstandsbereiches setzt sich eine umfassende und detaillierte Beschreibung zu Beginn der Analyse zum Ziel. Die alltägliche Umgebung beschreibt den Anspruch, den zu untersuchenden Objekten beziehungsweise Subjekten so gut es geht in ihrem natürlichen Umfeld zu begegnen. Der Verallgemeinerungsprozess meint, dass das Verallgemeinern des Forschungsergebnisses nicht automatisch passieren darf, sondern im Einzelfall schrittweise fundiert erklärt werden muss. Der qualitative Forschungsansatz zeichnet sich durch seinen explorativen Charakter aus, der es ermöglicht, durch seine offene und flexible Betrachtung ein umfangreiches Bild der untersuchten Lebensrealität zu erstellen. Auch dies unterstützt die Wahl einer qualitativen Methode.

4.2 Forschungsziel

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, Einsicht in die subjektive Realität der Therapeutinnen in Bezug auf den Einfluss ihrer Arbeit zu gewinnen, um Antworten auf die zentrale Fragestellung erhalten: ob und inwiefern das Selbst- und Weltbild der befragten Therapeutinnen durch ihre Arbeit mit traumatisierten Patientinnen auf positive oder negative Art beeinflusst wird. Hierbei stehen subjektive Bewertungsmuster, individuelle Erlebnisse und innere psychische Vorgänge im Vordergrund. Diese lassen sich durch Beobachtungen nur schwer und unklar ableiten. Aus diesem Grund wurde für die Untersuchung der verbale Zugang in Form eines problemzentrierten Interviews (Witzel, 1985) gewählt. Auf Grundlage des Vorsatzes, sämtlichen möglichen Ergebnissen in der Untersuchung Raum zu geben, wurden keine Hypothesen generiert. Es wurde daher eine explorative Methodik gewählt.

4.3 Studiendesign

Aufgrund des in Kapitel 2 dargelegten Stand der Forschung wurde diese Studie als explorativ und induktiv konzipiert. Die Teilnehmerinnen wurden nach zuvor festgelegten Kriterien aus dem Internet rekrutiert, die Interviews fanden in den Praxisräumen der Therapeutinnen statt und wurden anschließend transkribiert. Die entstandenen Transkripte wurden mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet, wobei induktiv aus dem Material Kategorien erstellt wurden.

Um Sorge zu tragen, dass der Aufbau der Studie sowie das Gewinnen der Ergebnisse nachvollziehbar dargestellt werden, werden in diesem Abschnitt alle erwähnten Punkte der Untersuchung erläutert. Als Erstes wird die gewählte Interviewform des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985) dargestellt. Die Erstellung des Leitfadens sowie die Gewinnung der Probanden und der Ablauf der Datenerhebung werden ebenfalls beschrieben.

4.3.1 Das problemzentrierte Interview

Das von Witzel (1985) beschriebene problemzentrierte Interview ist eine Form der halbstandardisierten Befragung, unter welcher Mayring (2002) alle Formen offener, halbstrukturierter Interviewarten zusammenfasst. Bei dieser Art der Gesprächsgestaltung wird der Fokus auf eine bestimmte Frage- oder Problemstellung gelegt, die vorher von der Interviewerin analysiert wurde und im Laufe des Gesprächs immer wieder aufgegriffen wird. Um dies zu gewährleisten, wurden zuvor spezifische Gesichtspunkte herausgearbeitet und in Form eines Leitfadens zusammengestellt. Der Leitfaden soll gewährleisten, dass die Interviewerin die Interviewten auf bestimmte Aspekte hin lenken kann, ohne jedoch den Befragten die Möglichkeit des offenen Antwortens zu nehmen. Hierdurch wird auch das Merkmal der Offenheit (Witzel, 1985) gewährleistet. Dies soll dazu führen, dass sich die Interviewten in der ihnen entgegengebrachten Aufmerksamkeit ernst genommen fühlen, wodurch wiederum eine stärkere Vertrauensbeziehung zwischen den Beteiligten entsteht. Für das problemzentrierte Interview gelten bezüglich der Vorgehensweise drei zentrale Prinzipien: Gegenstandsorientierung, Problemzentrierung und Prozessorientierung. Die Gegenstandsorientierung soll die Flexibilität der Methode sichern. Das wichtigste Instrument zur Untersuchung des Gegenstandes ist das Interview. Es kann jedoch zusätzlich durch andere Erhebungsinstrumente wie standardisierte Fragebögen für das Erfassen soziodemographischer Daten oder Gruppendiskussionen ergänzt werden. Die Problemzentrierung besagt, dass sich die Fragestellung der Erhebung an einer spezifischen Problemstellung orientiert. Hierdurch können das zuvor vorhandene Wissen sowie Kenntnisse über die Rahmenbedingungen verwendet werden, sodass die Antworten der Interviewten nachvollziehbar sind und die Fragen auf die Problemstellung bezogen gestellt werden können. Die Prozessorientierung soll Forschungsverlauf und Vorinterpretation zusammenfassen. Im Laufe eines Interviews soll eine gewisse Intimität entstehen, die die Interviewten dazu einlädt, sich offen zu äußern. Während dieses Prozesses kann es zu neuen Punkten zum selben Thema, Korrekturen von zuvor Gesagtem, Widersprüchen und Redundanzen kommen. Geäußerte Widersprüche können zu einer Neufor-

mulierungen enthalten, welche die Interpretation erleichtern oder zum anderen ein Zeichen für eine ambivalente Einstellung der Interviewten sein, welche während der Befragung aufgegriffen werden kann.

Folgende Instrumente werden von Witzel (1985) für das Durchführen des problemzentrierten Interviews empfohlen: ein Leitfaden, ein Kurzfragebogen, eine Aufzeichnung der Audiospur und das Erstellen eines Postskriptes. Der Leitfaden soll die Interviewerin unterstützen und sicherstellen, dass im Laufe des Interviews alle für die Fragestellung zentralen Aspekte angesprochen werden. Der Kurzfragenbogen dient der Erfassung der relevanten soziodemographischen Daten und kann als Basis für einen Gesprächseinstieg genutzt werden. Das Aufzeichnen einer Audiospur stellt die genaue Erfassung des Gespräches sicher und wird für die spätere Transkription genutzt. Das Erstellen von Postskripten in Ergänzung zur auditiven Aufzeichnung soll zusätzliche Informationen über die Interviewsituation und -atmosphäre geben. Es wird direkt im Anschluss an die Befragung erstellt.

4.3.2 Der Leitfaden

Tabelle 1: Leitfragen einschließlich Detailfragen

Leitfragen	Detailfragen
Eingangsfrage: Erzählen Sie mir davon, wie es dazu gekommen ist, dass Sie als Traumatherapeut/-in arbeiten?	Was hat zur Entscheidung für diese Spezialisierung geführt? Welche Faktoren haben hier hineingespielt? Was hat Sie an diesem Gebiet interessiert? Hatten Sie Bedenken?
Wie erleben Sie Ihre Arbeit jetzt?	Entspricht ihr Alltag Ihrer Vorstellung zu Beginn der Ausbildung? Was beschäftigt Sie im Arbeitsalltag am meisten? Was

	sind typische Situationen in Ihrem Arbeitsalltag? Was sind typische Emotionen?
Wie erleben Sie persönlich die Arbeit mit traumatisierten Patienten?	Was nehmen Sie aus der therapeutischen Situation mit? Wie erleben Sie die Traumaarbeit mit den Patienten?
Inwiefern beeinflusst Ihre Arbeit Sie als Privatperson?	Gibt es Momente, in denen Sie im Privaten an Patienten erinnert werden? Wie empfinden Sie das? Können Sie manchmal „die Arbeit nicht in der Praxis lassen“? Können Sie mir ein Beispiel geben?
Inwiefern beeinflusst Ihre Arbeit Ihre Sicht der Welt?	Gab es Momente, in denen Sie eine Situation aufgrund Ihrer Arbeit anders eingeschätzt haben? Gab es Momente, in denen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit anders verhalten haben? Können Sie mir ein Beispiel nennen?

Der Leitfaden wurde im Vorfeld der Untersuchung erstellt und soll die Vergleichbarkeit sowie die Teil-Standardisierung der Befragungen sicherstellen (siehe Tabelle 1 und Anhang F). Er wurde dahingehend formuliert, um eine anpassungsfähige Gestaltung der Fragen an die Interviewsituationen zu gewährleisten. Der Leitfaden wurde mit offenen Fragen und entsprechenden Alternativformulierungen und Aufrechterhaltungsfragen ausgearbeitet. So wurde den Interviews eine gewisse Struktur gegeben, ohne jedoch den Befragten in ihrer Beantwortung der gestellten Fragen einzuschränken. Antwortmöglichkeiten wurden nicht verfasst. Die Reihenfolge, in welcher die Fragen gestellt wurden, war nicht festgelegt und konnte entsprechend der Gesprächssituation variiert werden. Auch

neue Fragen konnten entsprechend des individuellen Befragungsverlaufes gestellt werden. Dies geht aus die Prinzipien der Offenheit und Prozessorientierung des problemzentrierten Interviews zurück.

Bei der Erstellung des Leitfadens wurde der Fokus gleichsam auf die zugrundeliegende Fragestellung sowie die Möglichkeit des Vorhandenseins noch nicht betrachteter Thematiken gelegt. Es wurden fünf Leitfragen formuliert, denen entsprechende Detailfragen zugeordnet wurden. Außerdem beinhaltet Leitfaden Fragen zur Aufrechterhaltung, die genutzt werden können, um den Gesprächsfluss aufrecht zu erhalten oder erneut in Gang zu bringen. Im weiteren Verlauf erfolgte die Durchführung der Befragungen, bei denen die Audiospur mittels eines Diktiergerätes sowie der Diktierfunktion eines Smartphones erstellt wurde.

4.3.3 Die Stichprobe

Unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurden für die möglichen Teilnehmerinnen der Untersuchung folgende Kriterien festgelegt: es sollte sich um (1) aktuell tätige Therapeutinnen handeln, die (2) seit mindestens drei Jahren (3) mit traumatisierten Patienten arbeiteten. Diese Kriterien wurden festgelegt, um sicherzustellen, dass die befragten Therapeutinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung Patientenkontakt mit dem entsprechenden Klientel und Störungsbildern hatten. Das Zeitkriterium wurde verwendet, um zu gewährleisten, dass sich mögliche Effekte der Traumaaarbeit realisieren konnten.

Die Gesamtstichprobe (N) bestand aus fünf Therapeutinnen (N=5). Das Geschlechterverhältnis betrug 3:2 mit drei Frauen und zwei Männern. Der Altersdurchschnitt lag bei 54 Jahren mit einer Alterspanne von 47 bis 69 Jahren. Drei der fünf befragten Therapeutinnen hatten Kinder. Zwei waren ledig und die anderen drei jeweils verheiratet, geschieden oder verwitwet. Alle Therapeutinnen hatten mindestens eine therapeutische Grundausbildung und jeweils mehrere traumatherapeutische Aus- und Weiterbildungen. Sie arbeiteten seit durchschnittlich 20 Jahren als Psychotherapeutinnen mit einer Spanne von mindestens 8 bis maximal 44 Jahren. Erfahrung mit traumatisierten Patientinnen gab es

seit im Schnitt 20 Jahren mit ebenfalls einer Spanne von 8 bis 44 Jahren. Eine detaillierte Übersicht der demographischen Daten ist in Anhang G zu finden.

4.3.4 Generierung der Stichprobe und Datenerhebung

Ein erster Pool an möglichen Probandinnen wurde durch eine Internetsuche nach Therapeutinnen mit dem Schwerpunkt Traumatherapie generiert. Daraufhin wurde eine einheitliche E-Mail (Anhang A) verschickt. Die endgültige Auswahl fand aufgrund der Verfügbarkeit der Therapeutinnen im zeitlichen Rahmen des Erhebungszeitraumes statt. Sämtliche Befragungen fanden über einen Zeitraum von vier Wochen jeweils in den Behandlungsräumen der teilnehmenden Therapeutinnen statt. Eine vorherige Bekanntschaft zwischen der Interviewerin und den Befragten bestand nicht. Eine Therapeutin hatte eine Bekanntschaft zu einem ehemaligen Dozenten der Hochschule der Interviewten, welche im dem Interview hervorgegangenen E-Mailverkehr zufällig offenkundig wurde. Über den Emailverkehr hinaus wurde dies nicht weiter thematisiert.

Tabelle 2: Interviewlänge

Interview	1	2	3	4	5	Durchschnitt
Interviewlänge in Minuten	59,45	39,14	59,22	50,41	39,07	49,46

Im Vorfeld der Interviews wurden alle teilnehmenden Therapeutinnen verbal sowie schriftlich (Anhang B) über die Form des Interviews sowie die spätere Verwendung der erhobenen Daten aufgeklärt. Auftretende Fragen wurden beantwortet, sodass alle Teilnehmerinnen ihr Einverständnis über die Teilnahme in schriftlicher Form gaben. Zudem füllten sie den Fragebogen zur Erhebung der demographischen Daten (Anhang C) aus. Hiernach begann die auditive Aufzeichnung und das problemzentrierte Interview. Alle Interviews wurden mit Hilfe des in Kapitel 3.2.2 dargestellten Leitfadens durchgeführt.

4.4 Datenauswertung

Das erhobene Interviewmaterial wurde unter Verwendung der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Das Prinzip dieses Verfahrens besteht darin, die Textquelle, hier die erstellten Transkripte des Interviewmaterials, systematisch zu analysieren. Das Material wird in festgelegten Schritten mit einem von der Theorie geleiteten und am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet. Mayring (2015) beschreibt zehn Schritte, die bei der Durchführung dieses Verfahrens befolgt werden müssen:

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Materials
4. Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechnik und des Ablaufmodells, Festlegung und Definition der Kategorien / des Kategoriensystems
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Analyseschritte gemäß des Ablaufmodells mittels Kategoriensystems, Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material, bei Veränderung erneuter Materialdurchlauf
9. Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung
10. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Diese einzelnen Schritte sowie deren Umsetzung in der vorliegenden Arbeit werden im Folgenden beschrieben.

4.4.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode der Auswertung, die mit bereit vorhandenem sprachlichen Material arbeitet. Daraus folgt, dass als erster Schritt eine Analyse des

vorliegenden Materials erfolgen muss, in welcher entschieden wird, was hieraus zu interpretieren ist.

1. Schritt: Festlegung des Materials

In diesem Schritt wird das der Analyse zugrundeliegende Material definiert. Für die vorliegende Arbeit beinhaltet dies die fünf durchgeführten transkribierten Interviews, die mit den Therapeutinnen geführt wurden. Es wurden die gesamten Interviews transkribiert. Von Bedeutung für die Analyse sind jeweils die Passagen, die für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind.

2. Schritt: Analyse der Entstehungssituation

Der Kontext der Befragungssituation ist für die qualitative Inhaltsanalyse von wichtiger Bedeutung. Das vorliegende Material wurde von der Autorin erhoben. Alle Interviewten nahmen freiwillig an der Befragung teil und waren sich bewusst, dass Sie die Erhebung jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden konnten. Die Interviews wurden als halbstandardisierte Interviews in Form von problemzentrierten Interviews unter Verwendung eines Leitfadens (Anhang F) durchgeführt. Der Ort der Befragung wurde von den Therapeutinnen bestimmt. Dies war bei allen Interviews der Behandlungsraum in der Praxis der Therapeutinnen. Im Anschluss an jede Befragung wurde ein Postskript erstellt (Anhang D und E).

3. Schritt: Formale Charakteristika des Materials

Ziel dieses Schrittes ist es, das vorliegende Material genauer zu beschreiben. Die verwendeten Interviews wurden zeitgleich mit einem Diktiergerät und der Diktierfunktion eines Smartphones aufgezeichnet, abgespeichert, auf dem Laptop der Autorin übertragen und hiernach von den ursprünglichen Aufnahmegeräten gelöscht. Anschließend wurden sie von der Autorin selbst transkribiert. Die Transkription fand auf Grundlagen der Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015) statt. Dies bedeutet, dass wortwörtliche transkribiert wurde, Verschleifungen wurden nicht übernommen, Stottern oder Wortabbrüche wurden geglättet und Dopplungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel verwendet wurden. Pausen wurden mit (...) gekennzeichnet, Füllwörter wie *hmm* oder *ähm* wurden

nur übernommen, wenn sie als einzige Antwort gegeben wurden. Emotionale nonverbale Äußerungen wurden in Klammern dargestellt in das Transkript aufgenommen (Dresing und Pehl, 2015). Aussagen der Interviewerin wurden jeweils mit I: und Aussagen der Therapeutinnen jeweils mit TH: gekennzeichnet. Aussagen, die einen Rückschluss auf die Identität der Teilnehmerinnen möglich machen könnten, wurden zur Sicherstellung der Anonymität derart bearbeitet, dass genannte Namen durch [Name] und Ortsangaben durch [Ort] ersetzt wurden. Die vollständigen Transkripte befinden sich in Anhang E.

4.4.2 Fragestellung der Analyse

Nach der Festlegung des zu verwendenden Materials beschreibt dieser Schritt, was aus dem Material genau interpretiert werden soll. Der Fokus liegt auf der spezifischen Fragestellung und dem Bestimmen der Analyserichtung.

4. Schritt: Richtung der Analyse

Ziel dieses Schrittes ist das Einordnen der in Form von Transkripten vorliegenden Befragungen in ein inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Therapeutinnen angehalten, darüber zu sprechen und zu reflektieren, auf welche Art und Weise ihre Arbeit mit traumatisierten Patienten sie selbst und ihre Sicht der Welt beeinflusst. Nach dem inhaltsanalytischen Modell ist die Richtung der Analyse daher, durch die transkribierten Interviews Aussagen über die kognitiven Schemata und den kognitiven Hintergrund zu machen.

5. Schritt: Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Auf Basis des Grundsatzes der Theorie- und Regelgeleitetheit der qualitativen Inhaltsanalyse verlangt der fünfte Schritt das theoriegeleitete Differenzieren der Fragestellung. Die Analyse basiert auf einer sich auf der Theorie begründenden Fragestellung, welche vor Beginn definiert werden muss. Sie sollte zudem an die aktuell vorhandene relevante Forschung anknüpfen und kann in Unterfragen aufgebrochen werden. Aus der dieser Untersuchung zugrundeliegenden Fragestellung ergeben sich folgende Teilfragen:

1. Wird das Selbst der Therapeutinnen durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen positiv und/oder negativ beeinflusst?
2. Wird das Weltbild der Therapeutinnen durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen positiv und/oder negativ beeinflusst?

4.4.3 Ablauf der Analyse: Zusammenfassen

Dieser Abschnitt beschreibt die Festlegung der speziellen Analysetechnik sowie das Aufstellen eines genauen Ablaufmodells für die Analyse. Durch die konkrete Darstellung dessen soll die Nachvollziehbarkeit, die intersubjektive Überprüfbarkeit und dadurch die Wissenschaftlichkeit der verwendeten Methode gesichert werden.

6. Schritt: Bestimmung der Analysetechnik und des Ablaufmodells, Festlegung und Definition der Kategorien / des Kategoriensystems

Im Mittelpunkt der qualitativen Inhaltsanalyse steht das Bilden der Kategorien. Zur Erstellung dieser Kategorien gibt es drei grundlegende Verfahren: Zusammenfassung, Strukturierung und Explikation. Welches Grundverfahren zur Auswertung gewählt wird, bestimmt das vorliegende Material und die leitende Frage der Untersuchung. Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Arbeit wurde für die folgende Untersuchung das Vorgehen der induktiven Kategorienbildung verwendet. Ziel der Analyse ist es daher, die im Material vorhandenen übergreifenden Thematiken herauszuarbeiten. Um dies ohne Verlust von Inhalt und Bedeutung der einzelnen Segmente zu gewährleisten, wurde das Verfahren der Zusammenfassung gewählt. Ziel dieses Verfahrens ist, das Material in Teilschritten so zu reduzieren, dass die entscheidenden Inhalte erhalten bleiben. Das Ergebnis ist eine übersichtliche Zusammenfassung des Gesamtmaterials. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes können in Anhang I eingesehen werden.

7. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

Ziel der Bestimmung der Analyseeinheiten ist es, festzulegen, wie die Auswertungseinheiten, Kontexteinheiten und Kodiereinheiten im Rahmen der Untersuchung definiert

sind. Für die vorliegende Arbeit wurde als Auswertungseinheit jeweils ein Interview festgelegt. Eine Kontexteinheit bestimmt, welches der größte Textbestandteil im Rahmen einer Kategorie ist. Hierfür wurde eine Sinneinheit definiert. Dies kann eine komplette Antwort auf eine Frage sein oder auch auf mehrere Fragen, sofern die Antworten weiterhin zu einer Sinneinheit gehören, beispielsweise wenn auf eine Nachfrage Gesagtes elaboriert oder wiederholt wird. Durch das Festlegen einer Kodiereinheit wird der kleinste Bestandteil des Materials bestimmt, das unter eine Kategorie fallen kann. Für die vorliegende Arbeit wurde eine Kodiereinheit als ein Wort definiert.

8. Schritt: Analyseschritte gemäß des Ablaufmodells mittels Kategoriensystems, Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material, bei Veränderung erneuter Materialdurchlauf

Entsprechend des Ablaufmodells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) wurden zunächst die inhaltstragenden Textstellen paraphrasiert, die entstehenden Paraphrasen generalisiert (1. Abstraktionsniveau) und durch Selektion reduziert (2. Abstraktionsniveau). Im Zuge der zweiten Reduktion wurden über das Material verteilte Paraphrasen und Generalisierungen, die sich aufeinander bezogen oder der gleichen Thematik angehörten zusammengefasst und durch neue, einheitliche Aussagen wiedergegeben. Am Ende der Reduktionsphase wurde schließlich genau geprüft, ob die gebildeten Kategorien das ursprüngliche Material noch repräsentieren. Wurde bei der Rücküberprüfung festgestellt, dass dies nicht der Fall war, wurde der Prozess überarbeitet. Die endgültigen Ergebnisse dieses Prozesses sind in Tabellen dargestellt, welche in Anhang H und I zu finden sind. Der beschriebene Prozess wurde zunächst für jedes der fünf Interviews durchgeführt. Aus den entstandenen Tabellen und Kategorien wurden nun interviewübergreifende Kategorien aus dem Material gebildet, welche sich in mehreren oder allen Interviews gezeigt hat.

9. Schritt: Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung

Die umfassende Darstellung und Interpretation der Ergebnisse in Richtung der ausgehend formulierten Fragestellung erfolgt in den Kapiteln 5 der vorliegenden Arbeit.

10. Schritt: Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Auf die Gütekriterien qualitativer Forschung wird Diskussions teil dieser Arbeit (Kapitel 6.2) Bezug genommen.

5 Ergebnisse

5.1 Darstellung der Ergebnisse

5.1.1 Darstellung der fallübergreifenden Ergebnisse

Der folgende Abschnitt wird die Kategorien erläutern, die in mehreren der durchgeführten Interviews gefunden wurden. Als erstes werden die Kategorien vorgestellt, die sich in allen Befragungen gezeigt haben, und hiernach die, die sich in manchen der Gesprächen gezeigt haben. Eine Übersicht aller interviewübergreifenden Kategorien zeigt Tabelle 3, eine Übersicht inklusive der Ankerbeispiele befindet sich in Anhang H.

Tabelle 3: Übersicht aller interviewübergreifenden Kategorien

Kategorie	Unterkategorie	Inter-view
K1: Grundausbildung	---	1 – 4
K2: Traumausbildung	---	1 – 5
K3: Techniken der Arbeit	---	1 – 5
K4: Unterstützende Faktoren	K4.1: Kollegiale Unterstützung	1 – 4
	K4.2: Selfcare	3, 5
K5: Eigene Fehler und Grenzen anerkennen	K5.1: Grenzen	1 – 5
	K5.2: Fehler	2
K6: Weltbild wird negativ beeinflusst	K6.1: Wissen um rituellen Missbrauch	1, 2, 4
	K6.2: Zweifel an dem Guten im Menschen	1, 5
	K6.3: Misstrauen	1, 3 – 5
	K6.4: Umwelt wird vor dem Hintergrund der Arbeit anders wahrgenommen	1, 2, 5
	K6.5: Situationen mit leidenden Kindern nicht mehr ertragen können	1, 3
K7: Selbst wird positiv beeinflusst	K7.1: Von Patientinnen lernen	1 – 3, 5
	K7.2: Von Patientinnen inspiriert werden	1 – 4
	K7.3: Sinnerleben durch die Arbeit mit Patientinnen	1, 2, 4
	K7.4: Relativieren eigener Problematiken	1, 2, 5
	K7.5: Anderen Menschen helfen können	1, 3 – 5
K8: Selbst wird negativ beeinflusst	K8.1: Keine Filme mit Gewalt mehr sehen können	1, 3
	K8.2: Belastung durch das Arbeiten mit Traumatisierten	1 – 5

	K8.3: Isolation	1, 3
	K8.4: Fokus auf Negatives und Verlust der Naivität	2 – 5
K9: Mono- versus Komplex-trauma	---	1 – 4
K10: Trauma als Arbeit an der Substanz	---	1, 5
K11: Sicherheit durch Erfahrung	---	3, 5
K12: Praxisalltag	---	1, 5
K13: Beruflicher Werdegang	---	2, 4, 5

Kategorie 1: Grundausbildung

Diese Kategorie beschreibt die therapeutische Grundausbildung, die die Befragten absolviert haben, und zeigte sich in den Interviews 1 bis 4. Es ergaben sich keine untergeordneten Kategorien. Folgendes Beispiel aus dem ersten Interview veranschaulicht dies: *„Von meiner ursprünglichen Ausbildung bin ich Gestalttherapeut und habe in der, damals in der stationären Jugendhilfe gearbeitet. Jugendliche mit Doppeldiagnose Sucht und psychischer Erkrankung.“*

Kategorie 2: Traumausbildung

Diese Kategorie fasst alle Aussagen über die traumatherapeutischen Aus- und Weiterbildungen der Befragten zusammen. In allen der fünf Interviews fanden sich Textsequenzen, die in diese Kategorie eingeordnet wurden. Dieser Ausschnitt aus dem vierten Interview verdeutlicht dies gut: *„Und dann bin ich zu der in die Ausbildung gegangen und auch lange in die Supervisionsgruppe und habe dann auch EMDR Ausbildung gemacht und habe da bei der Frau Reddemann die Ausbildung gemacht. Und bei, ach da gab es in [Stadt] noch so ein Institut, die haben immer ganz gute Amerikaner geholt, wo man gute Workshops machen konnte, das habe ich auch zu Hauf gemacht.“*

Kategorie 3: Techniken der Arbeit

Sämtliche Aussagen zu erlernten Techniken, Methoden, Haltungen und persönlichen Werkzeugen und Hilfsmitteln in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen sind in dieser Kategorie zusammengefasst. Diese Kategorie konnte in allen Interviews gefunden werden. Hierzu ein Beispiel aus Interview 3: *„Auch heute, eine Stunde vorher ist mir eine Frau, die massive Gewalterfahrungen hat / Ich habe mit ihr eine Übung gemacht, die hieß "Nein, das mache ich nicht!" Weil sie das nicht kann. Also eigentlich ein Verhaltenstherapeutischer Ansatz, ja. Sie sollte durch den Raum gehen / Ich sagte, egal, ich sage jetzt irgendwas, egal was ich sage, Sie sagen immer denselben Satz: Nein, das mache ich nicht. Das erste, was ich zu ihr sagte, war: geben Sie mir mal das Kissen. Sie gab es mir. Wir haben beide schallend gelacht, weil sie das gar nicht konnte. Das nächste Male ging sie eine Weile und ich sagte: setzen Sie sich doch mal hin. Und sie merkte, sie kriegt den Satz nicht raus. Und dann ist sie (...) in dieses Trauma rein, weil dann hätte der Vater sie totgeschlagen, wenn sie gesagt hätte, das mache ich nicht. (...)"*

Kategorie 4: Unterstützende Faktoren

Diese Kategorie bezeichnet Faktoren, die von den befragten Therapeutinnen als unterstützend beschrieben wurden und ihnen dabei helfen, mit der Last des Traumamaterials erfolgreich umzugehen. Alle Interviewten haben Aussagen gemacht, welche sich in diese Kategorie einordnen lassen. Im Laufe der Analyse haben sich zwei Unterkategorien herausgebildet: Kollegiale Unterstützung (K4.1) und Selfcare (K4.2).

Kollegiale Unterstützung umfasst sowohl den informellen kollegialen Austausch sowie professionelle Intervention und Supervision, welche von den Therapeutinnen als sehr wichtig empfunden wurde. Ein Beispiel hierfür aus dem zweiten Interview: *„Eine andere Situation in dem Kontext hatte ich mit jemandem, wo ein Anteil dann sehr, sehr angriffig mir gegenüber wurde und dann kommt es ja gerne zu diesen: ich melde Sie bei der Psychotherapeutenkammer oder / das macht natürlich extrem Stress, ja, und da ging es für mich auch nur mit kollegialem Austausch. Also zu sagen, pass auf, mir ist das und das passiert,*

wie würdest du jetzt handeln? Ich habe jetzt das und das gemacht und so weiter. Also der ist dann schon ganz schön wichtig, ja.“

K4.2 – Selfcare beschreibt die Aktivitäten, die von den Therapeutinnen unternommen werden, um von sich aus einen Ausgleich zu der Belastung durch ihre Arbeit zu schaffen. Dieser Ausschnitt aus Interview 5 verdeutlicht dies: *„Ja das ist schon / Also, ich versuche ja wie gesagt die Anzahl der Sitzungen begrenzt zu halten und dann ist halt schon gut, wenn man auch wirklich (...) so Veränderungen hat, also keine Ahnung, mal irgendwie zum Yoga geht oder in die Natur geht oder halt Ablenkung hat und andere Menschen trifft oder so. Dass man einfach den Kontext verändert und sich dann halt auch ablenkt.“*

Kategorie 5: Eigene Fehler und Grenzen anerkennen

Unter dieser Kategorie werden alle Sequenzen zusammengefasst, in welchen die Therapeutinnen darüber sprechen, eigene Grenzen (K5.1), sowohl persönlicher als auch fachlicher Art, und Fehler (K5.2) anzuerkennen. Die beinhaltet die Grenzen der persönlichen Belastbarkeit, der eigenen Fachkenntnis sowie das ehrliche Eingestehen von Fehlern in der Behandlung. Hierzu ein Ausschnitt aus dem ersten Interview: *„Also ich habe immer wieder gemerkt, ich passe meine eigene Arbeit immer wieder an. Auch das Umfang an Wochenstunden, wieviel Klienten ich arbeite. Ich könnte mir auch niemals vorstellen, vierzig Stunden die Woche Traumapatienten von morgens bis abends zu machen. Auch da gibt es Therapeuten, die sowas machen. Mir ist das ein Rätsel. Sondern ich versuche da, das ein bisschen zu sortieren und freue mich auch immer mal wieder, wenn Klienten mit ganz leichten, überschaubaren Themen herkommt.“*

Kategorie 6: Weltbild wird negativ beeinflusst

Die Thematik dieser Kategorie zeigte sich in allen fünf Interviews und beschreibt, dass und inwiefern die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen das Weltbild der befragten The-

rapeutinnen auf eine negative Weise beeinflusst. Als Unterteilung dieser vielfältigen Kategorie haben sich auch hier verschiedene Unterkategorien herauskristallisiert, die im Folgenden vorgestellt werden sollen. Äußerungen zu dieser Kategorie wurden in allen Interviews gefunden, jedoch wurden nicht zu jeder der Unterkategorien in jedem Interview Sequenzen kodiert.

K6.1: Wissen um rituellen Missbrauch

Die Erkenntnis und das Wissen um organisierten und rituellen Missbrauch wurde von den Interviewten als außerordentlich belastend beschrieben. In Interview 4 beschrieb die Therapeutin es als *„eine Parallelgesellschaft, die einfach nicht ernst genommen wird.“* Es wurde deutlich, dass das Wissen um rituellen Missbrauch die Therapeutinnen schwerwiegender und nachhaltiger negativ beeinflusste als andere Formen von Traumata. Dies wird durch diese Sequenz aus dem ersten Interview erneut verdeutlicht: *„Also wie gesagt, bei diesen organisierten Täternetzwerken (...) da ist das wirklich / ich bin mittlerweile Welten begegnet, von denen ich ehrlich gesagt lieber nie gewusst hätte, dass es sie gibt. Das ist schon schwer, das auszuhalten und zu wissen, sowas gibt es tatsächlich. Das ist nicht irgendein skurriler Mythos, sondern ist vorhanden, ob jetzt irgendwie satanische Zirkel oder sonstiger ritueller Missbrauch. (...) Das hat mich eigentlich am meisten beeinflusst.“*

K6.2: Zweifel an dem Guten im Menschen

Durch das Wissen über diverse Tätergruppen und die Konfrontation mit Traumamaterial entwickelte sich in den Therapeutinnen ein Zweifeln darüber, ob jeder Mensch im Kern als gut bezeichnet werden kann. In Interview 1 wird dies wie folgt formuliert: *„Also wenn es gibt ja bestimmte Tätergruppen, die sind zu unvorstellbarem fähig und das beißt sich halt total so mit meiner Grundhaltung von: Eigentlich sind wir alles gute Wesen, manche haben halt schlechte Bedingungen gehabt und haben sich deswegen zu etwas schwierigeren Charakteren entwickelt.“*

K6.3: Misstrauen

Die Konfrontation mit Traumamaterial und insbesondere organisierten Täternetzwerken hat für die Befragten die Folge, dass sich ein Misstrauen gegenüber ihre Umwelt einschließlich ihres Privatlebens in ihnen entwickelt. Dies hat zum Teil die Folge, dass sie *„dem Glanz [nicht] vertrauen können“* (Interview 3) oder sich gehemmter bewegen, wie diese Aussage aus dem ersten Interview verdeutlicht: *„Aber wenn ich mitkriege, was für Böswilligkeiten es zuweilen gibt, auch noch in dem Wissen, dass das teilweise Tätergruppen sind, die hochvernetzt in (...) entsprechenden Kreisen sind, dann kriege ich manchmal, ja, Schwierigkeiten, mich da noch entspannt zu bewegen, sag ich mal.“*

K6.4: Umwelt wird vor dem Hintergrund der Arbeit anders wahrgenommen

Die Arbeit mit dem traumatischen Material der Patientinnen hat ebenfalls zur Folge, dass sich die Wahrnehmung der Therapeutinnen verändert, insofern dass sie gewisse alltägliche Dinge und Erlebnisse anders einordnen. Die Therapeutin aus dem dritten Interview beschreibt eine veränderte Wahrnehmung in Bezug auf Kriminalität und Drogenkonsum: *„Ich sehe ständig und überall Drogenabhängige in Berlin. Das macht mich manchmal fertig“* wohingegen in Interview 5 von *„einem größeren Bewusstsein für die Gestörtheit der Menschen“* gesprochen wurde.

K6.5: Situationen mit leidenden Kindern nicht mehr ertragen können

Sowohl in Interview 1 als auch in Interview 3 wurden Situationen beschrieben, in denen es den Therapeutinnen schwer fiel beziehungsweise nicht möglich war, Situationen mitanzusehen, in denen Kinder weinen oder anderweitig leiden. Im ersten Interview wurde der Impuls beschrieben, *„rauszurennen und der [Mutter] zu erklären, dass das einfach mal gar nicht geht und sie sich doch mal bitte um ihre Kind kümmern soll“*. Im dritten Interview erzählte die Therapeutin: *„Aktuell bin ich nicht gut darin, wegzugucken. Ich versuche immer irgendwas. Und wenn es ist, den Blick vom Vater zu kriegen oder einen netten Satz zu sagen, was für ein tolles Kind er hat oder ich steige aus. Manchmal*

wechsle ich das Café, weil ich es nicht ertrage. Also einmal / Ich habe ja selber vier Kinder, aber / weil ich nicht ertrage, wie eine Mutter mit ihrem Kind umgeht. Das ist deren Ding, aber / so ein Abstand wird schwieriger. Ich setze mich raus oder ins nächste Café.“

Kategorie 7: Selbst wird positiv beeinflusst

Diese Kategorie beschreibt, inwiefern die Therapeutinnen selbst durch die Arbeit mit den Patientinnen auf positive Art beeinflusst werden. Die Thematik wurde in allen Interviews gefunden und auch hier zeigte die Analyse Unterkategorien in mehreren der Interviews.

K7.1: Von Patientinnen lernen

Die interviewten Therapeutinnen beschrieben diverse Arten und Wege, über welche sie von ihren Patientinnen lernen konnten. Dies beinhaltet praktische Dinge des täglichen Lebens sowie Fähigkeiten im Rahmen ihrer therapeutischen Arbeit bis hin zu abstrakteren Dingen wie dem Problemlösen, wie in diesem Ausschnitt aus Interview 3 gezeigt wird: *„Weil die suchen ja / im besten Falle findet jemand in der Therapie seine eigene Lösung. Nicht meine, sondern seine. Und dabei darf ich zugucken. Und das erweitert mich natürlich über Lösungsversuche. Was kann man tun? Da lerne ich eine Menge.“*

K7.2: Von Patientinnen inspiriert werden

Durch die Arbeit mit den Überlebenden von Traumata wie Krieg oder Missbrauch fühlen sich die Therapeutinnen berührt und inspiriert. Sie beschreiben eine Faszination darüber, *„was (...) Menschen alles bewältigen können“* (Interview 1) sowie die Fähigkeit der Patientinnen zur Gestaltung ihres Lebens (Interview 2) oder dem Empfinden von Überlebensschuld (Interview 3).

K7.3: Sinnerleben durch die Arbeit mit Patientinnen

Im Rahmen der Arbeit mit Traumaüberlebenden erleben die Therapeutinnen eine besondere Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit und in ihrem Leben. Das Wissen und das Erleben dieser Sinnhaftigkeit wird als wertvoll empfunden. Hierzu eine Aussage aus Interview 1: *„Also*

auf jeden Fall die Begleitung von Heilung. Das Wissen, dass das wirklich Sinn macht. Also zu erleben auch, dass das Sinn macht.“

K7.4: Relativieren eigener Problematiken

In dieser Kategorie wird beschrieben, wie die Therapeuten durch das Miterleben des traumatischen Materials ihrer Patientinnen eigene Probleme und Sorgen anders bewerten und relativieren. Dies führt dazu, dass sie geduldiger und bescheidener werden (Interview 5) und eigene Problematiken als weniger schlimm bewertet werden, wie folgendes Beispiel aus Interview 1 verdeutlicht: *„Na das kann irgendwas sein, dass ich wegen irgendwas (...) Beruflichem oder Familiärem genervt bin und mich dann daran erinnere, dass ich noch am Morgen zu einer schlimmen Vergewaltigung gearbeitet habe und dann einfach merke: okay, es ist jetzt stopp. Hör mal auf, dich hier über irgendwas aufzuregen, weil (...) es lohnt sich nicht. Das sind nicht die schlimmen Themen des Lebens. Also da hilft es mir ein Stück weit.“*

K7.5: Anderen Menschen helfen können

Das Wissen, dass sie mit ihrer Arbeit anderen Menschen helfen können, wurde von den Therapeutinnen als eine große Bereicherung empfunden. Dieser Effekt trat verstärkt auf, wenn Patientinnen geholfen werden konnte, die bereits vieles ohne Erfolg versucht hatten. *„Und am tollsten ist es natürlich, wenn die Leute schon wer weiß was alles versucht haben und das hat alles nichts geholfen. Und wenn man dann eine Methode anbieten kann, die hilft. Das ist (...) genial. (lacht) (...) Nee, das ist schon gut. (...)“*

Kategorie 8: Selbst wird negativ beeinflusst

Die Traumarbeit hat auch negative Folgen für das Selbst der Therapeutinnen. Dies konnte ebenfalls in allen Interviews festgestellt werden. Erneut haben sich Unterkategorien herausgebildet, die in mehreren der Interviews gefunden werden konnten.

K8.1: Keine Filme mit Gewalt mehr sehen können

Die Therapeutinnen beschrieben, dass sie durch die Arbeit mit den traumatisierten Patientinnen und deren Material nicht mehr in der Lage seien, Filme mit exzessiver Gewalt zu schauen. Dies wird dadurch begründet, dass die Verbindung zwischen den brutalen Szenen in Filmen und dem Traumamaterial der Patientinnen zu nah sei. *„Aber mir fällt noch eine persönliche / Ich gucke mir im Kino keine, keinerlei dramatische oder harte Streifen an. (...) Das habe ich in der Arbeit. Kriegsfilme geht überhaupt nicht.“*

K8.2: Belastung durch die Arbeit mit Traumatisierten

Neben den positiven Aspekten wird die Arbeit von den Therapeuten durchaus auch als belastend empfunden. Dies äußert sich auf verschiedene Art und Weisen wie das Erleben einer körperlichen Anspannung, dem Erleben und Aushalten der Hoffnungslosigkeit der Patientinnen oder die nervliche Belastung durch Angst vor den Tätern. Hierzu ein Auszug aus Interview 4: *„Für mich war es auch belastend, das zu Ihrer Frage, ja. Wenn man so grässliche Geschichten sich anhören muss und dann ja auch mitfühlt als Therapeut zwangsläufig, sonst hilft das ja auch nicht. Ich konnte zwar immer ganz gut die Sachen hinter mir lassen, außer bei den DIS Klienten, die haben mich bis in den Schlaf rein verfolgt, glaube ich. Also deren Verfolger. Nicht die Klienten an sich.“*

K8.3: Isolation

Hier werden die Erfahrungen der Therapeutinnen beschrieben, durch ihr Wissen um Traumata von anderen Menschen isoliert zu sein. Dies äußert sich zum einen in dem Wunsch, andere Menschen von dem schrecklichen Material schützen zu wollen und auch durch das Gefühl, solch ein Wissen nicht guten Gewissens mit Anderen teilen zu können. Dies zeigt sich in folgendem Beispiel: *„Wenn ich mich mit Kriegstraumatisierung beschäftige, ist das unglaublich hart, weil ich Geschichten höre, die erzähle ich nicht mal jemandem. Die will ich niemandem in den Kopf tun. Und da ist auch die Scheu der Klienten, es mir zu erzählen, weil sie wissen, wenn sie es mir erzählen, habe ich es im Kopf. Das ist eine intuitive Scheu. Und es ist eine Zumutung und man muss es aushalten.“*

K8.4: Fokus aus Negatives und Verlust der Naivität

Die Befragten beschreiben hier eine intrinsisch veränderte Wahrnehmung mit einem Fokus auf das Negative. Sie schließen unter anderem ihre Wohnung anders ab und sehen auch im Privaten mehr Störungsbilder. Die Sequenz aus Interview 3 fasst dies gut zusammen: *„Vielleicht ist es manchmal ein komisches Bild auf die Welt, soviel Leid sich anzuhören. Ich höre ja wenig gute Geschichten. (...) Aber da habe ich keinen Vergleich.“*

Kategorie 9: Mono- versus Komplextrauma

Die Therapeutinnen in Interview 1 – 4 berichteten von einem deutlichen Unterschied in der Behandlung von Monotraumatisierten im Vergleich zu Patientinnen, die wiederholt oft während der Kindheit und Jugend traumatisiert wurden. Während die Arbeit mit Ersteren durchweg als gradlinig und gut zu bearbeiten beschrieben wurde, erlebten die Therapeutinnen die Behandlung von Komplextraumatisierten als deutlich schwieriger, langwieriger und belastender. In Interview 1 wurde die Metapher des Laub harkens verwendet: *„Ich finde ja. Also in der Regel hat Trauma, wenn wir jetzt mal vom späten Monotrauma ausgehen, das hat finde ich / das ist ein klar umrissenes Thema, da gibt es ein traumatisierendes Ereignis, das wird angegangen und (...) oder es hatte Konsequenzen, dann wird das Thema angegangen, dann haben wir Auswirkungen auf diese Konsequenzen, in der Regel irgendwas Positives. Also da ist es so ganz klar und spürbar. Ich habe früher mal gesagt, dass ist dann ein bisschen wie Laub harken, man sieht genau hinterher, was hat man geschafft. Das ist allerdings wirklich nur für späte Monotraumen.“*

Frühes Komplextrauma ist dann oft das Gegenteil. Da hat man das Gefühl, okay, ich habe jetzt schon, wenn wir mal in der Laub harken Metapher bleiben: ich habe jetzt schon 5 Wochen dieses Laub weggeharkt und es rieselt immer neues runter und / Da kann es einem manchmal genau gegenteilig sein.“

Kategorie 10: Trauma als Arbeit an der Substanz

Diese Thematik zeigte sich in den Befragungen 1 und 5. In beiden Interviews wurde die Arbeit mit traumatischem Material als wesentlicher und als substanzieller empfunden als andere Arten der therapeutischen Arbeit, da im Trauma Kernthemen bearbeitet werden. Dies wird durch folgenden Ausschnitt aus Interview 5 verdeutlicht: *„Also, für mich war schon klar, dass es (...) interessanter und wesentlicher ist als Gesprächstherapie zum Beispiel. Also das es halt mehr so um Substanz geht.“*

Kategorie 11: Sicherheit durch Erfahrung

Die Interviewten in den Interviews 3 und 5 schilderten, wie sie durch ihre Erfahrung in der Arbeit mit Traumatisierten Sicherheit gewonnen hatten und so mit schwierigen Situationen besser umgehen konnten. Dies beschreibt der folgende Auszug aus dem fünften Interview: *„Naja, ich habe natürlich wesentlich mehr Erfahrung und es fordert mich nicht mehr so. Und ich würde sagen die meisten Themen habe ich relativ gut im Überblick, sagen wir mal so. Es gibt jetzt keine großen Überraschungen, sagen wir mal so.“*

Kategorie 12: Praxisalltag

Diese Kategorie wurde in den Interviews 1 und 5 gefunden und beinhaltet Schilderungen zu alltäglichen Abläufen in der Praxis. Dies meint unter anderem die Anzahl an Patientinnen pro Tag, die Strukturierung von Sitzungen und Pausenzeiten sowie organisatorischen Aufgaben. Hierzu ein Beispiel aus dem ersten Interview: *„Also eigentlich mache ich so im Schnitt drei Leute am Vormittag, dann eine ausgiebige Pause und dann nochmal drei am Nachmittag. Das wäre so mein typischer Arbeitstag.“*

Kategorie 13: Beruflicher Werdegang

Diese Kategorie zeigte sich in den Interviews 2, 4 und 5. Sie umfasst Schilderungen zur beruflichen Laufbahn der Therapeutinnen, die nicht als Ausbildungsschritte in Kategorie 1 oder 2 eingeordnet wurden. Dies beinhaltet Aussagen über ehemalige Arbeitgeber, Berufserfahrung und andere ausgeübte Berufe. Ein Beispiel für diese Kategorie findet sich in Interview 4: *„Und dann (...) dann habe ich Klinikerfahrung / Also nach der Drogentherapie war ich schon in eine Praxis gegangen und habe da gemerkt, dass wenn da so schwerer Gestörte kamen, dass ich dann mit denen überhaupt nicht zurecht kam und mit denen noch zu wenig Erfahrung hatte. Dann bin ich in die Klinik gegangen, die damals die einzige in Deutschland war, wo man Gestalt in der Klinik machen konnte. Und das war in [Stadt], das gibt es auch heute noch, zwei Kliniken große. Da bin ich dann hängen geblieben, 23 Jahre lang.“*

5.1.2 Darstellung der fallspezifischen Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse für jedes der einzelnen Interviews vorgestellt. Die Befragungen werden in chronologischer Reihenfolge mit ihren jeweiligen Kategorien beschrieben. Jene Kategorien, die sich in mehr als einem der Interviews gezeigt haben, wurden ausführlich in Abschnitt 5.1.1 beschrieben und hier daher nur in Kürze erläutert. Eine kurze Beschreibung der Befragungssituation wird gegeben.

5.1.2.1 Fall 1

Das erste Interview fand auf Wunsch des Therapeuten in seinen Praxisräumen statt. Neben der Autorin und dem interviewten Therapeuten war sein Hund anwesend, welcher während der Befragung im Raum schlief. Die weiteren Praxisräume waren leer. Der Verlauf des Interviews wurde nicht unterbrochen (vergleiche Anhang E).

Im Rahmen der Auswertung wurden 16 Kategorien bestimmt. Von den genannten Kategorien handelt es sich bei den Nummern eins bis elf um interviewübergreifende Katego-

rien (K1 – 10, K11), welche genauer in Kapitel 5.1.1 dargestellt werden. Die hier aufgelisteten Kategorien eins bis fünf sind dagegen spezifisch für dieses Interview und werden im Folgenden genauer erläutert.

1. Traumatherapie als positive Arbeit
2. Aspekte, die die Arbeit belastend machen
3. Eigene Resilienz
4. Aspekte der Arbeit unabhängig von Trauma
5. Sekundäre Traumatisierung als Thema

Die Kategorie *Traumatherapie als positive Arbeit* beschreibt die grundsätzlich positive Haltung zu der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen. Der Interviewte beschreibt ein angenehmes Gefühl gegenüber seiner Arbeit, wie sich in folgenden Zitaten zeigt: „*Also zum einen mache ich das wirklich sehr gerne. Ich habe das Gefühl, mir fällt Trauma –*“ sowie „*Für mich ist da ganz, ganz, ganz viel Licht in diesem Feld.*“

Die Kategorie *Aspekte, die die Arbeit belastend machen* fasst Aussagen zusammen, die beschreiben, welche belastenden Momente es in den Behandlungssituationen mit den Patientinnen gibt. Dies schließt für die Traumaarbeit spezifische Übertragungsphänomene mit ein. Dies verdeutlicht besonders folgendes Beispiel: „*Emotional anfühlt, ja. Also das wäre jetzt so ein typisches Übertragungsphänomen, wenn ich dann selber so ein / Also, wenn in mir ein Impuls hochkommt. (...) Spannend sind natürlich auch immer überhaupt die ganzen Übertragungsphänomene. Also wenn ich von ich bin der beste Therapeut der Welt zu ich bin das größte Arschloch der Welt / diese Projektion abzubekommen (...) und natürlich selber auch Mensch zu sein (...), der / den das in irgendeiner Form berührt.*“

Unter *Eigene Resilienz* werden die Aussagen zusammengefasst, welche das Verständnis verdeutlichen, der Interviewte sei durch intrinsische Eigenschaften gut für die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen geeignet. Dies wird sehr gut durch folgende Aussage demonstriert: „*Und warum auch immer das so ist, also es ist so eine gewisse / ich habe einfach ein gewisses Vermögen, mich solchen Themen stellen zu können. (...) So richtig*

klar kann ich das nicht sagen, warum das so ist. (...) Ich kenne viele, viele Menschen, wo ich sagen würde, die könnten diesen Job auf gar keinen Fall machen.“

Aspekte der Arbeit unabhängig von Trauma beschreibt Erfahrungen, die mit dem Beruf der Psychotherapeutin allgemein in Verbindung gebracht werden und nicht spezifisch mit der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen zu tun haben. Folgendes Zitat verdeutlicht dies: *„Im Bezug auf / dass ich natürlich in dem Wissen, ich bin irgendwie Psychotherapeut und im Traumasektor unterwegs, werden mir oft Fragen gestellt in dem Bereich, oder jetzt gerade im Umland, im Garten kam eine Nachbarin und erklärte, ihr Partner hätte gerade Panikattacken und ich soll jetzt doch mal gucken, was da los sei und so. So dieses typische: Du bist doch Psychologe, komm doch mal! Wobei das auch schon vor Traumaarbeit Thema war.“*

Abschnitte, welche unter *Sekundäre Traumatisierung als Thema* kodiert wurden, enthält alle Äußerungen, in denen sekundäre Traumatisierung als Thema an sich angesprochen wird. Dies bezieht sich jedoch nicht auf Erfahrungen des Therapeuten selbst, sondern als Wissen um das Thema an sich sowie Erfahrungen Dritter. Ein verdeutlichendes Beispiel: *„Aber es ist schwer. Ich habe neulich eine / ich habe jemand kennen gelernt, der eine Dokumentation über das Thema Trauma gerade dreht und die nach einem halben Jahr Arbeit so sekundär traumatisiert waren, dass die beide erstmal in Therapie gelandet sind und gesagt habe: wir müssen Pause machen, wir können nicht mehr. Also die sind dann glaube ich auch mit einer gewissen Leichtfertigkeit rangegangen an das Thema. So nach dem Motto, wir drehen jetzt mal einen spannenden Film darüber.“*

5.1.2.2 Fall 2

Die zweite Befragung fand ebenfalls in der Praxis der Therapeutin statt. In den Praxisräumen waren befanden sich außer der Autorin und der Befragten keine weiteren Personen. Die Interviewsituation war insofern zeitlich begrenzt, dass zur nächsten vollen Stunde eine Patientin angekündigt war. Aus der Analyse des Transkriptes ergaben sich zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K1 – K9 folgende Kategorien:

1. Beziehung zu Traumatisierten

In der Kategorie *Beziehung zu Traumatisierten* werden die Beschreibungen der Beziehungserfahrungen mit traumatisierten Patientinnen und deren Besonderheiten dargestellt. Der folgende Auszug illustriert, dass die Beziehungsgestaltung von Traumatisierten oft von Misstrauen geprägt ist: *„Also ich würde es da / ich habe es da jetzt so nie als so Misanthropie erlebt. Aber dieses, natürlich, ein großes Misstrauen Menschen gegenüber. Also nicht vertrauen können und so, das ist für Menschen mit Traumahintergrund glaube ich eher die Regel.“*

5.1.2.3 Fall 3

Die Befragungssituation des dritten Interviews zeichnete sich vor allem durch die stark präsenten emotionalen Ladungen aus. Die Therapeutin sprach mit viel Emotionen über ihre Arbeit, welche sich zwischenzeitlich auch auf die Autorin übertrugen (vergleiche Postskript in Anhang E). Das Gespräch fand in geteilten Praxisräumen statt. Es befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung andere Personen in der Praxis. Das Interview wurde hiervon nicht unterbrochen. Nach der Analyse des Materials ergaben sich zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K1 bis K9 und K11 folgende Kategorien:

1. Instinktiver Zugang zu Traumatisierten
2. Trauma als körperliche Erfahrung
3. Finanzierung und Ressourcen für die Therapie

Unter *Instinktiver Zugang zu Traumatisierten* wurden alle Aussagen subsummiert, welche erläutern, inwiefern die Therapeutin durch ihre familiäre Biographie einen besonderen Zugang zu traumatisierten Patientinnen hat. Dies wird sehr gut durch das folgende Textbeispiel deutlich: *„Persönlich komme ich aus einer Familie, wo es einen jüdischen Anteil gibt. Das heißt, ich bin (...) im Grunde nicht wissend mit einem Haufen schwerst-traumatisierter Menschen groß geworden. Also meine Eltern sind beide in Berlin geboren und als Kinder hier im Krieg groß geworden. Es gibt einen jüdischen Familienanteil und von daher habe ich einen intuitiven Zugang zu traumatisierten Menschen, den ich später*

dann intellektualisiert habe oder durchdrungen, was ich da eigentlich kann. Ich konnte es von Anfang an. Ich wusste nur nicht, was ich tue. So, inzwischen weiß ich, was ich tue, ja. Das vielleicht erstmal so vorneweg.“

Durch die Kategorie *Trauma als körperliche Erfahrung* wird der Fokus der Therapeutin auf die physiologischen Aspekte eines Traumas verdeutlicht. Dies zeigt sich unter anderem in folgendem Ausschnitt: *„Also das Trauma ist der gefrorene Schrecken im Körper, könnte man sagen. Levine beschreibt das ganz gut, was da passiert. (...) Das heißt, die stehen sozusagen mit durchgedrückten Knien, haben den Bauch angespannt im Schreck, das Zwerchfell blockiert und die Schultern fest. Und so / Wenn ich zehn Jahre so durchs Leben gehe, habe ich alle möglichen Folgeerkrankungen. Und dem kann man aber mit 18 Leute mit leichten Übungen entgegen gehen. Man muss halt gucken, wann werden die zu viel vitalisiert, dann werden sie überflutet, und wenn es zu wenig ist, passiert nichts. Also diesen Grad zu finden. Aber das geht ganz gut.“*

In der Kategorie *Finanzierung und Ressourcen für die Therapie* beschreibt die Rahmenbedingungen und Begrenzungen, in welchen die Traumatherapie stattfindet und welche Rahmenbedingungen sich die Therapeutin für ihre Patientinnen wünschen würde. Folgendes Zitat ist hierfür stellvertretend: *„Die hätten alle / am besten ist immer Gruppe und Einzel kombiniert, aber aus Kostengründen kriegt man es meistens nicht hin. Heute kriegt man nicht mal mehr Gruppen finanziert.“*

5.1.2.4 Fall 4

Das Interview in Fall 4 fand ebenfalls in der Praxis der Therapeutin statt. Kurz vor Ende des Interviews gab eine kurze Unterbrechung, da die darauffolgende Klientin ein wenig zu früh erschien und hereingelassen werden musste. Vor diesem Zeitpunkt waren die einzigen in den Praxisräumen anwesenden die Therapeutin und die Autorin. Die Analyse des Interviews ergab zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K1 bis K9 und K13 folgende Kategorien:

1. Skepsis bei Fachleuten

Die Kategorie, welche nur in diesem Interview zu finden war, ist *Skepsis bei Fachleuten* und beschreibt die Erfahrung der Therapeutin, im Kontakt mit Fachkräften Unglauben über die von ihr behandelten Traumafolgestörungen zu begegnen. „*Ein Sektenbeauftragter, den ich gebeten habe, die / also irgendwie: Man muss doch mal was unternehmen! Da hat der gesagt: Ach wissen Sie, das mit diesen Multiplen, das / ich glaube, das gibt es gar nicht, das ist doch Quatsch! Wir haben dann mal von einer, die wo das gesagt wurde, die wurde irgendwie retraumatisiert und so, da haben wir vierundzwanzig Stunden lang die rund um die Uhr beobachten lassen und da war nichts!*“

5.1.2.5 Fall 5

Das fünfte Interview war das kürzeste und fand in den Praxisräumen des befragten Therapeuten statt. Außer dem Interviewten und der Autorin war niemand in den Räumlichkeiten anwesend. Die Gesprächssituation wurde nicht unterbrochen. Die Analyse des Interviewmaterials ergab zusätzlich zu den interviewübergreifenden Kategorien K2 bis K8 und K10 bis K13 diese Kategorien:

1. Klare Abgrenzung

Ausschließlich die Kategorie *Klare Abgrenzung* fand sich in keinem der anderen Interviews wieder. Sie umfasst die Aussagen des Therapeuten zu einer klaren Trennung zwischen Beruf- und Privatleben und den entsprechenden Rollen und Aufgaben. Ein Beispiel hierfür ist folgendes Zitat: „*Naja man muss ja nichts damit machen. Wenn der jetzt was erzählt und ich sage, okay, der scheint irgendwie ein Mutterthema zu haben, dann hat er halt ein Mutterthema. Das ist ja nicht schlimm. Jeder hat ja irgendwas. Das ist ja kein Problem.*“

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Die vorgestellten Ergebnisse sollen im folgenden Abschnitt hinsichtlich der Beantwortung der ausgehend formulierten Forschungsfrage interpretiert werden. Anschließend wird eine Verbindung zu der in Kapitel 2 beschriebenen Forschungslage hergestellt

Die Kategorien *K6: Weltbild wird negativ beeinflusst*, *K7: Selbst wird positiv beeinflusst* und *K8: Selbst wird negativ beeinflusst* lassen den Schluss zu, dass die befragten Therapeutinnen durch ihre Arbeit mit traumatisierten Patientinnen in ihrem Selbstbild und in ihrem Weltbild beeinflusst werden. Die in Abschnitt 5.1 ausführlich dargestellten Kategorien zeigten sich in allen fünf Interviews, was bedeutet, dass sich der Einfluss einheitlich über alle Befragungen hinweg zeigt. Dieser Einfluss wird nun im Folgenden genauer erläutert.

Im Weltbild der befragten Therapeuten zeigten sich deutliche negative Veränderungen. Die kognitiven Schemata und inneren Repräsentanzen bezüglich ihrer Umwelt und ihren Mitmenschen haben sich durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen gewandelt. Das Wissen um rituellen Missbrauch und die Realität organisierter Täternetzwerke mussten in die eigene Vorstellung der Welt integriert werden, was wiederum zu Zweifel am Guten im Menschen und Misstrauen hervorrief. Diese Negativen Veränderungen wurden auch von den Therapeutinnen in einen Zusammenhang mit dem Miterleben des Traumamaterials der Patientinnen gebracht und als subjektiv negativ bewertet.

Auch das Selbstbild der Interviewten wurde durch die Traumaarbeit beeinflusst. Für diesen Bereich zeigten sich Veränderungen negativer sowie positiver Art. Sie waren längerfristig durch ihre Arbeit und das dort behandelte traumatische Material der Klientinnen belastet, sie berichteten von einem Gefühl der Isolation gegenüber ihren Mitmenschen und einem Fokus auf Negatives. Sie waren teilweise nicht mehr in die Lage, Filme mit brutalem Inhalt zu schauen, ohne eine Verbindung zu ihren Patientinnen herzustellen.

Die durch die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen positiven Veränderungen des Selbst ließen sich in der Analyse der Gespräche ebenfalls klar nachweisen. Die Befragten fühlen

sich durch ihre Arbeit von ihren Patientinnen inspiriert, sie lernen von ihnen und erfahren eine persönliche Bereicherung durch Wissen, anderen Menschen helfen zu können. Sie können eigene Probleme mit mehr Gelassenheit und Perspektive betrachten und erleben ein Gefühl von Sinn in ihrem Leben. Zu dieser Thematik ist ebenfalls anzumerken, dass alle interviewten Therapeutinnen einen deutlichen Fokus auf diesen Aspekt der Befragung legten. Die positiven Effekte der Arbeit und der daraus entstehende persönliche Gewinn wurden hervorgehoben und machten einen festen Bestandteil der eigenen Narrative und Selbstwahrnehmung aus.

Die gefundenen Ergebnisse passen sich in das Bild der internationalen Forschung ein. Es ist nicht das Anliegen der vorliegenden Arbeit, auf Basis der geführten Gespräche eine Störung wie die stellvertretende Traumatisierung oder Mitgefühlsmüdigkeit zu diagnostizieren. Die Ergebnisse sind jedoch in Übereinstimmung mit dem hinter diesen Störungsbildern stehenden Grundverständnis dieser Phänomene: „die Veränderung im Therapeuten, die als Resultat des empathischen Einfühlens des Therapeuten [...] in die traumatischen Erfahrungen und Folgeerscheinungen des Patienten entsteht“ (McCann und Pearlman, 1990, S.558).

Die vorliegenden Ergebnisse konnten ebenfalls zeigen, dass sich das Phänomen der stellvertretenden Resilienz sich bei in Deutschland praktizierenden Therapeutinnen finden lässt. Die gefundenen positiven Veränderungen des Selbst entsprechen dem von Hernandez (2007) als „einzigartigen und positiven Effekt“ bezeichneten Phänomen, welches „Therapeuten in Reaktion auf die Resilienz der traumaüberlebenden Patientinnen verändert“ (S. 237). Hernandez (2007) beschreibt in dieser Veröffentlichung, wie die Therapeutinnen durch das Miterleben der Resilienz ihrer Klientinnen einen überdauernden positiven Einfluss auf ihr Verhalten, ihre Einstellungen und Emotionen erlebten. Die vorliegenden Ergebnisse können dies nur auch für in Deutschland praktizierende Therapeutinnen nachweisen.

6 Diskussion

6.1 Limitationen

Im Folgenden werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit erläutert. Als erstes wird auf die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2015) eingegangen. Unter dem Kriterium der Verfahrensdokumentation wird die Notwendigkeit verstanden, die Vorgehensweise in qualitativen Studien detailliert und differenziert darzustellen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass das Vorgehen im Nachhinein nachvollzogen werden kann. Dies beinhaltet die Darstellung des theoretischen Vorverständnisses, die Auswahl und Verwendung des Analyseinstrumentes sowie die Datenerhebung und die anschließende Auswertung. Diesem Kriterium wurde durch die ausführliche Darstellung des theoretischen Hintergrundes (Kapitel 2), der verwendeten Methoden (Kapitel 4) und der detaillierten Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 5) entsprochen.

Das Kriterium der argumentativen Interpretationsabsicherung soll sicherstellen, dass die Interpretation als wichtiges Instrument der qualitativen Forschung regelgeleitet stattfindet und durch Argumente unterlegt wird. Die Interpretation muss in sich schlüssig sein, Lücken oder Sprünge in der Logik müssen erklärt werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Interpretation der Ergebnisse offen und nachvollziehbar dargelegt und mit theoretischen Erkenntnissen der Forschung unterlegt, um diesem Kriterium zu entsprechen.

Das Kriterium der Gegenstandsnahe beschreibt den Versuch, die Forschung so nah wie möglich an die Alltagsrealität der untersuchten Subjekte zu bringen. Die Forschung soll im Feld stattfinden anstatt in einem Labor und die Forschung mit den Untersuchten als gleichberechtigte Partner auf Augenhöhe erfolgt. Die Befragung der vorliegenden Arbeit wurde in den Praxisräumen der Therapeutinnen durchgeführt und sie wurden im Vorlauf über die Art des Interviews sowie die Fragestellung informiert. Die Mehrzahl der Befragten äußerte auch Interesse an den Ergebnissen der Arbeit, wodurch die Interessenübereinstimmung mit den Interviewten gesichert wurde.

Das Kriterium der Regelgeleitetheit bedeutet, dass die Analyse des Gegenstandes auf Basis von vorher festgelegten Verfahrensregeln geschieht und systematisch durchgeführt wird. Dies wurde bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit beachtet und ist in Kapitel 4 ausführlich dargelegt.

Das Kriterium der kommunikativen Validierung besagt, dass die Forschungsergebnisse mit den beforschten Subjekten besprochen und abgeglichen werden sollten, um die Interpretation der Forscher mit der der Probanden zu vergleichen. Aufgrund der Struktur und dem zeitlichen Rahmen der vorliegenden Arbeit als Masterarbeit konnte dies nicht gewährleistet werden. Die fertige Arbeit wird den befragten Therapeutinnen zu Verfügung gestellt werden, trotzdem ist dies als Limitation zu betrachten.

Mit dem Kriterium der Triangulierung wird der Anspruch qualitativer Forschung beschrieben, die Qualität der Forschung durch mehrere Analysegänge auf unterschiedlichen Ebenen zu sichern. Dies kann durch unterschiedliche Methoden, Interpretieren oder Forschungsansätze erreicht werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte dies nur sehr begrenzt gewährleistet werden. Die Ergebnisse wurden mehrfach geprüft und mit den Betreuerinnen besprochen, eine Untersuchung mit unterschiedlichen Methoden oder Forschungsansätzen fand jedoch nicht statt.

Des Weiteren ist die spezielle Dynamik der Gesprächssituation dieser Studie zu beachten. Die Berufserfahrung der befragten Therapeutinnen, die eventuelle Vorbildfunktion der Therapeutinnen in Bezug zur Autorin als Psychologiestudentin sowie die Geschlechterdynamik einer weiblichen Interviewerin sind alles Einflussgrößen, deren Auswirkungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt wurden (vergleiche hierzu auch Abschnitt 6.2).

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass in Deutschland tätige Therapeutinnen durch ihre Arbeit mit traumatisierten Patientinnen in ihrem Selbst- und Weltbild beeinflusst werden. Während sich das Weltbild hauptsächlich negativ verändert, wird das

Selbst der Therapeutinnen auf negative und positive Art und Weise beeinflusst, wobei besonders die positiven Veränderungen für die Befragten bedeutsam waren. Diese Resultate befinden sich im Einklang mit den Ergebnissen der internationalen Forschung, insbesondere den Theorien zu stellvertretender Traumatisierung (Pearlman und Maclan, 1995) und stellvertretender Resilienz (Hernandez et al., 2007). Die vorliegende Arbeit weist zudem als erste Studie dieser Art stellvertretende Resilienz bei in Deutschland praktizierenden Therapeutinnen nach. Eine Ausweitung des Forschungsstandes in dieser Thematik ist dringend notwendig und Ansatzpunkt für weitere Forschung.

Eine weitere Limitation der Studienergebnisse liegt in der spezifischen Dynamik zwischen Autorin und den befragten Therapeutinnen. Allen Interviewten war durch den vorangegangenen E-Mailverkehr (siehe Anhang A) bewusst, dass die Autorin Studentin im Studiengang klinische Psychologie war. Es ist durchaus denkbar, dass die daraus entstehende Vorbilddynamik von aktuell praktizierenden Psychotherapeutinnen und der durch die Autorin repräsentierten nachfolgenden Generation an Psychotherapeutinnen die Aussagen der Therapeutinnen beeinflusst hat. Um dies genauer zu untersuchen oder einen solchen Einfluss auszuschließen, ist weitere Forschung nötig.

Ebenfalls zu beachten ist die mögliche Auswirkung der Geschlechteridentität von Interviewerin und Interviewten. Bei der Analyse des Materials wurde kein bewusster Unterschied in der Interaktion zwischen der Autorin mit den weiblichen im Vergleich zu den männlichen Gesprächspartnern gefunden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sowohl die Autorin als auch die Befragten ihr Verhalten oder ihre Aussagen unbewusst auf Basis der Geschlechtsverhältnisse verändert haben. Dies wäre eine Fragestellung, die bei zukünftigen Studien berücksichtigt werden sollte.

Außerdem zu bemerken ist die Berufserfahrung der Interviewten. Alle befragten Therapeutinnen hatten bereits mehrere Jahre Erfahrung in der Arbeit mit Traumatisierten ($M=19,8$; $SD=12,53$; vergleiche Anhang G) und diverse traumaspezifische Ausbildungen. Die Erfahrungen von Therapeutinnen mit weniger Erfahrung oder weniger fachspezifischen Weiterbildungen mögen anders aussehen und die Ergebnisse der vorliegenden

Arbeit sollten daher nur im Rahmen dieser Kriterien verwendet werden. Die Auswirkungen von Berufserfahrung und fachspezifischen Fortbildungen als Schutzfaktor sollte zudem Gegenstand weiterer Forschung sein.

Neben den Ausgangspunkten für weitere Forschung zeigt die vorliegende Arbeit auch für die aktuell tätigen Therapeutinnen auf, welches Risiko, aber auch welche Chancen und Möglichkeiten in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen liegen. Wie bereits von Hernandez et al. (2010) vorgestellt, sind dies Thematiken, die sowohl in der Ausbildung als auch in späterer Supervision verstärkt gelehrt und fokussiert werden sollten, da so die Möglichkeit besteht, negative Folgen zu verringern und positive Gewinne zu verstärken.

Die vorliegende Arbeit konnte die Ergebnisse internationaler und nationaler Forschung bestätigen. Die eingangs formulierte Fragestellung nach einem Einfluss der Arbeit mit traumatisiertem Klientel auf das Selbst- und Weltbild der Therapeutinnen wurde beantwortet und der nachgewiesene Einfluss wurde ausführlich dargestellt sowie diskutiert. Die Limitationen sowie Folgerungen für zukünftige Forschung und Praxis wurden dargelegt. Zusammenfassend hofft die vorliegende Arbeit darauf, einen weiteren Beitrag zur Forschungslage der Situation der behandelnden Traumatherapeutinnen zu leisten und dazu beizutragen, dieses Feld besser zu verstehen und die praktizierenden Fachkräfte zu unterstützen.

7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publication.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239–263.
- Bibliographisches Institut Mannheim. (2017). *Duden - die deutsche Rechtschreibung: Auf der Grundlage der aktuellen amtlichen Rechtschreibregeln* (27., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). *Der Duden: in zwölf Bänden: das Standardwerk zur deutschen Sprache; Band 1*. Berlin: Dudenverlag.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bowlby, J., Ainsworth, M. D. S., Endres, M., & Seemann, U. (2010). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung* (6. Aufl.). *Beiträge zur Kinderpsychotherapie: Vol. 13*. München: Reinhardt.
- Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization: A Review of the Literature as It Relates to Therapists Who Treat Trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81–101. https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06
- Daniels, J. (2006). *FST - Fragebogen zur: PSYNDEX Tests Info*.
- Daniels, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung: Kritische Prüfung eines Konstruktes (Dissertation). Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Daniels, J. (2007). Eine neurophysiologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift Für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 5(3), 49–61.
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung: Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53(2), 100–107. <https://doi.org/10.1007/s00278-008-0585-y>

- Danylchuk, L. S. (2015). The training of a trauma therapist: Bringing it home. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 16(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.930804>
- Dresing, T., & Pehl, T. (Eds.). (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Edelkott, N., Engstrom, D. W., Hernandez-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience: Complexities and Variations. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 713–724. <https://doi.org/10.1037/ort0000180>
- Eisenriegler, A. (2008, June). *Wie halten es Psychoanalytiker/Innen heute mit ihrer Gegenübertragung? Zur Geschichte und Entwicklung des Gegenübertragungsbegriffs*, Linzer Sektion des APLG.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner-Mazel psychosocial stress series: Vol. 23. New York: Brunner-Mazel.
- Figley, C. R. (1998). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. Innovations in psychology. Boca Raton Fla. u.a.: CRC Press.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Psychosocial stress series: no. 24. New York: Brunner-Routledge.
- Flick, U., Kardorff, E. v., & Steinke, I. (Eds.). (2000). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12. Auflage, Originalausgabe). *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Vol. 55628*. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gurris, N. F. (2005). Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen (Doktorarbeit).
- Heimann, P. (1996). Über Gegenübertragung. *Forum Der Psychoanalyse*, 12, 179–184.
- Heise, E. (2003). Auch einfühlsame Studenten sind Männer: Das generische Maskulinum und die mentale Repräsentation von Personen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 35(2), 285–291.

- Herman, J., Koch, V., & Weitbrecht, R. (2018). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (5. aktualisierte Auflage): Junfermann Verlag.
Retrieved from <https://books.google.de/books?id=J5NUdWAAQBAJ>
- Hernandez, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, 29(1), 67–83.
- Hernandez, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. W. (2007). Vicarious Resilience: A New Concept in Work With Those Who Survive Trauma. *Family Process*, Vol. 46(No. 2), 229–241.
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2014). Vicarious Resilience, Vicarious Trauma, and Awareness of Equity in Trauma Work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153–172. <https://doi.org/10.1177/0022167814534322>
- Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung* (4. Aufl.). *Reihe Fachbuch Traumatherapie: Vol. 1*: Junfermann Verlag.
- Huber, M. (2010). *Multiple Persönlichkeiten: Seelische Zersplitterung nach Gewalt* (Durchges. Neuaufl.). *Reihe Fachbuch Trauma & Gewalt*. Paderborn: Junfermann.
- Jankoski, J. A. (2010). Is Vicarious Trauma the Culprit? A Study of Child Welfare Professionals. *Child Welfare*, Vol. 89(No. 6), 105–120.
- Jüttemann, G. (Ed.). (1985). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz.
- Kernberg, O. F. (1997). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- KHAN, M. M. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286–306.
- Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R. M., Junne, F., . . . Nikendei, C. (2017). Prevalence of and risk factors for secondary traumatization in interpreters for refugees: A cross-sectional study. *Psychopathology*, 50(4), 262–272.

- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment. *Traumatology*, 7(2), 73–86.
- Körner, J. (1990). Übertragung und Gegenübertragung, eine Einheit im Widerspruch. *Forum Der Psychoanalyse*, 6, 87–104.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz. Retrieved from http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783621283625
- Little, M. (1998). Gegenübertragung und die Reaktion des Patienten. *Forum Der Psychoanalyse*, 14, 162–175.
- Madson, L., & Shoda, J. (2006). Alternating Between Masculine and Feminine Pronouns: Does Essay Topic Affect Readers' Perceptions? *Sex Roles*, 54(3-4), 275–285. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9344-0>
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205–220. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205>
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Beltz Studium. Weinheim u.a.: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage).
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 3(No. 1), 131–149.
- McCann, L., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and Victimization: A Model of Psychological Adaption. *The Counseling Psychologist*, Vol. 16(No. 4), 531–594.
- McCormack, L., & Adams, E. L. (2016). Therapists, complex trauma, and the medical model: Making meaning of vicarious distress from complex trauma in the inpatient setting. *Traumatology*, 22(3), 192–202. <https://doi.org/10.1037/trm0000024>

- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (1999). The contribution of therapists beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burn-out and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 417–428. <https://doi.org/10.1017/S135246580300403X>
- Mertens, W. (2008). *Einführung in die psychoanalytische Therapie* (2., verb. u. aktualisierte Aufl.). *Urban-Taschenbücher*. Kohlhammer.
- Mey, G., & Mruck, K. (Eds.). (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage): VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nunberg, H., & Federn, E. (1979). *Protokolle der Wiender Psychoanalytischen Vereinigung. Bibliothek der Psychoanalyse: Vol. 3*. Frankfurt am Main: Psychosozial Verlag.
- Pack, M. (2010). Revisions to the therapeutic relationship: A qualitative inquiry into sexual abuse therapists' theories for practice as a mitigating factor in vicarious traumatisaton. *Aotearoa New Zealand Social Work Review*, 21(4), 73 - 82.
- Pack, M. (2013). Vicarious Resilience: A multilayered model of stress and trauma. *Journal of Women and Social Work*, 29(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/0886109913510088>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 26(No. 6), 558–565.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY, US: WW Norton & Co.
- Püttker, K., Thomsen, T., & Bockmann, A.-K. (2015). Sekundäre Traumatisierung bei Traumatherapeutinnen. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 44(4), 254–265. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000332>
- Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatisaton: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 743–765. <https://doi.org/10.1177/1363461515577289>

- Racker, H. (1997). *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik* (5., neugestaltete Aufl.). *Psychologie und Person: Vol. 20*. München u.a.: Reinhardt.
- Rixe, J., & Luderer, C. (2017). Das Trauma aus zweiter Hand: Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft*, 22(3), 213–230.
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Schattauer. Retrieved from <https://books.google.de/books?id=ec7edv7DHZsC>
- Sachsse, U. (Ed.). (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*.
- Sachsse, U. (Ed.). (2018). *Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis* (3. Nachdruck, 2018 als Studienausgabe). Stuttgart: Schattauer.
- Scheithauer, H. (Ed.). (2008). *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (1. Aufl.). *Klinische Psychologie Kindes- u. Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer. Retrieved from <http://gbv.ebilib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1561798>
- Selye, H. (1978). *The stress of life* (Revised ed.). New York u.a.: McGraw-Hill.
- Silveira, F. S., & Boyer, W. (2015). Vicarious resilience in counselors of child and youth victims of interpersonal trauma. *Qualitative Health Research*, 25(4), 513–526. <https://doi.org/10.1177/1049732314552284>
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Towards a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202–210.
- Tagesschau. (2018). Lange Haftstrafen für Kindesmissbrauch: Urteil im Staufen-Prozess. Retrieved from <https://www.tagesschau.de/inland/staufen-urteil-101.html>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, (1), 10–20.
- Thöle, A.-M., Penka, S., Brähler, E., Heinz, A., & Kluge, U. (2017). Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 65(3), 145–154. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000315>
- Venzlaff, U., Dulz, B., & Sachsse, U. (2004). Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In U. Sachsse (Ed.), *Traumazentrierte Psychotherapie* (pp. 5–29).
- Way, I., VanDeusen, K., & Cottrell, T. (2007). Vicarious Trauma: Predictors of Clinicians' Disrupted Cognitions About Self-Esteem and Self-Intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(4), 81–98. https://doi.org/10.1300/J070v16n04_05
- Weingarten, K. (2003). *Common shock: Witnessing violence every day*. New York, NY: Dutton.
- Weitkamp, K., Klasen, F., & Daniels, J. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology (Online Journal)*, 5(21875).
- Wiesmüller, E., & Decker-Voigt, H.-H. (2014). *Traumadaptierte Musiktherapie: Musiktherapie mit Erwachsenen, die an (komplexen) Traumafolgestörungen leiden*. Zugl.: Hamburg, Hochsch. für Musik und Theater, Diss., 2012. *Zeitpunkt Musik: Bd. 3*. Wiesbaden: Reichert.
- Windelband, W. (1904). *Geschichte und Naturwissenschaft*.
- Winnicott, D. W. (1974). *Ichverzerrung in Form des wahren und des falschen Selbst: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt: Fischer.
- Winnicott, D. W. (1997). Haß in der Gegenübertragung. *Kinderanalyse*, 5(1), 35–46. Retrieved from https://www.kinderanalyse.de/article/ka_1997_01_0035-0046_0035_01.pdf
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Ed.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (pp. 227–255). Weinheim: Beltz.

World Health Organisation. (2016). The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders.

8 Anhang

8.1 Anhang A: Anschreiben zur Akquise der Probanden, versendet per E-Mail

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

ich bin Studentin im Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Berlin.

Im Rahmen meiner Abschlussarbeit suche ich nach Therapeuten/-innen, die seit mindestens 3 Jahren mit traumatisierten Patienten arbeiten und die bereit wären, mit mir ein Gespräch von 45 bis 60 Minuten über die positiven und negativen Einflüsse der Traumaarbeit auf die Therapeuten und Ihre persönlichen Erfahrungen zu sprechen. Hierfür ist es nicht nötig, ausschließlich mit traumatisierten Patienten zu arbeiten. Es genügt, wenn eine gewisse persönliche Erfahrung vorhanden ist.

Sollte diese Beschreibung auf Sie zutreffen und Ihr Interesse geweckt haben, würde ich mich über eine Rückmeldung sehr freuen. Sie erreichen mich unter der Emailadresse lenawojtas@web.de sowie unter 0152 5577 ****.

Mit freundlichen Grüßen,

Lena Wojtas

8.2 Anhang B: Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verwendung von Interviewdaten

Forschungsprojekt: „Qualitativ-psychologische Untersuchung zum subjektiven Erleben der Auswirkungen von Traumatherapie für den Therapeuten“

Durchführende Institution: MSB Medical School Berlin; Hochschule für Gesundheit und Medizin

Projektleitung: Fr. Prof. Dr. Dr. C. Winkelmann

Interviewerin/Interviewer: Fr. Lena Wojtas

Art des Interviews: Qualitatives Interview in mündlicher Form

Interviewdatum:

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und dann in Schriftform (Transkript) gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte (Transkripte) werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Forschungsprojekten werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Es werden keine persönlichen Daten (wie Nachname, Adresse, Wohnort) erhoben und fließen somit auch nicht in die Erhebung mit ein. Die Anonymisierung der Person und der Datenschutz werden somit gewährleistet. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis zu einer Aufzeichnung oder Niederschrift des/der Interviews zurückzuziehen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Ich erkläre mich hiermit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts zu einem Interview / zu mehreren Interviews bereit und erteile für die Erfassung und Auswertung der Daten in der mir erläuterten Form meine Erlaubnis. Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Angaben, die aus dem Zusammenhang genommen werden und nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen des genannten Forschungsprojekts genutzt werden können.

☐ Ja

☐ Nein

Vorname, Nachname (In Druckschrift)

Ort, Datum, Unterschrift

8.3 Anhang C: Fragebogen zur Erhebung der demographischen Daten

Demographische Daten

Alter:

Geschlecht:

Familienstand:

Haben Sie Kinder? (ja / nein)

Falls ja, bitte Anzahl angeben:

Art der therapeutischen Ausbildung:

Traumaspezifische Ausbildung vorhanden (ja / nein):

Falls ja, bitte angeben:

Wie lange arbeiten Sie schon als Psychotherapeut/in? (in Jahren)

Wie lange arbeiten Sie schon mit traumatisierten Patienten? (in Jahren)

8.4 Anhang D: Muster eines Postskriptes

Postskript zur Interviewerhebung

Interview-Nr.:	Ort:	Datum:	Dauer:
Interviewte/-r:	Alter:	Geschlecht:	
Selbstwahrnehmung Interviewerin:			
Situative Aspekte des Interviews:			
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme:			
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme:			
Wahrnehmungen über nonverbale Aspekte:			
Schwerpunktsetzung des/der Interviewten:			
Spontane thematische Auffälligkeiten:			
Interpretationsideen:			

8.5 Anhang E: ausgefüllte Postskripte zu allen Interviews

Postskript zur Interviewerhebung

Interview Nr.: 1	Ort: Praxis	Datum: 13.06.2018	Dauer: 1h
Interviewte/-r: AR	Alter: 47	Geschlecht: M	
Selbstwahrnehmung Interviewer:	Anfangs SEHR nervös, daher sehr an Leitfragen „entlang gehandelt“; ab ca. 25min lässt das nach; kann mich aktiv aufs Gespräch einlassen und frei nachfragen		
Situative Aspekte des Interviews:	In Praxis; gegenüberstehend; AR von Beginn an offen; Tee wird angeboten; Hund ist dabei und schläft		
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme:	Interviewer muss sich noch kurz vorbereiten; Sie/Du Anrede; Geräuschsituation; Hund in der Praxis; Formalien + Einverständnis für das Interview; bedanken für die Zeit		
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme:	Technik hat mitgemacht; will selbst Traumatherapeutin werden; AR hat Ausbildungsinstitut → gibt Karte; eventuelle Möglichkeiten zur Aushilfe; gemeinsames Interesse für DIS/Dissoziation		
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte:	Vordergründig offen und freundlich, aber gewisse Distanz doch spürbar; AR als Ruhepol, der sich darin sicher fühlt		
Schwerpunktsetzung der/des Interviewten:	Traumaaarbeit gibt viel und ist grundsätzlich positive zu sehen		
Spontane thematische Auffälligkeiten:	Eigene negative Emotionen werden kaum benannt, auch auf Nachfrage		
Interpretationsideen:	Grade im Praxissetting sehr in Rolle des Therapeuten → eigene Emotionen fehl am Platz/ dürfen nicht thematisiert werden? Negativität darf nicht zu viel Gewicht haben?		

Postskript zur Interviewerhebung

Interview Nr.: 2	Ort: Praxis	Datum: 15.06.2018	Dauer: ~45min
Interviewte/-r: IH	Alter: 50	Geschlecht: W	
Selbstwahrnehmung Interviewerin:	Deutlich selbstsicherer; habe Spaß am Interviewen; sicher genug gefühlt, um nicht krampfhaft am Leitfaden zu kleben		
Situative Aspekte des Interviews:	In Praxis/Behandlungsraum; gegenüberstehend		
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme:	Finden der Praxisräume; Anlass des Interviews (Masterarbeit); Art der Auswertung; Formalien unterschreiben		
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme:	Hat mit der Technik alles geklappt?; Möchte ich auch mit Trauma arbeiten? → ja → Institut empfohlen; bin auf die Toilette gegangen; Verabschiedung		
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte:	Beide Parteien fühlen sich sicher; Stimmung ist angenehm aufgelockert; deutliche Überzeugung beim Sprechen über positive Aspekte spürbar; leichte Zurückhaltung bei negativen Aspekten		
Schwerpunktsetzung der/des Interviewten:	Positiver Gewinn und Erfahrung durch Arbeit mit Traumatisierten		
Spontane thematische Auffälligkeiten:	-		
Interpretationsideen:	Muss positiver Aspekt auch vor sich selbst so betont werden, um eigenes Bild nicht zu zerstören?		

Postskript zur Interviewerhebung

Interview Nr.: 3	Ort: Praxisraum	Datum: 25.06.2018	Dauer: 1h
Interviewte/-r: AM	Alter: 54	Geschlecht: W	
Selbstwahrnehmung Interviewerin:	Sicher, ruhig, innerlich gelassen und präsent		
Situative Aspekte des Interviews:	Große, geräumige Praxisräume		
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme:	Finden bzw. Nicht-finden der Räume; Formalien; Inhalt und Ablauf des Interviews		
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme:	Danksagung; Weiterleiten der Anfrage/Literaturempfehlungen; weitere Folge der Arbeit: „Es verändert sich, was man als Problem betrachtet.“		
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte:	Große emotionale Schwingungen; AM spricht mit viel Emotion über Patienten-Beispiel, die sich auch auf mich überträgt; gab Moment, wo beide zu Tränen gerührt waren; positiv-energetische Grundstimmung		
Schwerpunktsetzung der/des Interviewten:	Arbeit mit Krieg und Flucht; Respekt vor Patientinnen; philosophisch/ spirituelles Lernpotential durch Arbeit; Fragen durch Arbeit = Menschheitsfragen		
Spontane thematische Auffälligkeiten:	Spricht mehr über eigene Emotionen		
Interpretationsideen:	„nicht fürchten/ abkapseln vor dem Schmerz“		

Postskript zur Interviewerhebung

Interview Nr. 4	Ort: Praxis	Datum: 26.06.2018	Dauer: ~50min
Interviewte/-r: GK	Alter: 69	Geschlecht: W	
Selbstwahrnehmung Interviewerin:	Innere Ruhe; z.T. leichte Momente der Unsicherheit, ohne aber in Panik zu geraten		
Situative Aspekte des Interviews:	Praxisraum bunt und stark dekoriert; I und T gegenüber auf Couches platziert		
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme:	Begrüßung; Orientierung; Bedanken; Erklären der Formalien		
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme:	Bedanken; Versprechen, Ergebnisse mitzuteilen; Verabschiedung		
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte:	Mitschwingen bei positiven Emotionen wie Stolz und Freude, sowie dumpfes Erschrecken/ Angst bei Schilderungen d. Drohungen		
Schwerpunktsetzung der/des Interviewten:	Positive und negative Aspekte der Arbeit; eigene Therapiemethode		
Spontane thematische Auffälligkeiten:	Auch deutlich negative Aspekte spürbar		
Interpretationsideen:	-		

Postskript zur Interviewerhebung

Interview Nr. 5	Ort: Praxis	Datum: 11.07.2018	Dauer: ~40min
Interviewte/-r: BS	Alter: 48	Geschlecht: M	
Selbstwahrnehmung Interviewerin:	Entspannt zu Beginn; dann irritiert/ etwas verunsichert, aber kühlen Kopf bewahrt		
Situative Aspekte des Interviews:	Praxisraum; gegenüberstehend; relativ weit entfernt		
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme:	Begrüßung; Getränk angeboten; Schuhe ausgezogen; Formalien; Erklärung Datenschutz; Thema der Arbeit (allgemein)		
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme:	Bedanken; Anbieten, Ergebnisse mitzuteilen; Verabschiedung		
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte:	Zu Beginn Skepsis/ eventuell etwas Misstrauen; dann neutral		
Schwerpunktsetzung der/des Interviewten:	„alles keine große Sache“		
Spontane thematische Auffälligkeiten:	Kaum/ keine emotionalen Äußerungen; keine persönlichen Beispiele, auch auf Nachfrage		
Interpretationsideen:	Will sich nicht öffnen/ Blöße zeigen/ verletzbar wirken		

8.6 Anhang F: Leitfragen einschließlich Detail- und Aufrechterhaltungsfragen

1 Eingangsfrage: Erzählen Sie mir davon, wie es dazu gekommen ist, dass Sie als Traumatherapeut/-in arbeiten?

- a. Was hat zur Entscheidung für diese Spezialisierung geführt? Welche Faktoren haben hier hineingespielt? Was hat Sie an diesem Gebiet interessiert? Hatten Sie Bedenken?

2 Wie erleben Sie Ihre Arbeit jetzt?

- a. Entspricht ihr Alltag Ihrer Vorstellung zu Beginn der Ausbildung? Was beschäftigt Sie im Arbeitsalltag am meisten? Was sind typische Situationen in Ihrem Arbeitsalltag? Was sind typische Emotionen?

3 Wie erleben Sie persönlich die Arbeit mit traumatisierten Patienten?

- a. Was nehmen Sie aus der therapeutischen Situation mit? Wie erleben Sie die Traumaarbeit mit den Patienten?

4 Inwiefern beeinflusst Ihre Arbeit Sie als Privatperson?

- a. Gibt es Momente, in denen Sie im Privaten an Patienten erinnert werden? Wie empfinden Sie das? Können Sie manchmal „die Arbeit nicht in der Praxis lassen“? Können Sie mir ein Beispiel geben?

5 Inwiefern beeinflusst Ihre Arbeit Ihre Sicht der Welt?

Gab es Momente, in denen Sie eine Situation aufgrund Ihrer Arbeit anders eingeschätzt haben? Gab es Momente, in denen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit anders verhalten haben? Können Sie mir ein Beispiel nennen?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Nachfragen
<ul style="list-style-type: none">• WELTBILD• SELBSTBILD (Mensch / Therapeut)• Negative Aspekte (VT)	<ul style="list-style-type: none">• Was bringen Sie mit Ihrer Arbeit noch in Verbindung?• Und wie ging es dann weiter?	<ul style="list-style-type: none">• Was macht Ihre Arbeit schwer? Was schön/lohnenswert?

<ul style="list-style-type: none"> • Positive Aspekte (Resilienz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fällt Ihnen zu XXX noch etwas ein? • Können Sie mir das noch etwas genauer erklären/beschreiben? 	<ul style="list-style-type: none"> • Glauben Sie, dass Sie sich durch Ihre Arbeit verändert haben? • Was ist das Spezifische an der Arbeit als Traumatherapeut?
--	---	---

8.7 Anhang G: Übersicht demographische Daten der Probandinnen

Interview	1	2	3	4	5
Alter	47	50	54	69	48
Geschlecht	M	W	W	W	M
Familienstand	Verheiratet	Ledig	Geschieden	Verwitwet	Ledig
Kinder	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein
Anzahl	2	0	4	1	0
Art der therapeutischen Ausbildung	Gestalttherapie	Verhaltenstherapie	Tiefenpsychologie, Körpertherapie	Tiefenpsychologie	Heilpraktiker Psychotherapie
Traumaspesifische Ausbildung vorhanden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Art der traumatherapeutischen Ausbildung	Traumatherapeutisches Curriculum EMDR Brainspotting CRM	Psychotraumatologin Psychotraumatheapeutin Traumatherapeutin	Reddemann PITT Somatic Experiencing Transformative Körpertherapie	EMDR PITT eigene Methode: Das innere Kind retten EST Hypnotherapie	Somatic Experiencing NARM ISP EMDR
Psychotherapeutin seit (in Jahren)	13	11	22	44	8
Kontakt mit traumatisierten Patienten seit (in Jahren)	13	16	18	44	8

	N	Alter in Jahren M (SD)	Familien- stand	Kinder			Therapieausbildung				Arbeit als The- rapeutin (in Jahren)		Arbeit mit Trauma (in Jahren)	
				j	n	Anzahl	Ge- stalt	VT	TP	HP	M	SD	M	SD
Stich- probe	5	53,6 (7,83)	Ledig / ge- schieden / verheirate / verwitwet	3	2	1/2/4	1	1	2	1	13,5	5,22	19,8	12,53
M	2	47,5 (0,32)	Verheiratet / ledig	1	1	2/-	1	-	-	1	10,5	2,5	10,5	2,5
W	3	57,67 (8,18)	Ledig / verwit- wet / geschie- den	2	1	-/4/1	-	1	2	-	16,5	5,5	26	12,75

	Traumaspezifische Therapieausbildung											
	EMDR	CRM	NARM	ISP	EST	PITT	Brain-spotting	Somatic Experien-cing	Psycho-traumathe-rapie	Transfor-mative Kör-perthera-pie	Hyp-nothe-rapie	“eigene”
Stich-probe	3 M, W, M	1 M	1 M	1 M	1 W	2 W, W	1 M	2 W, M	1 (+1?) W (+M?)	1 W	1 W	1 W
M	2	1	1	1	-	-	1	1	(1?)	-	-	-
W	1	-	-	-	1	2	1	1	1	1	1	1

EMDR = eye movement desensitization and reprocessing, CRM = Compressive Ressource Model, NARM = Neuroaffektive Beziehungsmodell, ISP = Integrale Somatische Therapie, EST = Ego-State-Therapy, PITT = Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

8.8 Anhang H: Bildung der interviewübergreifenden Kategorien, dargestellt in einer Tabelle

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Interview
K1: Grundausbildung	---	Also ich habe / Von meiner ursprünglichen Ausbildung bin ich Gestalttherapeut und habe in der, damals in der stationären Jugendhilfe gearbeitet. Jugendliche mit Doppeldiagnose Sucht und psychischer Erkrankung.	1
		Ich bin Verhaltenstherapeutin.	2
		Also, zur Therapie allgemein bin ich eigentlich gekommen, weil ich in einem Wohnprojekt und in dieser Selbsthilfe sehr viel gearbeitet habe und dachte, wir haben unglaublich tolle Ideen, wie wir alles als Kollektiv machen, scheitern aber so herrlich an der Praxis. Und ich wollte mich mit Arbeitsbeziehungen beschäftigen, wusste aber, ein reines Coaching oder eine reine strukturelle Ausbildung ist zu wenig, weil wenn man zehn Jahre in einem besetzten Haus gewohnt hat, dann weiß man, es geht hier um psychische Probleme bei uns allen und nicht um Organisation der Arbeit.	3
		Dann habe ich schnell mit der Gestalttherapieausbildung angefangen, weil ich mit Drogenabhängigen gearbeitet habe als erstes. Das war das einzige, was zu kriegen war als Berufsanfänger. Und die machten alle Gestalttherapie und das macht auch Sinn. Mit den Drogenabhängigen war das wirklich eine gute Methode. Und dann habe ich / Irgendwie reichte mir das dann nicht ganz aus und ich war	4

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		dann Ausbilderin geworden schon ziemlich schnell in Gestalt und (...)	
K2: Trauma- aus- bildung	---	Bis ich mich dann irgendwann entschlossen habe, komplette traumatherapeutische Grundausbildung zu machen, wo alle Elemente drin sind, die / oder viele Elemente drin sind, die von Nöten waren.	1
		Da wurde es nochmal offenkundiger und dann bin ich in die Allgemeinpsychiatrie in einer Tagesklinik gewesen und habe auch da festgestellt, oh je, es gibt viele, viele Menschen, die Traumata erfahren haben, sexuelle Übergriffe ganz oft, viel sexuelle Gewalt in der Kindheit und Jugend. Und dann habe ich mir gedacht, so, jetzt mache ich mal eine Traumatherapieausbildung. Das scheint Sinn zu machen, da besser Bescheid zu wissen.	2
		Und dann habe ich drei Jahre Flüchtlingsgruppen, eine mit 18 Bosnierinnen, eine mit 16 Kosovaren und Übersetzung geleitet, das war der eine Teil. Und mich währenddessen natürlich wie verrückt weitergebildet. (...)	3
		Und dann bin ich zu der in die Ausbildung gegangen und auch lange in die Supervisionsgruppe und habe dann auch EMDR Ausbildung gemacht und habe da bei der Frau Reddemann die Ausbildung gemacht. Und bei, ach da gab es in [Stadt] noch so ein Institut, die haben immer ganz gute Amerikaner geholt, wo man gute Workshops machen	4

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		konnte, das habe ich auch zu Hauf gemacht. Also habe mich schon sehr traumatherapeutisch weitergebildet und bin dann 2002 nach [Stadt] gegangen. (...)	5
		Naja, ich habe mich schon mit anderen Therapierichtungen auseinandergesetzt, aber / es war auch ein bisschen zufällig ehrlich gesagt, weil was ich halt gemerkt habe, weil mein Weg war eigentlich so die Meditation und ich habe halt gemerkt, dass ich an bestimmten Punkten nicht weiter kam. Und irgendwann habe ich halt begriffen, dass es was damit zu tun hat, dass es starke emotionale Ladungen gibt, die ich in der Meditation nicht halten konnte. So, und dann hat sich mein Leben halt dahingehend verändert, dass ich halt als Betriebswirt an einem Ort gearbeitet habe, wo diese Traumatherapie ausgebildet worden ist. Und dann habe ich halt gesagt, okay, jetzt arbeite ich hier an diesem Platz, jetzt will ich auch mal irgendwas teilnehmen, was hier inhaltlich passiert und bin dann so reingerutscht. Also es hat sich wirklich gefügt.	
K3: Techniken der Arbeit	---	Also für mich ist immer was ganz Zentrales, was Trauma angeht, ist / Ich sag mal, Traumatherapie ohne den Körper zu beziehen, funktioniert nicht. Ich habe zwar auch schon vorher gesagt, Psychotherapie ohne den Körper einzubeziehen, funktioniert nicht (lacht). Aber das war ein Grund, warum ich einen anderen Weg gegangen bin. Aber ich denke,	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		in der klassischen Psychotherapie noch eher, da kann man auch durch darüber reden und Reflexion von Verhaltensweisen zu Veränderungen kommen. In der Traumatherapie, das manifestiert sich einfach in der Physiologie und wenn wir die nicht einbeziehen, dann (...) ja, kommen wir in der Regel nicht voran. Und das ist für mich das eine Besondere.	
		Und es ist ja, das vielleicht noch, es ist für mich die allergrößte Herausforderung ist, ich darf mich auch nicht völlig zu machen. Also es ist zwar wichtig, dass ich mich schütze, aber ich muss ja auch im Kontakt bleiben. Ich muss auch hier bleiben. Ich muss mitschwingen mit meinem Gegenüber. Und genau diese gesunde Mitte zu finden aus mich schützen, aber mich nicht voll zu machen, sondern im Kontakt zu bleiben. Da hilft mir tatsächlich am besten dieses innere Bild von: ich lasse es nicht rein in mich, aber ich lasse es durch mich durch.	1
		Also schon, weil ich gucken muss, sind die Leute in einem geschützten Rahmen, sind sie sicher und so weiter und fort, brauchen Sie es. Aber dann gehe ich tatsächlich relativ schnell in die traumatischen Situationen rein, weil nur dadurch wird's besser. Also meine Erfahrung bisher.	2
		Zum Beispiel der Patient, der wo ich so gesagt habe, ach, ich vertraue	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		<p>Ihnen da mit dem. Die wollte mir vorher, bevor sie ins EMDR geht, erstmal erzählen, was passiert ist, und die musste es auch aussprechen. Und das finde ich dann auch richtig. Also wenn sie sagt, sie will es mir erzählen, damit ich mich nicht drücke und so weiter. Dann finde ich das wichtig. Das Angebot steht auch, also darüber reden zu dürfen. (...)</p> <p>Dann denke ich, ist es für die Patienten wichtig, dass sie sozusagen mitbekommen, dass es das Gegenüber auch entsetzt. Also eben, das ist ja dann auch das, was uns verbindet. Das man sagt: Wie schrecklich, dass Ihnen das widerfahren ist und das sie das schon sehen in der Mimik. Das finde ich alles wichtig.</p>	
		<p>Das heißt, was ich gemacht habe als erstes, ist mit denen (...) ein positives Feld / im Trauma geht das Gefühl verloren, dass / vor allen Dingen im man-made disease, also / dass die Menschheit gut ist. Wenn ich mit Traumatisierten arbeite, egal ob Einzel oder in der Gruppe, dann muss ich absolut positiv sein und null aggressiv, weil das haben sie zu viel gehabt. Dass ist in der heiltherapeutischen Haltung das schwierigste. Ich muss die lieben wie ein Baby, so. (...)</p>	3
		<p>Auch heute, eine Stunde vorher ist mir eine Frau, die massive Gewalterfahrungen hat / Ich habe mit ihr eine Übung gemacht, die hieß "Nein, das mache ich nicht!" Weil sie das nicht</p>	3

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		kann. Also eigentlich ein Verhaltens-therapeutischer Ansatz, ja. Sie sollte durch den Raum gehen / Ich sagte, egal, ich sage jetzt irgendwas, egal was ich sage, Sie sagen immer den-selben Satz: Nein, das mache ich nicht. Das erste, was ich zu ihr sagte, war: geben Sie mir mal das Kissen. Sie gab es mir. Wir haben beide schallend gelacht, weil sie das gar nicht konnte. Das nächste Male ging sie eine Weile und ich sagte: setzen Sie sich doch mal hin. Und sie merkte, sie kriegt den Satz nicht raus. Und dann ist sie (...) in dieses Trauma rein, weil dann hätte der Va-ter sie totgeschlagen, wenn sie ge-sagt hätte, das mache ich nicht. (...)	
		Aber ich hatte auch sonst ja lauter Komplextraumatisierte und (...) die Methoden, die ich mir so angeeignet hatte als Grundtechnik habe ich hauptsächlich, wenn es um Verarbei-tung ging. Bei Stabilisierung war klar, das brauchen sie erstmal alle. Das ist nicht das Problem, aber wenn es dann darum geht / Es geht ja nicht weg, wenn man nur stabilisiert. Man muss das Trauma auflösen und da die Screentechnik und die EMDR, was ich angewendet habe, das war für ganz viele, vor allem diese sexu-ell Traumatisierten, war das eine komplette Überforderung. (...) Und die haben sich dann geweigert, das nachher zu machen, und ich konnte das gut verstehen.	4

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		Und da habe ich dann diese eigene Methode entwickelt: das innere Kinder retten. Und das ist wirklich toll. Seit ich das anwende, geht es mir gut und den Klienten auch (lacht). Nee, das ist wirklich gut. Ich habe jetzt das zweite Buch und es wird jetzt in ein paar Wochen erscheinen, im August wahrscheinlich. Da habe ich das nochmal ausführlich beschrieben und da geht es vor allem um sexuelle Komplextraumata, das ist auch der Titel.	4
		Na, da gibt es ja / Dazu sind ja letztendlich die Therapietechniken entwickelt, um das verarbeiten zu können. Also das / mal das Wesentliche von vielen Traumatherapieverfahren ist ja, vor allem wenn es um Schocktrauma geht, dass man Techniken hat, um mit sehr, sehr starken emotionalen Ladungen umzugehen und die zu verarbeiten.	5
		Naja, lernen vielleicht in der Therapie, aber letztendlich das ja auch im Leben. Weil ich meine, wenn der Mensch feststellt, er hat ganz viel Wut oder Hass in sich, dann ist das ja erstmal da. Kann ich ja nicht sagen, okay, zaubere ich jetzt weg. Das heißt, das braucht irgendwie (...) zu lernen, dass man einen Umgang damit findet. Dass das da sein kann und man aber trotzdem ein Leben leben kann, ohne dass es zerstörerisch wird.	5
K4: Unterstützende Faktoren	K4.1: Kollegiale Unterstützung	Das ist nicht immer leicht. Also es gibt schon Fälle, wo ich merke, ups,	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		ich fange an, mich mit einzuklinken. Dann geht es aber ab in die Supervision. Dann wird nochmal darüber geredet und geguckt, wie komme ich da wieder raus, wenn ich mich auf diesen Strudel habe mit reinziehen lassen.	
		Supervision, Intervision. Also ich merke schon, mich in einem Feld von Traumatherapeuten zu bewegen, tut einfach auch wahnsinnig gut.	1
		Eine andere Situation in dem Kontext hatte ich mit jemandem, wo ein Anteil dann sehr, sehr angriffig mir gegenüber wurde und dann kommt es ja gerne zu diesen: ich melde Sie bei der Psychotherapeutenkammer oder / das macht natürlich extrem Stress, ja, und da ging es für mich auch nur mit kollegialem Austausch. Also zu sagen, pass auf, mir ist das und das passiert, wie würdest du jetzt handeln? Ich habe jetzt das und das gemacht und so weiter. Also der ist dann schon ganz schön wichtig, ja.	2
		Aber deswegen immer der kollegiale Austausch, der ist glaube ich echt wichtig.	2
		In einer Klinik, wo es ein gutes Kollegium, ja, und ein gutes Team. Wenn man sich anguckt, wie das Behandlungszentrum für Folteropfer, wie viel Teamarbeit die machen und wieviel Teamtage / Weil das sonst nicht durchzustehen ist. (...)	3

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		Ja, ich habe viel Supervision auch gemacht, gute Supervision. Von Michaela, als ich da noch in [Ort] war und dann hier am Traumainstitut bei Oliver Schubbe. Und dann habe ich später selber viel Supervision gegeben.	4
	K4.2: Selfcare	Ich muss nur aufpassen / ich muss es dann / mich / Selfcare. Das ist ein wichtiger Punkt.	3
		Ja das ist schon / Also, ich versuche ja wie gesagt die Anzahl der Sitzungen begrenzt zu halten und dann ist halt schon gut, wenn man auch wirklich (...) so Veränderungen hat, also keine Ahnung, mal irgendwie zum Yoga geht oder in die Natur geht oder halt Ablenkung hat und andere Menschen trifft oder so. Dass man einfach den Kontext verändert und sich dann halt auch ablenkt.	5
K5: Eigene Fehler und Grenzen anerkennen	K5.1: Grenzen	Und da bin ich ganz froh, dass mir diese Themen real sehr, sehr wenig hier begegnen. Das ist vielleicht so ein Fall im Jahr, aber der reicht mir auch. Also wenn ich überlege, dass es Therapeuten gibt, die sich komplett auf das Feld spezialisiert haben (...) das sage ich ganz ehrlich, das könnte ich nicht. Das wäre mir zu viel. (...)	1
		Also ich habe immer wieder gemerkt, ich passe meine eigene Arbeit immer wieder an. Auch das Umfang an Wochenstunden, wieviel Klienten ich arbeite. Ich könnte mir auch niemals	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		vorstellen, vierzig Stunden die Woche Traumapatienten von morgens bis abends zu machen. Auch da gibt es Therapeuten, die sowas machen. Mir ist das ein Rätsel. Sondern ich versuche da, das ein bisschen zu sortieren und freue mich auch immer mal wieder, wenn Klienten mit ganz leichten, überschaubaren Themen herkommt.	
		Muss ich jetzt mal gucken. Also wieviel Patienten / Also nee, Traumaaarbeit, das verschiebt sich ja immer, weil sie Stabilisierungsphasen machen. Weil auch Traumapatienten einfach nur Stress mit dem Freund gerade haben oder irgendwie in einer neuen Arbeitssituation sind. Das heißt, ich habe nicht jede Woche Traumaaarbeit. Oh nee, das würde ich auch nicht wollen, glaube ich, das wäre schon viel. Ich habe schon mal tatsächlich Traumaaarbeit zwei, drei Patienten in der Woche, die gerade in / ja / wo man Traumabearbeitung macht, aber eher selten. Also das verschiebt sich so ganz gut. Aber ich habe durchaus auch mal wochenlang keine Traumabearbeitung in dem Sinne.	2
		Oder ich arbeite nicht gut mit Borderlinern zum Beispiel, weil die keine Beziehung ertragen, oder wenig.	3
		Und wenn es zu viel Trauma ist, wird es auch schwer. Ich könnte nicht / Also ich habe so 18 Stunden diese Woche, wenn ich jetzt 18 mal	3

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		Trauma hätte, wäre es mir ein bisschen viel. (...) Es wird dann hier spürbar, also so im Herzraum, dass das einfach hart ist. Das ist doch viel Schmerz. Aber (...) 6,7, 8 Stunden die Woche gehen. Und das trainiert sich auch ein bisschen.	
		Und habe, inzwischen zum zweiten Mal, beschlossen mit denen nicht mehr zu arbeiten. Ich hatte es jahrelang gemacht und hatte da für mich meinen (lacht) meinen Soll erfüllt an Nervenkraft.	4
		Na es ist glaube ich gut zu wissen, wo die Grenzen hingehören. Und vor allem, was das eigene ist und was nicht das eigenen ist. Das Bewusstsein ist glaube ich ganz wichtig.	5
		Na wenn das so Richtung Psychose geht. Also, wenn es dann so Wahnvorstellungen gibt oder so.	5
	K5.2: Fehler	Bei einer Patientin, die wegen Depression bei mir in Behandlung war und wo es um einen sexuellen Übergriff in der Kindheit letztlich ging, da sage ich mir heute, ich fürchte, ich habe die falsch behandelt.	2
		Genau! Und ich denke mir aber auch, das muss ich dazu sagen, auch eigener Fehler. Und ich rate allen, tun Sie das nicht / ich fand in der Therapieausbildung diesen Druck, einerseits zwar einen Supervisor zu haben, mit dem ich reden kann, aber andererseits ja von dem bewertet zu werden, extrem hoch und ich habe	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		mich damals wirklich so / Also ich habe erzählt, was gut läuft, und habe sehr gezielt nur Probleme herausgefasst und ich glaube, ich habe nicht so wie ich heute, wenn ich meine Interventionsgruppe habe und ich sage: Leute, ich weiß überhaupt nicht, was ich tun soll! Da spreche ganz offener, oder heute mit einem Supervisor, den ich bezahle, das ist etwas ganz anderes als da, wo ich immer so dachte, ja, da denken die, ich bin nicht geeignet.	
K6: Weltbild wird negativ beeinflusst	K6.1: Wissen um rituellen Missbrauch	Also ich habe so zwei Fälle von (...) frühen, fast rituellem, auf jeden Fall durchorganisiertem Missbrauch, das ist schon was, was mich dann sehr beschäftigt. So zu wissen, die wurden als Kinder wirklich herumgereicht, mit Einverständnis der Eltern, das ist was, wo (...) ja, dass mich viel beschäftigt.	1
		Also wie gesagt, bei diesen organisierten Täternetzwerken (...) da ist das wirklich / ich bin mittlerweile Welten begegnet, von denen ich ehrlich gesagt lieber nie gewusst hätte, dass es sie gibt. Das ist schon schwer, das auszuhalten und zu wissen, so was gibt es tatsächlich. Das ist nicht irgendein skurriler Mythos, sondern ist vorhanden, ob jetzt irgendwie satanische Zirkel oder sonstiger ritueller Missbrauch. (...) Das hat mich eigentlich am meisten beeinflusst.	1
		Ich finde ganz schrecklich, was man ja bei den DIS Patienten oft hat, das	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		sind diese (...) naja, also wenn man einfach weiß, dass es Kinderpornor- inge gibt und so weiter, ja. Das finde ich ganz, ganz, ganz, ganz übel. Das geht schon nahe.	
		Naja, also durch solche auf jeden Fall, diese DIS Patienten, die da / wenn man da den Hintergrund erfährt, dann kann einem schon gruselig werden. Das da so eine Parallelgesellschaft ist, die einfach nicht ernst genommen wird. Beziehungsweise die Polizei ist MACHTLOS dem gegenüber. Weil die erstens VIEL mehr Geld haben und zweitens VIEL mehr Kapazitäten haben, drittens in ALLEN Lebensbereichen auch immer so Einzelne positioniert haben, auch unter Traumatherapeuten übrigens. Und (...) viertens völlig skrupellos sind.	4
		Aber die eigentlichen Satanisten, die sind BÜRGERLICHST. Die erkennt man einfach nicht. Bei der einen Patientin, der war Pfarrer. Der war Pfarrer! Und der hatte dann den Schlüssel zu so einer kleinen Kapelle, die es da noch gab, die nicht mehr benutzt wurde. Und da sind die immer hin, in weißen Kleidchen, andere Namen und haben ihre Rituale gemacht im Keller, alles abgesperrt und so gemacht, dass man auch nichts hören kann nach draußen. (...) Ja, also das ist sehr unschön und das kann einen schon ganz schön mitnehmen.	4

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
	K6.2: Zweifel an dem Guten im Menschen	Was ja auch gerne immer wieder in den Medien ist als Thema, auch weil es halt so heftig ist, eben oft von den Medien aufgegriffen wird und da merke ich, wenn ich da tief reingehe und mich wirklich verbinde, dann (...) kommt manchmal so ein Zweifel an das Gute im Menschen in mir hoch.	1
		Also wenn / es gibt ja bestimmte Tätergruppen, die sind zu unvorstellbarem fähig und das heißt sich halt total so mit meiner Grundhaltung von: Eigentlich sind wir alles gute Wesen, manche haben halt schlechte Bedingungen gehabt und haben sich deswegen zu etwas schwierigeren Charakteren entwickelt.	1
		(...) Naja, wie gesagt, ich war / ich würde sagen, die Realität ist, dass es Schatten und Abgründe in Größenordnungen in jedem Menschen gibt. (...) So, und selbst die Menschen, die besonders gut zu sein scheinen oder Menschen, die nur Opfer zu sein scheinen, die haben halt auch Abgründe, so wie jeder Mensch. So, und je mehr man Erfahrungen auch aus einer relativen Nähe macht mit Abgründen, desto mehr wird es ja Teil des Alltagsbewusstseins und man muss damit umgehen. (...)	5
	K6.3: Misstrauen	Aber wenn ich mitkriege, was für Böswilligkeiten es zuweilen gibt, auch noch in dem Wissen, dass das teilweise Tätergruppen sind, die hochvernetzt in (...) entsprechenden	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		Kreisen sind, dann kriege ich manchmal, ja, Schwierigkeiten, mich da noch entspannt zu bewegen, sag ich mal.	
		So dem Glanz vertrauen können. Meinen Kindern gehe ich damit total auf den Keks. Man, ja lass es doch einfach! So. (...) Das ist ein Fluch und ein Segen.	3
		Ja, Dummheit. Ja das ist die totale Abwehr. Das ist wirklich / wenn man sich klar macht, was da so passiert, das ist ziemlich unerträglich. Ich kann das auch, das / ich glaube, man lernt auch selber abzuspalten. Und ich durch / seitdem ich das nicht mehr mache mit denen, spalte ich das auch ein Stück ab, weil man kann ja nicht mehr normal durch die Straße gehen, wenn man denkt, na, ist hier einer? Wo sind Sie?	4
		Und das / dadurch erstes erkennt man vielleicht Abgründe in anderen Menschen auch im Privatleben, aber es macht unbedingt auch nicht sehr viel vertrauenswürdiger, ne? So.	5
	K6.4: Umwelt wird vor dem Hintergrund der Arbeit anders wahrgenommen	Das hat sich für mich geändert. Deswegen bin ich jetzt nicht ängstlich geworden. Ich lasse meine Kinder trotzdem machen, aber ich habe dann so ein gewisses anderes Bewusstsein, würde ich sagen.	1
		Also ich gucke viel auch auf andere Kinder oft durch meine Brille sozusagen und wenn ich irgendwie Kinder, was weiß ich, Klassenkameradinnen meiner Tochter sehe, die sich extrem	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		auffällig verhalten, da rattert da schon mal was mit so, das ist so eine Geschichte.	
		Also eher, also auf dieser Ebene, also Kriminalität. Suchtarbeit hat bei mir auch gemacht, ich sehe ständig und überall Drogenabhängige in Berlin. Das macht mich manchmal fertig. Also was weiß ich, ich sitze irgendwie am Skateplatz und schaue denen zu und denke mir, die mit 35 trinken nur ein Bier. Und da sitzen so ein paar 19-jährige und weiß, die sind so hackedicht, die haben mit den Skaten nichts mehr zu tun. Die sind in ihrer Welt, weil sie Heroin nehmen. Das ist so.	2
		Man sieht natürlich mehr / Also, man hat ein größeres Bewusstsein von der Gestörtheit der Menschen, wenn man so will. (...)	5
		Naja, ich meine, wenn jetzt zum Beispiel im Beziehungsleben. Ich kann ja nicht / Ich bin ja nicht ein ganz anderer. Wenn ich mit Menschen zu tun habe, dann gibt es natürlich ein therapeutisches Verständnis und ein therapeutisches Bewusstsein, was bei denen eigentlich läuft. Ich kann es ja nicht komplett abschalten.	5
	K6.5: Situationen mit leidenden Kindern nicht mehr ertragen können	Oder wenn ich so Eltern sehe, die einfach unmöglich mit ihren Kindern umgehen. Mein Beispiel ist immer: Eine Mutti fährt mit ihrem Kinderwagen hier lang und das Kind schreit und schreit und schreit und die Mutter reagiert überhaupt nicht, dann	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		muss ich / habe ich immer so einen Impuls rauszurennen und der zu erklären, dass das einfach mal gar nicht geht und sie sich doch mal bitte um ihr Kind kümmern soll.	3
		Aktuell bin ich nicht gut darin, wegzugucken. Ich versuche immer irgendwas. Und wenn es ist, den Blick vom Vater zu kriegen oder einen netten Satz zu sagen, was für ein tolles Kind er hat oder ich steige aus. Manchmal wechsele ich das Café, weil ich es nicht ertrage. Also einmal / Ich habe ja selber vier Kinder, aber / weil ich nicht ertrage, wie eine Mutter mit ihrem Kind umgeht. Das ist deren Ding, aber / so ein Abstand wird schwieriger. Ich setze mich raus oder ins nächste Café.	
		Das habe ich selten. Neulich war eine Mutter so hochgradig aggressiv, dass ich denke, die schlägt ihre Kinder. Also da mag ich mich täuschen, aber da war so etwas drin, wo ich dachte, woah. Auch sie als Person war so abgetrennt, wo ich dachte, oh. Ja. (...) Aber ich glaube, das haben alle im Kopf. (...)	
K7: Selbst wird positiv beeinflusst	K7.1: Von Patientinnen lernen	Und da denke ich immer, wow, also da kann ich teilweise was lernen, auch in dem mich spiegeln. Die kriegen auch sofort mit, wenn ich, was weiß ich, mal abdrifte, mit den Gedanken woanders bin, wenn irgendwas bei mir passiert. Kleinste Signale werden wahrgenommen. Und wenn sie den Mut haben, das zu spiegeln,	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		können wir das direkt hier wieder aufgreifen und das fasziniert mich sehr.	
		Und das sind Patienten, von denen ich lernen kann, weil ich finde, die haben eine Fähigkeit, auch die guten Sachen in ihrem Leben wirklich zu sehen. Also oft eine sehr, sehr hohe Dankbarkeit für die guten Sachen im Leben. Und ich habe unter Menschen, da kriege ich immer eine Gänsehaut, wenn ich darüber rede, die schwersttraumatisiert sind, oft Menschen, die unglaublich interessiert daran waren, ihr Leben gut zu gestalten. Und das finde ich etwas / also deswegen arbeite ich sehr, sehr gerne.	2
		Auf alle Fälle. (...) Ich lerne hier von meinen Klienten. Manchmal sind es praktische Dinge. Kommt eine mit drei / die einen neuen Beruf haben will, die ist jetzt nicht traumatisiert, aber ich mache so ein Beispiel, das ist natürlich / Und die kann Networking! Und die Kann sich im Internet / ist die fit. Und wie die das Ding angeht, Wahnsinn! Und das lerne ich und gebe es aber auch weiter dann an den Nächsten. Also ich lerne von ganz vielen.	3
		Weil die suchen ja / im besten Falle findet jemand in der Therapie seine eigene Lösung. Nicht meine, sondern seine. Und dabei darf ich zugucken. Und das erweitert mich natürlich über	3

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		Lösungsversuche. Was kann man tun? Da lerne ich eine Menge.	
		Naja, wenn ich zum Beispiel irgendwann mitgekriegt habe, dass bestimmte (...) Aspekte oder auch Interventionen, jetzt keine Ahnung, in Liebesbeziehungen vom Patienten besonders hilfreich oder heilsam waren, dann denke ich halt auch: Naja, vielleicht könnte das bei mir auch funktionieren, ja. (...)	5
		Ja. Ständig. (...) Also, ich bin zum einen fasziniert, was (...) Menschen alles bewältigen können.	1
	K7.2: Von Patientinnen inspiriert werden	Ja. Und eben diese Gestaltung. Also ich habe wirklich viel von was die an Hobbies haben, was die ausprobieren, wo die sagen, dass und das will ich noch erleben. Und wenn die einem dann erzählen, dass sie es gemacht haben. Und wenn es eine Urlaubsreise ist! Die erzählen diese Urlaubsreise ganz anders als jemand, der von Kindesbeinen an zweimal im Jahr in den Urlaub gefahren ist und für den das so normal ist. Das ist schon schön.	2
		Nein. Da kommt auch / es kommen auch große menschliche Qualitäten ans Licht, ja. Das wir sowas haben wir Überlebensschuld. Das wir uns (...) das finde ich zum Beispiel anrührend (schluchzt leicht). Das wir uns schuldig fühlen, wenn wir andere im Unglück zurücklassen. Das ist doch großartig, oder? Und das zu sehen, das ist berührend, aber gut, ja.	3

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		Aber trotzdem durch die vielen Erfolge, die ich therapeutisch auch habe, bin ich auch sehr optimistisch, bin ich geblieben. Oder finde es grandios, auch zu erkennen wie die Psyche zum Beispiel durch die strukturelle Dissoziation, also ANP und EP, das ist so genial. Das / Also / Ich bin immer wieder fasziniert und voller Ehrfurcht und Wertschätzung für die Psyche, ja? Das finde ich toll. Und das ist eben trotz schwerster Traumatisierung heilbar ist. Das finde ich auch wunderbar.	4
	K7.3: Sinnerleben durch die Arbeit mit Patientinnen	Also auf jeden Fall die Begleitung von Heilung. Das Wissen, dass das wirklich Sinn macht. Also zu erleben auch, dass das Sinn macht.	1
		Also das sind so Momente, wo ich merke, toll. Also Menschen, die noch vor zwei Jahren suizidal waren und jetzt plötzlich wirklich glücklich (..) geerdet im Leben stehen. (...) Dann weiß ich, warum ich mache, was ich mache.	1
		Also manchmal bedauere ich / Also, ich bewundere Menschen sehr, die (...) die Sinnhaftigkeit in ihrem Leben sehr, sehr gut empfinden können, weil das fehlt mir so ein bisschen. Ich sage mal, Gott sei Dank habe ich einen Beruf gewählt, der irgendwo Sinn macht, aber im Großen und Ganzen, ja, also, ich habe manchmal so einen / Also auf der einen Seite, so sehr ich gerne im Einzelkontakt mit Menschen Kontakt habe und mich mit denen wohlfühle, wenn ich mir so die Menschheit als Gesamt sehe, dann komme ich zur Misanth-	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		ropie. (lacht) Und da ist es dann wirklich immer wieder ein Fingerzeig, ja, also wie Menschen anders mit ihrem Leben umgehen können. Es beeinflusst schon, aber ich bedaure es, dass ich mir nicht noch mehr aufbauen kann.	4
		Naja, (...) also es ist ja grundsätzlich in der Therapie so, wenn man als Therapeut erfolgreich ist, dann geht es den Patienten besser und das tut natürlich dem Therapeuten auch gut, ja? (lacht) Also diese Selbstbestätigung ist da drinnen, aber auch einfach eine Freude, dass man irgendwie was Sinnvolles tun kann und eben auch jemandem auf seinem Weg ja doch weiterhelfen kann oder ihn so begleiten, dass er sich selber weiterhelfen kann. So ist es ja besser.	
	K7.4: Relativieren eigener Problematiken	Na das kann irgendwas sein, dass ich wegen irgendwas (...) Beruflichem oder Familiärem genervt bin und mich dann daran erinnere, dass ich noch am Morgen zu einer schlimmen Vergewaltigung gearbeitet habe und dann einfach merke: okay, es ist jetzt stopp. Hör mal auf, dich hier über irgendwas aufzuregen, weil (...) es lohnt sich nicht. Das sind nicht die schlimmen Themen des Lebens. Also da hilft es mir ein Stück weit.	1
		Ich schäme mich manchmal, wenn ich mich selbst beim Nörgeln über mein Leben erwische. Also das ist natürlich auch immer so, wenn ich immer so Phasen habe, wo es nicht	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		so gut läuft oder wo ich mit irgendwas im Privatleben unzufrieden bin und denke, meh meh meh meh, alle anderen haben aber dieses oder jenes und warum habe ich es jetzt gerade nicht. (lacht) Ja, und warum funktioniert das nicht? Dass ich mir dann, wenn ich in so einer Therapie-sitzung mal kurz denken: Sage mal, hast du sie noch alle? Du regst dich darüber auf, dass deine Freundin dir kurzfristig den Urlaub abgesagt hat, ja? (lacht) Also solche Sachen, ja.	5
		Und zum anderen kommt glaube ich auch eine andere Geduld rein mit sich selber. (...) Und wenn / ja Geduld ist glaube ich das richtige Wort. Und (...) was noch? Ja, ich glaube, es kommt auch eine andere Bescheidenheit rein. Also weil (...) ja, man backt irgendwie kleinere Brötchen.	
	K7.5: Anderen Menschen helfen können	Und vielleicht auch wo es so, es gibt so (...) Doch, es sind viele schöne Erlebnisse meiner Klienten, die auch wie so eine mich selber wärmende Geschichte in mir bleiben. Da blicke ich halt zurück, und ich kann jetzt immerhin auf 13 Jahre zurückblicken. Ich habe gerade neulich einen Jugendlichen getroffen aus meiner (...) Zeit der Jugendhilfe, der schon lange nicht mehr Jugendlicher ist, sondern jetzt auch Papa ist. Und das ist dann immer / so zurückzublicken auf: ah ja, so was das vor 10, 12 Jahren, da ist er jetzt / Da gibt es so viele kleine	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		Anekdoten einfach, die trage ich mit mir mit.	
		Und dann ist es natürlich auch ein sehr schönes Gefühl, den Leuten helfen zu können. Und gerade Leuten, die es richtig schwer haben. Also wenn jemand so lange einsam ist mit irgendwas, ihn begleiten zu können.	3
		Und dann ist natürlich / Also unser Glückshormon wird am meisten ausgeschüttet, wenn wir andere retten. Wir sind glücklicher, wenn wir zehn Euro / mit zehn Euro jemandem helfen können, als wenn wir zehn Euro verschenken, als wenn wir sie geschenkt kriegen. Und das darf ich ja beruflich laufend tun.	3
		Und am tollsten ist es natürlich, wenn die Leute schon wer weiß was alles versucht haben und das hat alles nichts geholfen. Und wenn man dann eine Methode anbieten kann, die hilft. Das ist (...) genial. (lacht) (...) Nee, das ist schon gut. (...)	4
		Naja, ich glaube, dass es schon ein gutes Gefühl ist, Menschen helfen zu können. Und vor allem in / Also, vor allem Menschen oder vor allem in Bereichen, wo man nicht so leicht Hilfe findet. Es gibt halt schon sehr komplexere Geschichten, wo / und auch viele Leute, die schon viele Therapeuten gesehen haben und die auch schon viele Therapeuten verschlissen haben und wo dann auch eine Verzweiflung gibt, dass die nicht verstanden werden oder so. Und also was ich schon irgendwie als, ich sag mal, erfüllend empfinde, ist / es	5

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		hört sich so groß an, aber im Extremfall natürlich Menschen helfen zu können, denen sonst keiner helfen kann. Es gibt natürlich immer noch tausend andere Menschen, die denen helfen können, aber es gibt halt auch Menschen, die dann dankbar sind irgendwie dann, wenn sie mal verstanden werden. Oder wenn man auch hier Problematik zumindest erklären kann.	
K8: Selbst wird negativ beeinflusst	K8.1: Keine Filme mit Gewalt mehr sehen können	Und es gibt bestimmte Sachen, die ich / also da fällt mir / fielen mir neulich oder fällt mir schon lange auf, ich mag zum Beispiel überhaupt keine Filme mehr schauen, wo Gewalt drin vorkommt. Ich habe da überhaupt kein / das geht nicht / habe ich / finde ich absurd, mir irgendwas anzugucken, wo so die ganze Zeit fiese, brutale Geschichten erzählt werden / dass ich damit weitestgehend aufgehört habe, außer es ist auf eine Art aufbereitet, wo es nicht zu deftig wird.	1
		Aber mir fällt noch eine persönliche / Ich gucke mir im Kino keine, keinerlei dramatische oder harte Streifen an. (...) Das habe ich in der Arbeit. Kriegsfilme geht überhaupt nicht.	3
	K8.2: Belastung durch das Arbeiten mit Traumatisierten	Was ich halt feststelle, das finde ich, dass ist mir sehr klargeworden, seit ich im Traumafeld bin, ist, ich packe mir die Geschichten gar nicht so sehr in meine Gedanken, sondern in meinen Körper. Also ich kriege oft mit, dass (...) viel Anspannung in mir ist körperlich, also das gar nicht so, dass meine Gedanken da rumkreisen um all die Geschichten, sondern, dass ich	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		am Ende des Tages (...) Schmerzen habe, Verspannungen habe (...) vielleicht mal mit den Zähnen knirsche oder so. Dass ich so / Und ich glaube, das hat viel (...) auch mit dieser Art von Arbeit zu tun, dass es viel darum geht, sich einzuschwingen, zu spüren, empathisch zu sein. Eben auch viel, das nonverbal passiert, eben auch die Traumaverarbeitungsprozesse sind (...) mehr nonverbal als verbal. Das da einfach ein sich einschwingen aufs Gegenüber eben auch dazu führen kann, dass man eben anstatt es im Kopf zu haben im Körper zu haben.	
		Nein, also ich meine, wir sind natürlich manchmal an der Schwelle, also / Ein ganz großes Alarmsignal ist, wenn doch innere Bilder in mir kommen von Dingen, die ich ja nicht gesehen habe, sondern mir dann fantasie. Das ist immer so ein absolutes / dann geht die innere Alarmlampe an.	1
		Und das ist natürlich härter. Weil manchmal fragt man sich auch wirklich, was soll ich denn jemandem sagen, der solche Dinge erlebt hat? Und der diesen Zugang nicht hat, warum lohnt es sich, weiterzumachen. Also auch Suizidalität ist ja immer Thema. Und da kann man schon sagen, ja, ist das Leben so toll? Also muss man das wirklich noch durchziehen? Wenn man sich überlegt, was dieser Mensch schon erlitten hat und wie wenig er im Augenblick, ich sage jetzt mal, die Ruhe im Leben,	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		die er jetzt hat, genießen kann, ja, weil die Vergangenheit nach denen greift.	
		Da gibt es so Leute, die begleite ich dann lange (...) und es entsteht so ein Verstehen, was mit Ihnen ist. Also Selbstbewusstsein im Sinne von: ich werde mir bewusst. Aber wo es auch wirklich oft zäh ist. Für die Leute und dann natürlich auch für mich. Und so eine Hilflosigkeit entsteht. Ich kann denen nicht helfen. Ich würde gerne mehr, ich weiß nicht, was. Die Arbeit ist dann, dieses Gefühl auszuhalten. Ja, also da würde ich sagen, ist es speziell.	3
		DIS, also die dissoziative Identitätsstörung, die ich zum Teil noch nicht erkannt habe und zum Teil schon und das war wirklich der super Stress. Noch nicht mal so sehr wegen der Klientinnen, das war eigentlich gar nicht das Problem. Die waren alle sehr motiviert und intelligent und arbeiteten ganz toll mit. Aber (...) meiner Erfahrung nach sind die ALLE aus satanistischen Kulte, diesen destruktiven Kulte und diese Kulte lassen ihre Mitglieder ja nicht aus den Augen. Und haben die dann abgefangen und retraumatisiert und das war / nach einer Weile ging ich da selber auf dem Zahnfleisch.	4
		Für mich war es auch belastend, das zu Ihrer Frage, ja. Wenn man so grässliche Geschichten sich anhören muss und dann ja auch mitfühlt als Therapeut zwangsläufig, sonst hilft das ja auch nicht. Ich konnte zwar immer ganz gut die Sachen hinter	4

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		mir lassen, außer bei den DIS Klienten, die haben mich bis in den Schlaf rein verfolgt, glaube ich. Also deren Verfolger. Nicht die Klienten an sich. (...)	
		Es wird immer weniger, aber ein bisschen manchmal. Manchmal wirkt das schon ein bisschen nach.	5
	K8.3: Isolation	Also, ich habe Themen, die würde ich überhaupt nicht da raustragen, weil es einfach (...) Also, weil ich so viele Jahre gebraucht habe, um da reinzuwachsen und ich weiß, wenn ich sowas jetzt bei irgendwem auf den Tisch legen würde. Das geht nicht. Wenn ich an meine Kinder denke, meine große Tochter ist jetzt Teenager, da gibt es schon einen ganz starken Impuls, die auch vor sowas noch zu schützen inhaltlich. Also die interessiert sich schon ein bisschen für meine Arbeit und fragt auch mal nach, aber die ganz dicken Brocken würde ich (...) würde ich so nicht auf den Tisch legen wollen. Ich glaube, dass das wirklich weit über das Teenageralter hinaus Erfahrung braucht, um sich solchen Themen zu stellen.	1
		Ein Stück weit, ja. Also es ist schon manchmal so ein Gefühl von, ich trage da Sachen mit mir rum, die ich mit wenigen Menschen teilen kann. (...)	1
		Im Kriegs / Wenn ich mich mit Kriegstraumatisierung beschäftige,	3

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Interview
		ist das unglaublich hart, weil ich Geschichten höre, die erzähle ich nicht mal jemandem. Die will ich niemandem in den Kopf tun. Und da ist auch die Scheu der Klienten, es mir zu erzählen, weil sie wissen, wenn sie es mir erzählen, habe ich es im Kopf. Das ist eine intuitive Scheu. Und es ist eine Zumutung und man muss es aushalten. (...)	
	K8.4: Fokus auf Negatives und Verlust der Naivität	Nee, ich würde sagen, nein. Stimmt nicht ganz, aber das ist jetzt ein anderer Bereich, das hat nichts mit Traumatisierung zu tun. Aber seit ich mit Verbrechern gearbeitet habe und mit Kriminellen, schließe ich meine Wohnung anders ab und so weiter, aber weil ich die Kniffe kenne. Also bei der Deliktarbeit kriege ich ja mit, wie bricht man ein und was weiß ich nicht. Ich wurde auch immer gerügt von meinen Patienten: [Name], Sie tragen einen Rucksack! Sie wissen schon, wie schnell ich Ihre Geldbörse da raus habe!	2
		Das überlege ich gerade. (...) Wahrscheinlich. Also für andere wahrscheinlich schon. Ich bin ja, ich bin da ja so ein bisschen / Also mit zwei traumatisierten Eltern und (...) einer traumatisierten Großmutter und drei KZ Überlebenden in der Familie ist das für mich wahrscheinlich so normal (lacht), dass ich es nicht bemerke. (...) Vielleicht ist es manchmal ein komisches Bild auf die Welt, soviel Leid sich anzuhören. Ich höre ja wenig gute Geschichten. (...) Aber da habe ich keinen Vergleich.	3

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		Aber auch sonst / Zu verstehen, wer sitzt eigentlich vor mir. Da wird man besser. Und es ist persönlich ein Fluch und ein Segen. (...) Also (...) Manchmal ist naiv sein auch schön.	3
		Das ist hauptsächlich bei den DIS Patienten passiert. Weil das waren reale Bedrohungen. Ich konnte als Therapeut die nicht davor schützen, dass die zwischen den Sitzungen abgefangen wurden und retraumatisiert wurden mit den Elektroschockern und ich weiß nicht was alles. (...) Das macht einen fertig als Therapeutin. Das ist auch das, was mich am meisten mitgenommen hat.	4
		Klar, ständig. Also allein dadurch, dass man da eine andere Brille auf hat, hat man ja automatisch eine andere Perspektive. Also wenn man jetzt, keine Ahnung, Störungsbilder bei einem Menschen erkennt, dann (...) erkennt man die ja auch im Privatleben und dann geht man ja ganz anders damit um. Also das heißt konkret, wenn ich jetzt zum Beispiel jemandem (...) eine Frau kennen lerne oder irgendeinen Menschen kennen lerne, dann kann ich relativ früh sagen, was der Störungsgrad ist sozusagen. Und dann kann ich mich natürlich entsprechend positionieren oder verhalten.	5
K9: Mono- versus Komplextrauma	---	Ich finde ja. Also in der Regel hat Trauma, wenn wir jetzt mal vom späten Monotrauma ausgehen, das hat finde ich / das ist ein klar umrissenes	1

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Interview
		Thema, da gibt es ein traumatisierendes Ereignis, das wird angegangen und (...) oder es hatte Konsequenzen, dann wird das Thema angegangen, dann haben wir Auswirkungen auf diese Konsequenzen, in der Regel irgendwas Positives. Also da ist es so ganz klar und spürbar. Ich habe früher mal gesagt, dass ist dann ein bisschen wie Laub harken, man sieht genau hinterher, was hat man geschafft. Das ist allerdings wirklich nur für späte Monotraumen.	
		Frühes Komplextrauma ist dann oft das Gegenteil. Da hat man das Gefühl, okay, ich habe jetzt schon, wenn wir mal in der Laub harken Metapher bleiben: ich habe jetzt schon 5 Wochen dieses Laub weggeharkt und es rieselt immer neues runter und / Da kann es einem manchmal genau gegenteilig sein.	1
		Ich habe fast nur komplextraumatisierte Patienten. Also das ist selten, dass jemand, wie zum Beispiel die Frau Ende 40, die mit Depressionen kommt, dass das ein einmaliger Übergriff war, der da irgendwie so belastend ist. Deswegen ist es schwierig zu sagen, aber ich würde sagen, bei Monotraumata tatsächlich, dass man das viel schneller bearbeiten kann. Ja, also das ist wirklich / es geht erstmal darum, eine Grundlage zu schaffen, das Vertrauen Therapeut - Patient - Beziehung und dann wirklich sehr schnell	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter-view
		in die Exposition zu gehen und dann ist es auch wieder gut.	
		Wobei Kriegstraumatisierung nie / anders sind als frühe Traumatisierungen. Das muss man unterscheiden.	3
		Also manches, wenn es etwas Aktuelles war, dann ging es. Also Akuttraumata, weiß ich, in [Stadt] an der Kasse überfallen, Drogeriemarkt oder so, solche hatte ich öfter und die habe ich dann auch mit EMDR durchgearbeitet und das ging. Innerhalb von 5 Sitzungen waren die wieder stabil.	4
		Wenn da nicht was komplexes dahinter war in der Kindheit. Das kam auch manchmal vor. Dann musste man sich darum kümmern und dann dauert das natürlich viel länger. (...) Aber das (...) diese Belastung durch diese kindlichen Komplextraumata, das ist für einen Therapeuten einfach / ja, das ist / Das powert den aus. Das ist kraftzählend. Und deshalb war ich richtig froh, als ich merkte, das funktioniert hier mit dem Kinder retten. Das war eine Erleuchtung. (lacht)	4
K10: Trauma als Arbeit an der Substanz	---	Aber das ist das eine und ich weiß nicht (...) traumaspezifisch (...) es ist so ein bisschen (...) Ich überlege gerade, wie ich das sage, ohne dass es (...) da geht es halt um die Substanz. Da geht es wirklich um unsere Kernthemen. Und ich glaube, das ist vielleicht auch das positive daran, dass wenn wir Kernthemen bearbeiten, dann hat das Auswirkungen auf die komplette Peripherie.	1
		Nö! Nee, es war schon / Also, für mich war schon klar, dass es (...) interessanter und wesentlicher ist als	5

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		Gesprächstherapie zum Beispiel. Also das es halt mehr so um Substanz geht.	
K11: Sicherheit durch Erfahrung	---	Also (...) es hat so zwei Sachen. Ich habe natürlich eine irre Sicherheit in der Arbeit mit Traumatisierten, das ist ungefähr (...) knapp die Hälfte meiner Klienten, also ein gutes Drittel.	3
		Naja, ich habe natürlich wesentlich mehr Erfahrung und es fordert mich nicht mehr so. Und ich würde sagen die meisten Themen habe ich relativ gut im Überblick, sagen wir mal so. Es gibt jetzt keine großen Überraschungen, sagen wir mal so.	5
K12: Praxisalltag	---	Also eigentlich mache ich so im Schnitt drei Leute am Vormittag, dann eine ausgiebige Pause und dann nochmal drei am Nachmittag. Das wäre so mein typischer Arbeitstag.	1
		Achso, okay. Na gut, ich meine, in meinem Fall ist es halt so, es ist (...) also ich habe (...) drei, vier, fünf Sitzungen am Tag, je nachdem und habe entsprechende Pausen und (...) zwischendurch mache ich Dokumentation. (...) Und, klar, ich meine, was halt andere Selbstständige auch machen. Ich habe dann noch ein bisschen Buchhaltung zu Hause, ab und zu kommen dann halt Anrufe oder Emailanfragen. Aber ich sage mal so, 90% ist halt schon Fokus auf die reine therapeutische Arbeit.	5
K13: Beruflicher Werdegang	---	Und insofern / also ich habe die Therapieausbildung tatsächlich erst /	2

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Inter- view
		also die Zusatzausbildung zur Traumatherapeutin erst später gemacht. Aber ich war erstmal damit konfrontiert, dass ich mich ja mit Trauma auseinandersetzen muss und habe dann erstmal gelesen. Was macht man denn so, wenn man mit arbeitet, der ja eine posttraumatische Belastungsstörung oder eben eine Traumafolgestörung hat	
		Und dann (...) dann habe ich Klinikerfahrung / Also nach der Drogentherapie war ich schon in eine Praxis gegangen und habe da gemerkt, dass wenn da so schwerer Gestörte kamen, dass ich dann mit denen überhaupt nicht zurecht kam und mit denen noch zu wenig Erfahrung hatte. Dann bin ich in die Klinik gegangen, die damals die einzige in Deutschland war, wo man Gestalt in der Klinik machen konnte. Und das war in [Stadt], das gibt es auch heute noch, zwei Kliniken große. Da bin ich dann hängen geblieben, 23 Jahre lang.	4
		Ich wollte nach dem Abitur / Also, ich hatte zwei Talente oder Interessen und Talente. Ich hatte ein Fabel für Finanzen und Betriebswirtschaft und ein Interesse für Psychologie. Und habe / damals gab es so / Man hat sich da noch so über den Numerus Clausus beworben. Ich weiß nicht, ob das immer noch so ist. Ich konnte mich nicht entscheiden und habe mich für beide Studienfächer beworben und habe gesagt: okay, was kommt, kommt. Und dann kam ein Studienplatz in BWL und dann habe ich BWL studiert. Und bin relativ bald unzufrieden geworden, aber konnte	5

Kategorie	Subkategorie	Beispielzitat	Interview
		nicht so einfach wechseln. Habe dann einige Jahre als BWLer gearbeitet, allerdings schon in der Nähe des therapeutischen Kontextes. (...) Und habe dann irgendwann auch / Also, Finanzkrise und alles Mögliche so miterlebt und habe dann so ein bisschen die Schnauze voll gehabt von den Finanzen und habe gesagt, ich muss mich nochmal neu entscheiden. Habe dann halt nochmal einen Lebenswandel vollzogen und mich dann / Also, dann hatte ich schon aus persönlichem Interesse die Traumatherapieausbildung gemacht. Und dann auch in dem Kontext auch Heilpraktikant, kleiner Heilpraktiker und dann hat es sich einfach ergeben, dass ich dann halt um-sattelte sozusagen.	

8.9 Anhang I: Kategorienbildung der einzelnen Interviews, dargestellt in Tabellenform

INTERVIEW 1

Zeile	Auswertungseinheit/Textbaustein	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
6 – 8	Also ich habe / Von meiner ursprünglichen Ausbildung bin ich Gestalttherapeut und habe in der, damals in der stationären Jugendhilfe gearbeitet. Jugendliche mit Doppeldiagnose Sucht und psychischer Erkrankung.	Ursprüngliche Ausbildung Gestalttherapeut, in der stationären Jugendhilfe, Doppeldiagnose Sucht und psychische Erkrankung	Grundausbildung Gestalttherapie	Grundausbildung
8-10	Und war da eigentlich vom ersten Tag an mit dem Thema Trauma konfrontiert in dem Feld und stellte fest, Gestalttherapie bringt mich da nicht wirklich weiter.	Vom ersten Tag mit Trauma konfrontiert, Gestalt hilft nicht weiter	Trauma sehr präsent, Grundausbildung unzureichend	Grundausbildung
10-12	Habe dann geguckt, was gibt es in dem Bereich, habe eine EMDR Ausbildung gemacht direkt in der Hoffnung, da mit den Jugendlichen arbeiten zu können.	Was gibt es, EMDR Ausbildung in der Hoffnung, mit Jugendlichen arbeiten zu können.	EMDR Ausbildung, Hoffnung auf besseres Arbeiten	Traumaausbildung
17-19	Na zum einen hatte ich recht schnell das Gefühl, dass EMDR nicht wirklich zu mir passt. Der Gestalttherapeut und der EMDR Therapeut passten nicht zusammen, so dass ich mich deswegen weiter auf die Suche gemacht habe.	EMDR passte nicht, Gestalt und EMDR passt nicht, weiter auf der Suche	EMDR passte nicht, suchte weiter	Traumaausbildung
19-21	Zum anderen war es so, je tiefer ich in das Thema eingestiegen bin, umso mehr / oder je länger ich damit gear-	Je tiefer im Thema und je mehr Erfahrung, desto mehr Fragen entstanden	Mehr Erfahrung, mehr Fragen	Traumaausbildung

	beitet habe, umso mehr Fragen entstanden da eigentlich erstmal.			
21-22	Und so kam dann eine Fortbildung zur anderen.	Eine Fortbildung nach der Anderen	Kontinuierlich Fortbildungen	Traumaausbildung
22-24	Bis ich mich dann irgendwann entschlossen habe, komplette traumatherapeutische Grundausbildung zu machen, wo alle Elemente drin sind, die / oder viele Elemente drin sind, die von Nöten waren.	Entscheidung, Grundausbildung Trauma zu machen, in der viele Elemente enthalten sind	Grundausbildung Trauma	Traumaausbildung
32-34	Nicht wirklich. Also es war eher so, dass ich durch den Job in der Jugendhilfe mit dem Thema konfrontiert war, aber von Anfang an in guten Kontakt mit den Jugendlichen stand und eher pragmatische Überlegungen waren.	Keine Bedenken, schon mit Trauma konfrontiert, durch guten Kontakt zu den Jugendlichen eher pragmatische Überlegung	Keine Bedenken, Pragmatismus	Eigene Resilienz
34-35	Was brauche ich an Tools, um mit denen arbeiten zu können?	Welche Tools werden gebraucht	Traumaspesifische Tools	Techniken der Arbeit
35-36	Weil ich mit Gestalt / kamen wir nicht / es gibt so ein paar Artikel mit Gestalt und Trauma, aber das hat mir nicht wirklich geholfen.	Gestalt hilft nicht	Grundausbildung funktioniert nicht	Grundausbildung
45-46	Also zum einen mache ich das wirklich sehr gerne, ich habe das Gefühl, mir fällt Trauma /	Mache Arbeit sehr gerne	Macht Arbeit gerne	Traumatherapie als positive Arbeit
46-47	So schlimm die Themen da sind, so groß ist auch die Heilung, die auf der anderen Seite passieren kann.	Schlimme Themen, aber auch große Heilungschancen	Schlimme Themen, große Heilung	Traumatherapie als positive Arbeit
47-48	So ist das, was mich immer wieder sehr berührt und sehr schön ist, Leute zu begleiten.	Leute begleiten ist immer wieder sehr berührend und schön	Begleitung der Patienten schön und berührend	Selbst wird positiv beeinflusst

48-49	Und es nimmt aber kein Ende, also die Notwendigkeit, sich fortzubilden als auch das Feld Trauma ist riesen-, riesengroß.	Notwendigkeit zur Fortbildung nimmt kein Ende, Trauma-feld ist sehr groß	Umfang macht Fortbildung konstant notwendig	Traumaausbildung
49-52	Also, es wird ja auch unter diesem Dach eine Menge subsummiert und zum Beispiel das ganze Thema frühe Entwicklungsstörungen, Entwicklungstrauma, alleine das Feld, kann man sich Jahre mit beschäftigen, das ist nur ein Feld im Traumabereich.	Unter Trauma werden viele Störungsbilder zusammengefasst, mit denen man sich Jahre beschäftigen kann	Trauma beinhaltet viele Störungsbilder	Techniken der Arbeit
60-62	Ja gut ein typischer Tag ist, dass ungefähr 5 bis 6 Klienten kommen, mehr mache ich nicht mehr am Tag, auch seit ich meinen Schwerpunkt in Trauma habe, ist das so mein Limit.	Typischer Tag beinhaltet 5 bis 6 Klienten, mehr ist seit Schwerpunkt Trauma zu viel	Menge an Patienten pro Tag begrenzen	Praxisalltag
62	Manche kommen für anderthalb Stunden, manche für eine Stunde.	Dauer der Therapiestunden variiert	Dauer der Therapiestunde	Praxisalltag
62-63	Ich sehe zu, dass ich lange Pausen mache zwischendurch, Spaziergang mit dem Hund.	Lange Pause zwischendurch, Spaziergang mit dem Hund	Lange Pausen	Praxisalltag
63-65	Also eigentlich mache ich so im Schnitt 3 Leute am Vormittag, dann eine ausgiebige Pause und dann nochmal drei am Nachmittag. Das wäre so mein typischer Arbeitstag.	Typischer Arbeitstag im Schnitt 3 Patienten vormittags, große Pause, 3 Patienten nachmittags	Typischer Arbeitstag	Praxisalltag
70-71	Selten. Ich bin von Anfang an positiv überrascht gewesen, dass ich die Themen nicht so mit nach Hause nehme.	positiv überrascht, dass belastende Themen nicht mit nach Hause genommen werden	Belastende Themen werden nicht mit nach Hause genommen	Eigene Resilienz

71	Da ich selber zwei Kinder habe, das ist wirklich das Einzige.	Eigenen zwei Kinder bilden eine Ausnahme	Ausnahme: Eigene Kinder	Weltbild wird negativ beeinflusst
72-75	Wenn es wirklich um Kinder geht, dann berührt mich das manchmal so über diesen Umweg meiner eigenen Kinder und ich merke, dass ich so durch die Arbeit so ein bisschen meine / wie soll ich das sagen, wenn man den ganzen Tag hört, was alles an Erlebnissen passieren kann, dann sind die einfach präsenter.	Durch die eigenen Kinder sind Erfahrungen aus der Praxis präsenter	Assoziation zwischen Patientenmaterial und eigenen Kindern	Weltbild wird negativ beeinflusst
75-77	Das hat sich für mich geändert. Deswegen bin ich jetzt nicht ängstlich geworden. Ich lasse meine Kinder trotzdem machen, aber ich habe dann so ein gewisses anderes Bewusstsein, würde ich sagen.	Veränderung, aber nicht ängstlicher. Lässt Kinder trotzdem machen, aber anderes Bewusstsein.	Bewusstsein für Negatives	Weltbild wird negativ beeinflusst
77-83	Und es gibt bestimmte Sachen, die ich / also da fällt mir / fielen mir neulich oder fällt mir schon lange auf, ich mag zum Beispiel überhaupt keine Filme mehr schauen, wo Gewalt drin vorkommt. Ich habe da überhaupt kein / das geht nicht / habe ich / finde ich absurd, mir irgendwas anzugucken, wo so die ganze Zeit fiese, brutale Geschichten erzählt werden / dass ich damit weitestgehend aufgehört habe, außer es ist auf eine Art aufbereitet, wo es nicht zu deftig wird.	Keine Filme mit Gewalt mehr anschauen, es sei denn, sie sind sensibel aufbereitet	Keine gewalttätigen Filme mehr sehen	Selbst wird negativ beeinflusst
97-100	Also ich gucke viel auch auf andere Kinder oft durch meine Brille sozusagen und	Gucke auch auf andere Kinder wie Klassenkameradinnen	Andere Kinder werden durch die Brille des	Weltbild wird negativ beeinflusst

	wenn ich irgendwie Kinder, was weiß ich, Klassenkameradinnen meiner Tochter sehe, die sich extrem auffällig verhalten, da rattert da schon mal was mit so, das ist so eine Geschichte.	meiner Tochter durch die Brille des Traumatherapeuten	Traumatherapeuten betrachtet	
100-104	Oder wenn ich so Eltern sehe, die einfach unmöglich mit ihren Kindern umgehen. Mein Beispiel ist immer: Eine Mutti fährt mit ihrem Kinderwagen hier lang und das Kind schreit und schreit und schreit und die Mutter reagiert überhaupt nicht, dann muss ich / habe ich immer so einen Impuls rauszurennen und der zu erklären, dass das einfach mal gar nicht geht und sie sich doch mal bitte um ihr Kind kümmern soll.	Eltern, die unmöglich mit ihren Kindern umgehen: Mutter, die Kind im Kinderwagen schreien lässt und nicht reagiert. Impuls, einzugreifen.	Impuls, bei schlechten Eltern einzugreifen	Weltbild wird negativ beeinflusst
104-105	Bei sowas fließt das viel ein, ja. Also hauptsächlich bei kleinen und Kleinstkindern eigentlich.	Bei kleinen Kindern fließt das viel ein	Berufsprägung bei kleinen Kindern stark präsent	Weltbild wird negativ beeinflusst
109-114	Also auch in dem Wissen, wie normal es leider immer noch heute ist, Kinder schreien zu lassen, was in den 70ern völlig normal war, aber heute immer noch für viele Eltern total normal ist. Man lässt das Kind eine Weile schreien, dann hört es schon irgendwann wieder auf. Wo ich immer fleißig Aufklärungsarbeit versuche zu leisten und zu sagen: ein Kind schreibt nie ohne Grund und braucht immer etwas, wenn	Wissen, dass viele Eltern ihre Kinder immer noch schreien lassen. Versuche, Aufklärungsarbeit zu leisten und zu erklären, dass Kind nie ohne Grund schreit	Aufklärung dagegen, Kinder schreien zu lassen	Weltbild wird negativ beeinflusst

	es schreit. Und unser Job ist herauszufinden, was braucht es.			
120	Also schon erstaunlich wenig. (...) Jetzt so in dem Bezug auf Kinder ja.	Einfluss auf Privatperson erstaunlich wenig, nur im Bezug auf Kinder	Wenig Einfluss auf Privatperson, Ausnahme: Kinder	Selbst wird negativ beeinflusst
120-125	Im Bezug auf / dass ich natürlich in dem Wissen, ich bin irgendwie Psychotherapeut und im Traumasektor unterwegs, werden mir oft Fragen gestellt in dem Bereich, oder jetzt gerade im Umland, im Garten kam eine Nachbarin und erklärte, ihr Partner hätte gerade Panikattaken und ich soll jetzt doch mal gucken, was da los sei und so. So dieses typische: Du bist doch Psychologe, komm doch mal! Wobei das auch schon vor Traumaarbeit Thema war.	Ich bin Psychotherapeut, da werden oft Fragen gestellt, Beispiel Nachbarin, Partner hat Panikattaken, ich soll gucken, was los sei. Typisch bei Psychologen, unabhängig von Trauma.	Unabhängig von Traumaspezialisierung von Bekannten als Psychologe befragt	Aspekte der Arbeit unabhängig von Trauma
126-133	Was jetzt mich persönlich gerade sehr beschäftigt, ist, meine Tochter wurde vor ein paar Wochen von Auto umgefahren und hat jetzt gerade die ganze Palette Traumasymptomatik. Das heißt, ich habe das sozusagen gerade live in der Familie mit Albträumen, Flashbacks, Ängsten und allem, was da kommt. Und das erlebe ich gerade als (...) herausfordernd, da einfach liebevoller Papa in der Begleitung zu sein und nicht den Traumatherapeuten anzuschalten,	Tochter von Auto angefahren, hat jetzt Traumasymptomatik, erlebe ich live in der Familie, Herausforderung, einfach Papa und nicht Traumatherapeut zu sein, darauf zu vertrauen, dass es wieder wird	Abgrenzung schwer bei Traumasymptomatik in der Kernfamilie	Selbst wird negativ beeinflusst

	sondern einfach erstmal darauf zu vertrauen und zu schauen / also erstmal zu schauen, wie wird es sich entwickeln, nicht gleich bei oh Gott oh Gott, wir brauchen jetzt Intervention A, B, C, sondern eher am /			
141-144	Also ich habe so zwei Fälle von (...) frühen, fast rituellem, auf jeden Fall durchorganisiertem Missbrauch, das ist schon was, was mich dann sehr beschäftigt. So zu wissen, die wurden als Kinder wirklich herumgereicht, mit Einverständnis der Eltern, das ist was, wo (...) ja, dass mich viel beschäftigt.	Zwei Fälle von rituellen oder durchorganisiertem Missbrauch und das Wissen um das Einverständnis der Eltern beschäftigen mich sehr	Wissen um rituellen Missbrauch und Mittäterschaft der Kernfamilie sehr belastend	Weltbild wird negativ beeinflusst
144-147	Was ja auch gerne immer wieder in den Medien ist als Thema, auch weil es halt so heftig ist, eben oft von den Medien aufgegriffen wird und da merke ich, wenn ich da tief reingehe und mich wirklich verbinde, dann (...) kommt manchmal so ein Zweifel an das Gute im Menschen in mir hoch.	Thema wird gern von den Medien aufgegriffen, bei genauer Beschäftigung damit kommt Zweifel an das Gute im Menschen hoch	Zweifel am Guten im Menschen	Weltbild wird negativ beeinflusst
147-151	Also wenn / es gibt ja bestimmte Tätergruppen, die sind zu unvorstellbarem fähig und das beißt sich halt total so mit meiner Grundhaltung von: Eigentlich sind wir alles gute Wesen, manche haben halt schlechte Bedingungen gehabt und haben sich deswegen zu etwas schwierigeren Charakteren entwickelt.	Tätergruppen, die zu unvorstellbarem fähig, das beißt sich mit meiner Grundhaltung, dass wir alle gute Wesen sind, von denen manche schlechte Erfahrungen gemacht haben	Gegensatz von Realität der Täter und Grundhaltung vom guten Menschen	Weltbild wird negativ beeinflusst

151-154	Aber wenn ich mitkriege, was für Böswilligkeiten es zuweilen gibt, auch noch in dem Wissen, dass das teilweise Tätergruppen sind, die hochvernetzt in (...) entsprechenden Kreisen sind, dann kriege ich manchmal, ja, Schwierigkeiten, mich da noch entspannt zu bewegen, sag ich mal.	Wissen über Böswilligkeiten und hochversetzte Tätergruppen macht es schwer, sich entspannt zu bewegen	Berufsprägung erschwert entspanntes Bewegen	Weltbild wird negativ beeinflusst
163-167	Also die therapeutische Situation ist dann wieder eher heilsam für mich auch mit. Wenn ich dann erlebe, jemand geht und stellt sich seinen Themen und kommt in Heilung, was ja auch nicht immer gelingen muss, muss man ja auch der Ehrlichkeit halber sagen. Aber wenn ich einen Heilungsprozess begleite, dann merke ich, das versöhnt mich auch wieder mit dem Schrecken dieser Themen. Das tut mir gut.	Therapeutische Situation ist heilsam, wenn Patient sich seinen Themen stellt, Heilung gelingt nicht immer, aber wenn Heilung passiert, versöhnt das mit dem Schrecken der Themen.	Heilung in der therapeutischen Situation versöhnt mit Schrecken der Themen	Selbst wird positiv beeinflusst
167-171	Und erstaunlicherweise sind es tatsächlich mit meine schlimmsten Fälle von den Geschichten her, die auch mit am (...) schön ist jetzt ein blöder Begriff, aber die sich einfach so entwickelt haben, dass (...) ich mich wahnsinnig freuen kann darüber, was da passiert ist und was mich auch bestärkt und mir auch irgendwie sagt, das ist gut, diese Arbeit zu machen.	Schlimmste Fälle haben sich so entwickelt, dass ich mich freuen kann, was passiert ist. Bestärkt mich und sagt mir, dass ist es gut ist, diese Arbeit zu machen	Entwicklung in schlimmen Fällen bestätigt Sinn der Arbeit	Selbst wird positiv beeinflusst
171-173	Es ist wichtig, diese Arbeit zu machen. Und noch so mein Teil / Irgendeinen Gegenpol	Arbeit ist wichtig, stellt Gegenpol zum Irrsinn der Welt dar	Arbeit stiftet Sinn	Selbst wird positiv beeinflusst

	zu dem vielen Irrsinn, der auch in dieser Welt herrscht, darzustellen.			
183-188	Also wie gesagt, bei diesen organisierten Täternetzwerken (...) da ist das wirklich / ich bin mittlerweile Welten begegnet, von denen ich ehrlich gesagt lieber nie gewusst hätte, dass es sie gibt. Das ist schon schwer, das auszuhalten und zu wissen, sowas gibt es tatsächlich. Das ist nicht irgendein skurriler Mythos, sondern ist vorhanden, ob jetzt irgendwie satanische Zirkel oder sonstiger ritueller Missbrauch. (...) Das hat mich eigentlich am meisten beeinflusst.	Organisierte Täternetzwerke zeigen Welten, von denen ich lieber nicht gewusst hätte. Ist schwer, dieses Wissen auszuhalten. Satanische Zirkel und rituellen Missbrauch gibt es. Das beeinflusst am meisten.	Realität von organisiertem rituellem Missbrauch belastet am meisten	Weltbild wird negativ beeinflusst
188-190	Alle anderen, ich sag mal eher typischen Traumata waren eh immer ein Teil meines Erwachsenenwissens, sag ich mal, und haben da erstaunlich wenig mit mir gemacht, muss ich sagen.	Alle anderen typischen Traumata waren Teil meines Erwachsenenwissens und haben erstaunlich wenig mit mir gemacht	Reguläre Traumata belastend wenig	Eigene Resilienz
195-196	Also auf jeden Fall die Begleitung von Heilung. Das Wissen, dass das wirklich Sinn macht. Also zu erleben auch, dass das Sinn macht.	Begleitung von Heilung und Erleben des Sinnes der Arbeit machen Arbeit lohnenswert	Heilung und Sinn erleben macht Arbeit lohnenswert	Selbst wird positiv beeinflusst
196-200	Am schönsten ist manchmal, wenn mir dann jemand noch ein Jahr später nochmal eine E-Mail schickt und sagt: vielen Dank nochmal und seit ich nicht mehr in Therapie bin, ist auch noch das und das passiert. Oder ich habe neulich von einem (...) afghanischen Flüchtling, mit dem	Am schönsten ist, wenn ich eine Dankes E-Mail bekomme, die mir erzählt, was inzwischen passiert ist. Beispiel von afghanischem Geflüchteten, der jetzt Vater ist	Erfolgsgeschichten von Patienten sind sehr schön	Traumatherapie als positive Arbeit

	ich lange gearbeitet haben, der hat mir Fotos geschickt, weil er jetzt Papa geworden ist.			
204-206	Also das sind so Momente, wo ich merke, toll. Also Menschen, die noch vor zwei Jahren suizidal waren und jetzt plötzlich wirklich glücklich (..) geerdet im Leben stehen. (...) Dann weiß ich, warum ich mache, was ich mache.	In Momenten, in denen ich sehe, wie ehemals suizidale Patienten im Leben stehen, weiß ich, warum ich meine Arbeit mache	Erfolgsgeschichten von Patienten stiften Sinn	Selbst wird positiv beeinflusst
215-218	Also natürlich auch. Wenn ich dann von so einem Erlebnis beseelt nach Hause gehe, dann komme ich vielleicht auch anders zu Hause an, als wenn ich irgendwie gerade mit dem schwierigsten Fall der letzten Wochen hier hatte. Also sicherlich macht das einen Unterschied.	Auch positive Erlebnisse nehme ich mit nach Hause und komme dort anders an als nach einem schwierigen Fall	Positive Arbeits Erfahrungen beeinflussen Privatleben	Selbst wird positiv beeinflusst
218-223	Oder ich merke auch, wenn ich / also ich habe immer so zwei, drei Fälle, die wirklich schwierig sind, die nur kleinste Fortschritte machen oder auch mal Rückschritte machen, und wenn sich dann zufällig an so einem Tag mehrere von denen ballen, das macht was mit mir. Da komme ich schon auch mal nach Hause und merke so, boah, ich bin ganz schön beschäftigt damit oder habe eben nicht das Gefühl, hier vorangekommen zu sein. Das kommt durchaus vor.	Wenn sich Fälle mit wenig Fortschritt an einem Tag ballen, macht das was mit mir und ich komme noch belastet zu Hause an	Schwierige Arbeitstage belasten Privatleben	Selbst wird negativ beeinflusst

228-233	Nicht wirklich. Also eher diffus im Sinne von Stimmung. Also, was weiß ich, dass ich feststelle, den einen Tag komme ich nach Hause und alles / alle Kinder toben wild im Haus rum und ich freue mich und steige gleich mit ein und an einem anderen Tag komme ich nach Hause und merke: oh Gott, ich bin völlig reizüberflutet und ich muss mich erstmal zurückziehen oder / Also es kann also ein und dieselbe Verhaltensweise zu Hause was anderes in mir auslösen.	Negative Erlebnisse übertragen sich diffus in der Stimmung und in Reizüberflutung durch das Toben der Kinder. Normales Geschehen löst Stress aus	Negative Erlebnisse beeinflussen die Stimmung und die Belastbarkeit negativ	Selbst wird negativ beeinflusst
242-250	Also für mich ist immer was ganz Zentrales, was Trauma angeht, ist / Ich sag mal, Traumatherapie ohne den Körper zu beziehen, funktioniert nicht. Ich habe zwar auch schon vorher gesagt, Psychotherapie ohne den Körper einzubeziehen, funktioniert nicht (lacht). Aber das war ein Grund, warum ich einen anderen Weg gegangen bin. Aber ich denke, in der klassischen Psychotherapie noch eher, da kann man auch durch darüber reden und Reflexion von Verhaltensweisen zu Veränderungen kommen. In der Traumatherapie, das manifestiert sich einfach in der Physiologie und wenn wir die nicht einbeziehen, dann (...) ja, kommen wir in der Regel	Traumatherapie speziell funktioniert nicht ohne Einbeziehen des Körpers, da Trauma sich in der Physiologie manifestiert, anders als in der klassischen Psychotherapie	Körperarbeit zentral wichtig in der Traumarbeit	Techniken der Arbeit

	nicht voran. Und das ist für mich das eine Besondere.			
250-255	Das andere Besondere ist, dass ich in der Traumatherapie eigentlich das auch was sehr methodenvereinendes ist. Das ist nicht mehr so ein Rahmenkampf, VT, TP, sonst was gibt, sondern einfach die Traumatherapeuten sich mit allen Grundausbildungen eigentlich kompatibel sind und da nicht mehr ganz so die Grabenkämpfe sind. Nicht mehr ganz so heiß / jetzt wo es darum geht, was wird kassenfinanziert, da fängt es jetzt doch wieder an, schwierig zu werden.	Besonders ist das methodenvereinende der Traumatherapie, sie ist kompatibel mit allen Grundausbildungen und es gibt keine Grabenkämpfe. Schwierig wird es nur, wenn es um Kassenfinanzierung geht	Traumatherapie ist methodenübergreifend	Techniken der Arbeit
259-263	Aber das ist das eine und ich weiß nicht (...) traumaspezifisch (...) es ist so ein bisschen (...) Ich überlege gerade, wie ich das sage, ohne dass es (...) da geht es halt um die Substanz. Da geht es wirklich um unsere Kernthemen. Und ich glaube, das ist vielleicht auch das positive daran, dass wenn wir Kernthemen bearbeiten, dann hat das Auswirkungen auf die komplette Peripherie.	In der Traumaaarbeit geht es um die Substanz, um die Kernthemen. Es ist schön, dass die Arbeit an den Kernthemen auch die Peripherie beeinflusst	Traumaaarbeit ist Arbeit an der Substanz	Trauma als Arbeit an der Substanz
263-267	Während wenn jetzt jemand kommt und / also ich habe ja jetzt eine Privatpraxis, ich habe auch Leute, die kommen einfach mal, weil sie sich ein paar Themen angucken wollen, und dann kommt jemand vielleicht mit	Mit Patienten, die sich ein paar Themen angucken wollen, bewegt man sich in der Peripherie	Alltagsthemen arbeiten an der psychischen Oberfläche	Trauma als Arbeit an der Substanz

	dem Thema, soll ich meinen Job hinschmeißen oder nicht, und traue ich mich das oder nicht, dann sind wir ja sehr an der Peripherie.			
267-270	Und ich finde das tatsächlich manchmal anstrengender als Traumaarbeit, wo einfach ziemlich klar ist, worum es geht, was ist das Problem, was soll anders werden im Leben und in der Regel auch der Weg einigermaßen klar ist.	Bei der Traumaarbeit sind Problem und Ziel klar umrissen und der Weg ist einigermaßen klar	Traumaarbeit ist klar definiert und abgegrenzt	Techniken der Arbeit
274-280	Ich finde ja. Also in der Regel hat Trauma, wenn wir jetzt mal vom späten Monotrauma ausgehen, das hat finde ich / das ist ein klar umrissenes Thema, da gibt es ein traumatisierendes Ereignis, das wird angegangen und (...) oder es hatte Konsequenzen, dann wird das Thema angegangen, dann haben wir Auswirkungen auf diese Konsequenzen, in der Regel irgendwas Positives. Also da ist es so ganz klar und spürbar. Ich habe früher mal gesagt, dass ist dann ein bisschen wie Laub harken, man sieht genau hinterher, was hat man geschafft. Das ist allerdings wirklich nur für späte Monotraumen.	Späte Monotraumata sind klar umrissen und können gut strukturiert angegangen werden. Die positiven Konsequenzen sind klar spürbar. Vergleich mit Laub harken, da man genau sieht, was man geschafft hat.	Arbeit mit späten Monotraumata klar definiert	Mono- versus Komplextrauma
280-284	Frühes Komplextrauma ist dann oft das Gegenteil. Da hat man das Gefühl, okay, ich habe jetzt schon, wenn wir mal in der Laub harken Metapher bleiben: ich habe	Die Arbeit mit frühen Komplextraumata ist nicht geradlinig und es kommt immer wieder etwas neues.	Arbeit mit Komplextraumatisierung ist langwierig	Mono- versus Komplextrauma

	jetzt schon 5 Wochen dieses Laub weggeharkt und es rieselt immer neues runter und / Da kann es einem manchmal genau gegenteilig sein.	Vergleich Laub harken und Blätter fallen immer weiter		
289-297	Bei meinen Klienten ja, bei mir nicht so. Also für mich ist das irgendwie so ein ganz essentieller Punkt zu sagen, wir bleiben dran. Ich halte diese Hoffnungsflagge hoch. Ich sage, dass macht Sinn, was wir hier machen und ja, es wird dauern, und ja, es wird schwierig, wir gehen durch ganz schwierige Phasen durch, ja und zwischendurch steht vielleicht auch mal Klinik an. Aber ich glaube, ich könnte diesen Job gar nicht machen, wenn ich nicht die ganze Zeit diese / also sowohl für mich brauche ich diese Alles wird gut Flagge in der Hand als auch für meine Klienten. Also ich glaube, es ist ganz wichtig, dass die ein Gegenüber haben, das sagt, dass macht Sinn und wir bleiben dran und ich bin dabei und wir gehen da zusammen durch.	Klienten sehen manchmal kein Ende, aber ich nicht. Ich halte an der Hoffnung und am Sinn der Arbeit fest, auch wenn es zwischendurch sehr schwere Phasen geben wird. Diese Hoffnung ist für mich und für meine Klienten wichtig.	Hoffnung und Vertrauen in Therapieerfolg trotz Schwierigkeiten ist wichtig für beide Parteien	Techniken der Arbeit
303-304	Ja, auf jeden Fall. Also ich denke, es ist unser Job, Menschen zu bestärken, die sich da verlieren in der Hoffnungslosigkeit.	Es ist Aufgabe des Therapeuten, die Patienten zu bestärken	Therapeuten müssen Patienten bestärken	Techniken der Arbeit
304-307	Das ist nicht immer leicht. Also es gibt schon Fälle, wo ich merke, ups, ich fange an, mich mit einzuklinken. Dann	Passiert es, dass ich mich selbst zu sehr involviere, geht es	Bei zu enger Verstrickung ist Supervision wichtig	Unterstützende Faktoren

	geht es aber ab in die Supervision. Dann wird nochmal darüber geredet und geguckt, wie komme ich da wieder raus, wenn ich mich auf diesen Strudel habe mit reinziehen lassen.	schnell zur Supervision, dort wird das aufgearbeitet		
319-332	Auf jeden Fall frühe Bindungsstörungen. Also das ganze Thema frühe Bindungsstörungen heißt ja auch, die zeigt sich ja auch hier im Kontakt, das heißt, (...) Typischer Fall, wenn Borderline Klienten, die mir vielleicht in der ersten Sitzung erzählen, die hätten sich noch nie so gut verstanden gefühlt wie bei mir. Und in der dritten Sitzung mich mit Vorwürfen überhäufen, wie schlimm ich in der vorletzten Sitzung gehandelt hätte und (...) Also das ist eine (...) Das ist das ganze Thema frühe Bindung, da kann man sagen, dass ist eigentlich das herausforderndste Klientel. Ich denke, wenn die ersten Jahre, die ja eigentlich uns vorbereiten auf das Leben. Ich sage mal, in dem Nest, in das wir reingeboren wurden, wenn da schon die Strukturen nicht stimmen und wir eben nicht vorbereitet werden auf: ich habe einen sicheren Heimat-hafen, wo alles gut ist, dann wird es schwierig. Weil der Mensch eben überhaupt keinen Zugang haben zu einem	Frühe Bindungsstörungen wie Borderliner sind das herausforderndste Klientel und für den Therapeuten sehr belastend, da sie keine sichere Basis in den ersten Lebensjahren erlebt haben	Belastung durch früh bindungs-gestörte Patienten	Aspekte, die die Arbeit belastend machen

	Gefühl von Sicherheit oder zu einem Gefühl von / die keinen inneren Zugriff haben auf positive soziale Erfahrungen, die einfach nicht erlebt haben, es gibt Menschen, die zu mir halten. (...) Das macht es sehr, sehr schwer. Sehr, sehr hart.			
336-343	Also in der Regel, versuche ich dann, der sichere Hafen zu sein und (...) das gelingt mir auch ganz gut. (...) Es gibt manchmal so Klienten, da kriege ich so einen inneren Impuls, die so liebevoll durchzuschütteln zu wollen und zu sagen, bitte hör auf damit, aber (...) Manchmal sage ich das dann in einer etwas sanfteren Art und Weise noch, um das zu spiegeln, das es / Also das ist manchmal spannend zuzuschauen, wie jemand selbst aufgrund natürlich der Erfahrungen, die sich gemacht haben, in dieser selbstdestruktiven Schleife so drinsteckt. Das ist wirklich oft sehr herausfordernd. Jetzt weiß ich gar nicht mehr, was die Frage war.	Sicherer Hafen sind und Impuls, zu schütteln und bitten, mit selbstdestruktiver Schleife aufzuhören, große Herausforderung	Rettungsimpulse aushalten	Techniken der Arbeit
347-352	Emotional anfühlt, ja. Also das wäre jetzt so ein typisches Übertragungsphänomen, wenn ich dann selber so ein / Also, wenn in mir ein Impuls hochkommt. (...) Spannend sind natürlich auch immer überhaupt die	Typische Übertragungsphänomene von einem Extrem zum anderen als Mensch aushalten	Extreme Übertragung aushalten	Aspekte, die die Arbeit belastend machen

	ganzen Übertragungsphänomene. Also wenn ich von ich bin der beste Therapeut der Welt zu ich bin das größte Arschloch der Welt / diese Projektion abzubekommen (...) und natürlich selber auch Mensch zu sein (...), der / den das in irgendeiner Form berührt.			
352-356	Das ist manchmal nicht leicht, das dann für den Moment beiseite zu stellen und wirklich ganz da zu sein für mein Gegenüber. Obwohl eigentlich sehe ich es so: das ist mein Job, das auszuhalten, egal, was da kommt. (...) Oder nicht nur auszuhalten, weil aushalten klingt so nach (...) eher durchzulassen. Das ist immer so meine Metapher, dass ich es durch mich durchlasse.	Eigene Emotionen zur Seite stellen ist schwer, aber es ist mein Job, durchlässig zu sein	Durchlässigkeit trotz schwieriger Übertragung	Aspekte, die die Arbeit belastend machen
367-375	Also, ja, manches hat sich sehr geändert. Ich habe, also ich habe schon immer sehr körperorientiert gearbeitet. Aber ich habe zum Beispiel früher auch viel mit Körperkontakt gearbeitet, da bin ich viel, viel vorsichtiger geworden, seit, ja, (...) Je mehr ich mich im Feld von Missbrauchsbegegnungen und Grenzüberschreitungen, die passiert sind, desto achtsamer bin ich geworden mit dem Wissen, dass das auch grenzüberschreitend sein kann. Und gleichzeitig habe ich weiterhin die Haltung / Also, ich	Schon immer sehr körperorientiert gearbeitet, aber jetzt sehr viel vorsichtiger geworden. Mehr Reflexion des Körperkontaktes durch mehr Berufserfahrung. Körperkontakt auch nicht komplett negieren, guten Mittelweg gefunden	Körperkontakt und Körperarbeit in der Traumatherapie	Techniken der Arbeit

	finde, manche Therapie- schulen sind sehr körperabs- tinent und negieren komplett das Potential von Kontakt und Berührung. Das ist was, wo ich sehr reflektiere mittler- weile drüber und denke ich einen guten Mittelweg gefun- den habe für mich. Aber da hat sich wirklich viel geän- dert.			
375- 381	Überhaupt vorsichtiger, also ich bin auf der ande- ren Seite vorsichtiger ge- worden, früher hatte ich halt nur EMDR zur Verfü- gung und habe, wann im- mer es Trauma als Thema gab, habe ich meinen Fin- ger hochgehoben und Au- gen gewischt, sage ich mal ein bisschen platt. Heute gucke ich viel genauer hin. Ist die Person bereit dafür, ist die stabil genug, was gibt es an Themen, wie ist unsere Beziehung? (...) Also, ja, ich gucke einfach differenzierter hin. Das würde ich sagen.	Vorsichtigere Aus- wahl der Methoden, nicht mehr nur sofort EMDR, genaueres Untersuchen der Si- tuation	Methoden diffe- renzierter ver- wenden	Techniken der Arbeit
381- 390	Und bin auch immer mehr ein Verfechter von (...) Also für mich gehört Trauma a) in die Grundausbildung mit rein und b) sehr viel in die Grund- ausbildung mit rein. Also es gibt, wenn man guckt, ein traumatherapeutisches Kur- rikulum, vernünftiges, hat mindestens 120, 140 Stun- den Umfang und eigentlich	Verfechter davon, dass Trauma in der Grundausbildung vorkommt. Auch das reicht nicht aus. Er- schreckend, wie viele Therapeuten ohne fundierten Hin- tergrund im Feld Trauma arbeiten	Trauma muss in Grundausbil- dung präsenter sein	Grundaus- bildung

	<p>ist das nur der Anfang. Das ist einfach, wir schnuppern mal ins Feld Trauma rein und haben so ein paar Basisgeschichten gemacht und wenn ich überlege, seit wieviel Jahren ich mich in dem Feld bewege und habe noch lange nicht das Gefühl, fertig zu sein damit. (...) Dann finde ich das manchmal sehr erschreckend, dass viele, viele Therapeuten in dem Feld arbeiten und kaum Hintergrund haben. Weil sie eben eine Grundausbildung hatten, in der vielleicht mal ein Wochenende über Trauma geredet wurde.</p>			
401-402	<p>Also auch da wieder macht es sich eigentlich fest an, (...) wie früh ist Trauma in das Leben der Person getreten und wie chronisch. Das sind zwei wesentliche Faktoren so.</p>	<p>Wie früh und wie chronisch Trauma auftritt sind wesentliche Faktoren für Behandlungsverlauf</p>	<p>Art des Traumas entscheidend für Behandlungsverlauf</p>	<p>Mono- versus Komplextrauma</p>
403-407	<p>Und wenn jemand relativ stabiles, normales, ich sage mal normopathisches Leben hatte, weil ich glaube keiner von uns ist in einem komplett gesunden Feld aufgewachsen. Aber in einem einigermaßen gesunden Feld aufgewachsen und dann ein schlimmes Ereignis erlebt hat, sagen wir einen Autounfall. Dann ist das, ist es eine sehr angenehme Arbeit, die sehr, also mich auch mit einer gewissen Gelassenheit rangehe.</p>	<p>Relativ stabile Kindheit und spätes Monotrauma ist eine angenehme Arbeit, gehe mit gewisser Gelassenheit heran</p>	<p>Monotrauma nach stabiler Kindheit ist gut zu bearbeiten</p>	<p>Mono- versus Komplextrauma</p>

407-409	Wobei ich auch schon Erlebnisse hatte, von denken, das wird sehr einfach, und plötzlich zeigte sich Schicht um Schicht die tieferen Themen darunter, also es tauchen auch oft Überraschungen auf.	Auch schon Erlebnisse, bei denen unter Monotrauma tieferliegende Themen auftraten, Überraschungen möglich	Trotz Monotrauma komplexere Themen möglich	Mono- versus Komplextrauma
409-411	Genau, die frühen chronischen Traumata, die machen die Arbeit halt deutlich komplexer, deutlich schwieriger.	Frühe chronische Traumata machen Arbeit komplexer und schwieriger	Arbeit an Komplextraumata schwierig	Mono- versus Komplextrauma
411-418	Viel steht und fällt mit der Beziehung zwischen mir und meinen Klienten. Also wenn die von Anfang an hier gut landen, dann ist die Arbeit deutlich einfacher als wenn es von Anfang an Schwierigkeiten im Kontakt gibt. Und (...) genau. Manchmal, wenn von Anfang an der Kontakt extrem schwierig ist, dann schlage ich auch nach ein paar Sitzungen vor, dass die sich doch nochmal nach jemand anderes umschauen sollen. Weil das einfach von vorneherein so viele Stolperfallen im Kontakt gab, dass es dann manchmal schwer ist, diesen / die Beziehung nochmal wieder rund zu kriegen, um wirklich dann in dem Feld arbeiten zu können.	Therapeutische Beziehung entscheidend. Bei schwieriger Beziehung auch manchmal Therapeutenwechsel vorschlagen	Therapeutische Beziehung entscheidend für Therapieerfolg	Unterstützende Faktoren
423-424	Ja. Ständig. (...) Also, ich bin zum einen fasziniert, was (...) Menschen alles bewältigen können.	Lerne ständig von Patienten. Fasziniert, was Menschen bewältigen können	Lernen und inspiriert sein von Resilienz der Klienten	Selbst wird positiv beeinflusst

424-429	Also, manchmal gibt es auch so ein relativieren der eigenen Themen, so nach dem Motto: ach komm, stell dich nicht so an, es gibt deutlich schlimmeres im Leben. Also, das hilft tatsächlich manchmal, wenn man selber in kleinen Alltagsdramen steckt. Sich einfach klar zu machen, das ist jetzt ein kleines Alltagsdrama, das ist nicht wirklich ein Drama. Da kannst du jetzt die Zähne dran festbeißen oder du nimmst es einfach mal hin.	Relativieren der eigenen Themen, Alltagsdramen als solche erkennen, nicht zu sehr daran festbeißen, sondern hinnehmen	Gelassenheit durch Relativieren der eigenen Problematik	Selbst wird positiv beeinflusst
433-437	Na das kann irgendwas sein, dass ich wegen irgendwas (...) Beruflichem oder Familiärem genervt bin und mich dann daran erinnere, dass ich noch am Morgen zu einer schlimmen Vergewaltigung gearbeitet habe und dann einfach merke: okay, es ist jetzt stopp. Hör mal auf, dich hier über irgendwas aufzuregen, weil (...) es lohnt sich nicht. Das sind nicht die schlimmen Themen des Lebens. Also da hilft es mir ein Stück weit.	Bei eigenen Problemen an Patientengeschichten denken und diese dadurch relativieren	Relativieren eigener Problematik durch Patientengeschichten	Selbst wird positiv beeinflusst
437-444	Ich habe auch / das ist ein bisschen, das mag schräg klingen, aber ich habe (...) Viele Traumatisierte, die durch ihr Thema durch sind, erleben ein unglaubliches Potential auch danach. Zum Beispiel habe ich mehr Klienten, die einfach aufgrund ei-	Viele Traumatisierte haben gelernt, ihr Gegenüber sehr aufmerksam zu lesen und nutzen dies, um nach erfolgreicher Therapie selbst in Heilberufen zu arbeiten	Fähigkeit von Traumatisierten, Menschen zu lesen	Selbst wird positiv beeinflusst

	ner dauerbedrohlichen Kindheit lernen mussten, sehr genau hinzuschauen, wie tickt Mama heute, wie tickt Papa heute. Und so gut gelernt haben hinzuschauen, dass jetzt, wo sie mit ihren Themen durch sind, die selber in heilerischem Kontext arbeiten. Weil die das so genial gelernt haben, Menschen zu lesen und die wahnsinnig gut spiegeln können.			
444-449	Und da denke ich immer, wow, also da kann ich teilweise was lernen, auch in dem mich spiegeln. Die kriegen auch sofort mit, wenn ich, was weiß ich, mal abdrifte, mit den Gedanken woanders bin, wenn irgendwas bei mir passiert. Kleinste Signale werden wahrgenommen. Und wenn sie den Mut haben, das zu spiegeln, können wir das direkt hier wieder aufgreifen und das fasziniert mich sehr.	Kann selbst von Patienten lernen, da die sehr feine Antennen für ihr Gegenüber haben	Sensibilität von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
449-452	Also ich selber achte auch mehr und mehr und mehr auf feinste Signale im Gegenüber. Einfach schon, weil aufgrund der verschiedensten Techniken, die ich anwende, die oft nonverbal sind, geht viel über Wahrnehmung. Ich würde auch behaupten, meine Intuition hat sich deutlich verbessert dadurch und (...)	Achte selbst mehr auf feine Signale, Intuition für nonverbale Äußerungen verbessert	Intuition durch Arbeit mit Patienten verbessert	Selbst wird positiv beeinflusst

452-461	<p>Ich würde sogar sagen, bei mir ist / eine Grundruhe ist in mir komischerweise. Also ich habe gelernt mit so großen Themen gelassen und ruhig umzugehen, dass ich (...) ich weiß nicht, ob es stimmt, aber ich habe immer so die Fantasie, wenn jetzt, keine Ahnung, wenn ich am Breitscheidplatz gewesen wäre während des Terroranschlags, glaube ich, dass ich relativ ruhig und besonnen mit Überblick reagiert hätte. Das kann auch eine überhebliche Fantasie sein, aber es ist so ein Gefühl von, es sind so viel große Themen mir begegnet und es passiert / Also es ist wie so ein Gegenpol. Wenn drüben was ganz Wildes passiert, kommt in mir eine absolute Ruhe. Ich bin voll da und voll fokussiert und (...) das lässt sich zu großen Teilen auch auf mein Leben übertragen.</p>	<p>Durch Arbeit eine Grundruhe, die sich auf das Leben überträgt, Auf Chaos mit innerer Ruhe reagieren, Fantasie: hätte beim Breitscheidplatzanschlag ruhig reagiert</p>	<p>Durch Arbeit innere Ruhe als Reaktion auf Chaos</p>	<p>Selbst wird positiv beeinflusst</p>
473-476	<p>Es gibt auch die Tage, an denen ich merke, ich bin heute extrem dünnhäutig. Wobei ich es auch nicht immer an meiner Arbeit oder an Trauma oder Nicht-Trauma festmache, sondern ich glaube, wir haben auch alle ganz normale Zyklen von mehr (...) dickerer und dünnerer Haut.</p>	<p>Auch Tage, an denen ich unabhängig von der Arbeit dünnhäutig bin, normale Zyklen</p>	<p>Stimmung auch von Arbeit unabhängig</p>	<p>Aspekte der Arbeit unabhängig von Trauma</p>

480-486	Und vielleicht auch wo es so, es gibt so (...) Doch, es sind viele schöne Erlebnisse meiner Klienten, die auch wie so eine mich selber wärmende Geschichte in mir bleiben. Da blicke ich halt zurück, und ich kann jetzt immerhin auf 13 Jahre zurückblicken. Ich habe gerade neulich einen Jugendlichen getroffen aus meiner (...) Zeit der Jugendhilfe, der schon lange nicht mehr Jugendlicher ist, sondern jetzt auch Papa ist. Und das ist dann immer / so zurückzublicken auf: ah ja, so was das vor 10, 12 Jahren, da ist er jetzt / Da gibt es so viele kleine Anekdoten einfach, die trage ich mit mir mit.	Schöne Erlebnisse mit Klienten bleiben wie wärmende Anekdoten in mir im Rückblick auf Berufsleben	Positive Erlebnisse mit Patienten spenden Kraft	Selbst wird positiv beeinflusst
490-492	Und die sind auch tatsächlich mehr als die schlimmen, muss ich sagen. Also wenn ich jetzt so eine innere Statistik machen würde über was bleibt hängen, dann würde ich sagen, 60% sind die schönen Geschichten, vielleicht 40 % die Dramen. (...)	Schöne Geschichten überwiegen in der Erinnerung	Mehr positive Erinnerungen als negative	Traumatherapie als positive Arbeit
499-509	Nee, das war tatsächlich so ein Feld, das ist mir erst so, ich würde sagen, in der Mitte meiner Zeit begegnet, wo ich mich mit Trauma beschäftigt habe und das hat mich (...) am Anfang ganz schön aus der Bahn geworfen. Das war schon schwierig, weil das (...) Also, wenn das in einem / ich glaube, ein entscheidender	Ritueller Missbrauch als Feld schwer zu akzeptieren, ein paar Jahre geweigert, es als Wahrheit anzuerkennen, auch jetzt immer noch erschreckend	Ritueller Missbrauch schwer in Weltbild integrierbar und sehr erschreckend	Weltbild wird negativ beeinflusst

	<p>Punkt ist für mich, dass es einen großen Unterschied macht, passiert (...) Gewalt oder Missbrauch durch eine Person (...) oder ist es ein organisiertes Netzwerk dahinter mit Strukturen, mit Finanzierung, mit (...) ja, im Prinzip ein Wirtschaftsunternehmen kann man fast schon sagen. Das (...) ist was, wo ich auch wirklich mich ein paar Jahre innerlich wirklich gegen gestemmt habe und das gar nicht reingelassen habe als Thema und lange gebraucht habe, dass so nach und nach als eine Wahrheit anzuerkennen und bis heute immer noch Erschrecken auch darüber habe.</p>			
513-517	<p>Nee, also es wäre schlimm, wenn das nicht mehr erschreckend wäre. Aber ich glaube, um dann wiederum damit arbeiten zu können, darf es natürlich nicht so erschreckend sein, dass ich nicht mitgehen kann. Ich glaube, dass ist das Herausforderndste an dem Job, dass uns natürlich die erschrecklichsten Themen begegnen. Und ich glaube auch, unsere Klienten brauchen ein Gegenüber, das offen ist für egal was kommt.</p>	<p>Erschrecken fühlen, aber sich nicht abschrecken lassen. Klienten brauchen Gegenüber, das für alles offen ist</p>	<p>Mitfühlen und offen bleiben, aber nicht selbst überfluten lassen</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>
517-520	<p>Und wenn ich dann selber plötzlich anfangen würde (...) schlotternd weinend auf meinem Stuhl zu sitzen / Mal mitweinen halte ich auch gar</p>	<p>Mitweinen ist okay, aber nicht überfordert sein</p>	<p>Empathisch mit-schwingen ohne eigenes Überfluten</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>

	nicht für falsch, das ist völlig okay, aber ich darf natürlich nicht (...) nicht überfordert sein von dem, was da kommt.			
520-524	Und da bin ich ganz froh, dass mir diese Themen real sehr, sehr wenig hier begegnen. Das ist vielleicht so ein Fall im Jahr, aber der reicht mir auch. Also wenn ich überlege, dass es Therapeuten gibt, die sich komplett auf das Feld spezialisiert haben (...) das sage ich ganz ehrlich, das könnte ich nicht. Das wäre mir zu viel. (...)	Froh, dass ritueller Missbrauch selten erlebe, Spezialisierung darauf wäre zu viel	Eigene Grenzen in Bezug auf rituelle Gewalt wahren	Eigene Grenzen und Fehler anerkennen
529-534	Na ich merke, wenn ich eben einen so einen Fall habe, der macht dann schon einiges mit mir, und wenn das dann zwei wären - also ich merke das über das Ausmaß an Themen, die ich dann vielleicht doch mit nach Hause nehme. Und das reicht immer je nach Tag von Null bis okay, es kommt doch immer mal wieder was hoch. (...) Aber (...) Also, ich kann es nicht wirklich / ich könnte jetzt keinen Parameter benennen, woran ich merke, das ist zu viel, sondern /	Merke Überlastung daran, wie viele Themen im Privaten hochkommen, Ausmaß variiert, keine klaren Parameter	Patiententhemen, die im Privaten hochkommen, sind Zeichen für Überlastung	Selbst wird negativ beeinflusst
534-540	Also ich habe immer wieder gemerkt, ich passe meine eigene Arbeit immer wieder an. Auch das Umfang an Wochenstunden, wieviel Klienten ich arbeite. Ich könnte mir auch niemals vorstellen, vierzig Stunden die Woche	Eigene Arbeit an subjektive Belastung anpassen, könnte nie 40 Stunden Traumatherapie machen, Freude über leichte Klienten	Arbeitspensum anpassen	Eigene Grenzen und Fehler anerkennen

	<p>Traumapatienten von morgens bis abends zu machen. Auch da gibt es Therapeuten, die sowas machen. Mir ist das ein Rätsel. Sondern ich versuche da, das ein bisschen zu sortieren und freue mich auch immer mal wieder, wenn Klienten mit ganz leichten, überschaubaren Themen herkommt.</p>			
541-551	<p>Was ich halt feststelle, das finde ich, dass ist mir sehr klargeworden, seit ich im Traumafeld bin, ist, ich packe mir die Geschichten gar nicht so sehr in meine Gedanken, sondern in meinen Körper. Also ich kriege oft mit, dass (...) viel Anspannung in mir ist körperlich, also das gar nicht so, dass meine Gedanken da rumkreisen um all die Geschichten, sondern, dass ich am Ende des Tages (...) Schmerzen habe, Verspannungen habe (...) vielleicht mal mit den Zähnen knirsche oder so. Dass ich so / Und ich glaube, das hat viel (...) auch mit dieser Art von Arbeit zu tun, dass es viel darum geht, sich einzuschwingen, zu spüren, empathisch zu sein. Eben auch viel, das nonverbal passiert, eben auch die Traumaverarbeitungsprozesse sind (...) mehr nonverbal als verbal. Das da einfach ein sich einschwingen aufs Gegenüber eben auch dazu führen kann, dass man eben</p>	<p>Geschichten der Patienten im Körper anstatt im Kopf, zeigt sich durch Schmerzen und Verspannungen, man nimmt Nonverbales in den Körper auf</p>	<p>Erinnerungen an Patientengeschichten äußern sich im Körper</p>	<p>Selbst wird negativ beeinflusst</p>

	anstatt es im Kopf zu haben im Körper zu haben.			
565-571	Also, es hat ganz viel für mich geändert, seit ich den Hund habe. Ich laufe von hier ungefähr eine Stunde zu Fuß nach Hause und das ist tausendmal besser als früher mit dem Fahrrad oder dem Auto. Da war immer von Praxisende bis nach Hause kommen keine zehn Minuten und jetzt bin ich eine Stunde mit meinem Hund unterwegs, gehe spazieren, lüfte meinen Kopf durch, mache was komplett anderes, unterhalte mich mit Hundehaltern über Hunde oder schau meinem Hund zu, wie er spielt, was wahnsinnig meditativ ist. Das ist eine Geschichte.	Durch Hundespaziergang Zeitraum zwischen Praxis und nach Hause kommen, Ablenkung und Ausgleich	Ritual für Übergang von Berufsleben zu Privatleben	Praxisalltag
571-584	Natürlich selber auch während der Prozesse / Bei mir ist es immer ganz wichtig / Ich versuche immer so eine 50:50 Achtsamkeit hinzukriegen. Dass ich zwar da drüben bin, aber genauso bei mir. Dass ich auch mitkriege in den Sitzungen, was passiert in mir. Und wenn ich das nicht konsequent genug mache, dann merke ich, geht es mir abends auch schlechter. Also es geht ganz viel darum zu spüren / Also sagen wir, da kommt ein Thema und ich ziehe intuitiv die Schultern hoch. Wenn ich das rechtzeitig mitkriege, kann ich wieder loslassen, mich entspannen.	Aufmerksamkeit bei den Patienten und bei sich selbst, auch körperliche Symptome wie Anspannung bewusst wahrnehmen	Selbstaufmerksamkeit körperliche Anspannung	Techniken der Arbeit

	<p>Gerade auch bei dem (...)</p> <p>Also es gibt auch ganz formal Dinge, die mit den Techniken zu tun haben. Also wenn du dann EMDR machst, hast du die ganze Zeit diese Armbewegungsgeschichten, das strengt physiologisch auch an. Wenn ich Brainspotting mache, dann halte ich manchmal eine Dreiviertelstunde einen Stab an eine Stelle und sitze bewegungslos da. Mittlerweise mache ich da zwischendurch ein bisschen Bewegung, setzte mich anders hin. Also da einfach auf sich selber auch zu achten, im Prozess, im Kontakt.</p>			
594-594	<p>Dazu habe ich zum Beispiel extra Stühle hier, damit ich so sitzen kann und so sitzen kann und manchmal sitze ich sogar so. Das ist, also das ist auch (...) für die Arbeit mit meinen Klienten ganz wichtig, ich mache hier manchmal Sachen, die skurril aussehen, wie mich zum Beispiel so hinzuhocken auf den Stuhl. Und gleichzeitig ist es immer eine Einladung an meine Klienten: Tu das, was dir guttut! Wenn du aufstehen und durch den Raum rennen willst, lauf durch den Raum. Wenn du auf den Futon hier, wenn jemand mit dem Futon arbeiten will, kann er dahin gehen. Wenn jemand da hinten in der Ecke</p>	<p>Auf den Stuhl hocken, gähnen als Aufforderung an den Klienten, zu tun, was sie möchten und allen Impulsen nachzugehen</p>	<p>Eigenes Verhalten als Beispiel für Patienten</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>

	sitzen will, soll er da hinten in der Ecke sitzen. Also das ist ja auch immer wieder / Oder ich gähne auch mal herzhaft zwischendurch, statt irgendwie so verlegen vor mich hin zu gähnen. Wenn ich gähnen muss, dann lasse ich das raus. Und dass die gerne sich zeigen dürfen mit allem, was da kommt.			
603-608	Also ich hatte so ein bisschen das Glück, dass die schlimmen Themen ein Stückweit auch step by step erst hier angekommen sind, so. Also es stimmt nicht ganz, eine meiner allerallerallerschlimmsten / also von Thema her / so eine Klientin war / kam kurz nachdem ich mich selbstständig gemacht habe. Aber (...) danach war es tatsächlich so, dass viele Jahre eher kleine, sanfte, milde Traumen im Vordergrund waren, wo ich so das Gefühl hatte, ich konnte mitwachsen mit den Themen der Klienten.	Schwere Fälle kamen erst schrittweise und ich konnte mitwachsen	Therapeut und Patient wachsen gemeinsam	An Klienten wachsen
608-614	Glaube auch, dass das (...) ich kann mir / ich würde heute im Rückblick sagen, manche Klienten, die nach den ersten paar Sitzungen gesagt haben, nee, sie gehen woanders hin, waren Klienten, die gespürt haben, die Themen haben hier noch keinen Raum, weil der Therapeut noch nicht so weit war. (...) Das ist zumindest eine	Klienten spüren, inwieweit der Therapeut ihre Themen handeln kann	Klienten sehr feinfühlig Therapeuten gegenüber	Traumatisierte sind ein sehr feinfühliges Klientel

	Theorie von mir und auch eine Hoffnung, damit nicht die Leute mit den ganz großen Themen bei den Therapeuten landen, die das nicht aushalten können. Also so gesehen bin ich genau /			
614-621	Und die ersten Erlebnisse / also ich habe tatsächlich, das ist etwas, was nicht mehr mache, ein Fehler in Anführungsstrichen, also im Freundeskreis darüber reden. Das sind dann so Menschen, die noch überforderter sind von den heftigen Geschichten, sondern wirklich jetzt konsequent zu sagen, ich gehe dann in eine Supervision mit jemandem, der auch in dem Feld arbeitet. Also ich habe natürlich nicht einen ganzen Fall im Freundeskreis besprochen, aber so (...) Oh, heute war das und das Thema, dann so / Das typische Entladen und man will ja mal was erzählen. Und das ist fatal. Das ist / Das würde ich heute nicht mehr machen. (...)	Fehler: früher mit Freunden über Erlebnisse aus dem Praxisalltag reden und entladen	Fehler: Entladen bei Freunden	Eigne Grenzen und Fehler anerkennen
626-634	Also, ich habe Themen, die würde ich überhaupt nicht draustragen, weil es einfach (...) Also, weil ich so viele Jahre gebraucht habe, um da reinzuwachsen und ich weiß, wenn ich sowas jetzt bei irgendwem auf den Tisch legen würde. Das geht nicht. Wenn ich an meine Kinder denke, meine große Tochter	Themen nicht mehr nach Hause tragen, großes Bedürfnis, Familie vor schwerwiegenden Themen zu schützen	Über Traumamaterial schweigen, um Mitmenschen davor schützen	Selbst wird negativ beeinflusst

	<p>ist jetzt Teenager, da gibt es schon einen ganz starken Impuls, die auch vor sowas noch zu schützen inhaltlich. Also die interessiert sich schon ein bisschen für meine Arbeit und fragt auch mal nach, aber die ganz dicken Brocken würde ich (...) würde ich so nicht auf den Tisch legen wollen. Ich glaube, dass das wirklich weit über das Teenageralter hinaus Erfahrung braucht, um sich solchen Themen zu stellen.</p>			
638-650	<p>Und es ist halt auch, es ist tatsächlich auch / ich muss gerade daran denken, es gab mal so eine Situation, da saßen wir am Lagerfeuer mit ein paar Leuten und da war ein so ein etwas patziger Kerl da, der dann irgendwie mich anguckte und sagte: und, womit ziehst du den Leuten die Kohle aus der Tasche? Und ich sagte: Ja, Traumatherapie. Vergewaltigung und Missbrauch. Und (lacht) da fiel ihm halt die Kinnlade runter und (...) also da habe ich es natürlich auch ein bisschen so benutzt, um so mit einer Gegenpatzigkeit zu reagieren. Aber um mal den Zynismus da rauszunehmen, es ist halt, es ist halt kein Thema, mit dem man hausieren geht. Es ist ein echter Partykiller. (beide lachen) Und das macht es auch schwer. Ich kriege das</p>	<p>Auf patziges Nachfragen patzig reagiert, aber auch ohne Zynismus Beruf Traumatherapeut als Partykiller, andere reagieren oft mit Schweigen</p>	<p>Erschrockenes Schweigen als Reaktion auf Beruf Traumatherapeut</p>	<p>Selbst wird negativ beeinflusst</p>

	im Gespräch mit, wenn man neue Leute kennen lernt, und dieses typische: was machst du so? Und da habe ich es jetzt natürlich sehr patzig gesagt, aber wenn ich sage, ich mache Psychotherapie Schwerpunkt Trauma, die allerwenigsten Leute haben danach noch weitere Fragen. Meistens ist dann erstmal Stille.			
654-655	Ein Stück weit, ja. Also es ist schon manchmal so ein Gefühl von, ich trage da Sachen mit mir rum, die ich mit wenigen Menschen teilen kann. (...)	Last des Traumamaterials distanziert von anderen Menschen	Distanz zu anderen Menschen	Selbst wird negativ beeinflusst
655-656	Und gleichzeitig ist dieses Teilen so wichtig, um das mal rauszulassen. Deswegen ist Supervision so wichtig.	Teilen und Rauslassen in Supervision sehr wichtig	Teilen der Erfahrungen wichtig	Unterstützende Faktoren
660-661	Supervision, Intervision. Also ich merke schon, mich in einem Feld von Traumatherapeuten zu bewegen, tut einfach auch wahnsinnig gut.	Supervision und Intervision mit Traumatherapeuten tut sehr gut	Austausch mit Gleichgesinnten wichtig	Unterstützende Faktoren
665-666	Also wo Menschen sind, die nicht gleich hintenüberfallen, sondern das kennen aus ihrer täglichen Arbeit und die beide Seiten kennen, Licht und Schatten.	Menschen, die den Alltag von Traumatherapie kennen	Gleichgesinnte	Unterstützende Faktoren
666-667	Für mich ist da ganz, ganz, ganz viel Licht in diesem Feld.	Sehr viel Licht im Traumafeld	Positives im Trauma	Traumatherapie als positive Arbeit
667-673	Aber es ist schwer. Ich habe neulich eine / ich habe jemand kennen gelernt, der eine Dokumentation über das Thema Trauma gerade dreht und die nach einem	Beispiel. Sekundäre Traumatisierung bei Filmemachern	Beispiel: Sekundäre Traumatisierung	Sekundäre Traumatisierung als Thema

	<p>halben Jahr Arbeit so sekundär traumatisiert waren, dass die beide erstmal in Therapie gelandet sind und gesagt habe: wir müssen Pause machen, wir können nicht mehr. Also die sind dann glaube ich auch mit einer gewissen Leichtfertigkeit rangegangen an das Thema. So nach dem Motto, wir drehen jetzt mal einen spannenden Film darüber.</p>			
681-684	<p>Nein, also ich meine, wir sind natürlich manchmal an der Schwelle, also / Ein ganz großes Alarmsignal ist, wenn doch innere Bilder in mir kommen von Dingen, die ich ja nicht gesehen habe, sondern mir dann fantasie. Das ist immer so ein absolutes / dann geht die innere Alarmlampe an.</p>	<p>Schwelle zu sekundärer Traumatisierung, Alarmsignal: Bilder von Traumata fantasieren</p>	<p>Innere Traumabilder als Alarmsignal</p>	<p>Selbst wird negativ beeinflusst</p>
684-687	<p>Und dann versuche ich eigentlich ein ganzes Programm zu fahren von / also meistens, da ist es wieder Stichwort Körper: Joggen gehen, laufen gehen, schwimmen gehen, Fahrrad fahren gehen (...) das im Körper in Bewegung bringen, was in meinem Geist gerade rum-schwirrt, so.</p>	<p>Körper bewegen und aktivieren, um Traumabilder abzuarbeiten</p>	<p>Sport als Mittel zur Abreaktion</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>
697-692	<p>Das habe ich selten, aber (...) das ist eben oft, wenn mir ein Klient irgendwas sehr detailliert geschildert hat. Dann springt bei mir was an und fängt an, diese Bilder zu produzieren. Das ist / Ich würde</p>	<p>Bei detaillierten Schilderungen von Klienten selbst an der Schwelle zur sekundären Traumatisierung, aber noch</p>	<p>Gefahr von Sekundärtraumatisierung durch detaillierte Schilderungen</p>	<p>Sekundäre Traumatisierung als Thema</p>

	sagen, da bewegt man sich immer mal an der Schwelle, aber ich habe jetzt noch nicht erlebt, dass ich wirklich in / also selber in eine klassische Traumasymptomatik rutsche würde. (...)	nie selbst Traumasymptomatik		
696-700	Also ich finde es ganz spannend, vor ein paar Jahren gab es mal einen Kongress Sekundärtraumatisierung, da habe ich mich leider erst hinterher von erfahren. Aber ich finde es super, dass das Thema jetzt mit im Raum ist, dass du dich ja anscheinend auch damit beschäftigst, weil ich glaube, dass (...) das unterschätzt wird.	Sekundärtraumatisierung spannendes Thema, das unterschätzt wird	Sekundäre Traumatisierung wird unterschätzt	Sekundäre Traumatisierung als Thema
700-705	Und übrigens auch gar nicht nur / Psychotherapeuten, habe ich das Gefühl, die haben noch so ein gewisses Schutzpolster in ihrer eigenen Ausbildung idealerweise. Ich muss gerade denken an Feuerwehrleute, Rettungssanitäter, Polizisten, die oft ohne eine große Ausbildung in dem Bereich mit viel graphisch / die sehen live die Frauen, die vor zehn Minuten noch verprügelt oder vergewaltigt wurde. Also da (...) haben wir ja noch Glück, wir hören ja nur die Geschichten in Anführungsstrichen.	Psychotherapeuten haben Ausbildung als Schutzpolster im Vergleich zu Erst Helfern	Therapeuten-ausbildung schützt vor Sekundärtraumatisierung	Sekundäre Traumatisierung als Thema
713-719	Ja. Nee, kann ich / Also, ich glaube auch, dass tatsächlich / Also, selbst wenn die	Man kann sich nicht auf Traumamaterial vorbereiten, Beispiel Krankenschwester	Auch stellvertretendes Trauma unvermittelt	Sekundäre Traumatisierung als Thema

	<p>Leute mental vorbereitet werden auf das erste live Erlebnis, das (...) ich stelle mir das sehr, sehr heftig vor. (...) Wundere mich auch immer, weil hier tatsächlich noch keiner aus den Berufsfeldern aufgetaucht ist. Obwohl stimmt nicht ganz, eine Medizinstudentin gehabt, die mal in der Kinderklinik für Verbrennungsoption gearbeitet hat und das war / Genau, an deiner Reaktion sieht man schon, wie schnell man selber sich miteinklinkt und (...)</p>			
719-723	<p>Aber ich kann nicht wirklich / Also, wenn du mich jetzt nach einem Tipp fragen würdest: wie machst du das? Ich kann es nicht wirklich sagen. Ich kann sagen, was ich mache, wenn (...) also, wenn ich merke, es ist schon passiert, wenn diese Bilder kommen, dann versuche ich wirklich vor allem über Sport was zu machen. Aber ich habe mich viele Jahre am Anfang (...)</p>	<p>Kann nicht sagen, wie ich das aushalte. Wenn Bilder kommen, dann hilft Sport</p>	<p>Herkunft Resilienz unbekannt</p>	<p>Eigene Resilienz</p>
723-726	<p>Also, das ist so eine Typische Frage, die viele sagen: ja, schleppest du das denn nicht mit nach Hause? Und ich habe immer nur gesagt: Nee, tut mir leid / Also, nicht tut mir, also glücklicherweise, ich nehme die Themen eigentlich nicht mit nach Hause. Es sind wirklich seltene Fälle, wo das so ist. (...)</p>	<p>Typische Frage, ob Themen mit nach Hause genommen werden, aber glücklicherweise nur sehr selten</p>	<p>Traumamaterial in der Praxis lassen können</p>	<p>Eigene Resilienz</p>

726-730	Und warum auch immer das so ist, also es ist so eine gewisse / ich habe einfach ein gewisses Vermögen, mich solchen Themen stellen zu können. (...) So richtig klar kann ich das nicht sagen, warum das so ist. (...) Ich kenne viele, viele Menschen, wo ich sagen würde, die könnten diesen Job auf gar keinen Fall machen.	Gewisses eigenes Vermögen, sich diesen Themen stellen zu können	Eigenes Talent zur Traumaarbeit	Eigene Resilienz
730-736	Und es ist ja, das vielleicht noch, es ist für mich die allergrößte Herausforderung ist, ich darf mich auch nicht völlig zu machen. Also es ist zwar wichtig, dass ich mich schütze, aber ich muss ja auch im Kontakt bleiben. Ich muss auch hier bleiben. Ich muss mitschwingen mit meinem Gegenüber. Und genau diese gesunde Mitte zu finden aus mich schützen, aber mich nicht voll zu machen, sondern im Kontakt zu bleiben. Da hilft mir tatsächlich am besten dieses innere Bild von: ich lasse es nicht rein in mich, aber ich lasse es durch mich durch.	Balance zwischen Mitschwingen und Distanz wahren ist eine Herausforderung	Herausforderung zwischen Distanz und Mitschwingen	Techniken der Arbeit
740-741	Das ist so bisschen meine wichtigste innere Metapher. Dass alles, was reinkommt, auch nicht gleich wieder raus darf, aber mich einmal kurz touchiert.	Innere Metapher des Durchlassens	Innere Metapher	Techniken der Arbeit
753-757	Also, wenn jemand das Traumafeld gar nicht kennt, ja. Dann ist das (...) Also kann das schon auch schräg	Distanz und Missverständnis bei Therapeuten, die gar keine	Distanz zu Therapeuten ohne Traumaerfahrung	Selbst wird negativ beeinflusst

	sein, wenn jetzt jemand ganz verkorkst verkopft an solche Themen rangeht oder ich einfach / Also, Therapeuten sind ja auch nur Menschen, da gibt es auch die Komplette Palette an (...) Charaktertypen sage ich mal. Also es gibt schon Leute, an die ich mich jetzt nicht wenden wollen würde. (...)	Traumaerfahrung haben		
757-763	Es ist tatsächlich / Also für mich ist es halt wichtig, ich brauche jemanden, der mindestens so erfahren ist wie ich und im Idealfall noch einen zwanzig Zentimeter längeren Erfahrungsbaar Trauma hat. Dann fühle ich mich wohl. Dass ich das Gefühl habe / Also, weil es sind so viele Ebenen, die sich auch nicht richtig kommunizieren lassen, finde ich. Es passiert viel (...) auf einer ganz anderen Ebene. Das ist glaube ich vielen, die im Traumafeld arbeiten, total klar und Anderen gar nicht.	Austausch mit Traumatherapeuten mit gleicher oder mehr Erfahrung sehr wichtig, da dort ein intuitives Verständnis herrscht	Intuitives Verständnis zwischen Traumatherapeuten	Unterstützende Faktoren
763-766	Und ich finde es manchmal erschreckend, wenn jemand zu mir kommt und sagt, ich habe jetzt anderthalb Jahre Psychoanalyse hinter mir und bin mit dem Thema nicht weitergekommen. Und ich sage: Ja, es ist ja auch TRAUMA. Also es ist ein physiologisches Thema. Punkt. (...) Dann werde ich ganz fuchsig (lacht).	Fachlich falsche Behandlung von Trauma erschreckt mich und macht mich wütend	Wut über falsche Behandlung von Traumata	Techniken der Arbeit
ENDE				

INTERVIEW 2

Zeile	Auswertungseinheit/Textbaustein	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
17-24	Als ich beschlossen habe, dass ich Psychologin und Psychotherapeutin werde, habe ich damals gesagt, ich möchte drei Sachen nie: ich möchte nie mit Suchtkranken arbeiten, nie mit Traumatisierten und nie in der Forensik. Mein erster Job war in der Forensik, mit Suchtkranken und die sind sehr oft traumatisiert. (lacht) Da hatte ich alle drei auf einmal. (lacht)	Wollte nie mit Sucht, Trauma oder in der Forensik arbeiten, aber hatte genau dort meine erste Stelle	Erste Stelle mit nicht gewollten Störungsbildern	Stigma Trauma
24-29	Und insofern / also ich habe die Therapieausbildung tatsächlich erst / also die Zusatzausbildung zur Traumatherapeutin erst später gemacht. Aber ich war erstmal damit konfrontiert, dass ich mich ja mit Trauma auseinandersetzen muss und habe dann erstmal gelesen. Was macht man denn so, wenn man mit arbeitet, der ja eine posttraumatische Belastungsstörung oder eben eine Traumafolgestörung hat.	Traumaausbildung erst später, Techniken zuerst selbst recherchiert	Selbststudium Traumatechniken	Beruflicher Werdegang
29-33	Und dann bin ich nach meiner Psychotherapieausbildung / da habe ich sozusagen vier Jahre in der Forensik gearbeitet, dann ein Jahr lang in so einer privat geführten Rehaklinik eben, auch mit Suchtkranken, auch da wieder Trauma ein großes Thema. Dann bei den Frauen ja sozusagen nochmal mehr, vorher hatte ich nur mit Männern zu tun.	Erste Berufserfahrungen, Trauma immer wieder Thema	Erste Berührungen mit Trauma	Grundausbildung
33-38	Da wurde es nochmal offenkundiger und dann bin ich in die Allgemeinpsychiatrie in einer Tagesklinik gewesen und habe auch da festgestellt, oh je, es gibt viele, viele Menschen, die Traumata erfahren haben, sexuelle Übergriffe ganz oft, viel sexuelle Gewalt in der Kindheit und Jugend. Und dann habe ich mir gedacht, so,	Wurde nochmal offenkundiger, wie viele Menschen Traumata erfahren haben, daher Entscheidung zur Traumatherapieausbildung	Entscheidung Traumatherapieausbildung	Traumaausbildung

	jetzt mache ich mal eine Traumatherapieausbildung. Das scheint Sinn zu machen, da besser Bescheid zu wissen.			
42	Ich bin Verhaltenstherapeutin.	Verhaltenstherapeutin	Richtlinienverfahren	Grundausbildung
48-58	Ja, so ein bisschen klaut. Oder auch nicht klaut. Also ich fand das sehr spannend, denn ich hatte in der Therapieausbildung, oh, ja genau in der Therapieausbildung eine Patientin, oder zwei, mit Traumafolgestörungen. Wobei bei der einen sozusagen das schön der umrissene Verkehrsunfall war, also das, was man ja immer als leicht behandelbar - und so war es auch, also in 11 Sitzungen war die Frau wieder völlig fit und meiner Meinung nach, die ist über die BU sehr früh in Therapie gekommen und das hätte sie auch glaube ich / die hätte das auch alleine geschafft. Die hätte eigentlich gar keine Therapie gebraucht, denn die hat sich gleich am nächsten Tag neben den Freund ins Auto gesetzt und ist an der Unfallstelle entlanggefahren und hat schon hardcore Expo gemacht, wie wir das als VTler nennen. Und insofern war das einfach, da habe ich sehr manualisiert auch mit ihr gearbeitet und das /	Richtlinienübergreifendes Arbeiten spannend, Beispiel erste Traumapatientin mit Unfall, manualisiert gearbeitet	Richtlinienübergreifendes Arbeiten	Techniken der Arbeit
58-65	ich fand, ich FAND, ich habe meine Meinung da wieder geändert, ich fand das für Menschen, die (...) viele traumatischer Erlebnisse hatten zu hardcore. Also gleich dieses Expo und da kam mir natürlich dann Frau Reddemann sehr entgegen und den Ansatz Stabilisieren - Traumaexposition - Stabilisieren, ja. Und habe das dann auch eher, also erstmal diesen Fokus auf die Stabilisierung gehabt und fand das sehr gut. Da kritisieren die VTler ja immer, da wird dann ewig stabilisiert und	Direkte Expo zu Beginn als zu hart empfunden, Ansatz nach Reddemann gefolgt	Anfängliche Arbeitsweise mit Trauma	Techniken der Arbeit

	dann passiert nix und ohne Traumabearbeitung können diese ganzen Symptome, Intrusionen und so weiter, Albträume und so weiter, nicht weggehen.			
65-72	Und da / das war glaube ich auch der Punkt, warum ich mir gesagt habe, ich brauche tatsächlich nochmal mehr Traumatherapieausbildung. Weil es war einerseits schön, dass ich hier jetzt schön vor mir hin stabilisiere, aber wie mache ich eine gute Expo und ohne die Patienten zu überfluten und ja letztlich auch mich selbst. Und die Traumatherapieausbildung hat mir sozusagen auch den Mut dazu gegeben, wir müssen uns jetzt aber auch das Trauma anschauen. Also das war glaube ich auch ganz wichtig, weil inzwischen stabilisiere ich nicht mehr sehr lange.	Entscheidung zu weiterer trauma-spezifischer Ausbildung, um mehr Sicherheit zu gewinnen	Sicherheit durch trauma-spezifische Ausbildung	Traumaausbildung
76-79	Also schon, weil ich gucken muss, sind die Leute in einem geschützten Rahmen, sind sie sicher und so weiter und fort, brauchen Sie es. Aber dann gehe ich tatsächlich relativ schnell in die traumatischen Situationen rein, weil nur dadurch wird's besser. Also meine Erfahrung bisher.	Jetzt erst gute Anamnese, dann relativ schnell Exposition	Aktuelles Vorgehen: Traumaarbeit	Techniken der Arbeit
91-97	Also, ja, bei der Patientin mit dem Verkehrsunfall, da war es so, dass ich tatsächlich / also ich war sehr froh, dass die keine Übergriffe, keine Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte hatte. Sodass es wirklich klar umrissen war, weil ich dann ja eben mich am Manual entlanghangeln konnte. Das dünne blaue Büchlein da aus der blauen Reihe. (lacht) Sodass ich ab dann auch gar nicht so viel gebraucht, tatsächlich, weil das und weil die so, also wirklich, die war tough, die hat einfach schon sehr schnell mit dem Expo selbst angefangen. Das heißt, man wusste, man konnte da gehen, das war ganz gut.	Erste traumatisierte Patientin mit Monotrauma, das war klar umrissen und gut behandelbar	Monotrauma gut behandelbar	Mono- versus Komplextrauma

97-100	Bei einer Patientin, die wegen Depression bei mir in Behandlung war und wo es um einen sexuellen Übergriff in der Kindheit letztlich ging, da sage ich mir heute, ich fürchte, ich habe die falsch behandelt.	Patientin mit Depression und kindlichem sexuellem Missbrauch vermutlich falsch behandelt	Behandlungsfehler eingestehen	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
104-113	Und das ist auch in der Therapieausbildung nicht deutlich geworden. Also, aus zweierlei Gründe: die war, ich sage in Anführungszeichen, weil ich es anders sehe, glücklich verheiratet- Hat einen Mann geheiratet, der sehr, sehr verständnisvoll Anfang der Beziehung war und der aber letztlich selbst sexuell übergriffig dann wurde, weil er ihre Grenzen nicht wahrgenommen hat und nicht sehen konnte oder wollte. Das ist unklar. Und damit war ich völlig überfordert und habe, glaube ich, der Patienten da nicht gut geholfen in der Situation mit dem Ehemann. Ich glaube, ich hätte da zum Beispiel auch mal Tacheles sagen müssen. So: naja, da passiert schon wieder das gleiche, was sie schon erlebt haben. Das ist nicht gut. Der Ehemann wollte nicht zur / also den hatte ich gleich am Anfang eingeladen in eine (...) ist das zu detailliert?	Behandlungsfehler auch in der Therapieausbildung nicht deutlich geworden, Beispiel Patientin mit Depression und kindlichen sexuellem Missbrauch	Fehler in Supervision nicht erkannt	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
117-127	Okay. Ich hatte ihn gleich von Anfang an mit eingeladen, weil ich ihm erklären wollte, wie wir therapeutisch arbeiten und das dann auch sexuelle Abstinenz vielleicht erstmal sinnvoll ist und so weiter und so fort. Und ihn auch einzubeziehen, wenn man dann irgendwann eben wieder sagt, wir wollen Sexualität miteinander leben. Der wollte das aber überhaupt nicht. Der wollte darüber nichts wissen. Und das ist jetzt immer das, was ich mir noch sage, das ist gut, aber ich bin nicht glücklich, wenn ich an diese Patienten denke, wie das	Zögerlich und ungeschickt in der Behandlung durch fehlende Techniken und Werkzeuge	Behandlungsfehler durch fehlende Werkzeuge	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen

	ausgegangen ist. Letztlich hat sie auch die Therapie vorzeitig beendet, also sie kam ja eigentlich wegen Depressionen und (...) ich habe schon deutlich gemacht, dass ich denke, was da passiert, hat auch was damit zu tun. Und ich glaube, die wollte da auch nicht ran. Aber da glaube ich immer, da hat mir das Knowhow gefehlt. Also einer der Fälle, wo ich mir so denke, oh, Mist, Therapieausbildung, nicht? (lacht)			
131-139	Genau! Und ich denke mir aber auch, das muss ich dazu sagen, auch eigener Fehler. Und ich rate allen, tun Sie das nicht / ich fand in der Therapieausbildung diesen Druck, einerseits zwar einen Supervisor zu haben, mit dem ich reden kann, aber andererseits ja von dem bewertet zu werden, extrem hoch und ich habe mich damals wirklich so / Also ich habe erzählt, was gut läuft, und habe sehr gezielt nur Probleme herausgefasst und ich glaube, ich habe nicht so wie ich heute, wenn ich meine Interventionsgruppe habe und ich sage: Leute, ich weiß überhaupt nicht, was ich tun soll! Da spreche ganz offener, oder heute mit einem Supervisor, den ich bezahle, das ist etwas ganz anderes als da, wo ich immer so dachte, ja, da denken die, ich bin nicht geeignet.	In der Ausbildung Druck in der Supervision, daher aus Angst nicht alles offen erzählt; heute ganz anders	Versagensangst verhinderte erfolgreiche Supervision	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
149-153	Okay. Also ich muss sagen, während der Therapieausbildung, ich sage jetzt so rückblickend immer, hatte ich im Prinzip kein Privatleben. Also meine Kontakte, also na klar, die alten Freunde und so weiter, aber die waren sehr im Hintergrund. Das waren sehr viel meine Kollegen, die ebenfalls in der Ausbildungssituation waren, und da gab es natürlich schon Intervention.	Kein Privatleben während der Ausbildung, hauptsächlich Kontakt zu Kollegen	Kein Privatleben während der Grundausbildung	Grundausbildung

153-162	<p>Das heißt, ich habe mir schon viel Entlastung über darüber reden geholt. Und ich habe ja während der Therapieausbildung in der Forensik gearbeitet, was bedeutet, dass ein sehr hoher Schlüssel an Personal ist, also weil es ja auch einen Sicherheitsaspekt hat, und ich in einem sehr guten Team auch mit tollen Pflegern war. Das heißt, da gab viel Möglichkeiten, darüber zu reden und sich auszutauschen und Probleme anzusprechen. Da natürlich nicht so der Fokus auf Traumatherapie, sondern die Leute sollen jetzt ihre Sucht in den Griff bekommen und danach sich mit ihren Delikten auseinandersetzen, damit das nicht mehr passiert. Aber ich glaube, da war ich gut abgefangen auf dieser Ebene der, also denen, die mit mir auf einer Ebene waren.</p>	Viel Entlastung über kollegialen Austausch	Kollegialer Austausch entlastet	Unterstützende Faktoren
161-172	<p>Und ich glaube, rückblickend gesehen, deshalb ist mir zum Beispiel gar nicht aufgefallen, dass ich bei meinen Supervisoren Sachen nicht wirklich anspreche. Das sehe ich rückblickend so. Also das ich mir denke, also schon das ich strategisch gearbeitet habe, das wusste ich, während ich es tat. Aber mir ist gar nicht aufgefallen, dass ich Problemsituationen nicht auf den Tisch bringe. Oder dass ich sie dann plötzlich gar nicht sehe. Also es war oft so, also alle 4 Stunden hat man ja die Supervision, und dann war Stunde 2 irgendwie blöd, und statt dann zu sagen, hey, ich brauche einen früheren Termin, habe ich abgewartet. Dann liefen zwei Stunden wieder gut. Dann konnte ich mich selber beruhigen und sagen, och, ist ja alles ganz easy, kann ich ja erzählen, da war es ein bisschen schwierig, aber da sind wir jetzt / haben wir die Kuh jetzt von Eis, weil ich habe so und</p>	Erst rückblickend aufgefallen, dass Problemsituationen in der Supervision nicht wirklich authentisch angesprochen wurden	Nicht offen in Supervision	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen

	so gehandelt und der Supervisor war immer schön zu glauben, läuft schon.			
176-179	Also das war sozusagen das damals. (...) Wie ist es heute? (...) Also generell, wenn ich Patienten habe, wo ich nicht weiter weiß, sind es meistens nicht die Traumatisierten, würde ich sagen. Also da, also entweder ist das Knowhow schon so gut durch die Arbeit und das, was ich gelernt habe.	Inzwischen sicher im der Behandlung von Traumatisierten	Sicher in der Traumabehandlung	Techniken der Arbeit
179-185	Halt. Ausnahme: ich arbeite auch mit Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung. Da habe ich noch nicht so viele gesehen. (...) Da habe ich im Augenblick einen, ich glaube, das stimmt nicht ganz. Also tatsächlich einen Fall, der gut läuft, wo man sagt, das stimmt sozusagen zwischenmenschlich und da ist eine gute Arbeitsatmosphäre. Und gleichzeitig denke ich zum Beispiel auch da, Integrationsarbeit? Also man muss ja bei den Dissoziativen, dass die Anteile sich kennen lernen, damit sozusagen ein Gesamt-	Arbeit mit DIS Patientin, habe noch nicht so viel Erfahrung damit, läuft gut, aber trotzdem Unsicherheit zwecks Vorgehen, sollte in die Intervention oder Supervision	Unsicher zwecks genauen therapeutischen Vorgehens, da hier noch Erfahrung fehlt	Unsicherheit bei fehlender Erfahrung
189-193	Genau, eine Kommunikation und eine gesamte Entscheidungsmöglichkeit und Handlungsmöglichkeit wieder entsteht in der Person. Ja, wenn Sie das so sagen, müsste ich das eigentlich mal in meiner Interventionsgruppe oder in der Supervision besprechen. Wenn jemand so gar nicht an die oder immer so um die Integration herumswimmt. (lacht)			
193-198	Eine andere Situation in dem Kontext hatte ich mit jemandem, wo ein Anteil dann sehr, sehr angriffig mir gegenüber wurde und dann kommt es ja gerne zu diesen: ich melde sie bei der Psychotherapeutenkammer oder / das macht natürlich extrem Stress, ja, und da	Schwierige Situation mit angriffigem Anteil, Unterstützung in kollegialer Beratung	Kollegiale Beratung unterstützt	Unterstützende Faktoren

	ging es für mich auch nur mit kollegialem Austausch. Also zu sagen, pass auf, mir ist das und das passiert, wie würdest du jetzt handeln? ich habe jetzt das und das gemacht und so weiter. Also der ist dann schon ganz schön wichtig, ja.			
206-208	Ich kann gar nicht sagen, wie ich es mir vorgestellt habe. Es, ja, doch. Also, es gibt zwei Punkte (...): Mich erschrecken die Sachen nicht mehr so. Also natürlich finde ich die Dinge schrecklich, die Patienten erlebt haben.	Traumamaterial erschreckt nicht mehr	Emotionaler Habituationseffekt bei Traumamaterial	Selbst wird negativ beeinflusst
208-210	Aber das ist das Schöne an der Arbeit mit Menschen mit Traumatisierungen, die haben oft einen, also wenn sie hier sitzen, wenn sie in Therapie sind, dann haben die einen extrem starken Lebenswillen.	Arbeit schön, da Patienten sehr starken Lebenswillen demonstrieren	Von Patienten inspiriert	Selbst wird positiv beeinflusst
210-216	Und das sind Patienten, von denen ich lernen kann, weil ich finde, die haben eine Fähigkeit, auch die guten Sachen in ihrem Leben wirklich zu sehen. Also oft eine sehr, sehr hohe Dankbarkeit für die guten Sachen im Leben. Und ich habe unter Menschen, da kriege ich immer eine Gänsehaut, wenn ich darüber rede, die schwersttraumatisiert sind, oft Menschen, die unglaublich interessiert daran waren, ihr Leben gut zu gestalten. Und das finde ich etwas / also deswegen arbeite ich sehr, sehr gerne.	Von Patienten lernen, die positiven Dinge im Leben zu sehen und zu schätzen	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
216-221	Also ich bin froh, dass ich meinen nicht mit Sucht, nicht mit Trauma, nicht Forensik, dass ich das alles über den Haufen werfen musste, weil ich eine bezahlte Stelle brauchte und da erlebt habe, dass ich da unglaublich viel für mich auch gewinnen kann. Also das ist wirklich eine sehr, sehr schöne Arbeit. Weil es diesen Aspekt gibt. Und der wertet dann auf, dass man jemanden begleitet durch ganz schön schwere Prozesse.	Dankbar für positive Erfahrungen in der Traumaarbeit	Dankbar für Traumaarbeit	Selbst wird positiv beeinflusst

221-231	<p>Und was auch sehr schön ist, wenn Menschen mit Traumatisierung zu einem Vertrauen gefasst haben, das ist ja auch ein Geschenk. Also dieses Vertrauen zu bekommen und zu wissen, dass die Person / Oder sie sagen es einem dann ja auch. Also wenn ich zum Beispiel Traumaarbeit / also ich arbeite auch mit EMDR, vorbereite, sage: Naja gut, wir hatten ja schon die und die Einheit, jetzt geht es an die sexuelle Traumatisierung. Das wird schon hart. Was brauchen Sie noch? Wie machen wir das? Sie haben Intrusionen, sie switchen dann oft weg, und was brauchen Sie von mir? Und letztes Mal hat eine Patientin zu mir gesagt, sagt sie: ach, ich habe da Vertrauen zu Ihnen, Sie machen das schon. Das hat ja das letzte Mal auch gut geklappt. Das tut einfach auch gut. Also man kriegt da sehr viel zurück. Und ich glaube, dafür lohnt sich diese Art von Arbeit.</p>	<p>Vertrauen von traumatisierten Patientinnen sehr wertvoll, Arbeit sehr lohnenswert</p>	<p>Vertrauen von traumatisierten Patientinnen wertvoll</p>	<p>Beziehung zu Traumatisierten</p>
237-244	<p>Ich schäme mich manchmal, wenn ich mich selbst beim Nörgeln über mein Leben erwische. Also das ist natürlich auch immer so, wenn ich immer so Phasen habe, wo es nicht so gut läuft oder wo ich mit irgendwas im Privatleben unzufrieden bin und denke, mehmehmeh, alle anderen haben aber dieses oder jenes und warum habe ich es jetzt gerade nicht. (lacht) Ja, und warum funktioniert das nicht? Dass ich mir dann, wenn ich in so einer Therapiesitzung mal kurz denken: Sage mal, hast du sie noch alle? Du regst dich darüber auf, dass deine Freundin dir kurzfristig den Urlaub abgesagt hat, ja? (lacht) Also solche Sachen, ja.</p>	<p>Scham beim Nörgeln über das eigene Leben und einen Probleme, Perspektivenwechsel durch Arbeit mit Patienten</p>	<p>Perspektivwechsel bei eigenen Problemen</p>	<p>Selbst wird positiv beeinflusst</p>

248-256	Also manchmal bedauere ich / Also, ich bewundere Menschen sehr, die (...) die Sinnhaftigkeit in ihrem Leben sehr, sehr gut empfinden können, weil das fehlt mir so ein bisschen. Ich sage mal, Gott sei Dank habe ich einen Beruf gewählt, der irgendwo Sinn macht, aber im Großen und Ganzen, ja, also, ich habe manchmal so einen / Also auf der einen Seite, so sehr ich gerne im Einzelkontakt mit Menschen Kontakt habe und mich mit denen wohlfühle, wenn ich mir so die Menschheit als Gesamt sehe, dann komme ich zur Misanthropie. (lacht) Und da ist es dann wirklich immer wieder ein Fingerzeig, ja, also wie Menschen anders mit ihrem Leben umgehen können. Es beeinflusst schon, aber ich bedaure es, dass ich mir nicht noch mehr aufbucken kann.	Spüre selbst keinen tiefen Sinn im Leben, erleben das bei meinen Patienten, bin inspiriert	Von Patienten inspiriert	Selbst wird positiv beeinflusst
264-275	Also ich hätte jetzt beinahe gesagt, man stumpft ab, also das ist tatsächlich (...) das kommt natürlich immer drauf an, wie detailliert Sie Sachen mitbekommen und wie detailliert sie sie erzählt bekommen. Man hat jetzt zum Beispiel / Also mit EMDR hat man natürlich eine Methode, wo Patienten sehr wenig erzählen müssen. Also ich sage Ihnen immer, sie dürfen, sie müssen aber nicht. Patienten sind da oft froh, dass die nicht müssen. Also, dass sie mir nur immer / Die Methoden EMDR kennen Sie die genauer? Okay, also man hat ja immer dieses kurz: Und was war gerade? Um zu sehen, läuft der Prozess, und da sind viele Patienten, die wirklich nur Stichworte geben und man weiß, der Prozess läuft. (...) Also da ist man dann selbst geschützt.	Könnte sagen, man stumpft ab, kommt darauf an, wie viel Details erzählt werden, Patienten sind oft froh, wenn sie nicht zu detailliert erzählen müssen, schützt auch den Therapeuten	Grobes Erzählen des Traumamaterials schützt Therapeuten	Techniken der Arbeit
275-278	Ich finde ganz schrecklich, was man ja bei den DIS Patienten oft hat, das sind diese (...) naja, also	Wissen um Kinderpornografie	Organisierter Missbrauch sehr belastend	Weltbild wird negativ beeinflusst

	wenn man einfach weiß, dass es Kinderpornoringe gibt und so weiter, ja. Das finde ich ganz, ganz, ganz, ganz übel. Das geht schon nahe.	sehr schwierig, geht nahe		
278-285	Und (...) da ist auch immer so ein / spannend, weil ich habe mit einer Kollegin, die mir einen Fall erzählt hat, die sagt, boah, ich muss jetzt in die Traumarbeit mit einer Patientin, auch sexuelle Gewalt. Das ist so, ich weiß nicht, ob ich das aushalte. Also die sagt, ich muss da jetzt eigentlich hin und ich weiß nicht, dann sagt sie, und ich sagte, was ist da? Und dann sagt sie, willst du das wirklich hören? Und dann sagte ich: ich weiß nicht, ob ich das wirklich hören will, aber vielleicht hilft es dir, mit mir darüber zu reden, weil es dich entlastet. Also ich glaube, das ist immer so dieser Punkt, zu gucken - jetzt habe ich ihre Fragen glaube ich nicht wirklich beantwortet.	Kollegin hat schwierige Situation und scheut sich vor Traumarbeit, weiß nicht, ob sie Traumamaterial der Kollegin aufbürden kann	Kollegialer Austausch entlastet	Unterstützende Faktoren
289-292	Ja, schwierig zu sagen. Also ich habe bisher, ich sage jetzt mal ein Detail noch nichts so Schlimmes gehört, was ich nicht hätte verkraften können. Also / Obwohl die Sachen schrecklich sind, ja. Ich habe für mich vorgenommen, wenn ich in eine Situation komme /	Noch nichts unverkraftbar Schlimmes gehört	Traumamaterial bis jetzt aushaltbar	Eigene Resilienz
292-300	Zum Beispiel der Patient, der wo ich so gesagt habe, ach, ich vertraue Ihnen da mit dem. Die wollte mir vorher, bevor sie ins EMDR geht, erstmal erzählen, was passiert ist, und die musste es auch aussprechen. Und das finde ich dann auch richtig. Also wenn sie sagt, sie will es mir erzählen, damit ich mich nicht drücke und so weiter. Dann finde ich das wichtig. Das Angebot steht auch, also darüber reden zu dürfen. (...) Dann denke ich, ist es für die Patienten wichtig, dass sie sozusagen mitbekommen, dass es das Gegenüber	Patienten Raum geben, Traumamaterial auszusprechen und Entsetzen über Geschehenes authentisch kommunizieren	Patienten empathisch Raum geben	Techniken der Arbeit

	auch entsetzt. Also eben, das ist ja dann auch das, was uns verbindet. Das man sagt: Wie schrecklich, dass Ihnen das widerfahren ist und das sie das schon sehen in der Mimik. Das finde ich alles wichtig.			
300-304	Ich bin mir der Gefahr der sekundären Traumatisierung wohl bewusst und ich habe mir schon vorgenommen, wenn ich in Situationen komme, wo es zu nah geht, zum Beispiel eben selbst eine EMDR Sitzung danach zu nehmen oder. Das sind so meine Pläne für wenn ich selbst nicht (...) packe.	Gefahr der sekundären Traumatisierung bewusst, Plan, bei Überforderung selbst EMDR zu machen	Sekundäre Traumatisierung	Selbst wird negativ beeinflusst
304-314	Wo ich eine Gefahr sehe tatsächlich ist generell so in diesem psychotherapeutischen Kontext, wann stumpft man zu sehr ab? Also ist irgendwann die Gefahr, dass ich so viele Lebensgeschichten gehört habe, die schrecklich sind, dass ich mir sage, ja es geht / Also in der Therapieausbildung, als ich mit meinen Suchtpatienten gearbeitet habe, die unglaublich viel Gewalt erfahren haben, und zwar schon vor der Drogenszene, aber natürlich dann in der Drogenszene. Ja, da hat mich eine Freundin angerufen, die schrecklich Liebeskummer hatte. Und das habe ich nun wirklich immer gut verstanden, weil das kenne ich. (lacht) Und es war mir so / Ich dachte, warum erzählt sie mir das? Also das finde ich kritisch. Das ich da plötzlich so völlig mir dachte, komm, mein Gott, dann liebt er dich halt nicht. Also das war so egal. Das hat mich bestürzt. Und das ist eher die Gefahr, die ich dann immer wieder sehe.	Gefahr durch Arbeit zu sehr abzustumpfen, Beispiel aus Ausbildung: Freundin mit Liebeskummer	Emotional Abstumpfen	Selbst wird negativ beeinflusst
320-325	Ja, klar. (...) Ich glaube tatsächlich, dass man da / also ich glaube, wenn ich nicht mehr mit meinen Freunden mitempfinde, dann sollte ich mal wirklich Urlaub machen. Also ich glaube, dass das ein Überlastungszeichen ist. Oder	Emotional abstumpfen ist Zeichen der Überlastung	Emotional Abstumpfen	Selbst wird negativ beeinflusst

	überlegen, bin ich mit dieser Person wirklich befreundet? Das ist die Alternative. (lacht) Also ist sie mir einfach egal, also erzähle mir deine Stories nicht! Aber die war mir nicht egal. Also, ich glaube tatsächlich, dass das eine Zeit war, wo viel zu viel auf mich eingeströmt ist.			
325-330	Ich weiß aber ehrlich gesagt nicht, wie man das in der Therapieausbildung anders macht, außer man macht sie sehr langsam. Und ich bin / ich habe erst spät / ich habe mit 29 erst angefangen zu studieren, Psychologie zu studieren. Und ich habe dann gesagt, ich ziehe durch. Also ich habe die Ausbildung, die ja auf fünf Jahre nebenberuflich ausgelegt ist, in vier gemacht, weil ich einfach / ich wollte fertig werden. Ja, und nicht mehr ewig rumtingeln.	Therapieausbildung sehr schnell absolviert, wollte fertig werden	Grundausbildung	Grundausbildung
330-337	Also insofern, genau, entweder es langsamer angehen, damit man da nicht / damit man immer noch wieder sozusagen seine Auszeiten hat, wäre eine Überlegung. Und jetzt tatsächlich zu überlegen, bin ich jetzt in einer Lebenssituation, was ist gerade bei mir los? Bin ich überfordert? Muss ich Patienten runterfahren, weniger behandeln? Brauche ich tatsächlich mal eine Auszeit? Muss ich einen Tag mehr in der Woche frei machen? Ich glaube, das ist ein Hinweis, wenn man nicht mehr mitschwingt mit den Menschen, die einem nahe stehen oder, ja.	Eigene Belastbarkeit und Situation immer wieder hinterfragen, auf Überbelastung achten	Selbstreflexion	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
342-349	Muss ich jetzt mal gucken. Also wieviel Patienten / Also nee, Traumaarbeit, das verschiebt sich ja immer, weil sie Stabilisierungsphasen machen. Weil auch Traumapatienten einfach nur Stress mit dem Freund gerade haben oder irgendwie in einer neuen Arbeitssituation sind. Das heißt,	Pensum an Traumaarbeit mit Patienten variiert, verteilt sich gut, jede Woche Traumaarbeit wäre zu viel	Pensum Traumaarbeit	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen

	ich habe nicht jede Woche Traumaarbeit. Oh nee, das würde ich auch nicht wollen, glaube ich, das wäre schon viel. Ich habe schon mal tatsächlich Traumaarbeit zwei, drei Patienten in der Woche, die gerade in / ja / wo man Traumabearbeitung macht, aber eher selten. Also das verschiebt sich so ganz gut. Aber ich habe durchaus auch mal wochenlang keine Traumabearbeitung in dem Sinne.			
355-364	Nee, umgekehrt! Das sich echt bei vielen entpuppt, dass die Traumata in der / also das poppt / ich finde ganz spannend. Frauen, die so, ich sage jetzt mal, Mitte Ende 40 kommen wegen einer Depression, ja. Und dann sind oft Lebensumbrüche, die Kinder ziehen aus und so weiter und so fort. Aber irgendwann stellt sich raus, dass die sexuelle Gewalt erfahren haben mit Anfang 20 und plötzlich hat man dieses Thema auf dem Tisch. Und dann wird plötzlich klar, ah, da ist was. Oder jemand kommt wegen einer Panikstörung und in Wirklichkeit jahrelang vom Vater sexuell missbraucht, und so weiter, ja. Also das heißt, die haben gar keine posttraumatische Belastungsstörung und auch keine Borderlinestörung und so. Also die kommen wegen Depression und Angststörungen und dann verbirgt sich da was. Das finde ich ehe / das ist eigentlich schockierend, ja.	Bei vielen Patienten entpuppt sich erst nach und nach der Traumahintergrund, oft kommen sie zuerst mit Depressionen oder einer Angststörung	Ursache Trauma oft erst spät entdeckt	Techniken der Arbeit
377-386	Nee, aber ich glaube, dass, wenn ich jetzt natürlich auf einer Party bin und gerade irgendwie sowieso in einer guten Stimmung und die Leute fragen mich, was ich mache und ich sage auch, dass ich Traumatherapeutin bin, dann kommt natürlich erstmal dieses: oh, ist das nicht schrecklich? Und dann kann ich denen immer das sagen,	Kann trotz erstem Schock über Beruf Menschen von den positiven Seiten der Arbeit berichten und wie schön es ist, die Patienten zu erleben	Traumaarbeit als positiv empfunden	Selbst wird positiv beeinflusst

	was ich ihnen gerade gesagt habe, nämlich das sind so dankbare Patienten, die oft so einen großen Lebenswillen haben. Und da kann ich da so daran ankern, wie die ihr Leben gut gestalten und wie schön das ist, das zu sehen und zu erleben. Und dann ist man in dem Positiven. Also meistens das, was man dann eher - ja, das ist eigentlich das, was ich dann eher rüberbringe, glaube ich. Weil, doch, der erste Schock ist doch, oh Trauma, das ist ja furchtbar. Nee, ist es nicht, weil das echt tolle Menschen sind, ganz oft.			
394-399	Ja. Und eben diese Gestaltung. Also ich habe wirklich viel von was die an Hobbies haben, was die ausprobieren, wo die sagen, dass und das will ich noch erleben. Und wenn die einem dann erzählen, dass sie es gemacht haben. Und wenn es eine Urlaubsreise ist! Die erzählen diese Urlaubsreise ganz anders als jemand, der von Kindesbeinen an zweimal im Jahr in den Urlaub gefahren ist und für den das so normal ist. Das ist schon schön.	Patienten haben Ziele, setzen diese um und berichten davon mit viel mehr Wertschätzung, das ist schön	Inspiriert von Patienten	Selbst wird positiv beeinflusst
403-404	Ja. Und es offenbar auch so empfinden. Also, das kommt wirklich rüber als etwas, wo die eine ganz, ganz große Dankbarkeit und Zugang zu etwas offen haben.	Traumatisierte empfinden große Dankbarkeit	Von Patienten inspiriert	Selbst wird positiv beeinflusst
404-410	Es gibt natürlich auch andere Fälle, (...) wo Menschen ja, die gibt es natürlich auch, das darf man ja auch nicht vergessen. Denen dieser Zugang verwehrt ist und die sehr, sehr auf dem negativen leben, sind oft dann Menschen, die auch, also dann jetzt so (...) zumindest mein subjektiver Eindruck, oft eben mit körperlichen Beschwerden haben. Viele Somatisierungsstörung noch dazu und so weiter, die nur schwer den guten Seiten	Gibt auch Fälle mit hoffnungslosen Patienten, oft mit körperlichen Beschwerden, können positive Seiten schwer sehen	Negative Patienten	Selbst wird negativ beeinflusst

	was abgewinnen können. Die gibt es auch, das stimmt.			
410-416	Und das ist natürlich härter. Weil manchmal fragt man sich auch wirklich, was soll ich denn jemandem sagen, der solche Dinge erlebt hat? Und der diesen Zugang nicht hat, warum lohnt es sich, weiterzumachen. Also auch Suizidalität ist ja immer Thema. Und da kann man schon sagen, ja, ist das Leben so toll? Also muss man das wirklich noch durchziehen? Wenn man sich überlegt, was dieser Mensch schon erlitten hat und wie wenig er im Augenblick, ich sage jetzt mal, die Ruhe im Leben, die er jetzt hat, genießen kann, ja, weil die Vergangenheit nach denen greift.	Hoffnungslosen Patienten Antworten auf ihre Fragen geben ist schwer	Negativität aushalten	Selbst wird negativ beeinflusst
417-427	Da ist immer die Frage, auch da, wie gut funktioniert (...) Traumabearbeitung? Halt so, ist jemand stabil genug, Traumabearbeitung zuzulassen? Und wenn Traumabearbeitung, funktioniert dies? (...) Also, da habe ich auch jetzt gerade einen Fall im Kopf, wo eine Patientin auch wegen einer im Grunde genommen wegen einer Angststörung zu mir kam. Also immer oh Gott, mit dem Herzen könnte irgendwas sein und so weiter und so fort. Und letztlich aber einfach eine (...) in der Kindheit verwahrlost war, also sich schon als was weiß ich, Vierjährige ihre Stullen selber schmieren musste, damit sie überlebt. Und der Vater das Geld aus der Spardose geklaut hat und dann konnte man nichts zu essen kaufen und was weiß ich. Also so eine wirklich lange Phase von Verwahrlosung (...) da war Traumaarbeit eigentlich (...) noch nicht möglich. Und in der Therapie, die sie bei mir hatte, ist das auch nie, also sozusagen besser geworden, ja.	Frage, wie gut Traumabearbeitung funktioniert, Beispiel: als Kind verwahrloste Patientin	Methode hinterfragen	Techniken der Arbeit

431-439	Das muss man aushalten. (...) Und das sind so, das sind tatsächlich die Sachen / Das ist genauso wie in der Therapieausbildung. Wenn ich da manchmal so an manchen Fall denke. Wenn ich da hinkomme, denke ich mir, bei der Frau so und so, das hättest du aber anders machen müssen. Heute weißt du das. Das sind Fälle, die reflektiert man tatsächlich nochmal, also / Es sitzt ein Patient gegenüber, der eine ähnliche Geschichte erzählt und man denkt an Frau so und so. Und wenn es gut ist und man findet bei dem einen einen Weg, dann denkt man, scheiße, warum habe ich das vor zwei Jahren nicht gewusst? Und wenn es schlecht läuft, dann ist es wieder so: Mist, das war da schon so. Gibt es irgendeinen Zugang, den ich nicht weiß?	Bei aktuellen Patienten an alte Fälle denken und die eigenen damaligen Fehler versuchen besser zu machen oder immer noch daran scheitern	Eigene Fehler und Fähigkeiten kritisch reflektieren	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
439-440	Aber deswegen immer der kollegiale Austausch, der ist glaube ich echt wichtig.	Kollegialer Austausch wichtig	Kollegialer Austausch	Unterstützende Faktoren
451-454	Also ich würde es da / ich habe es da jetzt so nie als so Misanthropie erlebt. Aber dieses, natürlich, ein großes Misstrauen Menschen gegenüber. Also nicht vertrauen können und so, das ist für Menschen mit Traumahintergrund glaube ich eher die Regel.	Misstrauen bei traumatisierten Patienten häufig	Traumatisierte vertrauen schwer	Beziehung zu Traumatisierten
454-463	Und da ist es dann immer gut, wenn sozusagen, wenn es Leute und Menschen gibt, denen sie vertrauen oder sich zumindest wohlfühlen in der Nähe. Und die gibt es eigentlich immer. Also ich habe selbst mal bei einer DIS Patientin, wo ich schon sagte, da kam dann irgendwann eben dieser Anteil, der sehr, sehr angriffig mir gegenüber war. Die war, fand ich, sehr, sehr schwierig in ihrer Interaktion, aber selbst die hatte Freunde. Also, mit denen sie, na also bestimmte Anteile befreundet sein konnten. Und	Auch bei Traumatisierten doch immer Menschen im Umfeld, denen sie vertrauen können, Beispiel: DIS Patientin	Positives im Leben von Traumatisierten	Beziehung zu Traumatisierten

	diese Freunde waren manchmal auch schwierig und dann gab es manchmal auch Knatsch. Aber wo es schon etwas gab mit, nee nee, mit der Person ist es gut und der kann ich auch bis zu einem gewissen Grad vertrauen. Also nicht jeder Mensch ist schlecht.			
473-478	Nee, ich würde sagen, nein. Stimmt nicht ganz, aber das ist jetzt ein anderer Bereich, das hat nichts mit Traumatisierung zu tun. Aber seit ich mit Verbrechern gearbeitet habe und mit Kriminellen, schließe ich meine Wohnung anders ab und so weiter, aber weil ich die Kniffe kenne. Also bei der Deliktarbeit kriege ich ja mit, wie bricht man ein und was weiß ich nicht. Ich wurde auch immer gerügt von meinen Patienten: [Name], Sie tragen einen Rucksack! Sie wissen schon, wie schnell ich Ihre Geldbörse da raus habe!	Seit Arbeit mit Delinquenten Wohnung anders abschließen, weil ich jetzt die Tricks kenne	Verändertes Verhalten durch Berufserfahrung	Selbst wird negativ beeinflusst
482-487	Also eher, also auf dieser Ebene, also Kriminalität. Suchtarbeit hat bei mir auch gemacht, ich sehe ständig und überall Drogenabhängige in Berlin. Das macht mich manchmal fertig. Also was weiß ich, ich sitze irgendwie am Skateplatz und schaue denen zu und denke mir, die mit 35 trinken nur ein Bier. Und da sitzen so ein paar 19-jährige und weiß, die sind so hackedicht, die haben mit den Skaten nichts mehr zu tun. Die sind in ihrer Welt, weil sie Heroin nehmen. Das ist so.	Durch Suchtarbeit sehe ich überall Drogenabhängige, das macht mich manchmal fertig	Veränderte Wahrnehmung durch Berufserfahrung	Weltbild wird negativ beeinflusst
487-490	Das Misstrauen von Menschen mit / Nee, überhaupt nicht. Aber das glaube ich liegt daran, weil ich eben das Glück hatte, anders aufgewachsen zu sein. Also das Menschen, also einzelne Menschen per se schlecht sind und das ist da misstrauisch sein muss, das glaube ich nicht, ja.	Kein Misstrauen anderen Menschen gegenüber, durch eigene gute Kindheit geschützt	Glaube an das Gute im Menschen	Weltbild wird positiv beeinflusst

521-527	Ich habe fast nur komplextraumatisierte Patienten. Also das ist selten, dass jemand, wie zum Beispiel die Frau Ende 40, die mit Depressionen kommt, dass das ein einmaliger Übergriff war, der da irgendwie so belastend ist. Deswegen ist es schwierig zu sagen, aber ich würde sagen, bei Monotraumata tatsächlich, dass man das viel schneller bearbeiten kann. Ja, also das ist wirklich / es geht erstmal darum, eine Grundlage zu schaffen, das Vertrauen Therapeut - Patient - Beziehung und dann wirklich sehr schnell in die Exposition zu gehen und dann ist es auch wieder gut.	Fast nur komplextraumatisierte Patienten, Arbeit mit monotraumatisierten Patienten geht schneller	Monotrauma schneller behandelbar	Mono- versus Komplextrauma
531-537	Das ist so meine Erfahrung. Aber kommt nicht so oft vor. (Lacht) Vielleicht jetzt auch hier / Ach ja obwohl, stimmt jetzt gar nicht. Stimmt gar nicht, weil ich bin seit ungefähr einem Jahr arbeite ich auch für die Berufsunfähigkeits- / nein quatsch, wie heißen die, Berufsgenossenschaft. Jetzt ist so was wie die Bahn oder so, die hat glaube ich einen Pool von Therapeuten, mit denen die sehr eng zusammenarbeitet. Aber das stimmt, das ich in letzter Zeit natürlich auch öfter Menschen hatte, die wo sozusagen ein Trauma passiert ist.	In letzter Zeit mehr Arbeit mit Monotraumatisierten durch Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft	Arbeit mit Monotrauma	Mono- versus Komplextrauma
537-545	Ich finde spannend oft, wie schnell Menschen es auch wegstecken, wenn die eben vorher eine / ein gutes Leben hatten. Also jetzt zum Beispiel, da hatte ich einen Fall, wo jemand Zeuge wurde wie bei einem Brand jemand ums Leben kam. Also die Person konnte nicht mehr gerettet werden aus dem Haus. Und die aber auch, da waren es wieder die Selbstheilungs- / die ganz viel Austausch mit den anderen Kollegen, die das auch mitbekommen haben, mit den Leu-	Patienten, die vorher ein gutes Leben hatten, zeigen nach dem Trauma oft sehr große Selbstheilungskräfte	Selbstheilungskräfte bei Monotrauma als spannend empfunden	Selbst wird positiv beeinflusst

	ten, die diesen Brand mitbekommen haben, mit dem durchsprechen, was haben wir getan, um zu helfen? Wann kam die Feuerwehr? Wie haben wir das hingekriegt und so weiter und so fort. Also (...) zwei Stunden war sie da. Das was selbst, ja.			
551-558	Ja. Und da ist ganz oft / Also, gerade wieder die, wo man nicht weiß, dass es sich um ein Trauma handelt, ja. Also da habe ich manchmal das Gefühl, ich habe jemanden hier, der wegen einer Depression kommt und ich doktere seit einem Jahr rum. Oder auch Angststörung auch immer, denke ich mir, habe ich nicht im Manual gelesen, in 11 Stunden muss die Panikstörung weg sein und warum ist das nicht so? (lacht) Ja, warum ist es nicht so? (..) Weil es um was anderes geht, ja. Letztlich braucht man dann auch irgendwann nicht mehr die Panikstörung behandeln, sondern es geht eben um die Behandlung des Traumas oder das, was da erlebt wurde.	Depression oder Angststörungen verdecken oft die Diagnose Trauma und behindern die eigentliche Behandlung	Depression und Angst als Traumafolge	Techniken der Arbeit
558-567	Und da ist es wirklich manchmal so, dass man sagt, nach einem Jahr, ich muss jetzt diese Therapie beenden, das hat doch gar keinen Sinn. Und dann plötzlich dreht sich was, also weil offenkundiger wird, worum es geht und dann scheint auch die Beziehung plötzlich zu funktionieren. Also wenn es ausgesprochen ist. Also, das ist tatsächlich manchmal so, dass ich mir denke, ich glaube, liegt es an der therapeutischen Beziehung? Ich kenne diese Frau gar nicht, die schon so lange hier sitzt. Manche Leute hat man den Eindruck schnell zu kennen, weil da eine Verbindung ist. Und dann kommt da sozusagen das Puzzelsteinchen, das fehlt, und dann kann man mit der Arbeit anfangen. Da	Therapeutische Arbeit manchmal schleppend, bis das Puzzelteil Trauma gefunden wird	Diagnose Trauma schwierig	Techniken der Arbeit

	ist natürlich oft problematisch, wie kriege ich jetzt die Stunden, die ich noch brauche?			
571-574	Also das ist eigentlich das Ätzende, das wir immer schnell behandeln sollen und es muss vorbei sein und das geht auch glaube ich in der Verhaltenstherapie eben nicht, wenn da Menschenleben Geschichten, Interaktionen zwischen Menschen eine Rolle spielen.	Begrenzung des Stundenumfanges für Therapie schlecht	Begrenzung Stundenumfang	Techniken der Arbeit
ENDE				

INTERVIEW 3

Zeile	Auswertungseinheit/Textbaustein	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
6-12	Also, zur Therapie allgemein bin ich eigentlich gekommen, weil ich in einem Wohnprojekt und in dieser Selbsthilfe sehr viel gearbeitet habe und dachte, wir haben unglaublich tolle Ideen, wie wir alles als Kollektiv machen, scheitern aber so herrlich an der Praxis. Und ich wollte mich mit Arbeitsbeziehungen beschäftigen, wusste aber, ein reines Coaching oder eine reine strukturelle Ausbildung ist zu wenig, weil wenn man zehn Jahre in einem besetzten Haus gewohnt hat, dann weiß man, es geht hier um psychische Probleme bei uns allen und nicht um Organisation der Arbeit.	Zur Therapie gekommen über die Arbeit in der Selbsthilfe und Praxiserfahrung mit psychischen Störungen	Erste Therapieerfahrung	Grundausbildung
12-19	Zum Trauma bin ich zufällig / war halt relativ politisch, relativ engagiert und als die erste Flüchtlingswelle aus Jugoslawien kam. Oder sagen wir mal im Rahmen dessen rief mich mein erster Ausbilder an und sagte, hier gibt es eine Anfrage	Zum Trauma zufällig gekommen über Arbeit mit einer Gruppe geflüchteter Frauen	Erste Kontakte mit Trauma	Traumaausbildung

	<p>von Frauengruppe aus Kosovo. Und da bin ich hingekommen und hab damals schon ein paar Jahre gearbeitet als selbstständige Psychotherapeutin und dann stand da eine Studentin, die versucht mit denen irgendwas zu machen. Und ich dachte, ich habe nicht wahnsinnig viel Ahnung von Trauma, aber besser als das bin ich allemal. Das hat mir den Mut gegeben, überhaupt anzufangen.</p>			
19-22	<p>Und dann habe ich drei Jahre Flüchtlingsgruppen, eine mit 18 Bosnierinnen, eine mit 16 Kosovaren und Übersetzung geleitet, das war der eine Teil. Und mich währenddessen natürlich wie verrückt weitergebildet. (...)</p>	<p>3 Jahre Arbeit mit Geflüchteten, viel Fortbildung</p>	<p>Erste Arbeit mit Traumatisierten</p>	<p>Traumaausbildung</p>
22-24	<p>Und habe festgestellt, dass die Körperpsychotherapie ein großartiges Werkzeug ist, um gerade mit großen Gruppen zu arbeiten, weil ich nicht so viel mit Manualen arbeite. Und darüber bin ich zum Trauma gekommen.</p>	<p>Körpertherapie als Werkzeug für Traumaarbeit</p>	<p>Körpertherapie</p>	<p>Trauma als körperliche Erfahrung</p>
26-33	<p>Persönlich komme ich aus einer Familie, wo es einen jüdischen Anteil gibt. Das heißt, ich bin (...) im Grunde nicht wissend mit einem Haufen schwersttraumatisierter Menschen groß geworden. Also meine Eltern sind beide in Berlin geboren und als Kinder hier im Krieg groß geworden. Es gibt einen jüdischen Familienanteil und von daher habe ich einen intuitiven Zugang zu traumatisierten Menschen, den ich später dann intellektualisiert habe oder durchdrungen, was ich da eigentlich kann. Ich konnte es von Anfang an. Ich wusste nur nicht, was ich tue.</p>	<p>Familiärer Hintergrund ist jüdische, daher unbewusst mit Traumatisierten aufgewachsen, instinktiver Zugang zu traumatisierten Menschen</p>	<p>Trauma in der Familiengeschichte</p>	<p>Instinktiver Zugang zu Traumatisierten</p>

	So, inzwischen weiß ich, was ich tue, ja. Das vielleicht erstmal so vorneweg.			
37-49	<p>Ja! Ja, genau. Also ich bin über die Arbeit dann / Man kann nicht mit 18 Flüchtlingen in einem Raum arbeiten, das geht überhaupt nicht, und schon gar nicht in so großen Gruppen. Und ich habe gemerkt, dass geht sehr wohl, wenn man so ein paar grundlegende Dinge beachtet. (...)</p> <p>Und die wusste ich aus meinem Gefühl heraus und weil ich, sage ich mal, wie sage ich das, ich kann (...) das schlimmste ist, also Trauma ist ein körperliches Geschehen in erster Linie und (...) als Therapeut, wenn ich lange arbeite, habe ich gut trainierte Spiegel (...) Spiegel- wie heißen - oh Gott /</p> <p>I: Spiegelneurone?</p> <p>Genau, dieses Wort fehlte mir noch. Spiegelneurone! Und ich kriege ganz gut mit, wie jemand ist. Also wenn jemand dissoziiert, dann merke ich es, weil ich selber wuschig werde.</p>	Instinktiver Zugang zur Arbeit auch mit Gruppen, indem man Trauma als körperliches Geschehen begreift und aufmerksam mit-schwingt	Instinktiver Zugang zur Traumaarbeit	Instinktiver Zugang zu Traumatisierten
49-54	Und über den eignen traumatisierten Anteil / es geht ja / es ist ja nicht schlimm zu dissoziieren, wenn ich weiß, wie ich wiederkomme. So, und das ist eigentlich eines der Hauptwerkzeuge. Also, dass Leute ihre Geschichte aufarbeiten, ohne zu dissoziieren, ohne retraumatisiert zu werden und ein Werkzeug in die Hand bekommen, wie wenn sie dissoziieren und Panik bekommen, wie sie damit umgehen. So schlicht könnte man es dann auch fassen.	Hauptwerkzeug der Traumatherapie als Werkzeug zum Coping mit Dissoziation und Panik	Werkzeuge in der Traumatherapie	Techniken der Arbeit

68-70	Doch, die Boysens zum Beispiel, die haben die Biodynamik und die Bioenergetik auf einer Körperebene schon lange mit Traumatisierung gearbeitet. Das heißt, dass ich irgend / Ich hatte die Tools auf eine Art, aber nicht komprimiert als Traumausbildung.	Gewisses Vorwissen vorhanden, nur nicht komprimiert als Traumausbildung	Vorwissen zur Traumaarbeit	Techniken der Arbeit
74-82	Also ich wusste sozusagen / Was ja passiert, ist, wenn man es sich anguckt, dass im Schreck (...) erstarren wir und entweder gehen wir dann in Flucht oder Angriff. Wenn wir beides nicht können, dann reagieren wir wie die Maus. Also der Sympathikus und der Parasympathikus werden gleichermaßen hochgefahren. Wir kommen in so eine Schockstarre, wie die Maus, wenn sie da halbtot liegt und die Katze mit ihr spielt, ja. In diesen Zustand kommen wir. Und in diesem Zustand sind wir nicht in uns wirklich drin. Wir sind schmerzunempfindlich. Wir haben keine zeitliche und örtliche Orientierung wirklich, also je nachdem. Und körperlich sind wir nicht verbunden mit uns. Und diese Verbindung kann man über den Körper ganz gut wiederherstellen.	Erklärung neurologische Traumareaktion, Sympathikus und Parasympathikus gleichzeitig aktiviert, Verbindung zum Körper geht verloren	Neurologische Reaktion bei Trauma	Techniken der Arbeit
82-87	Das heißt, was ich gemacht habe als erstes, ist mit denen (...) ein positives Feld / im Trauma geht das Gefühl verloren, dass / vor allen Dingen im man-made disease, also / dass die Menschheit gut ist. Wenn ich mit Traumatisierten arbeite, egal ob Einzel oder in der Gruppe, dann muss ich absolut positiv sein und null aggressiv, weil das haben sie zu viel gehabt. Dass ist in der heiltherapeutischen Haltung das	Glaube an das Gute im Menschen geht durch Trauma verloren, daher therapeutische Haltung sehr wichtig, positiv, nicht aggressiv und bedingungslos liebend	Therapeutische Haltung in der Traumatherapie	Techniken der Arbeit

	schwierigste. Ich muss die lieben wie ein Baby, so. (...)			
87-90	Also es brauchte dieses Gruppengefühl, das konnte ich intuitiv. Dass die das / die brauchen ganz viel, was heil ist. Einfache Vitalisierungsübungen. Weil in dieser Starre geht das Gefühl für Lebendigkeit verloren.	Intuitiv verstanden, dass die Traumatisierten Übungen zur Vitalisierung brauchen	Intuitiver Zugang zu traumatisierten Menschen	Instinktiver Zugang zu Traumatisierten
90-97	Also das Trauma ist der gefrorene Schrecken im Körper, könnte man sagen. Levine beschreibt das ganz gut, was da passiert. (...) Das heißt, die stehen sozusagen mit durchgedrückten Knien, haben den Bauch angespannt im Schreck, das Zwerchfell blockiert und die Schultern fest. Und so / Wenn ich zehn Jahre so durchs Leben gehe, habe ich alle möglichen Folgeerkrankungen. Und dem kann man aber mit 18 Leute mit leichten Übungen entgegen gehen. Man muss halt gucken, wann werden die zu viel vitalisiert, dann werden sie überflutet, und wenn es zu wenig ist, passiert nichts. Also diesen Grad zu finden. Aber das geht ganz gut.	Trauma äußert sich durch konstante körperliche Anspannung mit entsprechenden Folgeerkrankungen, dies kann aber mit leichten Vitalisierungsübungen angegangen werden, Balance ist hier wichtig	Trauma als körperliches Erleben	Trauma als körperliche Erfahrung
97-103	Dann geht es darum, dass die in der Gruppe sprechen. (...) Und das haben / Also ich habe hinterher eine Auswertung gemacht. Sie haben gesagt, zu merken, sie sind nicht die Einzigen, denen das passiert ist (...) Es gibt eine Gemeinschaft, wo ich zugehöre. Ich bin noch lebendig. Über die eigene Scham und Schuld zu kommen, weil das ist bei Trauma emotional das schlimmste. (...) Die Hoffnung, wenn die Anderen, wenn die das überlebt hat und überstanden hat, dann	Austausch in der Gruppe und das Erfahren von Gemeinsamkeit und Hoffnung sehr wirksam	Austausch unter Traumaopfern wichtig	Techniken der Arbeit

	muss ich das irgendwie auch schaffen. Es gibt Hoffnung.			
103-108	Und sie haben gesagt, die Vitalisierungsübungen haben ihnen körperlich ein Gefühl gegeben von / Also vor allen Dingen die aggressiven Impulse wieder einzuladen, sehr in homöopathischen Dosen. Dass sie (...) dass sie am Leben sind. Dass sie sich als lebendig / Sie erleben sich ja nur noch im Kopf und nur noch in der Panik, also in diesem Kreis. (...) Damit löse ich keine Trauma richtig auf, aber die Leute werden soweit stabilisiert, dass sie funktionieren.	Vitalität und Aggression wieder zu erleben, ist heilsam, löst Trauma nicht auf, aber stabilisiert	Erste therapeutische Schritte	Techniken der Arbeit
108-110	Die hätten alle / am besten ist immer Gruppe und Einzel kombiniert, aber aus Kostengründen kriegt man es meistens nicht hin. Heute kriegt man nicht mal mehr Gruppen finanziert.	Am besten Kombination aus Einzeltherapie und Gruppentherapie, aber finanziell nicht möglich	Finanzielle Einschränkungen	Finanzierung und Ressourcen für die Therapie
116-118	Also (...) es hat so zwei Sachen. Ich habe natürlich eine irre Sicherheit in der Arbeit mit Traumatisierten, das ist ungefähr (...) knapp die Hälfte meiner Klienten, also ein gutes Drittel.	Mehr Sicherheit in der Behandlung von Traumatisierten durch Erfahrung	Sicherheit durch Berufserfahrung	Sicherheit durch Erfahrung
118-126	Oft kommen sie mit Depressionen und eigentlich heißt es / wenn man guckt, ist es eigentlich Trauma. (...) Scham, Schuld. Also das Gefühl der Ohnmacht ist ganz groß, ne, und diesen Kreis zu kapieren, dass die Leute sich ohnmächtig fühlen, weil sie ihre eigenen Grenzen nicht wahren können. (...) Die Scham darüber und das Schuldgefühl, das irgendwie eingeladen zu haben. Das hat man vor allen Dingen auch bei Kindern, also wenn Kinder Gewalterfahrung haben, dann fühlen sie sich schuldig, dass	Trauma als Kreislauf aus Scham, Schuld und Ohnmacht, besonders bei Kindern, führt zu Isolation und Autoaggression	Grundemotionen im Trauma	Techniken der Arbeit

	sie so schlecht sind, dass man das mit ihnen machen muss. Da schämen sie sich. Dann können sie mit niemandem sprechen, dann geht es in die Isolation und in die Minderwertigkeit und oft in so eine Autoaggression, ja.			
126-128	Und diesen Kreis zu begreifen, also das ist jetzt ein bisschen hingerotzt sage ich mal. Fachlich würde man das präziser machen. Aber um das jetzt genauer zu erklären, das habe ich halt daran / Da bin ich sehr sicher mit geworden.	Erklärung jetzt fachlich nicht genau, aber Grundverständnis inzwischen sicher	Sicheres Grundverständnis	Sicherheit durch Erfahrung
128-138	Auch heute, eine Stunde vorher ist mir eine Frau, die massive Gewalterfahrungen hat / Ich habe mit ihr eine Übung gemacht, die hieß "Nein, das mache ich nicht!" Weil sie das nicht kann. Also eigentlich ein Verhaltenstherapeutischer Ansatz, ja. Sie sollte durch den Raum gehen / Ich sagte, egal, ich sage jetzt irgendwas, egal was ich sage, Sie sagen immer denselben Satz: Nein, das mache ich nicht. Das erste, was ich zu ihr sagte, war: geben Sie mir mal das Kissen. Sie gab es mir. Wir haben beide schallend gelacht, weil sie das gar nicht konnte. Das nächste Male ging sie eine Weile und ich sagte: setzen Sie sich doch mal hin. Und sie merkte, sie kriegt den Satz nicht raus. Und dann ist sie (...) in dieses Trauma rein, weil dann hätte der Vater sie totgeschlagen, wenn sie gesagt hätte, das mache ich nicht. (...)	Beispiel aus der Arbeit mit Patientin mit Gewalterfahrung, Übung: Das mache ich nicht	Praxisbeispiel	Techniken der Arbeit
138-143	Und dann ist sie in die Traumatisierung rein und dann merke ich, so, die rutscht jetzt voll ab, die heult und zittert, die muss ich jetzt in den Körper holen,	Dissoziation und Aktualisierung des Traumas schrecken mich nicht mehr	Keine Angst mehr vor Traumaarbeit	Sicherheit durch Erfahrung

	die muss ich jetzt hierherholen und wenn sie wieder da ist / dass sie in die Aktualität / und die Sicherheit ist entstanden in der Arbeit. Dass ich / das schreckt mich nicht mehr. Früher hätte mich das geschreckt. Da hätte ich gedacht, Gott, was mache ich denn jetzt, dass die nicht retraumatisiert ist und (...)			
143-147	und natürlich über die jahrelange Beschäftigung weiß ich, im Gehirn was passiert und welche Übungen muss ich ansetzen, damit die Verbindung von Stammhirn und Präfrontalem Kortex wieder entsteht zu dieser Situation und wie man überhaupt mit / eine Idee hat zu verstehen, warum reagiert die mit diesem Reflex. Das ist die Auswirkung auf die lange Zeit.	Inzwischen auch neurologischen Wissen über Trauma angeeignet	Neurologisches Wissen über Trauma	Techniken der Arbeit
147-148	Wobei Kriegstraumatisierung nie / anders sind als frühe Traumatisierungen. Das muss man unterscheiden.	Kriegstraumatisierung anders als frühe Traumatisierung	Traumaarten	Mono- versus Komplextrauma
156-160	Im Kriegs / Wenn ich mich mit Kriegstraumatisierung beschäftige, ist das unglaublich hart, weil ich Geschichten höre, die erzähle ich nicht mal jemandem. Die will ich niemandem in den Kopf tun. Und da ist auch die Scheu der Klienten, es mir zu erzählen, weil sie wissen, wenn sie es mir erzählen, habe ich es im Kopf. Das ist eine intuitive Scheu. Und es ist eine Zumutung und man muss es aushalten. (...)	Geschichte von Kriegstraumata zu furchtbar, kann man niemandem erzählen, muss man trotzdem aushalten, auch Klienten spüren instinktiv diese Scheu	Isolation durch Traumamaterial	Selbst wird negativ beeinflusst
160-164	Aber ich lerne daran philosophisch viel: Was ist das Leben? Was ist ein Mensch? Was ist gut sein? Was ist Schuld? (...) Wie überlebe ich mit Schuld? Also Fragen, wo wir eigentlich therapeutisch	Durch Arbeit mit Patienten Antworten auf philosophische Fragen finden	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst

	kein Konzept für haben, aber die wir in der Situation beantworten müssen. Denn die müssen wir für UNS beantworten, sonst können wir mit den Klienten nicht arbeiten. (...)			
164-170	Ich mache mal ein Beispiel: Als ich die ersten Geschichten hörte und ging zu meiner Supervisorin völlig empört, und sagte: Also wie KÖNNEN Menschen sowas machen? (...) Guckte sie mich an, und ich habe einen sehr impulsiven Sohn, und sagte: Wie lange muss man deinen Sohn mit 16 in den Krieg stellen, bevor er das tut? Und da habe ich es verstanden. Da habe ich verstanden, dass man / ne / was für eine Energie das ist und wie die Leute dazu kommen.	Empört, wie Menschen so etwas tun können, Supervisorin fragte, was mit eigenem Sohn geschehen würde, wäre er im Krieg, durch diesen Perspektivwechsel dann verstanden	Verstehen durch Perspektivwechsel	Selbst wird positiv beeinflusst
170-171	Also (...) Aber es ist schrecklich, also die ersten Jahre bin ich jedes Mal aus der Gruppe raus und es wurde erstmal geheult.	Früher nach der Arbeit immer geweint	Belastung durch Arbeit mit Trauma	Selbst wird negativ beeinflusst
171-177	Heute belastet mich fast / persönlich ganz wenig. Da gibt es so / Also die Kriegsgeschichten, die belasten mich. Die gehen mich persönlich an. Alles andere ist ja 30 Jahre vorbei und vor mir sitzt ein Erwachsener Mensch, der das überstanden hat. Und das heißt nicht, dass es mich nicht berührt. Also mich berührt viel und mich rührt auch manches zu Tränen, das kennen meine Klienten, so in der Resonanz berührt es mich. Aber ich gehe nicht raus und bin fertig. Bin manchmal erschöpft von resonieren, wie so eine Gitarre, wo die Seiten ausgeleiert sind, ja. (...)	Jetzt persönlich nur noch wenig belastet, Ausnahme Kriegstraumata, alles andere ist vorbei und der Klient hat es bereits überstanden, berührt in der Resonanz, aber belastet nicht	Mitschwingen mit den Klienten	Selbst wird negativ beeinflusst
177-181	Die Fragen, die im Trauma entstehen oder in der Arbeit mit Kriegstraumatisierten, die sind	Fragen aus der Traumaarbeit	Persönliche Entwicklung durch Arbeit	Selbst wird positiv beeinflusst

	(...) laden einen persönlichen Reifungsprozess ein, wenn ich sie Ihnen stelle. Und da (...) da zum Beispiel zu denken, JA, der hat das überlebt. Ich muss mir das nur anhören. Was für ein Unterschied! Ja?	leiten einen persönlichen Reifungsprozess ein	mit Traumatisierten	
181-186	Und dann (...) glaube ich, dass wir oft oder viele von uns mit so einem Gefühl der Schuld leben, weil es uns so gut geht in Deutschland und Europa und wir wissen um all die Leute, die absaufen. Und das macht ein diffuses Schuldgefühl, wo man manchmal nicht noch den nächsten Dokumentarfilm sehen will, also es / In den Zeiten, wo ich mit Kriegsflüchtlingen arbeite, wird mein persönliches Schuldempfinden besser. Ich tue also was für mich. Sehr deutlich.	Diffuses Schuldgefühl durch eigenes Privileg, Arbeit mit Kriegsflüchtlingen lindert diese Schuld	Positive persönliche Konsequenzen der Arbeit	Selbst wird positiv beeinflusst
186-192	Und dann glaube ich (...) Wenn ich den Schmerz zulasse und fühle, komme ich auch anders in die Freude. Also wenn ich / in den Zeiten, wo ich viel da gearbeitet habe, habe ich gemerkt, ja, und manchmal bin ich da raus gegangen (...) aus so Gruppen und habe erstmal geheult, aber hinterher waren die Farben auch schöner und die Sonne heller. Und das ist der Gewinn. Also da verstehen wir was, wie leben und wie fühlen funktioniert. Jenseits aller therapeutischen Ausbildung. Das ist dann mehr so eine spirituelle oder philosophische Frage vielleicht.	Wenn der Schmerz zugelassen und gefühlt wird, fühle ich auch die positiven Dinge intensiver	Positives mehr wahrnehmen	Selbst wird positiv beeinflusst
204-206	Ich würde sagen (...) Also erstens arbeite ich nicht mehr mit Gruppen, ich glaube, da gehört das dazu. Der Schmerz, das Maß an Schmerz, was in einem Raum ist mit 18 Kriegstraumatisierten ist massiv und	Schmerz der Klienten gerade in Gruppen zu fühlen und zu weinen ist völlig in Ordnung	Mitschwingen mit den Klienten	Techniken der Arbeit

	ich finde es völlig in Ordnung, dann zu weinen.			
206-210	Also der Schrecken vor / Wir haben so eine Angst vorm Schmerz, vorm seelischen und das nimmt ab. Ich kann den Schmerz heute auch einfacher fühlen. Er macht mir nicht mehr so eine Angst. Es ist halt der Schmerz. Aber er ist warm (...) er ist dunkel. Also so, der läuft mehr so durch, ja?	Angst vor dem Schmerz hat abgenommen, kann ihn jetzt einfacher fühlen und durchlassen	Angst vor negativen Emotionen nimmt ab	Selbst wird positiv beeinflusst
210-212	Schlimmer finde ich die unterdrückte Wut! Da sitzt man mit jemandem, der freundlich lächelt und stinkesauer ist und ich spüre dann seine Wut und denke / das finde ich viel schwieriger.	Unterdrückte Wut der Patienten zu spüren ist schwer auszuhalten	Emotionen der Patienten fühlen	Techniken der Arbeit
212-213	Oder ich arbeite nicht gut mit Borderlinern zum Beispiel, weil die keine Beziehung ertragen, oder wenig.	Arbeite nicht gut mit Borderlinern	Eigene Grenzen anerkennen	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
213-217	Das gibt / Und traumatisierte Menschen sind misstrauisch, sie brauchen Halt, aber sie sind oft auf einer Beziehungsebene gut erreichbar, vielleicht auch nur für mich. Aber für mich schon. Und wenn die Beziehung gut ist, ist das Arbeiten schön. Das macht ja den größten Teil aus. Also es gibt so Studien, ich glaube, die Methode macht glaube ich 11% aus.	Guten instinktiven Zugang zu Traumatisierten, gute therapeutische Beziehung möglich, die macht viel aus	Instinktiver Zugang zu Traumatisierten	Instinktiver Zugang zu Traumatisierten
225-228	Leider wird nicht so wirklich unterrichtet / das würde ich sehr gerne / Ich würde gerne professionelle Beziehungsgestaltung unterrichten, das wäre mein Favourite. (...) Weil das wird nicht unterrichtet, wie mache ich das eigentlich? Wie mache ich das eigentlich mit der Beziehung so?	Würde gerne professionelle Beziehungsgestaltung unterrichten, da das nicht in der Grundausbildung gelehrt wird	Kritik an der Grundausbildung	Grundausbildung

228-230	Und dann ist es natürlich auch ein sehr schönes Gefühl, den Leuten helfen zu können. Und gerade Leuten, die es richtig schwer haben. Also wenn jemand so lange einsam ist mit irgendwas, ihn begleiten zu können.	Sehr schönes Gefühl, den Patienten helfen zu können	Positiver Gewinn aus der Arbeit	Selbst wird positiv beeinflusst
230-234	Und wenn es zu viel Trauma ist, wird es auch schwer. Ich könnte nicht / Also ich habe so 18 Stunden diese Woche, wenn ich jetzt 18 mal Trauma hätte, wäre es mir ein bisschen viel. (...) Es wird dann hier spürbar, also so im Herzraum, dass das einfach hart ist. Das ist doch viel Schmerz. Aber (...) 6,7, 8 Stunden die Woche gehen. Und das trainiert sich auch ein bisschen.	Zu großes Pensum an traumatisierten Patienten ist nicht tragbar, eigene Quote muss gefunden werden	Pensum an Traumaarbeit	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
238-245	Ja, oder dieser / es verdauen kann. Ich muss es ja emotional verdauen, ne? Viele blocken es ab (...) was ich für einen Fehler halte. Wie sie sagen, sie halten es für professionelle Distanz. Ich halte es für einen Mangel an Empathie, weil ich finde, wir können uns das zumuten, als Behandler mitzufühlen. Und die Resonanz meiner Klienten ist auch, dass sie das Gefühl haben, ich bin dicht dran. Ich begleite sie wirklich. Weil ich sozusagen mitfühle, oder oft stelle ich die Sachen auf und merke dann, die Position kriege ich nicht richtig. Dann stelle ich mich rein wie bei einer Familienaufstellung und dann kann ich es fühlen. Und dann weiß ich, wo die sind, so.	Material der Patienten verdauen, Fehler, negative Emotionen abzublocken, man kann es aushalten, Einfühlen und Mitschwingen führt zu enger Begleitung der Patienten	Mit den Patienten mit-schwingen	Techniken der Arbeit
245-251	Das ist auch eine spannende Arbeit. Ich meine, wer hat das? Wer von uns hat die Möglichkeit, mit einem / das hört sich scheiße an, aber ich sage es	Spannende Arbeit, die einen persönlichen Reifeprozess anregt, Beispiel	Durch die Arbeit mit Patienten selbst reifen	Selbst wird positiv beeinflusst

	jetzt trotzdem / mit einem Kriegsüberlebenden über die Frage der Überlebensschuld zu sprechen? Das ist wahnsinnig interessant. Es ist nicht einfach, aber es ist interessant. (...) Also ich erlebe einen persönlichen Reifungs- und Entwicklungsprozess durch meine Arbeit. Und als Therapeutin muss man aufpassen in manchen Punkten, dass man nicht komisch wird und mit allen Leuten dann so spricht (lacht) Ja.	mit Kriegsflüchtling über Überlebensschuld sprechen		
262-266	Na ja klar! (...) Also jeder persönliche Reifungsprozess, den ich mache im besten Falle oder wo ich was lerne oder wo ich / wo mir da jemand gegenüber sitzt, egal ob jetzt traumatisiert oder nicht, dass ich da / Weiß ich, da erzählt mir eine 20jährige irgendwas und da denke ich, oh, das habe ich wahrscheinlich bei meiner Tochter auch falsch gemacht, aaah, ganz schlecht, so. (...)	Arbeit beeinflusst einen als Privatperson, man lernt und reflektiert eigenes Verhalten, sieht eigene Fehler	Durch Arbeit mit Patienten sich selbst mehr reflektieren	Selbst wird positiv beeinflusst
266-273	Im Guten und auch im Schlechten, dass meine Kinder zum Beispiel, also ich habe noch zwei zu Hause sagen: Du sagst immer, das macht dir nichts, aber manchmal, wenn du nach 8 Stunden kommst, bist du zu nichts zu gebrauchen. Dann ist einfach / Das kennt man vielleicht, wenn man sich das Leid einer Freundin angehört hat, dass es irgendwann merkt, so jetzt kann man nicht mehr, jetzt ist die Schwingungsfähigkeit innen weg. Jetzt ist irgendwie genug, ne? Und da gibt es auch eine Erschöpfung. Und alles, was wir / was ich lernen darf hier mit denen, beeinflusst mich natürlich privat.	Arbeit beeinflusst einen im Guten wie im Schlechten, nach langem Arbeitstag manchmal komplett erschöpft, Schwingungsfähigkeit aufgebraucht	Arbeit kann erschöpfend sein	Selbst wird negativ beeinflusst

279	Klar! Und andersherum auch. Also beides.	Im Privaten an Patienten denken, in der Praxis an Privates	Gegenseitiger Einfluss von Praxis und Privatleben	Selbst wird positiv beeinflusst
283-286	Geht in beide Richtungen. Wobei das hier erlaubter ist, also in der Therapie darf ich ja nutzen / In der Therapie nutze ich alles, was hilfreich sein kann und ich finde den Methodenstreit ziemlich albern, weil es geht um was hilft. Und wer heilt, hat Recht. Und wenn es einer mit Kaffeesatzlesen macht, dann macht er es damit.	Alles, was heilt, darf in der Therapie genutzt werden, Methodenstreit daher albern	Methodenübergreifende Traumatherapie	Techniken der Arbeit
286-291	Also, und das passiert natürlich ganz viel. Privat (...) eher so, dass ich manchmal einer Freundin sage, oh, das hatte ich eine Klientin, so und so und so, also ich nenne ich keine Namen, aber den Fall kann ich ja / spreche ich im Teambereich schon mal an und sage dann: da habe ich an dich gedacht oder so. Oder heute habe ich jemanden in der Praxis die und die Geschichte erzählt.	Im Privaten an Patienten denken, ansprechen, ohne Namen zu nennen	Austausch zwischen Arbeitsleben und Privatleben	Selbst wird positiv beeinflusst
291-294	Also manchmal sind Dinge nur über Bande ansprechbar. Im NLP hieß das mein Onkel Sam. Also in der NLP Ausbildung, die arbeitet ja auch mit Trauma. Also mir fällt die Geschichte von XY ein, weil da eigentlich, so. Dann ist es kein Auftrag und jemand kann sich aussuchen, was er davon nehmen möchte.	Botschaften über Geschichten vermitteln, Übung: mein Onkel Sam, dadurch kein direkter Auftrag	Botschaften durch Geschichten vermitteln	Techniken der Arbeit
294-301	Das Schlimmste finde ich, und da ist / da gibt es manchmal, wenn ich nach der Resonanz gefragt werde: was macht das mit meinem Leben? (...) Grundlegend in einem Therapieraum zu sitzen und mal zum Glück auch Supervision noch	Sehr schwierig zu verhindern, dass sich auch im Privaten ein Problemfokus und Problem-analyse einstellt	Im Privaten als Therapeut denken	Selbst wird negativ beeinflusst

	und so, aber da kommen zig Stunden die Woche Leute und reden über Probleme. Da kriegt man so einen komischen Fokus. Und privat dann nicht auch so zu sein, dann nicht zu gucken: ach, was hat der denn jetzt für ein Problem und was müsste ich dann jetzt sagen und ach, dann sieht der wahrscheinlich das und das nicht. Und das finde ich völlig unangemessen, aber extrem schwierig.			
301-307	Also so wie Rechtsanwälte auch privat immer Recht haben wollen, oder leicht es diese Tendenz gibt und Lehrer einem auch immer alles erklären müssen, auch privat, finde ich auch psychotherapeutische Arbeit hat eine Berufskrankheit. Oder dieses, alles so kleinlich zu sein, also keinen doofen Spruch machen zu können, ohne dass irgendjemand / Also das finde ich schwierig. Das ist / Aber das ist unabhängig vom Trauma. (...) Das finde ich allgemein in der Psychotherapie eine Schwierigkeit.	Auch bei Psychotherapeuten Berufskrankheit, alles zu interpretieren und einzuordnen	Berufskrankheit bei Psychotherapeuten	Selbst wird negativ beeinflusst
311-316	Das überlege ich gerade. (...) Wahrscheinlich. Also für andere wahrscheinlich schon. Ich bin ja, ich bin da ja so ein bisschen / Also mit zwei traumatisierten Eltern und (...) einer traumatisierten Großmutter und drei KZ Überlebenden in der Familie ist das für mich wahrscheinlich so normal (lacht), dass ich es nicht bemerke. (...) Vielleicht ist es manchmal ein komisches Bild auf die Welt, soviel Leid sich anzuhören. Ich höre ja wenig gute Geschichten. (...) Aber da habe ich keinen Vergleich.	Durch Traumahistorie in der Familie ist es schwer, traumaspezifische Belastungen der Arbeit zu benennen, vielleicht komisches Weltbild, da ich nur Leid höre	Belastungen durch die Arbeit schwer zu benennen	Selbst wird negativ beeinflusst

316-317	Ansonsten finde ich die Arbeit mit Traumatisierten sehr dankbar, es gibt gut Fortschritte.	Traumaarbeit sehr dankbar, gute Fortschritte	Traumaarbeit lohnenswert	Selbst wird positiv beeinflusst
317-321	Schwierig (...) / Also ein Feld würde ich rausnehmen. Schwierig sind die komplex-traumatisierten Geschichten in der frühen Kindheit. Also emotionale Verwahrlosung mit Missbrauch. Oder (...) keine mütterliche Zuwendung, keine Nähe und Gewalt auf der väterlichen Seite. Oder (...) Also so massiver Missbrauch. Wenn das so mit drei, vier angefangen hat und dann zehn Jahre ging.	Arbeit mit Komplextraumatisierten mit Verwahrlosung und Missbrauch schwierig	Arbeit mit Komplextraumatisierten schwierig	Mono—versus Komplextrauma
321-329	Da gibt es / also wo ich so denke, die Menschen bräuchten eine andere Versorgung. Die bräuchten zweimal die Woche Therapie. Die bräuchten einmal Therapie, die bräuchten eine spezielle Gruppe und die bräuchten zwei, drei Mal Klinik. Um eine Chance zu haben. Und auch sozial die Isolation greift oft so, die sind alle wahn-sinnig isoliert. Also weil diese Scham so groß ist. Und da kann ich manchmal verzweifeln, weil ich merke, das Angebot, was ich mache, reicht nicht. (...) Und da ich nicht über Kasse abrechne, weil Körperorientierte Psychotherapie, auch wenn sie tiefenpsychologisch fundiert ist, keine Kassenleistung ist. (...) Können sie wenigstens sich das leisten.	Teilweise Verzweiflung, da Versorgung für Trauma nicht ausreichend finanziert, daher können es sich viele nicht leisten	Traumatherapie nicht ausreichend finanziert	Finanzierung und Ressourcen für die Therapie
329-334	Da gibt es so Leute, die begleite ich dann lange (...) und es entsteht so ein Verstehen, was mit Ihnen ist. Also Selbstbewusstsein im Sinne von: ich werde mir bewusst. Aber wo es auch wirklich oft zäh ist. Für die Leute und dann natürlich auch für mich. Und so eine	Bei Komplextrauma manchmal trotz langer Therapie nur wenig Heilung, Verzweiflung entsteht, die man aushalten muss	Schwierige Therapieprozesse aushalten	Selbst wird negativ beeinflusst

	Hilflosigkeit entsteht. Ich kann denen nicht helfen. Ich würde gerne mehr, ich weiß nicht, was. Die Arbeit ist dann, dieses Gefühl auszuhalten. Ja, also da würde ich sagen, ist es speziell.			
342-347	Also ich habe zwei Klienten / Also, eine zum Beispiel, die nimmt keiner sonst. Oder sagt, hat es keinen Sinn. Oder jemanden losschicken und sagen: Entschuldigung, Sie sind 50 und komplextraumatisiert, Sie müssen in die Klinik. In die Klinik kann sie nicht, weil sie zu viel Angst hat. Was soll sie dann machen? (...) Aber da gibt es auch Fälle, wo ich wirklich das Gefühl habe, ich arbeite zwei Jahre und die kommen aus dem akuten Schub raus, aber es bewegt sich nicht viel. Zu massiv. (...)	Schwierige Fälle, die sonst niemand annimmt oder bei denen man das Gefühl hat, es bewegt sich auch nach zwei Jahren nicht viel	Schwierige Fälle	Selbst wird negativ beeinflusst
351-353	Naja, (...) ran kommt man, aber es hilft ihnen nicht heraus. Also jemanden / das Trauma / jemanden in das Trauma zu schicken, ist einfach, in die Gefühle. Aber darum geht es nicht.	Den Patienten in das Trauma zu schicken, ist einfach, aber darum geht es nicht	Wiedererleben des Traumas	Techniken der Arbeit
353-358	Es geht darum (...) Also, das ist ein bisschen / Zum Beispiel im Nervensystem kann man sich das vorstellen, als ob der Drehzahlmesser im Motor ausgebaut ist. Unser Nervensystem lernt. Wir schwingen normalerweise zwischen Anspannung - Sympathikus, Entspannung - Parasympathikus. Jeder hat so seine Welle. Manche größer, die sind aufgeregter, manche sanfter, so. Ein Traumatisierter, der ist immer im Sympathikus, voll unter Adrenalin. Und dann hat er so ein Schock Down und bricht dann zusammen.	Gesunder Mensch schwingt zwischen Anspannung und Entspannung, Traumatisierte sind in Daueranspannung oder brechen zusammen	Funktionsweise des Nervensystems der Traumatisierten	Techniken der Arbeit

359-369	<p>Und um das Nervensystem zum Umlernen zu bringen, brauch man mehr als einmal die Woche eine Stunde. Der müsste (...) Das müsste eine Gruppe geben, wo die unterstützt werden, wo klar ist, da gehen die hin und es ist eine reine Ressourcengruppe, ja. Die müssten Anleitung kriegen genauer, wie sie das machen. Die müssten vielleicht ein Onlinecoaching dazu bekommen. Wäre schon machbar. Aber einmal / das ist zu massiv, ja? Das ist wie die Klientin, die es, obwohl ich ihr sage, wir machen eine kleine spielerische Übung, wir stehen jetzt auf, gehen durch den Raum und, egal was ich sage, sie sagen: mache ich nicht! Und ich sage, geben Sie mir mal das Kissen und es greift sofort. Der Automatismus ist so doll. Also man kommt ran, aber um den Automatismus umzulernen, brauchen die was anderes. Die hat jetzt sehr viel Therapie gemacht, die hat jetzt schon so / Aber ... ja.</p>	<p>Um das Nervensystem neu zu organisieren, braucht man mehr als einmal Therapie pro Woche. Mit sehr viel Therapieanboten ist es möglich. Beispiel: Patientin und Mache ich nicht! Übung</p>	<p>Schwertraumatisierte brauchen spezielle Versorgungsstrukturen</p>	<p>Finanzierung und Ressourcen für die Therapie</p>
375-381	<p>Naja, wenn jemand / ich habe jetzt mit einem Kriegsfüchtling gearbeitet, der kam und war komplett / Schriftsteller und total suizidal. Wo ich so dachte, boah, hoffentlich geht das gut. Also so Szenen, wo er so beschreibt, wie er mit dem Fahrrad den Berg runterrast auf die Autobahn zu und denkt, ich bremsen nicht und so. Und wenn so jemand dann nach einem halben Jahr sagt: Danke, ich habe es nicht mehr, oder ich habe es im Griff, das ist super. Das ist eine ganz große Freude. (...) Oder wenn je-</p>	<p>Suizidalen Patienten helfen zu können, Patienten, die erleichtert aus der Behandlung gehen, das macht die Arbeit lohnenswert</p>	<p>Lohnenswerte Aspekte der Traumarbeit</p>	<p>Selbst wird positiv beeinflusst</p>

	mand geht und ist erleichtert oder (...) so ein Stück ist geschafft oder so. Das ist ganz toll. (...)			
381-388	Auch jemandem nahe sein zu dürfen, das ist ja ein Geschenk. Was geben wir darum, Nähe zu anderen zu haben, ja? Und klar geht das überhaupt nicht um mich, aber trotzdem entsteht eine professionelle Nähe. (...) Und die sind mir auch nahe. Ich habe das Gefühl, ich trage die mit mir spazieren innerlich, so wie wir unsere Geschwister oder unsere Eltern / Über die Zeit, wo sie / wo ich mit ihnen arbeite, sind sie mir irgendwie nah. Ich habe sich auf dem Schirm. Das ist auch schön. Ist eine intensive Beziehung und das geht mit Traumatisierten natürlich viel netter als mit Borderlinern. (...) Ja, da habe ich was von.	Nähe zu Patienten ist ein Geschenk, trage sie innerlich mit mir spazieren, eine intensive Beziehung entsteht	Therapeutische Beziehung als positiver Gewinn	Selbst wird positiv beeinflusst
388-398	Es ist schön oder es ist spannend oder / Manchmal ist es wie ein Krimi. Auszubuddeln, was da los ist. Kommt, was weiß ich, da kommt eine Frau und sagt, ich schreie nachts und ich weiß nicht, warum. Ich wecke meinen Mann immer, weil ich immer schreie. Ich habe aber keine Ahnung, was los ist. So weit im Stammhirn abgekapselt und so wenig zugänglich. Und dann, das ist ein bisschen (...) wie ein Pfärten-sucher komme ich mir dann vor. Wenn man durch den Wald geht und will ein Reh kriegen, und will das sehen, dann muss man gucken, ja hier war es vor 3 Tagen, hier ist eine Spur, also (...) es ist eine detektivische Arbeit, die ist interessant. Und gibt natürlich	Ursachensuche in der Arbeit sehr spannend, vergleichbar mit Detektivarbeit, im Gehirn reagiert das Belohnungssystem auf Erfolg wie bei einem Computerspiel	Traumaarbeit ist spannend	Selbst wird positiv beeinflusst

	Erfolgs-erlebnisse wie ein Computerspiel im Gehirn. Wenn ich das Ding kriege, habe ich ja ein Belohnungs- / also, wenn es jetzt mal biochemisch macht. Aber es macht natürlich Spaß. Das ist die Arbeit eh.			
398-405	Ja, mir fällt noch eine persönliche Konsequenz ein: Ich habe oft das Gefühl, Psychotherapie ist wie Romane lesen, nur dass die echt sind. Da kommen Leute und erzählen mir ihr Leben und zwar DAS, was wichtig ist. DAS, was sie sonst niemandem erzählen. Wow. Was für Geschichten. Also es eröffnet mir auch die Welt, obwohl ich in diesem Zimmer bin. (...) Von Madagaskar über Korea über Brasilien. Ich habe eine Menge über den Kosovo / ich habe mit allen möglichen Kulturen zu tun. Ich habe vom Millionär bis zum Harzt IV Empfänger alles. Ich kriege Einblicke in andere Leben, das ist schon /	Persönliche Konsequenz der Arbeit: kriege viele vielfältige Einblicke in andere Leben und lerne etwas über deren Kultur	Von den Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
405-407 411-416	Aber mir fällt noch eine persönliche / Ich gucke mir im Kino keine, keinerlei dramatische oder harte Streifen an. (...) Das habe ich in der Arbeit. Kriegsfilme geht überhaupt nicht. Ja, weil mein / ich bin (...) sehr legasthenisch und ich bin ein sehr Bildhafter Mensch und ich kann / mein Gehirn unterscheidet da nicht zwischen der Geschichte, die ich von jemandem persönlich gehört habe und weiß, die ist echt, ja, (...) und dem, was ich da sehe. (...) Also ja, das geht nicht. Ich habe lange gebraucht, um Schindlers Liste überhaupt zu sehen. Und der ist ja nun nicht hart, der geht ja. Und Kriegsfilme in gar keiner Form. (...)	Keine Kriegs- und Gewaltfilme mehr gucken, da das Gehirn nicht unterscheidet zwischen dem fiktiven Film und der Realität der Patientengeschichten	Keine brutalen Filme mehr anschauen	Selbst wird negativ beeinflusst

416-417	Und auch sonst gucke ich, dass ich (...) persönlich ein Gewicht auf das heitere und leichte lege. Das andere habe ich ja (...)	Fokus auf das Positive legen, das Negative habe ich ja	Fokus auf Positives	Selbst wird positiv beeinflusst
423-428	Auf alle Fälle. (...) Ich lerne hier von meinen Klienten. Manchmal sind es praktische Dinge. Kommt eine mit drei / die einen neuen Beruf haben will, die ist jetzt nicht traumatisiert, aber ich mache so ein Beispiel, das ist natürlich / Und die kann Networking! Und die Kann sich im Internet / ist die fit. Und wie die das Ding angeht, Wahnsinn! Und das lerne ich und gebe es aber auch weiter dann an den Nächsten. Also ich lerne von ganz vielen.	Auch praktische Dinge von Patienten lernen und sie dann an den Nächsten weitergeben	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
428-430	Weil die suchen ja / im besten Falle findet jemand in der Therapie seine eigene Lösung. Nicht meine, sondern seine. Und dabei darf ich zugucken. Und das erweitert mich natürlich über Lösungsversuche. Was kann man tun? Da lerne ich eine Menge.	Patienten finden ihre eigne Lösung, wodurch auch ich neue Lösungsmöglichkeiten lerne	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
431-439	Philosophisch lerne ich eine Menge, würde ich sagen über dieses (...) was macht ein gutes Leben aus? Das ist ja die Frage. Was ist psychische Gesundheit? Wo ist die Grenze? Früher sind die Leute zum Seelsorger in die Kirche gegangen, heute kommen sie zu mir. Bin ich auch nicht für ausgebildet, das ist nämlich jenseits des ICD-10s. Was ich so / (...) Also, ich habe eine Menge second hand Erfahrung, würde ich sagen. So könnte man das bezeichnen. Auch so wie unmöglich / kommt eine heulend und zähneklappernd. Ihr Mann hat sich getrennt, ganz furchtbar und sie will den wieder.	Lerne viel über die philosophischen Fragen des Lebens, Reichtum finden in den Lernprozessen der Klienten, wie second hand Erfahrung	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst

	Dann arbeiten wir ein halbes Jahr und dann sagt sie, um Gottes Willen, ein Glück bin ich den los! Ist doch eine verrückte Geschichte. (...) Da finde ich ist ein Reichtum drinnen und (...)			
440-447	Und trotzdem bleibt natürlich / und das sehe ich bei mir und bei allen anderen Kollegen auch / eine persönliche Hilflosigkeit. Ich bin nicht gefeit vor Depression so wie ein Zahnarzt nicht vor Karies. Und auch nicht davor, dass ich Lebenskrisen habe. Und dann weiß ich so viel (...) und kann mir selber / wahrscheinlich besser als ein Normalo, sage ich mal / aber trotzdem manchmal nicht helfen. Das ist so eine Diskrepanz, die nicht einfach auszuhalten ist. Und das sehe ich bei mir und bei meinen Kollegen auch. Und die Annahme, naja, du bist doch Psychotherapeutin! Das ist so als ob der Zahnarzt sagt, er hat Karies. Kann ihm aber passieren!	Auch durch all das Wissen nicht vor eigenen Lebenskrisen oder psychischen Störungen gefeit	Fachwissen schützt nicht vor eigener Erkrankung	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
451-456	Die Suizidrate ist hoch, auch bei Psychotherapeuten, die Burn Out haben. Ist nicht schlecht. Da denke ich aber, dass zu wenig / Also, dass die sich aus so einer Borniertheit scheuen, so sage ich, weil ich das nicht mache, selber Therapie zu mache und sich selber irgendwie Hilfe und Beistand zu holen. Ich glaube, das ist man, wenn man den Beruf ergreift, ist man gefordert, eine Supervision oder eine eigene Therapie oder so zu haben, wo man immer mal wieder guckt. (...)	Auch Therapeuten können stark belastet sein und scheuen sich zu oft, Hilfe einzufordern	Therapeuten scheuen sich, selbst in Therapie zu gehen	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
456-463	Und dann gibt es so ein Phänomen, zwei Phänomene, die sind beide gut und beide schlecht. Die haben so Licht	Durch die Arbeit mit Selbstzahlern muss man	Intensive Beziehungsgestaltung als	Selbst wird negativ beeinflusst

	<p>und Schatten. Das Eine ist (...) ich bin ja gefordert, hier kommt jemand rein, den kenne ich nicht und ich muss innerhalb von einer Stunde mit dem irgendeine Art von Kontakt herstellen. Sonst kommt der auch nicht wieder. Ich arbeite mit Selbstzahlern, wenn ich das in der ersten Stunde nicht schaffe, dann ist das vorbei. (...) Aber auch sonst / Zu verstehen, wer sitzt eigentlich vor mir. Da wird man besser. Und es ist persönlich ein Fluch und ein Segen. (...) Also (...) Manchmal ist naiv sein auch schön.</p>	<p>schnell eine Beziehung zum Patienten aufbauen können, das ist ein Fluch und ein Segen</p>	<p>zweischneidiges Schwert</p>	
467-468	<p>So dem Glanz vertrauen können. Meinen Kindern gehe ich damit total auf den Keks. Man, ja lass es doch einfach! So. (...) Das ist ein Fluch und ein Segen.</p>	<p>Nicht dem oberflächlichen Schein vertrauen können</p>	<p>Umwelt kritischer betrachten</p>	<p>Weltbild wird negativ beeinflusst</p>
486-493	<p>Also allgemein weiß ich es nicht. Ich kann das nur für mich sagen. Ich könnte nicht mit Kindern arbeiten. Die muss ich nach Hause schicken, in ihre Elend zurück. Ich arbeite mit Erwachsenen, deren Elend ist lange vorbei. Aktuell bin ich nicht gut darin, wegzugucken. Ich versuche immer irgendwas. Und wenn es ist, den Blick vom Vater zu kriegen oder einen netten Satz zu sagen, was für ein tolles Kind er hat oder ich steige aus. Manchmal wechsle ich das Café, weil ich es nicht ertrage. Also einmal / Ich habe ja selber vier Kinder, aber / weil ich nicht ertrage, wie eine Mutter mit ihrem Kind umgeht. Das ist deren Ding, aber / so ein Abstand wird schwieriger. Ich setze mich raus oder ins nächste Café.</p>	<p>Könnte nicht mit Kindern arbeiten, kann aktuell auch bei Leid von Kindern nicht weggucken, muss versuchen, einzugreifen oder die Situation verlassen</p>	<p>Schlechter Umgang mit Kindern nicht ertragbar</p>	<p>Weltbild wird negativ beeinflusst</p>

499-502	Das habe ich selten. Neulich war eine Mutter so hochgradig aggressiv, dass ich denke, die schlägt ihre Kinder. Also da mag ich mich täuschen, aber da war so etwas drin, wo ich dachte, woah. Auch sie als Person war so abgetrennt, wo ich dachte, oh. Ja. (...) Aber ich glaube, das haben alle im Kopf. (...)	Mutter beobachtet, Fantasie, sie würde ihre Kinder schlagen, glaube, das haben alle	Alltagssituation löst Gewaltfantasie aus	Weltbild wird negativ beeinflusst
502-507	Manchmal denke ich, die Empfindsamkeit wird / Also ich trainiere ja meine Spiegelneuronen zu fühlen, was fühlt der andere. Ich weiß, als ich meine erste Therapie machte und meine Therapeutin sagte mir auf den Kopf zu: Du bist traurig und willst es irgendwie nicht wahrhaben, ne? Da dachte ich, woher weiß die das? Das kam mir vor wie Zaubern. Ich dachte: boah! (lacht) Und das trainiert. Ja. Und das ist manchmal nicht schön. (...)	Eigene Empfindsamkeit und Empathie wird immer mehr trainiert, das ist manchmal nicht schön	Überdurchschnittlich stark empathisch sein	Selbst wird negativ beeinflusst
511-512	Nee, nicht so einfach. Also geht schon, gibt schon so einen anderen Modus, in dem ich unterwegs sein kann. (...)	Empathischen Therapeutenmodus abstellen ist schwierig, aber möglich	Nicht andauernd Therapeut sein	Selbst wird negativ beeinflusst
517-521	Ja. Und ich glaube, es ist ganz wichtig, aber das hört irgendwann auf, dass man nicht / aufhört, die Leute zu analysieren. Wie oft habe ich schon daneben gelegen? (...) Ja. (...) Und es ist / also das ist so ein Teil von dem Respekt. Ich weiß nichts, der Klient weiß. Ich kann den fragen, damit er mehr weiß über sich. Das finde ich immer ganz furchtbar, die Zuschreiberei. Passiert mir auch, finde ich bei mir auch ganz furchtbar (...).	Muss aufhören, andere Menschen zu analysieren, Patient ist Experte seiner Situation,	Eigene Grenzen erkennen	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
521-530	Aber nochmal vielleicht zu Traumatisierungen (...) Da habe ich das Gefühl, ist ein	Durch Traumaarbeit beschäftigt man	Mit Menschlichkeitsthemen	Selbst wird positiv beeinflusst

	<p>großer Gewinn. Mehr als in den anderen Geschichten. Und gerade beim Thema Krieg, Flucht. Das sind so Menschheitsthemen, so große. Warum bekriegen wir uns? Was passiert im Bluttausch, wenn die nur noch metzeln? (...) Wann bricht unsere dünne Decke der Zivilisation? Das Andere kommt raus, das Instinkthafte. Was ist ein guter Umgang mit Aggression? (...) Gerade in der Therapie mit Männern. (...) Männer haben über ihr Testosteron auch ein anderes Aggressionspotential. Und das ist nicht gut, nicht schlecht, das ist erstmal da. Aber wenn sie das Ding nicht händeln lernen, dann wird es gefährlich. Also / Und (...) das ist interessant.</p>	<p>sich mit den großen Fragen der Menschheit wie Krieg, Flucht, Aggression, das ist interessant</p>	<p>auseinandersetzen</p>	
530-532	<p>Das finde ich interessant, sich damit zu beschäftigen, (...) Ich kann darüber viel lesen, aber das ist nie so, wie wenn ich jemandem vor mir habe, mit dem ich das gemeinsam erlebe, weil der erlebt ja seine Gefühle und ich begleite ihn. (...)</p>	<p>Erlebt die Erfahrungen der Patienten durch den therapeutischen Prozess mit</p>	<p>Von Patienten lernen</p>	<p>Selbst wird positiv beeinflusst</p>
532-538	<p>Und es fordert viel Kreativität. (...) Oder sagen wir mal, ich nenne es mal anders. Ich glaube, dass jeder Mensch einen anderen Zugang hat: der Eine ist sehr visuelle, der Andere kann gut über den Körper, der Dritte stellt sich alles vor, der Vierte kann super mit diesem Aufstellen im Raum arbeiten. Und verschiedene Methoden kreativ zu mixen und zu gucken, was braucht denn der gerade und wie gehe ich daran? Das ist toll. Es ist ja keine Stunde wie die andere. Es gibt ja null Routine. (...)</p>	<p>Arbeit erfordert viel Kreativität, da jeder Patient auf eine andere Methode anspricht, es entsteht keine Routine</p>	<p>Abwechslungsreiche Arbeit</p>	<p>Selbst wird positiv beeinflusst</p>

543-548	Nee. Und die Leute / ah, das sehe ich auch gerade. Kollegen, die lange arbeiten / Ich arbeite jetzt über 20 Jahre, aber die so an die 40 sind: abgedrillt! Das ist wie ein / wie wenn man einen guten Goldschmied, einen alten / Da sieht man ein Handwerk, was großartig ist. Wenn die leidenschaftlich arbeiten, ist völlig egal welche Methode und nicht arrogant werden und nicht resignieren und nicht abgetrennt sind, sondern wenn die wirklich mit dem Herzen dabei / toll! Finde ich oft ganz toll zu sehen. Also so (...)	Therapeuten, die lange arbeiten ohne zu resignieren und arrogant zu werden, sind wie Goldschmiede sehr gut in ihrem Handwerk, das ist toll zu sehen	Inspiration von Kollegen	Selbst wird positiv beeinflusst
548-552	Wer das ganz gut beschreibt, ist Yalom. Der trifft auch am ehesten / da fühle ich mich am meisten verbunden so in der Haltung zum Klienten. Ungefähr so würde ich das auch beschreiben. Und da / der beschreibt auch den Gewinn sehr gut, den wir haben. Diese intensiven, interessanten menschlichen Begegnungen. (...)	Gewinn durch, Beziehung und Haltung zum Klienten ähnlich wie von Yalom beschrieben	Therapeutische Beziehung zum Patienten	Therapeutische Beziehung
552-556	Und dann ist natürlich / Also unser Glückshormon wird am meisten ausgeschüttet, wenn wir andere retten. Wir sind glücklicher, wenn wir zehn Euro / mit zehn Euro jemandem helfen können, als wenn wir zehn Euro verschenken, als wenn wir sie geschenkt kriegen. Und das darf ich ja beruflich laufend tun.	Menschen sind glücklich, wenn sie anderen helfen können und das darf ich regelmäßig tun	Patienten helfen macht glücklich	Selbst wird positiv beeinflusst
556-557	Ich muss nur aufpassen / ich muss es dann / mich / Selfcare. Das ist ein wichtiger Punkt. Wie mache ich das? Und wie kriege ich mit, dass es zu viel ist?	Selfcare wichtig, aufpassen, wann es zu viel wird	Selbstaufmerksamkeit	Unterstützende Faktoren

561-566	Zwei Varianten: (...) wenn ich nur noch über Therapie quatsche und nur noch in dieser Kategorie unterwegs bin, finde ich, es ist zu viel. Unglücklich sein. (...) Oder genervt sein von einem Klienten. Das ist nicht so wie ich, sind so die Leute, die eher extrovertiert sind mit ihrer Aggression, die sind eher genervt von den Klienten. Und keine Lust mehr haben. Ich habe allerdings auch / das sind so die Punkte. Das ist in meinem Rahmen natürlich leichter als in der Klinik. (...)	Zeichen für Überlastung: nur noch über Therapie sprechen, unglücklich sein, von Patienten genervt sein, keine Lust mehr haben	Zeichen für Überlastung	Selbst wird negativ beeinflusst
566-569	In einer Klinik, wo es ein gutes Kollegium, ja, und ein gutes Team. Wenn man sich anguckt, wie das Behandlungszentrum für Folteropfer, wie viel Teamarbeit die machen und wieviel Teamtage / Weil das sonst nicht durchzustehen ist. (...)	Gutes Kollegium und gutes Team sehr wichtig	Kollegiale Unterstützung wichtig	Unterstützende Faktoren
569-571	Aber warum machen Leute Abenteuerurlaub? Weil sie interessante Sachen kennen lernen wollen. Weil sie sich selber erfahren wollen. Ich habe ja die Möglichkeit, mich zu erfahren. Also in der Beziehung bin ich ja persönlich vorhanden.	Durch Arbeit die Möglichkeit haben, sich persönlich zu erfahren	Sich selbst erfahren	Selbst wird positiv beeinflusst
575-600	Mhmm (bejahend). (...) Die großen Menschheitsfragen. (...) Ich erinnere zum Beispiel eine Szene, ich habe im Moment immer noch ehrenamtlich Kriegsflüchtlinge in Therapie. (...) Und einer kam, und konnte / hatte Angst, in den Bus einzu-steigen. Und dann haben wir geguckt, welches Gefühl in ihm entsteht: Enge. Er kommt nicht raus. Und dann haben wir geguckt, wo in seinem Leben ist das entstanden? Am Ende	Patientenbeispiel: Junger Mann mit klaustrophobischer Angst, die mit Kriegstrauma in Verbindung gebracht werden konnte, konnte durch Imaginationsarbeit ausgelöst werden, sodass Klaust-	Von Patienten emotional bewegt werden	Selbst wird positiv beeinflusst

	<p>standen wir im Libanon auf einer Brücke, die von einer Seite beschossen und auf der anderen Seite war sie gesprengt und er stand in der Mitte. Hatte sich hinter einem Betonpoller verschanzt und neben ihm starb eine Frau. Das war die Szene. Und diese Verbindung herzustellen. Also zu wissen, wo kommt das her, und dann eine Lösung zu suchen. Und dann (...) habe ich ihn gefragt, wie alt dieser Mann ist in der Szene? Und er war 8 Jahre jünger als er. Und dann hat er aus dem jetzt mit diesem 8 Jahre Jüngeren gesprochen und sein Gehirn hat ja eine Imaginationsfähigkeit, und ihm gesagt: du wirst das überleben. Also du wirst da rauskommen und du kannst nichts tun außer weiter zu atmen. Aber ich sage dir, du überlebt es. (...) Und das war natürlich / Und dann hat er sich da reingestellt und ich habe mich neben ihn gestellt und dann fühle ich es auch. Das merke ich auch jetzt, wie ich es fühle, und du merkst es auch. (Beide haben Tränen in den Augen.) Und das ist genau das, was passiert. Und ich dachte, boah, was ist das für eine Situation, man kann nicht atmen. Und dann hörte er praktisch über die Vorstellung, wie er sich selber sagte: ich werde es überleben. Ich werde da lebend rauskommen. Ich muss nur warten und weiter atmen. Und danach war die Busangst weg. (...) Der konnte einsteigen. Ging. Das ist natürlich toll. Das sind 60 Minuten. Und das sind dann so Highlights. Die sind nicht immer so, aber das sind natürlich</p>	<p>rophobie verschwand, sehr bewegend</p>		
--	---	---	--	--

	die Momente / Aber es ist natürlich auch wahnsinnig bewegend. Es tut einem ja auch leid.			
600-609	Oder dieses Gespräch eines / Zwiegespräch eines / bei dem Bombeangriffanschlag, wie einer jemanden Sterbenden zurücklässt. Und mit dem diskutiert, dass er sich schuldig fühlt. Und sich vorstellt, was würde der Sterbende zu ihm sagen, wenn er sagt: Ich muss jetzt rennen. Ich kann dich nicht retten. Aber ich fühle mich schuldig, dich hier zurückzulassen. Und der Blick, und so. Und meistens sagt derjenige: Ja klar musst du rennen. (...) Sonst stirbst du mit mir. Nein. Da kommt auch / es kommen auch große menschliche Qualitäten ans Licht, ja. Das wir sowas haben wir Überlebensschuld. Das wir uns (...) das finde ich zum Beispiel anrührend (schluchzt leicht). Das wir uns schuldig fühlen, wenn wir andere im Unglück zurücklassen. Das ist doch großartig, oder? Und das zu sehen, das ist berührend, aber gut, ja.	Patientenbeispiel: Imaginäres Zwiegespräch zur Überlebensschuld, demonstriert große menschliche Qualitäten, das bewegt einen	Menschliche Qualitäten miterleben	Selbst wird positiv beeinflusst
613-614	JA! Weil das zeigt, was macht Mensch sein aus. Und das habe ich oft gesehen. Wo ich denke: Was für eine Größe!	Sehen, was Menschen ausmacht	Mensch sein erfahren	Selbst wird positiv beeinflusst
614-618	Überlebende, genau, das finde ich auch noch wichtig, sind nämlich nicht nur Opfer. Die sind ja auch Überlebende. In denen steckt eine Irrsinnskraft. Sonst wären sie nicht überlebend. Sonst würden Sie gar nicht vor uns sitzen. Und das ist sehr faszinierend. Also das zu sehen, was für ein Potential die Menschen haben. Unglaublich.	Opfer sind Überlebende, die eine sehr große Kraft besitzen, die sehr inspirierend ist	Von Patienten inspiriert sein	Selbst wird positiv beeinflusst

622-627	Ja klar. Nun gut, ich meine, ich komme ja auch aus so einer Familie. Meine Großmutter war sicher auch eine Überlebende. (...) Also von daher bin ich damit groß geworden. Aber ich glaube, dass das sehr inspirierend ist. Nicht umsonst faszinieren uns die Holocaust Überlebenden so. Weil wir uns fragen, wie geht das? (...) Und mit solchen Menschen sprechen zu DÜRFEN, das erlebe ich als dürfen und zu gucken, was für Auswege die finden und wie die das Leben betrachten, ist ein großer Reichtum. (...)	Kontakt mit Überlebenden inspirierend und faszinierend, empfunden als Privileg und Reichtum	Von Patienten inspiriert sein	Selbst wird positiv beeinflusst
627-638	Auch bei den Kindern zu gucken, wie die / also wenn ich mit Erwachsenen arbeite, wie die Kinder praktisch diese Situation bewältigen irgendwie. Wenn ich gucke, wie so ein zehnjähriger mit einem gewalttätigen Vater und fünf Geschwistern, wie die das gemacht hat, und da sitzt heute eine 50jährige Frau, die lachen kann. Ja, die hat ein Problem. (...) Aber die hat auch eine Lösung. (...) Also das ist was, was mit am ICD-10 oft nicht gefällt, das nur Defizite drin stehen. Es gibt auch eine Menge Ressourcen, die die Leute haben. Sonst säßen sie hier (...) Sonst wären sie drogenabhängig, verrückt, tot, ja?	Jeder Traumaüberlebende hat eine Lösung für seine Traumasituation gefunden, zeugt von großen Ressourcen	Traumaopfer als ressourcenreiche Überlebende, die inspirieren	Selbst wird positiv beeinflusst
ENDE				

INTERVIEW 4

Zeile	Auswertungseinheit/Textbaustein	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
11-19	Therapeutenberuf allgemein. (...) Das fing eigentlich damit an, dass ich mit 17 die Traumdeutung von Freud gelesen	Erstes Interesse an Psychologie durch Buch von Freud, dann	Psychologiestudium	Grundausbildung

	<p>habe. (lacht) Und dann schwankte ich nach dem Abitur zwischen Sprachen und Psychologie und wurde mir bei der Berufsberatung Psychologie empfohlen erstmal und ich könnte ja immer noch wechseln. Und ich / da bin ich auch dabei geblieben, obwohl das Studium mir nicht sonderlich gefallen hat. Das war [Stadt] damals und das war sehr verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Also bis auf das [Name] Institut, aber das war kaum an der Uni vertreten. (...) Und (...) dann habe ich in [Stadt] Diplom gemacht und dann war klar, also schon nach dem Vordiplom eigentlich, dass ich in klinische Richtung gehe (...)</p>	<p>nach dem Abitur Psychologiestudium, aber nicht sonderlich gefallen, da sehr verhaltenstherapeutisch</p>		
19-21	<p>Wobei ich mich da noch sehr unsicher fühlte, als ich dann fertig war und da war ich ja noch so 24 oder so. Und dann auf die Menschheit losgelassen (lacht) Das war mir schon etwas unheimlich.</p>	<p>Nach Abschluss des Studiums noch sehr unsicher gefühlt</p>	<p>Unsicherheit bei Berufsanfang</p>	<p>Anfängliche Unsicherheit</p>
21-26	<p>Dann habe ich schnell mit der Gestalttherapieausbildung angefangen, weil ich mit Drogenabhängigen gearbeitet habe als erstes. Das war das einzige, was zu kriegen war als Berufsanfänger. Und die machten alle Gestalttherapie und das macht auch Sinn. Mit den Drogenabhängigen war das wirklich eine gute Methode. Und dann habe ich / Irgendwie reichte mir das dann nicht ganz aus und ich war dann Ausbilderin geworden schon ziemlich schnell in Gestalt und (...)</p>	<p>Nach dem Studium aufgrund von mit Suchtkranken Gestalttherapieausbildung gemacht, dann Ausbilderin geworden</p>	<p>Grundausbildung Gestalttherapie</p>	<p>Grundausbildung</p>
26-31	<p>habe dann trotzdem noch eine Lehranalyse angefangen, eine psychoanalytische, und habe da dann 250 Stunden gemacht</p>	<p>Lehranalyse angefangen und nach 3 Jahren abgebrochen,</p>	<p>Lehranalyse abgebrochen</p>	<p>Grundausbildung</p>

	und 3 Jahre die Seminare besucht und dann habe ich abgebrochen. (lacht) Weil es doch nicht meins war. Aber ich / also ich bedauere es nicht. Ich hätte mir davon zwar noch ein Haus noch kaufen können, aber es ist egal. (lacht) Das innere Haus ist ja erstmal wichtiger.	da es doch nicht das Richtige war		
31-32	Und dann (...) Ja, dann habe ich so in mehrere Körpertherapien reingeschnuppert, mehr so [unverst.] das war es dann aber auch nicht.	Körpertherapien ausprobiert, aber auch die waren nicht das Richtige	Therapieverfahren ausprobiert	Grundausbildung
32-38	Und dann (...) dann habe ich Klinikerfahrung / Also nach der Drogentherapie war ich schon in eine Praxis gegangen und habe da gemerkt, dass wenn da so schwerer Gestörte kamen, dass ich dann mit denen überhaupt nicht zurecht kam und mit denen noch zu wenig Erfahrung hatte. Dann bin ich in die Klinik gegangen, die damals die einzige in Deutschland war, wo man Gestalt in der Klinik machen konnte. Und das war in [Stadt], das gibt es auch heute noch, zwei Kliniken große. Da bin ich dann hängen geblieben, 23 Jahre lang.	Gemerkt, keine Erfahrung mit schwer gestörten Patienten, daher in eine Klinik gegangen, die mit Gestalt arbeitete, dort 23 Jahre geblieben	Beruflicher Werdegang	Beruflicher Werdegang
38-41	Habe mich dann selbstständig gemacht (...) ja. Und eigentlich, ach ich habe den Beruf immer geliebt und tue das immer noch, deshalb konnte ich mich ja zur Ruhe setzen eigentlich, aber tue es nicht (lacht). Ja (...)	Selbstständig gemacht, liebe den Beruf noch heute	Beruflicher Werdegang	Beruflicher Werdegang
41-48	Naja, ich habe ja dann in der Gestalt ja schon eben als Ausbilderin gearbeitet ziemlich lange an dem Institut, mit den ich dann aber überhaupt nicht zufrieden war, weil sich herausstellte, oder wie ich das erst begriff nach, so in den 80er Jahren, dass der Ausbildungsleiter heftiger Missbraucher war. Der	Als Ausbilderin in Gestalt an Institut gearbeitet, Ausbildungsleiter war Missbraucher, Institut verlassen	Missbrauch am Institut	Beruflicher Werdegang

	<p>hat also, ja ich weiß nicht wie viele der da mal so eben ver (...) sich angetan hat. Also ich wusste es von vielen persönlich, ganz schreckliche Geschichten. Da bin ich da aus dem Institut rausgegangen. Also da hab es noch riesen Kräche und ich habe auch eine Frau da unterstützt, indem ich etwas für einen Rechtsanwalt geschrieben habe und so. Un erfreulich.</p>			
48-52	<p>Und inzwischen hatte ich eine Klientin, die dissoziative Identitätsstörung hatte, mit der konnte ich ja erstmal gar nichts anfangen. Aber ich wusste auch, dass kein Therapeut in der Umgebung damit irgendwie Erfahrung hatte, außer Michaela Huber, die in [Stadt] war, und das war nicht weit von mir.</p>	<p>Klientin mit DIS, damit überfordert, keine Überweisung an andere Kollegen möglich</p>	<p>Erste Traumapatientenkontakt</p>	<p>Mono- versus Komplextrauma</p>
52-57	<p>Und dann bin ich zu der in die Ausbildung gegangen und auch lange in die Supervisionsgruppe und habe dann auch EMDR Ausbildung gemacht und habe da bei der Frau Reddemann die Ausbildung gemacht. Und bei, ach da gab es in [Stadt] noch so ein Institut, die haben immer ganz gute Amerikaner geholt, wo man gute Workshops machen konnte, das habe ich auch zu Hauf gemacht. Also habe mich schon sehr traumatherapeutisch weitergebildet und bin dann 2002 nach [Stadt] gegangen. (...)</p>	<p>Daraufhin diverse traumatherapeutische Aus- und Weiterbildungen gemacht</p>	<p>Traumaspesifische Ausbildung</p>	<p>Traumaausbildung</p>
57-62	<p>Und habe in eine Gemeinschaftspraxis, so vier Frauen / Und habe dann einen Brief geschrieben an die zuweisenden Ärzte und Psychotherapeuten und aufgezählt, was ich alles gemacht hatte, und war ja dann auch von der Kasse anerkannt</p>	<p>Nach Umzug quasi überflutet mit Patienten mit Komplextraumata</p>	<p>Komplextraumatisierte Patientenströme</p>	<p>Mono- versus Komplextrauma</p>

	durch die Approbation. (...) Und dann wurde ich regelmäßig regelrecht zugeschüttet mit komplextraumatisierten Patienten. Da war der Bedarf und ich hatte dann in kurzer Zeit viele DIS Klientinnen.			
62-69	DIS, also die dissoziative Identitätsstörung, die ich zum Teil noch nicht erkannt habe und zum Teil schon und das war wirklich der super Stress. Noch nicht mal so sehr wegen der Klientinnen, das war eigentlich gar nicht das Problem. Die waren alle sehr motiviert und intelligent und arbeiteten ganz toll mit. Aber (...) meiner Erfahrung nach sind die ALLE aus satanistischen Kulturen, diesen destruktiven Kulturen und diese Kulte lassen ihre Mitglieder ja nicht aus den Augen. Und haben die dann abgefangen und retraumatisiert und das war / nach einer Weile ging ich da selber auf dem Zahnfleisch.	Viele DIS Patienten, die von Kultmitgliedern noch abgefangen und retraumatisiert wurden, persönlich sehr belastend	Belastung durch Arbeit mit Kultopfern	Selbst wird negativ beeinflusst
69-71	Und habe, inzwischen zum zweiten Mal, beschlossen mit denen nicht mehr zu arbeiten. Ich hatte es jahrelang gemacht und hatte da für mich meinen (lacht) meinen Soll erfüllt an Nervenkraft.	Zum zweiten Mal beschlossen, nicht mehr mit DIS Patienten zu arbeiten	Eigene Grenzen erfahren und achten	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
71-79	Aber ich hatte auch sonst ja lauter Komplextraumatisierte und (...) die Methoden, die ich mir so angeeignet hatte als Grundtechnik habe ich hauptsächlich, wenn es um Verarbeitung ging. Bei Stabilisierung war klar, das brauchen sie erstmal alle. Das ist nicht das Problem, aber wenn es dann darum geht / Es geht ja nicht weg, wenn man nur stabilisiert. Man muss das Trauma auflösen und da die Screentechnik und die EMDR, was ich angewendet habe, das	Methoden in der Arbeit mit Komplextraumatisierten anpassen	Arbeit mit Komplextraumata	Techniken der Arbeit

	war für ganz viele, vor allem diese sexuell Traumatisierten, war das eine komplette Überforderung. (...) Und die haben sich dann geweigert, das nachher zu machen, und ich konnte das gut verstehen.			
79-83	Für mich war es auch belastend, das zu Ihrer Frage, ja. Wenn man so grässliche Geschichten sich anhören muss und dann ja auch mitfühlt als Therapeut zwangsläufig, sonst hilft das ja auch nicht. Ich konnte zwar immer ganz gut die Sachen hinter mir lassen, außer bei den DIS Klienten, die haben mich bis in den Schlaf rein verfolgt, glaube ich. Also deren Verfolger. Nicht die Klienten an sich. (...)	Arbeit mit DIS Patienten sehr belastend, bis in den Schlaf verfolgt	Persönliche Belastung durch Traumaarbeit	Selbst wird negativ beeinflusst
83-87	Aber auch / Die anderen, die konnte ich immer ganz gut in der Praxis lassen, aber es war anstrengend und ich fühlte mich da ziemlich hilflos, weil die halt / ja, nur stabilisieren / es verringert sich ja die Symptomatik, aber die Traumata, wenn die nicht aufgelöst sind, melden die sich wieder. Wieder in Symptomen, klar, wie sonst?	Arbeit anstrengend und fühlte mich hilflos, wenn Traumaarbeit nicht richtig zu helfen scheint	Negative Gefühle durch Traumaarbeit	Selbst wird negativ beeinflusst
87-92	Und da habe ich dann diese eigene Methode entwickelt: das innere Kinder retten. Und das ist wirklich toll. Seit ich das anwende, geht es mir gut und den Klienten auch (lacht). Nee, das ist wirklich gut. Ich habe jetzt das zweite Buch und es wird jetzt in ein paar Wochen erscheinen, im August wahrscheinlich. Da habe ich das nochmal ausführlich beschrieben und da geht es vor allem um sexuelle Komplextraumata, das ist auch der Titel.	Eigene Methode des inneren Kindes rettens erfunden, seitdem geht es gut	Eigene Methode entwickelt	Techniken der Arbeit

92-104	<p>Und natürlich geht es denen zwischendurch auch nicht gut und zwar immer dann, wenn sich wieder etwas zeigen will. Also die / es kommen oft nicht einfach so die Erinnerungen hoch, sondern die werden indirekt in Gefühlszuständen oder in Reinszenierungen oder in (...) Symptomatik halt und da muss herausfinden, wo kommt das her, was will sich da zeigen, welches Kind müssen wir da retten lassen? Manchmal auch Jugendliche oder junge Erwachsene. Und in der Zeitspanne, also wenn sich was anfängt zu zeigen, bevor man es / bis man es erkennt und ein Rettungsversprechen geben kann, dann beruhigt sich das schon. Und durch die Rettung dann endgültig. Aber in der Zeit, da ist es oft belastend. Also da geht es ihnen halt schlecht und sie / es fühlt sich an, als würde es der Erwachsene schlecht gehen, der heutigen. (...) So ein Ich ist eben (...) Aber wenn dann das Kind gerettet ist, geht es denen richtig gut (lacht) Das ist einfach echt eine tolle Methode, die mir auch wirklich, ich denke von oben eingegeben wurde, das ist so (...) intuitiv halt irgendwie.</p>	<p>Traumaarbeit mit der Methode des innere Kinder rettens funktioniert sehr gut, ist weniger belastend für Patient und Therapeut, schlechte Phasen nur vorübergehend, wenn sich ein neues Trauma zeigt</p>	<p>Traumaarbeit mit eigener Methode</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>
104-111	<p>Nee eigentlich habe ich es das erste Mal mit einer Klienten, als ich noch in [Ort] war (...) haben wir das so gemeinsam entwickelt. Also die, die war einmalig. Also auf dem Kinderspielplatz abgefangen worden und dann ein Typ, der ihr die Augen verbunden hat und irgendwo hin mitgenommen hat und dann über Stunden traumatisiert und dann hat er sie, also mit dem zerrissenen Kleidchen und so</p>	<p>Methode mit einer Patientin gemeinsam entwickelt, die als Kind missbraucht wurde</p>	<p>Klientin half bei Entwicklung eigener Methode</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>

	wieder auf die Straße irgendwo abgesetzt und dann ist sie irgendwie nach Hause. Die Eltern haben natürlich sofort gecheckt, was los ist, aber außer sie in die Badewanne zu stecken haben sie nichts unternommen. Ja.			
115-118	Toll, nicht? Und die, die war selber Erzieherin geworden und hatte eine ganz stabile, kräftige, kraftvolle Seite, das ist ja immer so bei den Traumatisierten. Der ANP, der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil, und dann der ENP - ah ja, Sie kennen sich aus, gut. (lacht)	Traumatisierte Patientin mit starker Seite später Erzieherin geworden	Starke Patientenentwicklung	Selbst wird positiv beeinflusst
128-143	Ja, Frau Huber ist schon gut. Frau Reddemann auch. Aber die lassen auch Kinder in Sicherheit bringen, aber es funktioniert nicht richtig. Die sehen das auch als gewisse Stabilisierung an. Klar stabilisiert das, immer. Aber die lassen / die Frau Huber lässt immer die Erwachsene das machen. Kind rausholen und zu sich selber an den eigenen sicheren Ort bringen. (...) Und da ist, da sind zwei Sachen daran falsch: (lacht) Frau Reddemann lässt manchmal, wenn die Erwachsene sagt: ich traue mir das nicht zu. Ich bin da überfordert. Dann sagt sie: gut, dann lassen wir das einen Helfer machen, einen idealen Helfer. Aber sie guckt auf jeden Fall zu, während der das macht. Das ist insofern bei / von beiden einfach nicht gut genug durchdacht, weil logischerweise kann dann nur der Teil des Kindes sich zeigen, und also auch integriert werden, den die Erwachsene erträgt. (...) Und wenn das sich um extrem traumatisierte Kinder handelt, dann haben die	Methode des inneren Kindes an einen sicheren Ort bringen zu kurz gedacht, weil dies nur die Integration von für den erwachsenen Anteil erträglicher Traumata ermöglicht	Kritik an aktueller Methode: Innere Kinder an einen sicheren Ort bringen	Techniken der Arbeit

	Teile in sich, die sind absolut unerträglich. Die sind auch für den Erwachsenen unerträglich. Und die spalten sich dann wieder ab. Dann wird der Teil, den man erträgt, der zeigt sich, wird mitgenommen, wird integriert, dem geht es gut am sicheren Kinderort. Und der andere Teil, von dem merkt das auch gar keiner, weil das ja zack macht, der ist gleich weg. Der denkt gar nicht daran.			
147-153	Ja, so ist es. Und das wird aber gar nicht bemerkt. Dann denken alle, sie ist jetzt geheilt, es sind ha keine Symptome mehr da und wundern sich, wenn es dann später doch wieder Symptome gibt. Und die Symptome, die sind eigentlich nicht / die sind nicht nur Qual, als das es bezeichnet wird, sondern dieser wieder abgespaltene Teil ist so mutig und so hoffnungsfroh, dass er sich wieder zeigt. Und dann muss er sich ja in Symptomen zeigen oder im Negativgefühl, wie sonst. Er muss ja erkannt werden können. Ja, so ist das.	Ist die Integration nicht vollständig geglückt, zeigt sich der fragmentierte Traumaanteil erneut durch Symptome, weil er auf Rettung hofft und erkannt werden muss	Kritik an aktueller Methode: Innere Kinder an einen sicheren Ort bringen	Techniken der Arbeit
157-166	Außerdem, gerettete Kinder an den eigenen sicheren Ort von Erwachsenen bringen zu lassen, ist auch unklug, weil die dann sich zwangsläufig sich gleich wieder zuständig fühlt für die Kinder. Wird von Frau Reddemann auch so: Nehmen Sie ihr verletztes Kind zu sich und trösten es und so. (lacht) Nee, da sind die meisten völlig überfordert davon. Und die Erwachsene will einfach einen Ort haben, wo sie sein kann und sich erholen kann und sein kann, wie sie ist und auch mit negativen Gefühlen und so. Und auch das ihr was gegeben wird, und	Erwachsenenanteil will oft auch nicht die Verantwortung für die inneren geretteten Kinder tragen	Kritik an aktueller Methode: Innere Kinder an einen sicheren Ort bringen	Techniken der Arbeit

	nicht, dass sie schon wieder geben soll. (...) Naja, also ich halte mehr davon, wenn man dann einen separaten Kinderort macht, den die Erwachsene aber jederzeit aufsuchen kann. Das ist keine Dissoziation mehr, sondern ein Containment.			
170-180	Ja viel! Seitdem bin ich überhaupt nicht mehr belastet durch die Arbeit. Ganz selten, wenn mal bei jemandem etwas so hochkommt, dass es so eine Suizidalität gibt. Aber das kommt eigentlich so gut wie nie vor. Mal Suizidgedanken, das ja, aber keine Impulse oder so, dass ich Angst haben müsste, dass jemand das umsetzt. Weil wenn man diese Rettungen schon gemacht hat, dann ist so viel Wissen darum / nicht nur Hoffnung, sondern wirklich Wissen. Das funktioniert! Man kann nach und nach alle, die es nötig haben, dahin bringen lassen. Das können auch manchmal über 100 sein, na gut. Das dauert eine Viertelstunde, so eine Rettung, wenn man es geübt ist, warum nicht? Und von diesem Ort geht dann so eine lichte Ausstrahlung aus auch in den Rest der Psyche, auch zur Erwachsenen, weil es ja eben nicht mehr in der Abspaltung ist, sondern schon eine Verbindung da ist.	Seit dem Arbeiten mit der eigenen Methode geht es mir viel besser, Patienten sind nur noch selten akut suizidal, Erfahrung, dass Methode funktioniert, spendet Hoffnung für alle Beteiligten	Arbeit mit eigener Methode sehr erfolgreich	Techniken der Arbeit
184-192	VIEL! Ja natürlich. Man braucht nicht mehr / Also gut, wenn die / Wenn da was hoch kommt und es denen nicht gut geht, dann fühlt man natürlich mit. Aber man hat, wenn man mit dieser Methode arbeitet, kriegt man ziemlich schnell Übung, herauszufinden, wo kommt das	Arbeit mit eigener Methode macht es viel leichter, fühlt zwar mit Klienten in schwierigen Phasen mit, aber keine starke persönliche Belastung,	Arbeit mit eigener Methode entlastet massiv	Techniken der Arbeit

	<p>her? Und die Klienten auszuleiten, dass sie das von Weitem eruieren. Wer mag das sein? Dann ist diese / die Symptomatik ist die und die, ich habe, was weiß ich, Angst oder (...) irgendwelche Negativgefühle und dann haben die meisten etwas Spezifisches. Dann versucht man, dass einfach einzukreisen und dann einfach die Brücke zu früher zu schlagen. Wo mag das so gewesen sein? Welches Kind meldet sich da? Und das fällt denen immer ein.</p>	<p>da Ursprung der Symptome gut eruiert werden kann</p>		
192-213	<p>Wenn es denen nicht einfällt, weil sie es von der Erinnerung abgespalten haben, das ist ja auch sehr häufig, gerade bei sexuell Traumatisierten, dann habe ich eine Methode entwickelt, wie man das relativ gefahrlos, wenn man das möchte und schon stabil genug ist, rausfinden kann. Also ich lasse dann alle, alles was fühlt am sicheren Erwachsenenort. Nur die innere Beobachter geht raus, geht in so einen Arbeitsort und stellt dann erstmal Filme her, Traumafilme, wo nur ein positives Anfangs- und ein positives Abschlussbild, Erinnerungsbilder. Auch alle Reinszenierungen kommen darauf und der Film wird in Sekunden-schnelle hergestellt, ohne ihn anzusehen und in einen Tresor gelegt. Dann ist schon mal eine Distanzierungsmethode. Und dann kann man, wenn man sagt, ich habe dies und dies Symptom und ich weiß nicht, wo es herkommt, ich erinnere mich an nichts. Das muss irgendwie etwas mit der Kindheit zu tun haben, aber ich habe keine Ahnung. Dann (...) lässt</p>	<p>Verarbeitung abgespaltenen Erinnerungen funktioniert über Distanzierungs- und Imaginationstechniken, durch die eine Traumafilm hergestellt wird, der nur dort anhält, wo das innere Kind gefunden werden kann, um es zu retten</p>	<p>Beschreibung der Arbeit mit eigener Methode</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>

	<p>man eben alle Gefühle am Erwachsenenort. Die Beobachterin geht in ihren Arbeitsort, hat eine Spezialfernbedienung, programmiert die so, dass / die lässt einen Roboter auf der anderen Seite / das ist ein Ort, wo überhaupt nichts raus kann. Der ist so abgesichert, dass überhaupt nichts raus kann. Lässt den Film einlegen (...) ich lasse immer mehrere Filme thematisch machen. Und dann ist die Fernbedienung so programmiert, der Film läuft ohne Bilder und hält an der Stelle an, wo das Kind zu finden ist. Das Unbewusste macht das ganz brav. (lacht) Und währenddessen guckt die Erwachsene aber auf beruhigende Bilder. Dann ist sie / Und dann lässt sie das Bild kommen, wenn der Film angehalten hat und guckt immer nur kurz rüber und wieder zurück auf der beruhigende. Und macht das so lange hin und her, bis so herausgefunden hat, was da zu sehen ist.</p>			
224-225	<p>Ja, natürlich. Weil EMDR und Screentechnik ist beides Exposition. Und das war einfach immer so (...) so schlimm.</p>	<p>Exposition mit-zuerleben ist belastend</p>	<p>Belastung durch Traumaarbeit</p>	<p>Selbst wird negativ beeinflusst</p>
225-228	<p>Also manches, wenn es etwas Aktuelles war, dann ging es. Also Akuttraumata, weiß ich, in [Stadt] an der Kasse überfallen, Drogeriemarkt oder so, solche hatte ich öfter und die habe ich dann auch mit EMDR durchgearbeitet und das ging. Innerhalb von 5 Sitzungen waren die wieder stabil.</p>	<p>Exposition mit Akuttraumata nicht so belastend</p>	<p>Arbeit mit Akuttraumata weniger belastend.</p>	<p>Mono- versus Komplextrauma</p>
228-233	<p>Wenn da nicht was komplexes dahinter war in der Kindheit. Das kam auch manchmal vor. Dann musste man sich darum kümmern und dann dauert das natürlich viel länger. (...) Aber</p>	<p>Arbeit mit Komplextraumata ist kräftezehrend und powert aus</p>	<p>Arbeit mit Komplextraumata belastend</p>	<p>Mono- versus Komplextrauma</p>

	das (...) diese Belastung durch diese kindlichen Komplextraumata, das ist für einen Therapeuten einfach / ja, das ist / Das powert den aus. Das ist kraftzählend. Und deshalb war ich richtig froh, als ich merkte, das funktioniert hier mit dem Kinder retten. Das war eine Erleuchtung. (lacht)			
239-251	Naja, eben, wenn man nur Exposition anbieten kann, dann muss man viel mehr / Also erstens man muss lange stabilisieren, bevor man überhaupt da rangehen kann. Viel länger als beim Kinder retten. Das macht dann nicht so eine Angst. Man weiß halt / Man beschäftigt sich nur mit den guten Bildern (lacht) Und wenn man dann / man muss als Therapeut wahnsinnig aufpassen, dass immer die Sicherheit überwiegt. Weil sonst ist es retraumatisierend und nicht heilsam. Und da insofern trägt der Therapeut eine ziemliche Verantwortung auch, mit dem Klienten und (...) dann werden immer, wenn man Exposition macht, also ich fand das immer so richtig / Ich fand das richtig grausam. Ich muss zu denen grausam sein, denen nochmal den ganzen Mist vorführen, weil angeblich nur so Heilung möglich ist. Und natürlich wurden dann die Teile, die sich zeigten, auch geheilt, die wurden integriert, aber es, ach, es hatte hohe Kosten. Sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten. (...) Für den Klient sicher noch mehr, aber der Therapeut machte ja dann /	Exposition immer als grausam zu und für die Patienten empfunden, für Therapeut sehr belastend und große Verantwortung, Heilung nur zu einem hohen Preis	Belastung durch Traumaarbeit	Techniken der Arbeit
251-254	deshalb heißt es ja immer, man soll nicht zu viele Traumatisierte behandeln. Aber wenn sich herumgesprachen hat,	Nicht einfach, nicht zu viele traumatisierte	Eigene Grenzen wahren	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen

	dass jemand GUTE Traumatherapie macht, dann melden sich da die ganzen Traumatisierten, ja klar. Kann man ihnen nicht verdenken. (...) Insofern ist das leicht gesagt, machen Sie nicht so viele. (...)	Patienten zu behandeln		
254-258	Ja, also diese ganzen schrecklichen Geschichten nochmal anzuhören und dann jedes Details, ja? BASK Model, ja? Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge. Alles muss nochmal / was hat er gesagt, was haben Sie gefühlt, was haben sie körperlich empfunden, und so weiter. Das ist (...) Nee, schon (...)	Details aus Expositionsarbeit belastend	Exposition belastend für Therapeut	Selbst wird negativ beeinflusst
258-265	Also ich habe nie / Ich wollte sagen, ich habe nie jemandem Druck gemacht, dass sich dann anzusehen, aber so ein bisschen schon, allein in dem man sagt: naja, was soll man sonst / ansonsten kann man ja nur stabilisieren und das ist ja keine Verarbeitung. (lacht) Das ist dann schon ein psychischer Druck, ja. Besser Sie stellen sich dem und dann ist es ja vorbei, wenn Sie es einmal durchhaben. (lacht) Aber (...) Und gerade bei den sexuell traumatisierten, die sind da gar nicht angekommen oft. (...) Und man kriegt diese von der Erinnerung abgespaltenen Traumata, die kriegt man ja gar nicht mit Exposition. (...)	Passiert schnell, dass man Patienten unter Druck setzt, sich der Exposition zu stellen	Druck auf Patienten ausüben	Techniken der Arbeit
265-267	Und wenn man aber das heere Ziel von völliger Heilung hat, und das habe ich. Und ich habe auch Erfolge damit: Dann müssen die auch integriert werden nach und nach.	Habe Ziel von vollständiger Heilung und Erfolg damit	Ziel der vollständigen Heilung	Techniken der Arbeit
267-279	Kann sein, dass man / das es noch nicht der richtige Zeitpunkt ist. Da muss man wirklich vorsichtig sein, als Therapeut	Richtiger Zeitpunkt zur Traumabearbeitung wichtig,	Keine vorschnelle Traumabearbeitung	Techniken der Arbeit

	<p>auch. Das man da nicht sagt: jetzt müssen wir die auch noch suchen. Sondern da muss jemand selber sagen: ah ja, ich weiß, da ist noch was. So hat eine Klientin zum Beispiel, da sind wir jetzt gerade dabei, also vom Vater missbraucht, hat mitgekriegt, dass die Schwester auch missbraucht wird, wie die Mutter geschlagen wird und ach, also ganz viel Mist. Und dann auch noch vom Opa. Das haben wir schon alles geregelt. Und jetzt kommt sie und sagt, ah, ich glaube, die haben auch so komische Partys gefeiert. Und da waren dann irgendwie Freunde da und ich auch und ich weiß nichts Genaues, aber ich ahne, dass da sexueller gemeinschaftlicher Missbrauch irgendwie passiert ist. Das ist irgendwie auch nochmal eine Nummer härter. Und (...) das weiß sie, und das weiß sie jetzt seit ein paar Monaten schon. Und wir gehen aber noch nicht ran. Und oft muss man vorher noch anderes lösen und stärken und dann ist oft Ego State Arbeit wichtig.</p>	nicht zu früh danach suchen, Patientenbeispiel		
279-292	<p>Ach das habe ich noch vergessen bei der Ausbildung, das müsste man da auf den Zettel vielleicht noch schreiben, dass ich Ego State Therapie auch gemacht habe. (lacht) Weil diese Ego State Arbeit, die verbindet sich natürlich ganz toll mit den innere Kinder retten. Die ergänzen sich sozusagen, weil (...) Ego States entstehen ja / also es gibt drei verschiedene Sorten, wie die entstehen und eine davon ist durch Trauma. Da entsteht beim ersten Mal von einem bestimmten Trauma ein neuer State. Und</p>	Arbeit mit Ego States verbindet sich gut mit dem Innere Kinder retten, Erklärung der Entstehung von Ego States und wie Kinder daraus gerettet werden müssen	Arbeit mit Ego State Therapie und Innere Kinder Retten	Techniken der Arbeit

	den (...) der reichert sich dann an, jedes Mal wieder was passiert, egal ob es ähnlich oder ein bisschen anders ist. Das wird irgendwie alles in einem Cluster da so zusammen gespeichert und bildet eben so einen Persönlichkeitsanteil, der dann reagiert, wenn er irgendwie angetriggert wird. Und wenn man dann die einzelnen Kinder rettet, also das allererste, durch den der Anteil entstanden ist und dann alle die genügend ähnlich sind werden mit gerettet mit dem. Also möglichst das erste Mal oder eins der ersten Male. Und das allererste muss man dann meistens noch extra retten, weil das ist das Schlimmste. Da geht die Sicherheit verloren.			
292-300	Also wenn man / wenn DIE, die gerettet werden und wenn was sehr anderes passiert, was aber zur selben Thematik gehört, also meinetwegen sexuelle Übergriffe, dann würden man das Kind auch retten lassen und vielleicht noch zwei, drei andere. Und dann ist eigentlich, sind eigentlich die Traumateile gelöst und trotzdem bleibt aber der State noch vorhanden. Und der hat sich unter Umständen auch so ein bisschen (...) selbstständig gemacht, sodass der Andere / also (...) mit alten Methoden sozusagen reagiert auf Situationen oder noch gewissen Ängstlichkeiten hat oder Vermeidungsverhalten oder so. Und dann ist es immer voll, diesen State zu finden.	Arbeiten mit Ego States	Ego State Therapie	Techniken der Arbeit
300-319	Das mache ich im inneren Gesprächsraum meistens. Sodass man mit einer leichten Hypnoin-	Durch aus der Ego State Therapie abgewan-	Arbeit mit Hypnose und Imagination	Techniken der Arbeit

	<p>duktion, Treppe runter und Gesprächsraum, Schutzschicht rum, nur Anteile von Ihnen können da überhaupt sich zeigen. Alle Anteile sind wertvoll und wichtig. Alle sind gekommen, um zu helfen. (lacht) Und dann lasse ich erstmal stärken einladen. Also erstmal eben die Stärkenübung, individuelle Stärken kennen lernen. Das ist immer schön. Das habe ich erweitert eigentlich. Es gibt so eine Ego State Übung die innere Stärke. Das ist dann so (...) einfach zur eigenen inneren Kraft Kontakt herzustellen durch leichte Tranceinduktion auch. Und das fand ich immer so allgemein. Also klar, jeder hat viel Kraft, aber man hat ja doch ganz viele Stärken. Und dann habe ich angefangen, die immer einzeln einzuladen. In den Gesprächsraum gehen, hinsetzen, sodass man die Tür sehen kann und fragen, welche meiner inneren Stärken möchten sich heute zeigen? Und dann kommen die. Also wie immer die da kommen, also / Da kommt dann ein Herz auf Beinen oder so (lacht) oder Tiere oder nur Farben oder / Die zeigen sich nicht unbedingt als Menschen. Manchmal oder schon. Also ganz individuell. Es ist eine sehr kreativ Arbeit auch weil es sehr anschaulich ist und ja, die kann man dann kennen lernen und die können einem dann auch helfen, wenn man sich mit schwierigen Sachen konfrontiert. Dann lädt man das dann ein, welchen man dabei haben will, die man schon kennt. Dann wollen sich noch welche zeigen, die man noch nicht kennt oder welche die</p>	<p>delte Imaginationsübung die inneren Stärken kennen lernen, Übung wird beschrieben</p>		
--	---	--	--	--

	man kennt, die man noch nicht genannt hat, will noch niemand dabei sein. Dann kommen meistens noch welche.			
319-322	Und dann lädt man den schwierigen Anteil ein. Und dann wird geguckt, wo ist der wohl entstanden und wie geht es dem und was braucht der, damit er sich besser fühlt und dann helfen oft die Stärken, die da sind mit, dass es denen besser geht. Das ist eine schöne Arbeit.	Schwierigen Anteil einladen und kennen lernen, Stärken helfen	Arbeit mit Hypnose und Imagination	Techniken der Arbeit
333-338	Naja, (...) also es ist ja grundsätzlich in der Therapie so, wenn man als Therapeut erfolgreich ist, dann geht es den Patienten besser und das tut natürlich dem Therapeuten auch gut, ja? (lacht) Also diese Selbstbestätigung ist da drinnen, aber auch einfach eine Freude, dass man irgendwie was Sinnvolles tun kann und eben auch jemandem auf seinem Weg ja doch weiterhelfen kann oder ihn so begleiten, dass er sich selber weiterhelfen kann. So ist es ja besser.	Therapeut erlebt Selbstbestätigung und Sinn durch seine Arbeit	Positive Folgen aus der Traumaarbeit	Selbst wird positiv beeinflusst
338-340	Und (...) ja was noch toll ist, dass jeder Mensch anders ist. Also Therapie machen wird nie langweilig. (lacht) Auch nach 44 Jahren nicht. Und das finde ich schon auch toll.	Arbeit abwechslungsreich, da jeder Mensch anders ist	Abwechslungsreiche Arbeit	Techniken der Arbeit
344-346	Man muss die Therapie ja auch immer ein bisschen neu erfinden. Also man hat zwar so sein Handwerkszeug, aber das funktioniert bei jedem anders. Da gibt es immer welche, da muss man sich irgendwelche kreativen Varianten einfallen lassen. (...)	Techniken funktionieren bei jedem Patienten anders, zwingt zu kreativer Arbeit	Kreative Arbeit	Techniken der Arbeit
346-349	Und am tollsten ist es natürlich, wenn die Leute schon wer weiß was alles versucht haben und das hat alles nichts geholfen.	Das beste Gefühl ist es, wenn man Patienten helfen kann, de-	Hoffnungslose Fälle heilen	Selbst wird positiv beeinflusst

	Und wenn man dann eine Methode anbieten kann, die hilft. Das ist (...) genial. (lacht) (...) Nee, das ist schon gut. (...)	nen vorher niemand helfen konnte		
349-361	habe ich noch etwas vergessen? Naja, es ist auch so, dass das ja ein wirklich / also die Traumatherapie, die dauert ja jahrelang. Also auch wenn man eine gute Methode hat, das braucht einfach / Es werden solche innerer Umbau, der da passiert. Das braucht einfach lange Zeit. (...) Zum Beispiel bei so einem Komplextraumata bestimmt so die sieben, acht Jahre. Kann man rechnen. Manchmal dann auch noch länger. (...) Wenn es in der Babyzeit anfängt zum Beispiel. Das gibt es ja alles. (...) Und wenn viel abgespalten ist von der Erinnerung, dann ist es auch / Oder wenn noch Täter- oder Mitäterkontakt bei sexuellem Traumata besteht, sowas auch, ja. (...) Was wollte ich eigentlich sagen? Achso, ja, ja das sich da auch Beziehungen entwickeln. Das sind zwar in gewisser Weise etwas einseitige Beziehungen, weil der Therapeut hält sich ja zurück mit seinen Bedürfnissen, aber ganz so stimmt es auch nicht, weil es werden Bedürfnisse von ihm erfüllt, nach Kontakt, nach Entwicklung, nach sinnvollem Tun. Das gibt ja immer etwas zurück. Also so einseitig sind die gar nicht.	Durch die lange Therapiedauer in der Traumatherapie entwickeln sich intensive, langjährige Beziehungen zwischen Therapeut und Patient, von denen auch der Therapeut profitiert	Therapeut profitiert von Beziehung zum Patienten	Selbst wird positiv beeinflusst
362-364	Trotzdem ist es ja wichtig, dass der Therapeut seine eignen Bedürfnisse da raushält. Und auch gerade bei sexuellen Traumata versucht man wirklich extrem, nichts von sich zu berichten. Trotzdem, man sitzt vor denen. Und die sehen einem alles an.	Gerade bei der Arbeit mit sexuell Traumatisierten ist es wichtig, dass der Therapeut seine Bedürfnisse zurückhält	Grenzen der Patienten wahren	Techniken der Arbeit

364-378	<p>Und es ist auch sinnvoll, dass man als Therapeut authentisch ist. Das man also nicht sich da irgendwie so einen Spiegel wie früher die Analyse behauptet hat, dass der Therapeut so wie ein leerer Spiegel ist, der nur zurückgibt. Das ist Quatsch. Völliger Blödsinn. Und das sagen die auch heute nicht mehr, glaube ich. (lacht) (...) Ja, also ich denke, das Unbewusste, unser Unbewusstes / Es gibt doch auch so Untersuchungen. Ich habe die Quelle irgendwie nicht gefunden, habe auch nicht wirklich systematische gesucht. Das gibt aber so Untersuchungen, wo sie herausgefunden haben, wie auch immer das passiert ist, dass innerhalb von wenigen Sekunden, wenn man jemanden neu kennen lernt, es sich entscheidet, welche Art von Kontakt die haben werden. Ob das etwas Längeres oder etwas Kürzeres oder positiv oder eher negativ ist oder / Was das Unbewusste / Also das muss an diesem winzigsten Körpersignalen glaube ich sind das hauptsächlich. So Mimik und Gestik und / das nimmt alle Informationen auf, die in dem Menschen drin sind. Sicher. Insofern ist es schon deswegen nicht einseitig. Weil sie auch sehen, was beim Therapeuten los ist oder nicht los ist. (lacht)</p>	Therapeuten in der Beziehung auch authentisch, nicht wie der leere Spiegel nach analytischer Sicht, da das Unterbewusst laut Studie innerhalb von Millisekunde entscheidet, wie der Kontakt zu einer anderen Person sein wird	Authentische Beziehungsgestaltung	Techniken der Arbeit
384-388	<p>Genau. (...) Und da fragt man sich manchmal, warum bleiben sie dann trotzdem bei Therapeuten, die ihnen nicht gut tun? das ist ganz schön oft der Fall. (...) Manchmal einfach, weil es nicht passt und manchmal auch, weil die einfach zu wenig Ahnung haben oder selber nicht durchgearbeitet sind. Das ist</p>	Fragt sich, warum Patienten bei Therapeuten blieben, die ihnen nicht gut tun, weil sie sich nicht auskennen oder nicht durchgearbeitet sind	Patienten bleiben in schlechten therapeutischen Beziehungen	Techniken der Arbeit

	das wichtigste für mich bei einem Therapeuten, dass der mit seinem eigenen Kram durch ist. (...)			
394-403	Naja, man muss sich wirklich gut abgrenzen können. Also einerseits einfühlen, aber andererseits nicht aufnehmen. (...) Nicht deren Zeug übernehmen und das ist gar nicht so einfach, weil die haben ja oft auch diesen frühen Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung. Das deren Unbewusstes projiziert auf den Therapeuten. Negativgefühle, die sie nicht wollen und der identifiziert sich damit und denkt, er wäre selber / er hätte solche komischen Ohnmachtsgefühle, ja: Und ich weiß gar nicht, was ich da machen soll, die hat ja SO viel schreckliches erlebt (lacht) und dann denkt man, man fühlt sich ohnmächtig, tatsächlich ist das aber eine Projektion des Anderen. Das muss man auch erkennen können sowas oder gleich von sich fernhalten. Also das gar nicht als Gefühl aufnehmen. Oder wenn, dann gleich sagen: Oh, das gehört mir nicht. (lacht)	Für die Traumaarbeit ist es wichtig, sich gut abgrenzen zu können und eigene Emotionen von den Projektionen der Patienten unterscheiden zu können	Abgrenzung und Selbstkenntnis wichtig	Techniken der Arbeit
403-408	Ja, ich habe viel Supervision auch gemacht, gute Supervision. Von Michaela, als ich da noch in [Ort] war und dann hier am Traumainstitut bei Oliver Schubbe. Und dann habe ich später selber viel Supervision gegeben. Ich mache ja auch Seminare zu Kindheiten und auch ein Ego State Seminar, da habe ich auch gleich eins komendes Wochenende gemacht. Damit werde ich auch aufhören, ich muss das ein bisschen reduzieren wenigstens. (lacht)	Supervision und Weiterbildung wichtig, gebe auch selbst Seminare	Supervision wichtig	Unterstützende Faktoren

414-418	Das ist hauptsächlich bei den DIS Patienten passiert. Weil das waren reale Bedrohungen. Ich konnte als Therapeut die nicht davor schützen, dass die zwischen den Sitzungen abgefangen wurden und retraumatisiert wurden mit den Elektroschockern und ich weiß nicht was alles. (...) Das macht einen fertig als Therapeutin. Das ist auch das, was mich am meisten mitgenommen hat.	Bei DIS Patienten Abgrenzung am schwierigsten und Belastung am höchsten durch die reale Bedrohung der Täter	Arbeit mit DIS Patienten sehr belastend	Selbst wird negativ beeinflusst
418-426	Und da / Also da war ich, als ich diese / so neu war hier in [Stadt] und ich noch so wenig eigenes soziales Netzwerk hier hatte. Ich hatte außer einer Freundin und drei Kolleginnen, die ich aber auch gerade erst kennen gelernt hatte, hatte ich hier niemanden. Und hatte zwar gute Freunde sonst wo, mit denen habe ich auch telefoniert, aber das reichte irgendwie nicht. Jedenfalls in der Zeit hatte ich ja dann diese vier DIS Patientinnen, und die eine, die wirklich / EXTREMST haben die versucht, die fertig zu machen. (...) Und die hat mir immer seitenweise ihre grässlichen Geschichten immer aufgeschrieben und ich musste das lesen, damit es / damit sie es los wurde sozusagen. (lacht)	Sehr belastet nach Umzug durch fehlendes soziales Netz gekoppelt mit hoher Quote an DIS Patienten	Vulnerable durch fehlende soziale Unterstützung	Selbst wird negativ beeinflusst
426-442	Oha, das waren Zeiten, da bin ich manchmal selber kurz davor gewesen, paranoid zu werden. Ich meine, das ist dann schwer zu unterscheiden. Die haben supergute Hacker. Die haben mich gehackt auch. Die haben mir auch Mails geschickt mit dem Gehörnten, ne, in vierzehn Tagen bist du dran! (...) So Dinger. Und (...) wo war ich? [unverst., zu leise] Achso, dass es schwierig ist zu unterscheiden.	Hatte durch Drohungen der Täternetzwerke zeitweise mit Paranoia und Angst zu kämpfen, Befürchtung, die könnten versuchen, einen Anschlag als Unfall zu tarnen	Angst und Paranoia	Selbst wird negativ beeinflusst

	<p>Also tatsächlich in der Zeit sind mir, auch viel häufiger als es jetzt passiert, sowohl bei meiner Wohnung als auch hier in der Praxis standen immer Autos, meistens schwarze mit 666 Nummern. Oder auch 6666. (...) Wenn sie besonders Druck machen wollten. Und / Ja, kann Zufall sein, aber es war überzufällig häufig, ja? Und dann da dann / Also es wurde dann schon leicht / Also ich hatte Angst einfach oft. (...) Dass die mir / Obwohl ich eigentlich wusste, dass die / deren höchstes Ziel ist ja, nicht erkannt zu werden und nicht aufzufliegen mit ihrem scheiß Kult. (...) Und deshalb würden die wohl kaum einer inzwischen doch ein bisschen bekannten Therapeutin weiß ich, der (...) die umbringen oder so. Es sein DENN, sie können gut als Unfall tarnen. Das machen die oft. Dass sie Leute, die ihnen unliebsam geworden sind, dann sagt da: Verkehrsunfall so. Können / Mach, dass der Andere noch Schuld ist und dabei drauf geht, so ungefähr. (...) Also es war schon / das war eine harte Zeit. Also das war eigentlich die einzige.</p>			
442-456	<p>Das gab es dann später nochmal, als ich eine Klientin von mir, die ich jahrelang hatte. Und wo ich das nicht erkannt habe (...) und wo das raus kam (...) Also ganz eindeutig raus kam (...) und die dann, als es raus kam / und die wurde immer zwei Mal die Woche noch retraumatisiert sexuell und ja, Zigaretten ausgedrückt auf der Haut und all so ein Zeug. (...) Die haben sie dann an der Ecke von der Praxis abgefangen. Und dreieinhalb Stunden später</p>	<p>Psychisch sehr belastet, als herauskam, dass langjährige Klientin an der Ecke zur Praxis von den Tätern abgefangen und retraumatisiert wurde, dann versucht, zu schützen und zum Auto zu bringen, schließlich Patientin an eine</p>	<p>Psychische Belastung durch Arbeit mit DIS Patienten</p>	<p>Selbst wird negativ beeinflusst</p>

	<p>kam sie wieder zu sich. Und wusste nicht, was dazwischen gewesen war. Und das hat mich so fertig gemacht. Dann habe ich die die nächsten Sitzungen, dann hab ich sie dann immer zu ihrem Auto gebracht und auch immer geguckt, puh. Woher soll man wissen, ob der, der gerade an der Ecke steht, jetzt einer von denen ist. Oha. Und habe ihr gesagt, sie soll jedes Mal eine andere Route fahren nach Hause. Dann ist es auch nicht mehr passiert, aber ich war mit den Nerven fertig. Und ich hatte ja vorher schon gedacht, ich WILL mit denen nichts mehr zu tun haben mit diesen scheiß Satanisten. Die können mich mal. Und habe die dann auch zu einer anderen Therapeutin vermittelt. (...) Und dann fing es an, mir wieder besser zu gehen.</p>	Kollegin vermittelt		
<p>456-460</p> <p>468</p> <p>472-482</p>	<p>Dann haben sie mich noch getestet. Insofern, als sie mir immer mal jemand geschickt haben zum Vorgespräch (...) (lacht) Und ich dann meistens es doch erkannt habe. Einmal habe ich es / das war wirklich witzig, (lacht) das habe ich auch im Buch geschrieben (...) Oder? Nee, das habe ich doch nicht geschrieben. Wollte es schreiben.</p> <p>Die Geschichte erzähle ich Ihnen noch kurz zu Ende. Das war ein Mann, der erzählte von Depressionen und Ängsten und Albträumen und ach, ich weiß nicht was. Es klang so nach Trauma und so komplex, in der Kindheit wahrscheinlich. Und er weiß aber nicht mehr viel darüber und naja, er war mir recht sympathisch und dann habe ich gesagt: das war jetzt</p>	<p>Wurde getestet, indem ein falscher Patient zum Vorgespräch geschickt wurde, bei sich aber dann doch ein unhöflicher Anteil gezeigt und ihn so verraten hat</p>	<p>Im Vorgespräch getestet worden</p>	<p>Von Tätern getestet</p>

486-490	<p>erst das Vorgespräch. Wir können nochmal in ein, zwei Monaten nochmal ein Gespräch machen und dann so noch einen Monat später kann man mit einer Therapie anfangen. Und dann sagt er: Ja, in zwei Monaten, na gut, bis dahin habe ich dann auch ihr scheiß Buch gelesen. (...) (Beide lachen) Ich glaube, ich habe schnell geschaltet. Ich sage: Haben Sie gehört, was Sie gerade gesagt haben? Ähm, nee, was denn? Sie haben gesagt: bis dahin habe ich auch ihr scheiß Buch gelesen? Na, also, [Name der TH.], sowas würde ich doch nie sagen! (lacht) Da haben Sie was.</p> <p>Ja, genau. Ich habe dann / die Stunde war zu Ende, ich musste Schluss machen, aber ich habe ihm dann eine Mail geschrieben, dass ich ihn sehr dankbar sei für diesen Teil, der sich da so unhöflich gezeigt hat, weil der uns beiden diese Enttäuschung erspart hat, dass die Therapie abgebrochen werden müsste, weil ich mit denen nicht mehr arbeite.V</p>			
505-512	<p>Naja, also durch solche auf jeden Fall, diese DIS Patienten, die da / wenn man da den Hintergrund erfährt, dann kann einem schon gruselig werden. Das da so eine Parallelgesellschaft ist, die einfach nicht ernst genommen wird. Beziehungsweise die Polizei ist MACHTLOS dem gegenüber. Weil die erstens VIEL mehr Geld haben und zweitens VIEL mehr Kapazitäten haben, drittens in ALLEN Lebensbereichen auch immer so Einzelne positioniert haben, auch unter Traumathera-</p>	Weltbild beeinflusst von DIS Patienten und der Realität von rituellem Missbrauch sowie der Macht der dahinterstehenden Organisationen	Weltbild negativ beeinflusst	Weltbild wird negativ beeinflusst

	<p>peuten übrigens. Und (...) viertens völlig skrupellos sind. Und da kann die Polizei / die kommt da überhaupt nicht hinterher. Die haben das glaube ich aufgegeben. Wenn sie überhaupt daran glauben. (lacht bitter)</p>			
512-518	<p>Ein Sektenbeauftragter, den ich gebeten habe, die / also irgendwie: Man muss doch mal was unternehmen! Da hat der gesagt: Ach wissen Sie, das mit diesen Multiplen, das / ich glaube, das gibt es gar nicht, das ist doch Quatsch! Wir haben dann mal von einer, die wo das gesagt wurde, die wurde irgendwie retraumatisiert und so, da haben wir VIERUNDZWANZIG Stunden lang die rund um die Uhr beobachten lassen und da war NICHTS!</p>	<p>Selbst Sektenbeauftragter glaubte nicht daran, dass es DIS wirklich gibt</p>	<p>Unglaube selbst bei Fachleuten</p>	<p>Skepsis bei Fachleuten</p>
534-538	<p>Ja, Dummheit. Ja das ist die totale Abwehr. Das ist wirklich / wenn man sich klar macht, was da so passiert, das ist ziemlich unerträglich. Ich kann das auch, das / ich glaube, man lernt auch selber abzuspalten. Und ich durch / seitdem ich das nicht mehr mache mit denen, spalte ich das auch ein Stück ab, weil man kann ja nicht mehr normal durch die Straße gehen, wenn man denkt, na, ist hier einer? Wo sind Sie?</p>	<p>Abwehr und Abspalten als Reaktion darauf, dass Kultanhänger überall sein könnten</p>	<p>Wissen über rituellen Missbrauch abwehren und abspalten, führt zu Misstrauen</p>	<p>Weltbild wird negativ beeinflusst</p>
538-548	<p>Und das sind nicht die, die mit schwarz und so, und was weiß ich was für Piercings durch die Gegend laufen, das sind eher Jugendliche, die protestieren, die meisten. Oder die es mal / die mal reinschnuppern wollen mal sogar, da müssen sie aufpassen, dass sie nicht drinnen landen. Aber die eigentlichen Satanisten, die sind BÜRGERLICHST. Die erkennt man ein-</p>	<p>Wirkliche Satanisten sind sehr bürgerlich und nicht offen zu erkennen, Beispiel: Pfarrer</p>	<p>Kultmitglieder nicht zu erkennen führt zu Misstrauen</p>	<p>Weltbild wird negativ beeinflusst</p>

	<p>fach nicht. Bei der einen Patientin, der war Pfarrer. Der war Pfarrer! Und der hatte dann den Schlüssel zu so einer kleinen Kapelle, die es da noch gab, die nicht mehr benutzt wurde. Und da sind die immer hin, in weißen Kleidchen, andere Namen und haben ihre Rituale gemacht im Keller, alles abgesperrt und so gemacht, dass man auch nichts hören kann nach draußen. (...) Ja, also das ist sehr unschön und das kann einen schon ganz schön mitnehmen.</p>			
548-553	<p>Aber trotzdem durch die vielen Erfolge, die ich therapeutisch auch habe, bin ich auch sehr optimistisch, bin ich geblieben. Oder finde es grandios, auch zu erkennen wie die Psyche zum Beispiel durch die strukturelle Dissoziation, also ANP und EP, das ist so genial. Das / Also / Ich bin immer wieder fasziniert und voller Ehrfurcht und Wertschätzung für die Psyche, ja? Das finde ich toll. Und das ist eben trotz schwerster Traumatisierung heilbar ist. Das finde ich auch wunderbar.</p>	<p>Durch viele Erfolge trotzdem optimistisch, Wertschätzung und Ehrfurcht ob der Stärke der menschlichen Psyche</p>	<p>Beeindruckt von der Stärke der menschlichen Psyche</p>	<p>Selbst wird positiv beeinflusst</p>
ENDE				

INTERVIEW 5

Zeile	Auswertungseinheit/Textbaustein	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
7-21	<p>Ich wollte nach dem Abitur / Also, ich hatte zwei Talente oder Interessen und Talente. Ich hatte ein Fabel für Finanzen und Betriebswirtschaft und ein Interesse für Psychologie. Und habe / damals gab es so / Man hat sich da noch so über den Numerus Clausus beworben. Ich weiß nicht, ob das immer noch so ist. Ich konnte mich</p>	<p>Nach dem Abitur Interesse für Psychologie und BWL, durch NC dann BWL studiert und einige Jahre gearbeitet, nach Finanzkrise keine Lust mehr auf BWL und zu</p>	<p>Beruflicher Werdegang</p>	<p>Beruflicher Werdegang</p>

	<p>nicht entscheiden und habe mich für beide Studienfächer beworben und habe gesagt: okay, was kommt, kommt. Und dann kam ein Studienplatz in BWL und dann habe ich BWL studiert. Und bin relativ bald unzufrieden geworden, aber konnte nicht so einfach wechseln. Habe dann einige Jahre als BWLer gearbeitet, allerdings schon in der Nähe des therapeutischen Kontextes. (...)</p> <p>Und habe dann irgendwann auch / Also, Finanzkrise und alles Mögliche so miterlebt und habe dann so ein bisschen die Schnauze voll gehabt von den Finanzen und habe gesagt, ich muss mich nochmal neu entscheiden. Habe dann halt nochmal einen Lebenswandel vollzogen und mich dann / Also, dann hatte ich schon aus persönlichem Interesse die Traumatherapieausbildung gemacht. Und dann auch in dem Kontext auch Heilpraktikant, kleiner Heilpraktiker und dann hat es sich einfach ergeben, dass ich dann halt umsattelte sozusagen.</p>	Psychologie gewechselt, Heilpraktiker- und Trauma Ausbildung gemacht		
25-29	<p>Naja, ich habe mich / Also, so für, wie soll man sagen, Selbstfindung und Psychologie schon sehr früh interessiert. Habe auch schon irgendwie in meinen Jugendjahren so Psychobücher gelesen und eigentlich war es auch ein Interesse an Erkenntnis. Ich habe mich auch aus dem / mit mir selber intensiv beschäftigt, mit meiner Kindheit, Jugend, Entwicklung und habe dann angefangen zu meditieren und naja. (...)</p>	Immer schon Interesse an Psychologie und Selbsterkenntnis	Interesse an Psychologie	Beruflicher Werdegang
35-44	<p>Naja, ich habe mich schon mit anderen Therapierichtungen auseinandergesetzt, aber / es</p>	Entscheidung zur Traumatherapie kam eher	Ausbildung Traumatherapie	Trauma Ausbildung

	<p>war auch ein bisschen zufällig ehrlich gesagt, weil was ich halt gemerkt habe, weil mein Weg war eigentlich so die Meditation und ich habe halt gemerkt, dass ich an bestimmten Punkten nicht weiter kam. Und irgendwann habe ich halt begriffen, dass es was damit zu tun hat, dass es starke emotionale Ladungen gibt, die ich in der Meditation nicht halten konnte. So, und dann hat sich mein Leben halt dahingehend verändert, dass ich halt als Betriebswirt an einem Ort gearbeitet habe, wo diese Traumatherapie ausgebildet worden ist. Und dann habe ich halt gesagt, okay, jetzt arbeite ich hier an diesem Platz, jetzt will ich auch mal irgendwas teilnehmen, was hier inhaltlich passiert und bin dann so reingerutscht. Also es hat sich wirklich gefügt.</p>	<p>zufällig, da Ausbildungsinstitut für Trauma in der Nähe des ehemaligen Arbeitsortes war</p>		
49-51	<p>Nö! Nee, es war schon / Also, für mich war schon klar, dass es (...) interessanter und wesentlicher ist als Gesprächstherapie zum Beispiel. Also das es halt mehr so um Substanz geht.</p>	<p>Wenig Interesse für andere Therapierichtungen, bei Trauma geht es um die Substanz</p>	<p>Traumatherapie geht an die Substanz</p>	<p>Trauma als Arbeit an der Substanz</p>
56-58	<p>Naja, ich habe natürlich wesentlich mehr Erfahrung und es fordert mich nicht mehr so. Und ich würde sagen die meisten Themen habe ich relativ gut im Überblick, sagen wir mal so. Es gibt jetzt keine großen Überraschungen, sagen wir mal so.</p>	<p>Jetzt mehr Erfahrung, täglich Arbeit fordert nicht mehr so, guter Überblick über die Themen, wenig Überraschungen</p>	<p>Sicherheit durch Erfahrung</p>	<p>Sicherheit durch Erfahrung</p>
67-70	<p>Ja, es gab schon die eine oder andere Überraschung am Anfang. So Sachen, die man halt in der Ausbildung nicht gelernt hat. Ob man jetzt, keine Ahnung, jetzt passiert es nicht mehr so oft, aber es gibt schon</p>	<p>Gab Überraschungen zum Anfang der Arbeit, zum Beispiel nicht erkannte Borderliner, die plötzlich</p>	<p>Anfängliche Überraschungen</p>	<p>Sicherheit durch Erfahrung</p>

	immer nochmal eine Borderline Person, die man vorher nicht erkannt hat, die plötzlich explodiert oder so. Das wird halt immer weniger.	explodieren, aber wird immer weniger		
75-81	Es gab eigentlich nicht so viele wirklich schwierige Situationen, aber es ist schon / Ich glaube, dass so ein bisschen so eine Professionalität mehr reingekommen ist. Ich bin zum Beispiel irgendwann dazu übergegangen, immer und auch nur zu Siezen und immer / Also, den Rahmen immer professioneller zu halten und / Also, das war eigentlich alles was, was normal ist, aber es wurde irgendwie noch strenger und professioneller, ne? Also alles, was man sowieso macht, keinerlei Kontakte außerhalb dieses Feldes und möglichst auch keine Familie oder Freunde von den Leuten behandeln und so, ne?	Nicht viele schwierige Situationen, mehr Professionalität und Abgrenzung den Patienten gegenüber	Mehr Professionalität über die Zeit	Sicherheit durch Erfahrung
81-84	Aber sagen wir mal ich habe keine (...) sehr negativen oder schwierigen Erfahrungen eigentlich gemacht. Es kommt halt schon mal vor, dass jemand explodiert oder sowas, aber das ist schon sehr selten.	Keine sehr negativen oder schwierigen Erfahrungen	Keine negativen Erfahrungen	Negative Erlebnisse selten
94-98	Naja, ich meine, ich weiß nicht, ob es sich verändert hat. Aber ich glaube schon, dass ein hohes Maß an Mitgefühl hilfreich ist. Und auch der Wunsch zu helfen und auch, ja das Bedürfnis, Leidensdruck zu mindern und solche Sachen. Das ist vielleicht ein bisschen bewusster geworden. Aber ich glaube, es ist schon / Es war wahrscheinlich schon immer da, aber es ist halt schon / es hat schon mehr Bedeutung bekommen.	Hohes Maß an Mitgefühl, Wunsch zu helfen und Leidensdruck zu mindern ist bewusster geworden	Wunsch zu helfen	Selbst wird positiv beeinflusst

106-113	Naja, dass die Menschen meistens (...) Themen und Probleme haben, die (...) vielleicht von vielen Menschen nicht verstanden werden. Also die haben irgendwas in sich, was so schwierig ist. (...) Und die kriegen das nicht weg. Und eigentlich / ein Mensch, der nicht traumatisiert ist, der kann das gar nicht nachvollziehen. Also keine Ahnung, irgendwelche Ängste vor irgendwas, und man denkt: Hä, brauchst doch keine Angst zu haben oder so und die Angst ist aber da. Oder bestimmte Reaktionen, die dann einfach passieren im Alltag oder im Umgang, die man sich teilweise nicht erklären kann, die man aber auch nicht stoppen kann. Na also zumindest ein Stück weit sich selber ausgeliefert.	Traumatisierte Menschen werden mit ihren Problemen von ihren Mitmenschen oft nicht verstanden, sind ihrer Symptomatik ein Stück selbst ausgeliefert	Trauma als isolierende Erfahrung	Techniken der Arbeit
119-126	Nee, ich meine jetzt, keine Ahnung, wenn man das so in seinem Freundeskreis erzählt, dann sage die alle (...) Stell dich doch nicht so an! Das ist / Genau! Hab dich doch nicht so! Und das ist natürlich schon hilfreich, wenn man den Therapeuten als Gegenüber hat, der das versteht und der das auch erklären kann, warum das so ist.	Soziales Umfeld versteht Traumasymptomatik der Patienten oft nicht gut, daher Verständnis und Fachwissen des Therapeuten hilfreich	Verständnis als Hilfe	Techniken der Arbeit
146-150	Also selten. Also auch sehr selten gewesen, also relativ selten, dass ich Leute halt abgewiesen habe. Das kommt nicht so oft vor. Es ist ja mein täglich Brot. Aber es ist schon klar, wenn jemand jetzt Gesprächstherapeut oder Verhaltenstherapeut ist und der ist mit einer Traumatisierung konfrontiert, dass er entweder ein bisschen zurückschreckt oder	Passiert sehr selten, dass die Arbeit zu viel wird	Überforderung in der Arbeit sehr selten	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen

	vor allem auch nicht weiß, wie er damit umgehen soll.			
155, 159	Na wenn das so Richtung Psychose geht. Also, wenn es dann so Wahnvorstellungen gibt oder so.	Fälle abgelehnt, wo es um Wahnvorstellungen oder Psychose geht	Eigene Grenzen erkennen	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
165-166	Es wird immer weniger, aber ein bisschen manchmal. Manchmal wirkt das schon ein bisschen nach.	Geschichten der Patienten wirken nach, fällt manchmal schwer, sie in der Praxis zu lassen	Traumamaterial mit nach Hause nehmen	Selbst wird negativ beeinflusst
170	Na, dass die Gedanken einen verfolgen.	Merkt Belastung durch Traumamaterial daran, dass die Gedanken einen verfolgen	Zeichen für Belastung durch Traumamaterial	Selbst wird negativ beeinflusst
176-186	Naja, ich glaube, dass es schon ein gutes Gefühl ist, Menschen helfen zu können. Und vor allem in / Also, vor allem Menschen oder vor allem in Bereichen, wo man nicht so leicht Hilfe findet. Es gibt halt schon sehr komplexere Geschichten, wo / und auch viele Leute, die schon viele Therapeuten gesehen haben und die auch schon viele Therapeuten verschlissen haben und wo dann auch eine Verzweiflung gibt, dass die nicht verstanden werden oder so. Und also was ich schon irgendwie als, ich sag mal, erfüllend empfinde, ist / es hört sich so groß an, aber im Extremfall natürlich Menschen helfen zu können, denen sonst keiner helfen kann. Es gibt natürlich immer noch tausend andere Menschen, die denen helfen können, aber es gibt halt auch Menschen, die dann dankbar sind irgendwie dann, wenn sie mal verstanden werden. Oder wenn man auch	Gutes Gefühl, Menschen zu helfen, die komplexe Symptomatik mitbringen und schon viel probiert haben	Menschen helfen, denen sonst keiner helfen kann	Selbst wird positiv beeinflusst

	Und / Ich glaube, die Herausforderung ist halt, normal damit umzugehen.			
235-236	Na ich versuche halt, in meinem Privatleben kein Therapeut zu sein, im Rahmen der Möglichkeiten. (...)	Löst Problem des mehr Sehens, indem man im Rahmen des Möglichen im Privaten kein Therapeut ist	Im Privatleben nicht Therapeut sein	Klare Abgrenzung
242-248	Ja ich meine, ich bin ehrlich gesagt nicht so stark in Fachkreisen unterwegs. Also das nicht, dass ich jetzt ein Einzelkämpfer bin, aber ein Stück weit schon. Ich habe mich so ein bisschen herausgezogen aus diesem wissenschaftlichen Kontext oder so. Ich besuche die eine oder andere Veranstaltung oder Fortbildung natürlich, aber (...) mir geht es eigentlich eher so um die Arbeit am Menschen und so. Nicht so um diese ganze (...) Blase, die sich da drum herum bildet. Aber grundsätzlich ist es wahrscheinlich so, dass Traumatherapie immer noch eine Randscheinung ist. (...)	Keine große Verbindung zu Fachkreisen, Fokus eher auf die Arbeit am Menschen, stückweit Einzelkämpfer	Keine Verbindung zu Traumakollegen	Beruflicher Einzelgänger
257-263	Klar, ständig. Also allein dadurch, dass man da eine andere Brille auf hat, hat man ja automatisch eine andere Perspektive. Also wenn man jetzt, keine Ahnung, Störungsbilder bei einem Menschen erkennt, dann (...) erkennt man die ja auch im Privatleben und dann geht man ja ganz anders damit um. Also das heißt konkret, wenn ich jetzt zum Beispiel jemandem (...) eine Frau kennen lerne oder irgendeinen Menschen kennen lerne, dann kann ich relativ früh sagen, was der Störungsgrad ist sozusagen. Und dann kann ich	Schätzt privat ständig Momente durch beruflichen Hintergrund anders ein, erkennt Störungsgrad und passt Verhalten entsprechend an	Verändertes Verhalten aufgrund von beruflicher Expertise	Selbst wird negativ beeinflusst

	mich natürlich entsprechend positionieren oder verhalten.			
286-270	Na ich würde sagen grundsätzlich mit höheren emotionalen Ladungen zu tun und halt schon möglicherweise auch mit / dass man mehr oder früher oder stärker (...) Abspaltungen aufdeckt. (...)	Traumaarbeit zeichnet sich durch höhere emotionale Ladungen und stärkere Abspaltungen aus	Spezifisches in der Traumatherapie	Techniken der Arbeit
274-277	Na, da gibt es ja / Dazu sind ja letztendlich die Therapietechniken entwickelt, um das verarbeiten zu können. Also das / mal das Wesentliche von vielen Traumatherapieverfahren ist ja, vor allem wenn es um Schocktrauma geht, dass man Techniken hat, um mit sehr, sehr starken emotionalen Ladungen umzugehen und die zu verarbeiten.	Traumaspesifische Techniken, um mit starken emotionalen Ladungen umzugehen	Traumaspesifische Techniken	Techniken der Arbeit
287-291-292	Ja na klar. (...) Naja zum einen hat sich sicherlich eine noch höhere Empathiefähigkeit entwickelt, die sich ja auch im Privatleben zeigt.	Höhere Empathiefähigkeit durch die Arbeit	Persönliche Entwicklung durch Traumaarbeit	Selbst wird positiv beeinflusst
292-298	Und zum anderen (...) bekommt man sicherlich nochmal einen ganz anderen (...) Blickwinkel auf die Menschen und auf das Leben und auf das Leid und auf die ganzen Konflikte. Also es ist eine andere / Wie eine andere Brille aufzuhaben, einfach weil man Sachen gesehen hat. Und auch in Abgründe gesehen hat, die die meisten Menschen ja nicht sehen werden. Und das kann man ja auch nicht / dann so tun / ins Privatleben umschalten und sagen, okay, das passiert aber alles nur in meinem Beruf. Sind ja alles Menschen.	Bekommt anderen Blickwinkel auf Menschen, Leben, Leid und Konflikte, wie eine andere Brille, weil man Abgründe gesehen hat, die die meisten Menschen nicht sehen	Sicht auf die Welt und auf andere Menschen verändert sich	Weltbild wird negativ beeinflusst
303-310	(...) Naja, wie gesagt, ich war / ich würde sagen, die Realität ist, dass es Schatten und Abgründe in Größenordnungen in	Jeder Mensch hat Abgründe in sich, je mehr Er-	Wissen um menschliche Abgründe	Weltbild wird negativ beeinflusst

	<p>jedem Menschen gibt. (...) So, und selbst die Menschen, die besonders gut zu sein scheinen oder Menschen, die nur Opfer zu sei scheinen, die haben halt auch Abgründe, so wie jeder Mensch. So, und je mehr man Erfahrungen auch aus einer relativen Nähe macht mit Abgründen, desto mehr wird es ja Teil des Alltagsbewusstseins und man muss damit umgehen. (...) Und das / dadurch erstes erkennt man vielleicht Abgründe in anderen Menschen auch im Privatleben, aber es macht unbedingt auch nicht sehr viel vertrauenswürdiger, ne? So.</p>	<p>fahrung man damit macht, desto mehr wird es Teil des Alltagsbewusstseins, macht einen nicht viel vertrauenswürdiger</p>	<p>führt zu Miss- trauen</p>	
<p>317- 318, 322- 326</p>	<p>Naja, ich meine, zu sagen, der Mensch ist gut, ist ja jetzt mal eine Annahme, ne? Also/ Das habe ich ja jetzt nicht gesagt. Ich würde sagen, Menschen haben gute und schlechte Seiten. So, und Menschen haben auch die Möglichkeit, sich zu entscheiden, ob sie die guten oder die schlechten Seiten leben wollen. So, und ich glaube, dass es schon gut ist, den Menschen aufzuzeigen, dass es sinnvoll und hilfreich ist, sich den positiven Seiten zuzuwenden, oder? Und den guten</p>	<p>Alle Menschen haben gute und schlechte Seiten und können entscheiden, welche sie leben wollen, sollte ihnen aufzeigen, dass es gut ist, sich den positiven Seiten zuzuwenden</p>	<p>Alle Menschen haben gute und schlechte Seiten</p>	<p>Realistisches Menschenbild</p>
<p>330- 331</p>	<p>UND natürlich braucht es aber auch oft, dass man lernt, mit negativen Sachen, sodass sie nicht zerstörerisch werden.</p>	<p>Lernen, mit negativen Sachen konstruktiv umzugehen</p>	<p>Umgang mit negativen Sachen</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>
<p>335- 339</p>	<p>Naja, lernen vielleicht in der Therapie, aber letztendlich das ja auch im Leben. Weil ich meine, wenn der Mensch feststellt, er hat ganz viel Wut oder Hass in sich, dann ist das ja erstmal da. Kann ich ja nicht sagen, okay, zaubere ich jetzt</p>	<p>Wut und Hass in Patienten erstmal da, lernen zu akzeptieren und konstruktiven Umgang finden</p>	<p>Patienten lernen Umgang mit negativen Emotionen</p>	<p>Techniken der Arbeit</p>

	weg. Das heißt, das braucht irgendwie (...) zu lernen, dass man einen Umgang damit findet. Dass das da sein kann und man aber trotzdem ein Leben leben kann, ohne dass es zerstörerisch wird.			
356-361	Achso, okay. Na gut, ich meine, in meinem Fall ist es halt so, es ist (...) also ich habe (...) drei, vier, fünf Sitzungen am Tag, je nachdem und habe entsprechende Pausen und (...) zwischendurch mache ich Dokumentation. (...) Und, klar, ich meine, was halt andere Selbstständige auch machen. Ich habe dann noch ein bisschen Buchhaltung zu Hause, ab und zu kommen dann halt Anrufe oder Emailanfragen. Aber ich sage mal so, 90% ist halt schon Fokus auf die reine therapeutische Arbeit.	Typischer Arbeitstag besteht aus Patienten, Pausen, Dokumentation, Buchhaltung, Anrufe und Emails, Fokus auf therapeutische Arbeit	Typischer Arbeitstag	Praxisalltag
365-366	Ja, das schwankt. Das ist so phasenabhängig, aber das schwankt. Aber ich / sagen wir mal zwischen 15 und 25 pro Woche. Und eigentlich will ich nicht mehr als 20 machen.	Patientenvolumen schwankt zwischen 15 und 25 pro Woche, will nicht mehr als 20	Anzahl Patienten	Praxisalltag
370-376	Würde ich sagen, ja. Wobei Trauma für mich sehr weitgefasst ist. Also die sind jetzt nicht alle missbraucht worden oder waren nicht alle im Krieg. Das sind halt meisten Leute, die (...) andere Therapien gemacht haben und dann halt nicht den gewünschten Erfolg haben und sich dann halt mehr mit sich beschäftigt haben und dann ist halt dieses Traumbewusstsein (...) größer geworden und dann sie halt davon gehört, dass es halt effektive Therapieverfahren gibt, so. Also die sind jetzt nicht alle irgendwie schwer gestört oder so.	Fast alle Patienten haben Traumata erlebt, aber nicht alle waren im Krieg oder wurden missbraucht, weitgefasste Traumadefinition	Störungen der Patienten	Techniken der Arbeit

380-384	Naja, ich würde das so definieren, dass wenn man Erfahrungen gemacht hat, die Emotionen ausgelöst haben, (...) die man nicht verarbeiten konnte. Sodass es halt in der Gegenwart zu Symptomen oder zu Folgesymptomen kommt. Also es ist schon relativ weit gefasst. Es kann auch, keine Ahnung, Mobbing gewesen sein oder (...) keine Ahnung, also eigentlich fast alles. Trennung der Eltern (...)	Trauma definiert als Erfahrung, die Emotionen ausgelöst hat, die nicht verarbeitet werden konnten, sodass es zu Folgesymptomen kommt	Persönliche Traumadefinition	Techniken der Arbeit
389-390	Ja, wie sie damit umgegangen ist, wie sie das verarbeitet gekriegt hat. Meisten sucht man sich ja nur einen Therapeuten, wenn man Symptome hat.			
400-403	Naja, die Körperorientierung. Dann das Bewusstsein von dem Umgang oder von / Also von Methoden, Techniken, vom Umgang mit sehr, sehr starken Emotionen. Das ganze Verständnis von Trauma und (...) Letztendlich eine emotionale / nicht nur, aber vor allem auch eine emotionale Verarbeitung der Erfahrung statt nur darüber zu sprechen.	Körperorientierung und Techniken zum Umgang von starken Emotionen speziell für Traumaarbeit, verarbeiten anstatt nur darüber zu sprechen	Körperorientierung in der Traumatherapie	Techniken der Arbeit
407-415	Das schwankt sehr. Also viele fangen mit wöchentlichen Sitzungen an. Manche wechseln auch zu vierzehntägig. Das ist ja auch immer eine finanzielle Frage und es gibt ganz kurze Therapien. Gab teilweise schon Erfolge nach einer Sitzung. Aber es gibt halt auch Therapien, die über mehrere Jahre dauern. Es hat ja auch ein bisschen was damit zu tun, wann man / Also man wird ja nicht 100% Heilung erreichen. Irgendwann ist dann halt ein Punkt erreicht, wo man sagt, okay, damit komme ich jetzt ganz gut klar. Jetzt lasse ich es	Dauer der Therapie schwankt zwischen einer Sitzung bis zu mehreren Jahren, 100% Heilung nicht das Ziel, sondern gutes Funktionsniveau	Dauer und Ziel der Therapie	Techniken der Arbeit

	erstmal. Aber es hat schon Sitzungen, also Therapien, die fünf, sechs Jahre gedauert haben. Jetzt nicht mit jede Woche, das geht dann immer ein bisschen auseinander mit teilweise, drei vier Wochen, aber das ist ein Schwankungsbereich.			
420-422	Klar. Ich meine, je länger man sich kennt, desto besser kann man aufeinander eingehen. (...). Nun kennt man halt die ganzen Biographien und Themen sehr genau und je länger man / je öfter jemand kommt, desto besser kann man mit dem arbeiten.	Je länger man mit Patienten arbeitet, desto besser kann mich aufeinander eingehen und tiefer in die Biographie gehen	Langfristige therapeutische Beziehung	Techniken der Arbeit
433-437	Ja das ist schon / Also, ich versuche ja wie gesagt die Anzahl der Sitzungen begrenzt zu halten und dann ist halt schon gut, wenn man auch wirklich (...) so Veränderungen hat, also keine Ahnung, mal irgendwie zum Yoga geht oder in die Natur geht oder halt Ablenkung hat und andere Menschen trifft oder so. Dass man einfach den Kontext verändert und sich dann halt auch ablenkt.	Anzahl Sitzungen begrenzt halten, Kontext verändern durch Sport, Natur, andere Menschen treffen	Techniken zur Abgrenzung von Beruf- und Privatleben	Unterstützende Faktoren
442-444	Nö, also Yoga gar nicht und Meditation so im eigentlich Sinne auch nicht, aber natürlich schon so eine Art von Entspannungstechniken. Aber jetzt nicht mit dem Anspruch von Meditation, sondern eher so ein bisschen herunterkommen.	Entspannungstechniken in der Arbeit mit Patienten nutzen	Techniken in der Arbeit mit Traumatisierten	Techniken der Arbeit
449-457	Naja ich meine schon, wenn so ausweglose / also, wenn Leute zum Beispiel also wirklich völlig zusammengebrochen sind, dass denen irgendwie das Leben weggebrochen ist, das man so das Gefühl hat, die waren voll in der Spur mit was	Eine gute Sache, Menschen zu helfen, die voll im Leben standen und dann einen Zusammenbruch erleben	Menschen helfen	Selbst wird positiv beeinflusst

	weiß ich, Karriere und fast Promotion und alles. Und plötzlich bricht irgendwas zusammen und die stehen irgendwie vor dem Scherbenhaufen ihres Lebens, so. Und dann wenn man solche Leute wieder in relativ kurzer Zeit wieder in die Spur bringt und zu sich bringt irgendwie, das ist schon ziemlich gut. So also Sachen, die wirklich einem erstmal schwierig oder aussichtslos erschienen, wenn man dann da irgendwie wieder so ein Leben draus macht oder zumindest daran mitwirkt, dann ist schon (...) eine gute Sache.			
462-465	Klar. Man ist ja selber auch Mensch und die Sachen wiederholen sich ja auch in den Menschen. Und manche Aspekte oder auch Erfahrungen, die bei (...) Patienten dann funktioniert haben, die funktionieren bei einem selber ja auch, also man ist ja letztendlich auch der gleiche Mensch.	Sachen wiederholen sich in den Menschen und Erfahrungen, die bei Patienten funktioniert haben, funktionieren bei einem selbst auch	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
496-472	Naja, wenn ich zum Beispiel irgendwann mitgekriegt habe, dass bestimmte (...) Aspekte oder auch Interventionen, jetzt keine Ahnung, in Liebesbeziehungen vom Patienten besonders hilfreich oder heilsam waren, dann denke ich halt auch: Naja, vielleicht könnte das bei mir auch funktionieren, ja. (...)	Aspekte, die beispielsweise in Liebesbeziehungen vom Patienten hilfreich waren, könnten bei mir auch funktionieren	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
479-484	Naja, zum einen / Ich meine, ich habe nie gedacht, dass es so schwierig ist und dass es so lange dauert, Menschen zu (...) begleiten und zu therapieren. Das habe ich nicht für möglich gehalten, dass das auch so schwierig ist. Und zum anderen kommt glaube ich auch eine andere Geduld rein mit sich selber. (...) Und wenn / ja	Hätte nicht gedacht, dass Therapie so lange dauert, wird geduldiger und bescheidener	Persönliche Veränderungen	Selbst wird positiv beeinflusst

	Geduld ist glaube ich das richtige Wort. Und (...) was noch? Ja, ich glaube, es kommt auch eine andere Bescheidenheit rein. Also weil (...) ja, man backt irgendwie kleinere Brötchen.			
488-490	Naja, das ich halt, keine Ahnung, im eigene Entwicklungsprozess dann auch gnädiger mit mir selber werde. Weil halt einfach sehe, wie schwer das auch allen anderen fällt, ne?	Ist gnädiger mit sich selbst, mehr Nachsicht	Nachsichtig sein mit sich selbst	Selbst wird positiv beeinflusst
505-509	Ja klar, ich meine, wahrscheinlich wenn man da eine erfolgreiche Therapie beendet hat oder eine gute Sitzung hatte, dann wird man wahrscheinlich irgendwie werden einen die Erfolgserlebnisse schon ein bisschen nähren so wie in anderen Lebensbereichen halt auch. Wenn ich Sportler bin und ich habe ein Erfolgserlebnis, dann wird mich das auch ein bisschen upliften so, aber ich weiß nicht, ob das anders ist als in anderen Berufen.	Erfolgserlebnisse in der Therapie beeinflussen andere Lebensbereiche	Berufsleben beeinflusst Privatleben	Selbst wird positiv beeinflusst
517-521	Ja, das kann auch passieren. Ja, dass man / Ja genau. Das denke ich auch so. Also dass man / Man sagt ja so ein bisschen, dass man (...) auch sehr in Resonanz ist mit Klienten oder Patienten und wenn jetzt bei / Also, wenn jetzt der Patient irgendetwas sehr positives oder heilsames erlebt, erlebt man das ja mit. Man erlebt es ja auch ein bisschen mit dem eignen Körper mit. Und das ist natürlich auch hilfreich.	Erlebt durch die Resonanz positive oder heilsame Erlebnisse mit den Patienten mit dem eigenen Körper mit, ist hilfreich	Von Patienten lernen	Selbst wird positiv beeinflusst
526-529	Klar. Man muss halt lernen, damit umzugehen. Man muss halt lernen, sich abzugrenzen. Aber das kann auch passieren. Wenn jetzt irgendwie einer extreme Ängste hat, dann (...) Man hat selber irgendwie ein	Muss lernen, sich abzugrenzen, aber es kann auch passieren, dass ne-	Negative Emotionen übernehmen	Selbst wird negativ beeinflusst

	Thema oder man hat mit einem ähnlichen Thema zu tun, dann wird das vielleicht auch berührt.	gative Emotionen übernommen werden		
534-535	Na es ist glaube ich gut zu wissen, wo die Grenzen hingehören. Und vor allem, was das eigene ist und was nicht das eigenen ist. Das Bewusstsein ist glaube ich ganz wichtig.	Muss wissen, wo die Grenzen ist, was das eigene Material und was Material des Patienten ist	Selbstkenntnis wichtig	Eigene Fehler und Grenzen anerkennen
540-544	Na, wenn es einem zu lange nachhängt, dann hat man irgendwas zu viel übernommen. Wenn ich dann so tagelang in dem Gefühl drinne hängt, was jetzt bei mir nicht vorkommt, aber theoretisch, was in irgendeiner Sitzung ausgelöst worden ist oder mich dann tagelang irgendein Thema beschäftigt, dann war ich wahrscheinlich ein bisschen zu wenig bei mir oder es ist ein eigenes Thema angetriggert worden.	Merkt, dass Abgrenzung nicht richtig funktioniert hat, wenn einem das Material der Patienten zu lange nachhängt	Nicht erfolgreiches Abgrenzen	Klare Abgrenzung
549-550	Ja, aber relativ selten. Aber das gibt es schon. So, aber / das, das ist jetzt wirklich relativ selten. Ich könnte jetzt auch nicht konkret sagen, aber (...) gab es auch schon mal.	Auch selbst schon Erfahrungen, bei denen das Traumamaterial nachgehängt ist, aber selten	Belastung durch Traumamaterial	Selbst wird negativ beeinflusst
559	Ja, ja, wahrscheinlich schon. Also jetzt ist es eigentlich kaum noch ein Thema.	Zu Beginn der Arbeit mehr Belastung durch Traumamaterial, jetzt kaum noch	Belastung durch Traumamaterial	Sicherheit durch Erfahrung
ENDE				

8.10 Anhang J: Transkripte der Interviews in Reifolge der Durchführung

1 INTERVIEW EINS

2 Interviewer: Okay, gut, zum Anfang, haben wir ja gerade schon ein bisschen gemacht,
3 aber da würde ich gerne mir einfach mal erzählen lassen, wie sie zur Traumausbildung
4 gekommen sind.

5

6 Therapeut: (Räuspern) Also ich habe / Von meiner ursprünglichen Ausbildung bin ich
7 Gestalttherapeut und habe in der, damals in der stationären Jugendhilfe gearbeitet. Ju-
8 gendliche mit Doppeldiagnose Sucht und psychischer Erkrankung. Und war da eigentlich
9 vom ersten Tag an mit dem Thema Trauma konfrontiert in dem Feld und stellte fest, Ge-
10 stalttherapie bringt mich da nicht wirklich weiter. Habe dann geguckt, was gibt es in dem
11 Bereich, habe eine EMDR Ausbildung gemacht direkt in der Hoffnung, da mit den Ju-
12 gendlichen arbeiten zu können. Das war eigentlich so mein Einstieg.

13

14 I: Und Sie haben gerade schon gesagt, dass da dann noch viele Ausbildungen dazu ka-
15 men. Wie kam das?

16

17 TH: Na zum einen hatte ich recht schnell das Gefühl, dass EMDR nicht wirklich zu mir
18 passt. Der Gestalttherapeut und der EMDR Therapeut passten nicht zusammen, so dass
19 ich mich deswegen weiter auf die Suche gemacht habe. Zum anderen war es so, je tiefer
20 ich in das Thema eingestiegen bin, umso mehr / oder je länger ich damit gearbeitet habe,
21 umso mehr Fragen entstanden da eigentlich erstmal. Und so kam dann eine Fortbildung
22 zur anderen. Bis ich mich dann irgendwann entschlossen habe, komplette traumathera-
23apeutische Grundausbildung zu machen, wo alle Elemente drin sind, die / oder viele Ele-
24 mente drin sind, die von Nöten waren.

25

26 I: Und gab es vor dem Schritt irgendwelche Bedenken?

27

28 TH: Im Sinne von schwieriges Thema?

29

30 I: Ja, zum Beispiel.

31

32 TH: Nicht wirklich. Also es war eher so, dass ich durch den Job in der Jugendhilfe mit
33 dem Thema konfrontiert war, aber von Anfang an in guten Kontakt mit den Jugendlichen
34 stand und eher pragmatische Überlegungen waren. Was brauche ich an Tools, um mit
35 denen arbeiten zu können? Weil ich mit Gestalt / kamen wir nicht / es gibt so ein paar
36 Artikel mit Gestalt und Trauma, aber das hat mir nicht wirklich geholfen.

37

38 I: Also da mussten Sie sich quasi neue Werkzeuge suchen?

39

40 TH: Genau.

41

42 I: Okay. Und wie ich ja gerade gehört habe, ist das schon ein bisschen her, wie ist das
43 jetzt?

44

45 TH: Also zum einen mache ich das wirklich sehr gerne, ich habe das Gefühl, mir fällt
46 Trauma / So schlimm die Themen da sind, so groß ist auch die Heilung, die auf der an-
47 deren Seite passieren kann. So ist das, was mich immer wieder sehr berührt und sehr
48 schön ist, Leute zu begleiten. Und es nimmt aber kein Ende, also die Notwendigkeit, sich
49 fortzubilden als auch das Feld Trauma ist riesen-, riesengroß. Also, es wird ja auch unter

50 diesem Dach eine Menge subsummiert und zum Beispiel das ganze Thema frühe Ent-
51 wicklungsstörungen, Entwicklungstrauma, alleine das Feld, kann man sich Jahre mit be-
52 schäftigen, das ist nur ein Feld im Traumabereich.

53

54 I: Und gibt es sowas wie, ich sag mal, einen typischen Alltagstag?

55

56 TH: Hier in meiner Arbeit?

57

58 I: Mhmm. (bejahend)

59

60 TH: Ja gut ein typischer Tag ist, dass ungefähr 5 bis 6 Klienten kommen, mehr mache
61 ich nicht mehr am Tag, auch seit ich meinen Schwerpunkt in Trauma habe, ist das so
62 mein Limit. Manche kommen für anderthalb Stunden, manche für eine Stunde. Ich sehe
63 zu, dass ich lange Pausen mache zwischendurch, Spaziergang mit dem Hund. Also ei-
64 gentlich mache ich so im Schnitt 3 Leute am Vormittag, dann eine ausgiebige Pause und
65 dann nochmal drei am Nachmittag. Das wäre so mein typischer Arbeitstag.

66

67 I: Und, gibt es da auch / sag ich mal, sie haben auch gerade gesagt, dass es sehr an-
68 strengend ist, Sachen die sie irgendwie doll lange beschäftigen?

69

70 TH: Selten. Ich bin von Anfang an positiv überrascht gewesen, dass ich die Themen nicht
71 so mit nach Hause nehme. Da ich selber zwei Kinder habe, das ist wirklich das Einzige.
72 Wenn es wirklich um Kinder geht, dann berührt mich das manchmal so über diesen Um-
73 weg meiner eigenen Kinder und ich merke, dass ich so durch die Arbeit so ein bisschen
74 meine / wie soll ich das sagen, wenn man den ganzen Tag hört, was alles an Erlebnissen

75 passieren kann, dann sind die einfach präsenter. Das hat sich für mich geändert. Deswe-
76 gen bin ich jetzt nicht ängstlich geworden. Ich lasse meine Kinder trotzdem machen, aber
77 ich habe dann so ein gewisses anderes Bewusstsein, würde ich sagen. Und es gibt be-
78 stimmte Sachen, die ich / also da fällt mir / fielen mir neulich oder fällt mir schon lange
79 auf, ich mag zum Beispiel überhaupt keine Filme mehr schauen, wo Gewalt drin vor-
80 kommt. Ich habe da überhaupt kein / das geht nicht / habe ich / finde ich absurd, mir
81 irgendwas anzugucken, wo so die ganze Zeit fiese, brutale Geschichten erzählt werden /
82 dass ich damit weitestgehend aufgehört habe, außer es ist auf eine Art aufbereitet, wo
83 es nicht zu deftig wird.

84

85 I: Ja, das kann ich mir vorstellen. Auch gerade, wenn man auch selber Kinder hat, gibt
86 es da so vielleicht irgendeine Beispielsituation, die Ihnen einfällt, wo solche Themen dann
87 eben doch auch mit präsent sind?

88

89 TH: (überlegt) Erklär das doch nochmal ein bisschen mehr, wie du das /

90

91 I: Ich hatte das gerade so verstanden, dass man in manchen Situationen, wo man eben
92 auch nicht in der Praxis, sondern vielleicht mit den Kindern zu Hause / dass dann die
93 Sachen, die man hört, nicht sozusagen ständig im Kopf sind, aber doch so ein bisschen
94 präsent sind, das man da vielleicht manche Situationen anders bewertet oder erstmal
95 irgendwie eine Assoziation hat, die man vielleicht vorher nicht hatte?

96

97 TH: Also ich gucke viel auch auf andere Kinder oft durch meine Brille sozusagen und
98 wenn ich irgendwie Kinder, was weiß ich, Klassenkameradinnen meiner Tochter sehe,
99 die sich extrem auffällig verhalten, da rattert da schon mal was mit so, das ist so eine
100 Geschichte. Oder wenn ich so Eltern sehe, die einfach unmöglich mit ihren Kindern um-
101 gehen. Mein Beispiel ist immer: Eine Mutti fährt mit ihrem Kinderwagen hier lang und das

102 Kind schreit und schreit und schreit und die Mutter reagiert überhaupt nicht, dann muss
103 ich / habe ich immer so einen Impuls rauszurennen und der zu erklären, dass das einfach
104 mal gar nicht geht und sie sich doch mal bitte um ihr Kind kümmern soll. Bei sowas fließt
105 das viel ein, ja. Also hauptsächlich bei kleinen und Kleinstkindern eigentlich.

106

107 I: Ja, das kann ich mir vorstellen.

108

109 TH: Also auch in dem wissen, wie normal es leider immer noch heute ist, Kinder schreien
110 zu lassen, was in den 70ern völlig normal war, aber heute immer noch für viele Eltern
111 total normal ist. Man lässt das Kind eine Weile schreien, dann hört es schon irgendwann
112 wieder auf. Wo ich immer fleißig Aufklärungsarbeit versuche zu leisten und zu sagen: ein
113 Kind schreibt nie ohne Grund und braucht immer etwas, wenn es schreit. Und unser Job
114 ist herauszufinden, was braucht es.

115

116 I: Ja. Und wir haben da jetzt gerade / sind schon ein bisschen in die Richtung gegangen,
117 aber wie / oder ich frage mal offener, hat / haben Sie das Gefühl, dass die Arbeit sie auch
118 als Privatperson irgendwie beeinflusst hat?

119

120 TH: Also schon erstaunlich wenig. (...) Jetzt so in dem Bezug auf Kinder ja. Im Bezug auf
121 / dass ich natürlich in dem Wissen, ich bin irgendwie Psychotherapeut und im Trauma-
122 sektor unterwegs, werden mir oft Fragen gestellt in dem Bereich, oder jetzt gerade im
123 Umland, im Garten kam eine Nachbarin und erklärte, ihr Partner hätte gerade Panikatta-
124 ken und ich soll jetzt doch mal gucken, was da los sei und so. So dieses typische: Du bist
125 doch Psychologe, komm doch mal! Wobei das auch schon vor Traumaarbeit Thema war.
126 (...) Was jetzt mich persönlich gerade sehr beschäftigt, ist, meine Tochter wurde vor ein
127 paar Wochen von Auto umgefahren und hat jetzt gerade die ganze Palette Traumasymp-
128 tomatik. Das heißt, ich habe das sozusagen gerade live in der Familie mit Albträumen,

129 Flashbacks, Ängsten und allem, was da kommt. Und das erlebe ich gerade als (...) her-
130 ausfordernd, da einfach liebevoller Papa in der Begleitung zu sein und nicht den Trau-
131 matherapeuten anzuschalten, sondern einfach erstmal darauf zu vertrauen und zu
132 schauen / also erstmal zu schauen, wie wird es sich entwickeln, nicht gleich bei oh Gott
133 oh Gott, wir brauchen jetzt Intervention A, B, C, sondern eher am /

134

135 I: Da fällt es dann schwer, die Grenzen zwischen professionell und privat zu halten?

136

137 TH: Ja, genau.

138

139 I: Ja, das kann ich mir vorstellen. Gab es sonst schon mal solche Situationen?

140

141 TH: Also ich habe so zwei Fälle von (...) frühen, fast rituellem, auf jeden Fall durchorga-
142 nisiertem Missbrauch, das ist schon was, was mich dann sehr beschäftigt. So zu wissen,
143 die wurden als Kinder wirklich herumgereicht, mit Einverständnis der Eltern, das ist was,
144 wo (...) ja, dass mich viel beschäftigt. Was ja auch gerne immer wieder in den Medien ist
145 als Thema, auch weil es halt so heftig ist, eben oft von den Medien aufgegriffen wird und
146 da merke ich, wenn ich da tief reingehe und mich wirklich verbinde, dann (...) kommt
147 manchmal so ein Zweifel an das Gute im Menschen in mir hoch. Also wenn / es gibt ja
148 bestimmte Tätergruppen, die sind zu unvorstellbarem fähig und das beißt sich halt total
149 so mit meiner Grundhaltung von: Eigentlich sind wir alles gute Wesen, manche haben
150 halt schlechte Bedingungen gehabt und haben sich deswegen zu etwas schwierigeren
151 Charakteren entwickelt. Aber wenn ich mitkriege, was für Böswilligkeiten es zuweilen gibt,
152 auch noch in dem Wissen, dass das teilweise Tätergruppen sind, die hochvernetzt in (...)
153 entsprechenden Kreisen sind, dann kriege ich manchmal, ja, Schwierigkeiten, mich da
154 noch entspannt zu bewegen, sag ich mal.

155

156 I: Ja, das ist ja ein Widerspruch, der schwer zusammengeht. Dass man eben diese furcht-
157 baren Sachen hört, aber als Therapeut eigentlich eine positive Grundhaltung hat. Eigent-
158 lich glaubt, der Mensch ist im Grunde gut. Ja, das kann ich mir vorstellen. Und gibt es /
159 Oder beziehungsweise wie erleben Sie auch dann wirklich eine therapeutische Situation
160 an sich, gerade vielleicht auch vor so einem Hintergrund, wenn man diesen Gegensatz
161 irgendwie zusammenbringen muss oder in sich aushalten muss?

162

163 TH: Also die therapeutische Situation ist dann wieder eher heilsam für mich auch mit.
164 Wenn ich dann erlebe, jemand geht und stellt sich seinen Themen und kommt in Heilung,
165 was ja auch nicht immer gelingen muss, muss man ja auch der Ehrlichkeit halber sagen.
166 Aber wenn ich einen Heilungsprozess begleite, dann merke ich, das versöhnt mich auch
167 wieder mit dem Schrecken dieser Themen. Das tut mir gut. Und erstaunlicherweise sind
168 es tatsächlich mit meine schlimmsten Fälle von den Geschichten her, die auch mit am
169 (...) schön ist jetzt ein blöder Begriff, aber die sich einfach so entwickelt haben, dass (...)
170 ich mich wahnsinnig freuen kann darüber, was da passiert ist und was mich auch bestärkt
171 und mir auch irgendwie sagt, das ist gut, diese Arbeit zu machen. Es ist wichtig, diese
172 Arbeit zu machen. Und noch so mein Teil / Irgendeinen Gegenpol zu dem vielen Irrsinn,
173 der auch in dieser Welt herrscht, darzustellen.

174

175 I: Also dass gerade, wenn man die Heilung sieht, das auch irgendwie / gibt das einem
176 Hoffnung?

177

178 TH: Ja.

179

180 I: Und wir haben das vorhin schon ein bisschen angeschnitten, aber haben Sie das Ge-
181 fühl, dass die Arbeit auch ihre Sicht der Welt beeinflusst?

182

183 TH: Also wie gesagt, bei diesen organisierten Täternetzwerken (...) da ist das wirklich /
184 ich bin mittlerweile Welten begegnet, von denen ich ehrlich gesagt lieber nie gewusst
185 hätte, dass es sie gibt. Das ist schon schwer, das auszuhalten und zu wissen, sowas gibt
186 es tatsächlich. Das ist nicht irgendein skurriler Mythos, sondern ist vorhanden, ob jetzt
187 irgendwie satanische Zirkel oder sonstiger ritueller Missbrauch. (...) Das hat mich eigent-
188 lich am meisten beeinflusst. Alle anderen, ich sag mal eher typischen Traumata waren
189 eh immer ein Teil meines Erwachsenenwissens, sag ich mal, und haben da erstaunlich
190 wenig mit mir gemacht, muss ich sagen.

191

192 I: Und gibt es auch / Oder was sind die Aspekte, die die Arbeit schön oder lohnenswert
193 machen?

194

195 TH: Also auf jeden Fall die Begleitung von Heilung. Das Wissen, dass das wirklich Sinn
196 macht. Also zu erleben auch, dass das Sinn macht. (...) Am schönsten ist manchmal,
197 wenn mir dann jemand noch ein Jahr später nochmal eine E-Mail schickt und sagt: vielen
198 Dank nochmal und seit ich nicht mehr in Therapie bin, ist auch noch das und das passiert.
199 Oder ich habe neulich von einem (...) afghanischen Flüchtling, mit dem ich lange gear-
200 beitet haben, der hat mir Fotos geschickt, weil er jetzt Papa geworden ist.

201

202 I: Schön!

203

204 TH: Also das sind so Momente, wo ich merke, toll. Also Menschen, die noch vor zwei
205 Jahren suizidal waren und jetzt plötzlich wirklich glücklich (..) geerdet im Leben stehen.
206 (...) Dann weiß ich, warum ich mache, was ich mache.

207

208 I: Ja, das glaube ich. Gibt es da auch, sag ich mal, von diesen schönen Momenten Sa-
209 chen, die sich dann sozusagen mehr als Sie als Privatperson übertragen?

210

211 TH: Von den schönen Sachen?

212

213 I: Hmm. (bejahend)

214

215 TH: Also natürlich auch. Wenn ich dann von so einem Erlebnis beseelt nach Hause gehe,
216 dann komme ich vielleicht auch anders zu Hause an, als wenn ich irgendwie gerade mit
217 dem schwierigsten Fall der letzten Wochen hier hatte. Also sicherlich macht das einen
218 Unterschied. Oder ich merke auch, wenn ich / also ich habe immer so zwei, drei Fälle,
219 die wirklich schwierig sind, die nur kleinste Fortschritte machen oder auch mal Rück-
220 schritte machen, und wenn sich dann zufällig an so einem Tag mehrere von denen ballen,
221 das macht was mit mir. Da komme ich schon auch mal nach Hause und merke so, boah,
222 ich bin ganz schön beschäftigt damit oder habe eben nicht das Gefühl, hier vorangekom-
223 men zu sein. Das kommt durchaus vor.

224

225 I: Und gibt es da irgendwie Beispiele, wie sich das dann in den familiären Haushalt über-
226 trägt?

227

228 TH: Nicht wirklich. Also eher diffus im Sinne von Stimmung. Also, was weiß ich, dass ich
229 feststelle, den einen Tag komme ich nach Hause und alles / alle Kinder toben wild im
230 Haus rum und ich freue mich und steige gleich mit ein und an einem anderen Tag komme
231 ich nach Hause und merke: oh Gott, ich bin völlig reizüberflutet und ich muss mich erstmal
232 zurückziehen oder / Also es kann also ein und dieselbe Verhaltensweise zu Hause was
233 anderes in mir auslösen.

234

235 I: Man kann das dann anders aufnehmen, sozusagen.

236

237 TH: Ja.

238

239 I: Verstehe. Und gibt es auch vielleicht gerade in der Arbeit als Traumatherapeut, was
240 sich spezifisch von der allgemeinen psychotherapeutischen Arbeit unterscheidet?

241

242 TH: Also für mich ist immer was ganz Zentrales, was Trauma angeht, ist / Ich sag mal,
243 Traumatherapie ohne den Körper zu beziehen, funktioniert nicht. Ich habe zwar auch
244 schon vorher gesagt, Psychotherapie ohne den Körper einzubeziehen, funktioniert nicht
245 (lacht). Aber das war ein Grund, warum ich einen anderen Weg gegangen bin. Aber ich
246 denke, in der klassischen Psychotherapie noch eher, da kann man auch durch darüber
247 reden und Reflexion von Verhaltensweisen zu Veränderungen kommen. In der Trauma-
248 therapie, das manifestiert sich einfach in der Physiologie und wenn wir die nicht einbe-
249 ziehen, dann (...) ja, kommen wir in der Regel nicht voran. Und das ist für mich das eine
250 Besondere. Das andere Besondere ist, dass ich in der Traumatherapie eigentlich das
251 auch was sehr methodenvereinendes ist. Das ist nicht mehr so ein Rahmenkampf, VT,
252 TP, sonst was gibt, sondern einfach die Traumatherapeuten sich mit allen Grundauss-
253 bildungen eigentlich kompatibel sind und da nicht mehr ganz so die Grabenkämpfe sind.
254 Nicht mehr ganz so heiß / jetzt wo es darum geht, was wird kassenfinanziert, da fängt es
255 jetzt doch wieder an, schwierig zu werden.

256

257 I: Das ist dann wieder ein anderes Thema (humorvoll).

258

259 TH: Aber das ist das eine und ich weiß nicht (...) traumaspezifisch (...) es ist so ein biss-
260 chen (...) Ich überlege gerade, wie ich das sage, ohne dass es (...) da geht es halt um die
261 Substanz. Da geht es wirklich um unsere Kernthemen. Und ich glaube, das ist vielleicht
262 auch das positive daran, dass wenn wir Kernthemen bearbeiten, dann hat das Auswir-
263 kungen auf die komplette Peripherie. Während wenn jetzt jemand kommt und / also ich
264 habe ja jetzt eine Privatpraxis, ich habe auch Leute, die kommen einfach mal, weil sie
265 sich ein paar Themen angucken wollen, und dann kommt jemand vielleicht mit dem
266 Thema, soll ich meinen Job hinschmeißen oder nicht, und traue ich mich das oder nicht,
267 dann sind wir ja sehr an der Peripherie. Und ich finde das tatsächlich manchmal anstren-
268 gender als Traumaarbeit, wo einfach ziemlich klar ist, worum es geht, was ist das Prob-
269 lem, was soll anders werden im Leben und in der Regel auch der Weg einigermaßen klar
270 ist.

271

272 I: Also es ist dann klarer abgegrenzt?

273

274 TH: Ich finde ja. Also in der Regel hat Trauma, wenn wir jetzt mal vom späten Monot-
275 rauma ausgehen, das hat finde ich / das ist ein klar umrissenes Thema, da gibt es ein
276 traumatisierendes Ereignis, das wird angegangen und (...) oder es hatte Konsequenzen,
277 dann wird das Thema angegangen, dann haben wir Auswirkungen auf diese Konsequen-
278 zen, in der Regel irgendwas Positives. Also da ist es so ganz klar und spürbar. Ich habe
279 früher mal gesagt, dass ist dann ein bisschen wie Laub harken, man sieht genau hinter-
280 her, was hat man geschafft. Das ist allerdings wirklich nur für späte Monotraumen. Frühes
281 Komplextrauma ist dann oft das Gegenteil. Da hat man das Gefühl, okay, ich habe jetzt
282 schon, wenn wir mal in der Laub harken Metapher bleiben: ich habe jetzt schon 5 Wochen
283 dieses Laub weggeharkt und es rieselt immer neues runter und / Da kann es einem
284 manchmal genau gegenteilig sein.

285

286 I: Gibt es auch manchmal das Gefühl, dass man sagt / Gar kein Ende mehr sieht, weil
287 immer irgendwas Neues kommt?

288

289 TH: Bei meinen Klienten ja, bei mir nicht so. Also für mich ist das irgendwie so ein ganz
290 essentieller Punkt zu sagen, wir bleiben dran. Ich halte diese Hoffnungsflagge hoch. Ich
291 sage, dass macht Sinn, was wir hier machen und ja, es wird dauern, und ja, es wird
292 schwierig, wir gehen durch ganz schwierige Phasen durch, ja und zwischendurch steht
293 vielleicht auch mal Klinik an. Aber ich glaube, ich könnte diesen Job gar nicht machen,
294 wenn ich nicht die ganze Zeit diese / also sowohl für mich brauche ich diese Alles wird
295 gut Flagge in der Hand als auch für meine Klienten. Also ich glaube, es ist ganz wichtig,
296 dass die ein Gegenüber haben, das sagt, dass macht Sinn und wir bleiben dran und ich
297 bin dabei und wir gehen da zusammen durch.

298

299 I: Und das / also ist es manchmal einfach so, dass es gerade weil das Gegenüber daran
300 vielleicht nicht glaubt, dass es automatisch die eigene Rolle ist, diese Hoffnungsflagge
301 hochzuhalten?

302

303 TH: Ja, auf jeden Fall. Also ich denke, es ist unser Job, Menschen zu bestärken, die sich
304 da verlieren in der Hoffnungslosigkeit. Das ist nicht immer leicht. Also es gibt schon Fälle,
305 wo ich merke, ups, ich fange an, mich mit einzuklinken. Dann geht es aber ab in die
306 Supervision. Dann wird nochmal darüber geredet und geguckt, wie komme ich da wieder
307 raus, wenn ich mich auf diesen Strudel habe mit reinziehen lassen.

308

309 I: Und, auch gerade mit Supervision, wie ist es, wenn man / ist das dann Traumaspezifi-
310 sche Supervision?

311

312 TH: Genau. Also wenn ich Supervision mache, ist das eigentlich immer traumaspezifisch.
313 Auch bezogen auf die wirklich komplexen Fälle.

314

315 I: Und gibt es, ich glaube, so ein bisschen haben wir es schon angeschnitten, gibt es eine
316 Art von Fällen, wo es besonders schwer ist, sich nicht darauf einzulassen und sich gut
317 abzugrenzen?

318

319 TH: Auf jeden Fall frühe Bindungsstörungen. Also das ganze Thema frühe Bindungsstö-
320 rungen heißt ja auch, die zeigt sich ja auch hier im Kontakt, das heißt, (...) Typischer Fall,
321 wenn Borderline Klienten, die mir vielleicht in der ersten Sitzung erzählen, die hätten sich
322 noch nie so gut verstanden gefühlt wie bei mir. Und in der dritten Sitzung mich mit Vor-
323 würfen überhäufen, wie schlimm ich in der vorletzten Sitzung gehandelt hätte und (...) Also das ist eine (...) Das ist das ganze Thema frühe Bindung, da kann man sagen, dass
325 ist eigentlich das herausforderndste Klientel. Ich denke, wenn die ersten Jahre, die ja
326 eigentlich uns vorbereiten auf das Leben. Ich sage mal, in dem Nest, in das wir reinge-
327 boren wurden, wenn da schon die Strukturen nicht stimmen und wir eben nicht vorbereitet
328 werden auf: ich habe einen sicheren Heimathafen, wo alles gut ist, dann wird es schwie-
329 rig. Weil der Mensch eben überhaupt keinen Zugang haben zu einem Gefühl von Sicher-
330 heit oder zu einem Gefühl von / die keinen inneren Zugriff haben auf positive soziale
331 Erfahrungen, die einfach nicht erlebt haben, es gibt Menschen, die zu mir halten. (...) Das
332 macht es sehr, sehr schwer. Sehr, sehr hart.

333

334 I: Und wie werden Sie die Arbeit mit solchen Patienten dann emotional?

335

336 TH: (überlegt) Also in der Regel, versuche ich dann, der sichere Hafen zu sein und (...) das gelingt mir auch ganz gut. (...) Es gibt manchmal so Klienten, da kriege ich so einen
337 inneren Impuls, die so liebevoll durchzuschütteln zu wollen und zu sagen, bitte hör auf
338

339 damit, aber (...) Manchmal sage ich das dann in einer etwas sanfteren Art und Weise
340 noch, um das zu spiegeln, das es / Also das ist manchmal spannend zuzuschauen, wie
341 jemand selbst aufgrund natürlich der Erfahrungen, die sich gemacht haben, in dieser
342 selbstdestruktiven Schleife so drinsteckt. Das ist wirklich oft sehr herausfordernd. Jetzt
343 weiß ich gar nicht mehr, was die Frage war.

344

345 I: Ich wollte ein bisschen nachhaken, wie sich das genau emotional anfühlt.

346

347 TH: Emotional anfühlt, ja. Also das wäre jetzt so ein typisches Übertragungsphänomen,
348 wenn ich dann selber so ein / Also, wenn in mir ein Impuls hochkommt. (...) Spannend
349 sind natürlich auch immer überhaupt die ganzen Übertragungsphänomene. Also wenn
350 ich von ich bin der beste Therapeut der Welt zu ich bin das größte Arschloch der Welt /
351 diese Projektion abzubekommen (...) und natürlich selber auch Mensch zu sein (...), der
352 / den das in irgendeiner Form berührt. Das ist manchmal nicht leicht, das dann für den
353 Moment beiseite zu stellen und wirklich ganz da zu sein für mein Gegenüber. Obwohl
354 eigentlich sehe ich es so: das ist mein Job, das auszuhalten, egal, was da kommt. (...)
355 Oder nicht nur auszuhalten, weil aushalten klingt so nach (...) eher durchzulassen. Das
356 ist immer so meine Metapher, dass ich es durch mich durchlasse.

357

358 I: Also da eher der durchlässige Schwamm ist, der so ein bisschen aufnimmt und ein
359 bisschen durchlässt.

360

361 TH. Hmm (bejahend).

362

363 I: Und, so ein bisschen der Vergleich von: man hat gerade die Ausbildung beendet und
364 jetzt ist schon lange Jahre Beruf, gibt es da Vorstellungen oder vielleicht auch Arbeits-
365 weisen, die sich vielleicht verändert haben oder die jetzt im Kontrast stehen?

366

367 TH: Also, ja, manches hat sich sehr geändert. Ich habe, also ich habe schon immer sehr
368 körperorientiert gearbeitet. Aber ich habe zum Beispiel früher auch viel mit Körperkontakt
369 gearbeitet, da bin ich viel, viel vorsichtiger geworden, seit, ja, (...) Je mehr ich mich im
370 Feld von Missbrauch bewege und Grenzüberschreitungen, die passiert sind, desto acht-
371 samer bin ich geworden mit dem Wissen, dass das auch grenzüberschreitend sein kann.
372 Und gleichzeitig habe ich weiterhin die Haltung / Also, ich finde, manche Therapieschulen
373 sind sehr körperabstinert und negieren komplett das Potential von Kontakt und Berüh-
374 rung. Das ist was, wo ich sehr reflektiere mittlerweile drüber und denke ich einen guten
375 Mittelweg gefunden habe für mich. Aber da hat sich wirklich viel geändert. (...) Überhaupt
376 vorsichtiger, also ich bin auf der anderen Seite vorsichtiger geworden, früher hatte ich
377 halt nur EMDR zur Verfügung und habe, wann immer es Trauma als Thema gab, habe
378 ich meinen Finger hochgehoben und Augen gewischt, sage ich mal ein bisschen platt.
379 Heute gucke ich viel genauer hin. Ist die Person bereit dafür, ist die stabil genug, was gibt
380 es an Themen, wie ist unsere Beziehung? (...) Also, ja, ich gucke einfach differenzierter
381 hin. Das würde ich sagen. Und bin auch immer mehr ein Verfechter von (...) Also für mich
382 gehört Trauma a) in die Grundausbildung mit rein und b) sehr viel in die Grundausbildung
383 mit rein. Also es gibt, wenn man guckt, ein traumatherapeutisches Kurrikulum, vernünfti-
384 ges, hat mindestens 120, 140 Stunden Umfang und eigentlich ist das nur der Anfang.
385 Das ist einfach, wir schnuppern mal ins Feld Trauma rein und haben so ein paar Basis-
386 geschichten gemacht und wenn ich überlege, seit wieviel Jahren ich mich in dem Feld
387 bewege und habe noch lange nicht das Gefühl, fertig zu sein damit. (...) Dann finde ich
388 das manchmal sehr erschreckend, dass viele, viele Therapeuten in dem Feld arbeiten
389 und kaum Hintergrund haben. Weil sie eben eine Grundausbildung hatten, in der vielleicht
390 mal ein Wochenende über Trauma geredet wurde.

391

392 I: Ja. Also das ist ein bisschen so, je tiefer Sie reingehen, gibt es immer neue, sozusagen,
393 Ebenen, die man erkennt und erschließen kann?

394

395 TH: Ja.

396

397 I: Ja, also das glaube ich auch. Und gibt es, sage ich mal, typische / Na typische Patienten
398 ist das falsche Wort, aber Patienten zum Beispiel, mit denen Sie gut arbeiten können
399 oder die / wo es lange dauert oder schwierig ist, wo man oft mal an die Grenzen kommt?

400

401 TH: Also auch da wieder macht es sich eigentlich fest an, (...) wie früh ist Trauma in das
402 Leben der Person getreten und wie chronisch. Das sind zwei wesentliche Faktoren so.
403 Und wenn jemand relativ stabiles, normales, ich sage mal normopathisches Leben hatte,
404 weil ich glaube keiner von uns ist in einem komplett gesunden Feld aufgewachsen. Aber
405 in einem einigermaßen gesunden Feld aufgewachsen und dann ein schlimmes Ereignis
406 erlebt hat, sagen wir einen Autounfall. Dann ist das, ist es eine sehr angenehme Arbeit,
407 die sehr, also mich auch mit einer gewissen Gelassenheit rangehe. Wobei ich auch schon
408 Erlebnisse hatte, von denken, das wird sehr einfach, und plötzlich zeigte sich Schicht um
409 Schicht die tieferen Themen darunter, also es tauchen auch oft Überraschungen auf. Ge-
410 nau, die frühen chronischen Traumata, die machen die Arbeit halt deutlich komplexer,
411 deutlich schwieriger. Viel steht und fällt mit der Beziehung zwischen mir und meinen Kli-
412 enten. Also wenn die von Anfang an hier gut landen, dann ist die Arbeit deutlich einfacher
413 als wenn es von Anfang an Schwierigkeiten im Kontakt gibt. Und (...) genau. Manchmal,
414 wenn von Anfang an der Kontakt extrem schwierig ist, dann schlage ich auch nach ein
415 paar Sitzungen vor, dass die sich doch nochmal nach jemand anderes umschauen sollen.
416 Weil das einfach von vorneherein so viele Stolperfallen im Kontakt gab, dass es dann
417 manchmal schwer ist, diesen / die Beziehung nochmal wieder rund zu kriegen, um wirk-
418 lich dann in dem Feld arbeiten zu können.

419

420 I: Ja. Und haben Sie schon das Gefühl gehabt, sie haben von einem Patienten, oder von
421 mehreren Patienten was für sich persönlich gelernt?

422

423 TH: Ja. Ständig. (...) Also, ich bin zum einen fasziniert, was (...) Menschen alles bewälti-
424 gen können. (...) Also, manchmal gibt es auch so ein relativieren der eigenen Themen,
425 so nach dem Motto: ach komm, stell dich nicht so an, es gibt deutlich schlimmeres im
426 Leben. Also, das hilft tatsächlich manchmal, wenn man selber in kleinen Alltagsdramen
427 steckt. Sich einfach klar zu machen, das ist jetzt ein kleines Alltagsdrama, das ist nicht
428 wirklich ein Drama. Da kannst du jetzt die Zähne dran festbeißen oder du nimmst es
429 einfach mal hin.

430

431 I: Gibt es da irgendeine Beispielsituation?

432

433 TH: Na das kann irgendwas sein, dass ich wegen irgendwas (...) Beruflichem oder Fami-
434 liärem genervt bin und mich dann daran erinnere, dass ich noch am Morgen zu einer
435 schlimmen Vergewaltigung gearbeitet habe und dann einfach merke: okay, es ist jetzt
436 stopp. Hör mal auf, dich hier über irgendwas aufzuregen, weil (...) es lohnt sich nicht. Das
437 sind nicht die schlimmen Themen des Lebens. Also da hilft es mir ein Stück weit. Ich habe
438 auch / das ist ein bisschen, das mag schräg klingen, aber ich habe (...) Viele Traumati-
439 sierte, die durch ihr Thema durch sind, erleben ein unglaubliches Potential auch danach.
440 Zum Beispiel habe ich mehr Klienten, die einfach aufgrund einer dauerbedrohlichen Kind-
441 heit lernen mussten, sehr genau hinzuschauen, wie tickt Mama heute, wie tickt Papa
442 heute. Und so gut gelernt haben hinzuschauen, dass jetzt, wo sie mit ihren Themen durch
443 sind, die selber in heilerischem Kontext arbeiten. Weil die das so genial gelernt haben,
444 Menschen zu lesen und die wahnsinnig gut spiegeln können. Und da denke ich immer,
445 wow, also da kann ich teilweise was lernen, auch in dem mich spiegeln. Die kriegen auch

446 sofort mit, wenn ich, was weiß ich, mal abdrifte, mit den Gedanken woanders bin, wenn
447 irgendwas bei mir passiert. Kleinste Signale werden wahrgenommen. Und wenn sie den
448 Mut haben, das zu spiegeln, können wir das direkt hier wieder aufgreifen und das faszi-
449 niert mich sehr. Da / Also ich selber achte auch mehr und mehr und mehr auf feinste
450 Signale im Gegenüber. Einfach schon, weil aufgrund der verschiedensten Techniken, die
451 ich anwende, die oft nonverbal sind, geht viel über Wahrnehmung. Ich würde auch be-
452 haupten, meine Intuition hat sich deutlich verbessert dadurch und (...) Ich würde sogar
453 sagen, bei mir ist / eine Grundruhe ist in mir komischerweise. Also ich habe gelernt mit
454 so großen Themen gelassen und ruhig umzugehen, dass ich (...) ich weiß nicht, ob es
455 stimmt, aber ich habe immer so die Fantasie, wenn jetzt, keine Ahnung, wenn ich am
456 Breitscheidplatz gewesen wäre während des Terroranschlags, glaube ich, dass ich relativ
457 ruhig und besonnen mit Überblick reagiert hätte. Das kann auch eine überhebliche Fan-
458 tasie sein, aber es ist so ein Gefühl von, es sind so viel große Themen mir begegnet und
459 es passiert / Also es ist wie so ein Gegenpol. Wenn drüben was ganz Wildes passiert,
460 kommt in mir eine absolute Ruhe. Ich bin voll da und voll fokussiert und (...) das lässt sich
461 zu großen Teilen auch auf mein Leben übertragen.

462

463 I: Also das lässt sich dann auch sozusagen ins Privatleben mitnehmen?

464

465 TH: Manchmal.

466

467 (Beide lachen.)

468

469 TH: Es gibt auch das Gegenteil.

470

471 I: An guten Tagen.

472

473 TH: Es gibt auch die Tage, an denen ich merke, ich bin heute extrem dünnhäutig. Wobei
474 ich es auch nicht immer an meiner Arbeit oder an Trauma oder Nicht-Trauma festmache,
475 sondern ich glaube, wir haben auch alle ganz normale Zyklen von mehr (...) dickerer und
476 dünnerer Haut.

477

478 I: Ja.

479

480 TH: Ja. (...) Und vielleicht auch wo es so, es gibt so (...) Doch, es sind viele schöne Er-
481 lebnisse meiner Klienten, die auch wie so eine mich selber wärmende Geschichte in mir
482 bleiben. Da blicke ich halt zurück, und ich kann jetzt immerhin auf 13 Jahre zurückblicken.
483 Ich habe gerade neulich einen Jugendlichen getroffen aus meiner (...) Zeit der Jugend-
484 hilfe, der schon lange nicht mehr Jugendlicher ist, sondern jetzt auch Papa ist. Und das
485 ist dann immer / so zurückzublicken auf: ah ja, so was das vor 10, 12 Jahren, da ist er
486 jetzt / Da gibt es so viele kleine Anekdoten einfach, die trage ich mit mir mit.

487

488 I: Und die sind dann /

489

490 TH: Und die sind auch tatsächlich mehr als die schlimmen, muss ich sagen. Also wenn
491 ich jetzt si eine innere Statistik machen würde über was bleibt hängen, dann würde ich
492 sagen, 60% sind die schönen Geschichten, vielleicht 40 % die Dramen. (...)

493

494 I: Das ist gut. (lacht) Da selektiert man da selber schon ein bisschen. Und aber wenn Sie
495 das am Anfang schon mal erwähnt haben, so Sachen wie wirklich ritueller Missbrauch
496 oder so ein, als wirklich, dass es strukturiert abläuft, sind das Sachen, die Sie am Anfang
497 der Ausbildung erwartet haben oder?

498

499 TH: Nee, das war tatsächlich so ein Feld, das ist mir erst so, ich würde sagen, in der Mitte
500 meiner Zeit begegnet, wo ich mich mit Trauma beschäftigt habe und das hat mich (...) am
501 Anfang ganz schön aus der Bahn geworfen. Das war schon schwierig, weil das (...) Also,
502 wenn das in einem / ich glaube, ein entscheidender Punkt ist für mich, dass es einen
503 großen Unterschied macht, passiert (...) Gewalt oder Missbrauch durch eine Person (...)
504 oder ist es ein organisiertes Netzwerk dahinter mit Strukturen, mit Finanzierung, mit (...)
505 ja, im Prinzip ein Wirtschaftsunternehmen kann man fast schon sagen. Das (...) ist was,
506 wo ich auch wirklich mich ein paar Jahre innerlich wirklich gegen gestemmt habe und das
507 gar nicht reingelassen habe als Thema und lange gebraucht habe, dass so nach und
508 nach als eine Wahrheit anzuerkennen und bis heute immer noch Erschrecken auch dar-
509 über habe.

510

511 I: Ja, ich kann mir nicht vorstellen, dass das irgendwann nicht mehr erschreckend ist.

512

513 Th: Nee, also es wäre schlimm, wenn das nicht mehr erschreckend wäre. Aber ich glaube,
514 um dann wiederum damit arbeiten zu können, darf es natürlich nicht so erschreckend
515 sein, dass ich nicht mitgehen kann. Ich glaube, dass ist das Herausforderndste an dem
516 Job, dass uns natürlich die allerschrecklichsten Themen begegnen. Und ich glaube auch,
517 unsere Klienten brauchen ein Gegenüber, das offen ist für egal was kommt. Und wenn
518 ich dann selber plötzlich anfangen würde (...) schlotternd weinend auf meinem Stuhl zu
519 sitzen / Mal mitweinen halte ich auch gar nicht für falsch, das ist völlig okay, aber ich darf
520 natürlich nicht (...) nicht überfordert sein von dem, was da kommt. Und da bin ich ganz
521 froh, dass mir diese Themen real sehr, sehr wenig hier begegnen. Das ist vielleicht so
522 ein Fall im Jahr, aber der reicht mir auch. Also wenn ich überlege, dass es Therapeuten
523 gibt, die sich komplett auf das Feld spezialisiert haben (...) das sage ich ganz ehrlich, das
524 könnte ich nicht. Das wäre mir zu viel. (...)

525

526 I: Ja, da / Also, wo merkt man da, wo die Grenze ist, was man kann und was man nicht
527 kann?

528

529 TH: Na ich merke, wenn ich eben einen so einen Fall habe, der macht dann schon einiges
530 mit mir, und wenn das dann zwei wären - also ich merke das über das Ausmaß an The-
531 men, die ich dann vielleicht doch mit nach Hause nehme. Und das reicht immer je nach
532 Tag von Null bis okay, es kommt doch immer mal wieder was hoch. (...) Aber (...) Also,
533 ich kann es nicht wirklich / ich könnte jetzt keinen Parameter benennen, woran ich merke,
534 das ist zu viel, sondern / Also ich habe immer wieder gemerkt, ich passe meine eigene
535 Arbeit immer wieder an. Auch das Umfang an Wochenstunden, wieviel Klienten ich ar-
536 beite. Ich könnte mir auch niemals vorstellen, vierzig Stunden die Woche Traumapatienten
537 von morgens bis abends zu machen. Auch da gibt es Therapeuten, die sowas ma-
538 chen. Mir ist das ein Rätsel. Sondern ich versuche da, das ein bisschen zu sortieren und
539 freue mich auch immer mal wieder, wenn Klienten mit ganz leichten, überschaubaren
540 Themen herkommt. (...) Gerade hatte ich wieder irgendeinen anderen Gedanken, der ist
541 jetzt gerade wieder weg. (...) Achso! Was ich halt feststelle, das finde ich, dass ist mir
542 sehr klargeworden, seit ich im Traumafeld bin, ist, ich packe mir die Geschichten gar nicht
543 so sehr in meine Gedanken, sondern in meinen Körper. Also ich kriege oft mit, dass (...)
544 viel Anspannung in mir ist körperlich, also das gar nicht so, dass meine Gedanken da
545 rumkreisen um all die Geschichten, sondern, dass ich am Ende des Tages (...) Schmer-
546 zen habe, Verspannungen habe (...) vielleicht mal mit den Zähnen knirsche oder so. Dass
547 ich so / Und ich glaube, das hat viel (...) auch mit dieser Art von Arbeit zu tun, dass es
548 viel darum geht, sich einzuschwingen, zu spüren, empathisch zu sein. Eben auch viel,
549 das nonverbal passiert, eben auch die Traumaverarbeitungsprozesse sind (...) mehr non-
550 verbal als verbal. Das da einfach ein sich einschwingen aufs Gegenüber eben auch dazu
551 führen kann, dass man eben anstatt es im Kopf zu haben im Körper zu haben.

552

553 I: Also dann speichert sich quasi die Anspannung und so dann im Körper ab und zeigt
554 sich so.

555

556 TH: Ja.

557

558 I: Und, blöd gesagt, gibt es da eine gute Strategie, wenn man das merkt, das irgendwie
559 einen Rahmen zu geben?

560

561 TH: Also eine super Sache sind Hundespaziergänge.

562

563 I: (lacht)

564

565 TH: Also es ist tatsächlich / Also, es hat ganz viel für mich geändert, seit ich den Hund
566 habe. Ich laufe von hier ungefähr eine Stunde zu Fuß nach Hause und das ist tausendmal
567 besser als früher mit dem Fahrrad oder dem Auto. Da war immer von Praxisende bis nach
568 Hause kommen keine zehn Minuten und jetzt bin ich eine Stunde mit meinem Hund un-
569 terwegs, gehe spazieren, lüfte meinen Kopf durch, mache was komplett anderes, unter-
570 halte mich mit Hundehaltern über Hunde oder schau meinem Hund zu, wie er spielt, was
571 wahnsinnig meditativ ist. Das ist eine Geschichte. (...) Natürlich selber auch während der
572 Prozesse / Bei mir ist es immer ganz wichtig / Ich versuche immer so eine 50:50 Acht-
573 samkeit hinzukriegen. Dass ich zwar da drüben bin, aber genauso bei mir. Dass ich auch
574 mitkriege in den Sitzungen, was passiert in mir. Und wenn ich das nicht konsequent ge-
575 nug mache, dann merke ich, geht es mir abends auch schlechter. Also es geht ganz viel
576 darum zu spüren / Also sagen wir, da kommt ein Thema und ich ziehe intuitiv die Schul-
577 tern hoch. Wenn ich das rechtzeitig mitkriege, kann ich wieder loslassen, mich entspan-
578 nen. Gerade auch bei dem (...) Also, es gibt auch ganz formal Dinge, die mit den Techni-
579 ken zu tun haben. Also wenn du dann EMDR machst, hast du die ganze Zeit diese Arm-
580 bewegungsgeschichten, das strengt physiologisch auch an. Wenn ich Brainspotting ma-
581 che, dann halte ich manchmal eine Dreiviertelstunde einen Stab an eine Stelle und sitze

582 bewegungslos da. Mittlerweise mache ich da zwischendurch ein bisschen Bewegung,
583 setzte mich anders hin. Also da einfach auf sich selber auch zu achten, im Prozess, im
584 Kontakt. (...) Dazu habe ich zum Beispiel extra Stühle hier, damit ich so sitzen kann und
585 so sitzen kann und manchmal sitze ich sogar so. Das ist, also das ist auch (...) für die
586 Arbeit mit meinen Klienten ganz wichtig, ich mache hier manchmal Sachen, die skurril
587 aussehen, wie mich zum Beispiel so hinzuhocken auf den Stuhl. Und gleichzeitig ist es
588 immer eine Einladung an meine Klienten: Tu das, was dir guttut! Wenn du aufstehen und
589 durch den Raum rennen willst, lauf durch den Raum. Wenn du auf den Futon hier, wenn
590 jemand mit dem Futon arbeiten will, kann er dahin gehen. Wenn jemand da hinten in der
591 Ecke sitzen will, soll er da hinten in der Ecke sitzen. Also das ist ja auch immer wieder /
592 Oder ich gähne auch mal herzhaft zwischendurch, statt irgendwie so verlegen vor mich
593 hin zu gähnen. Wenn ich gähnen muss, dann lasse ich das raus. Und dass die gerne sich
594 zeigen dürfen mit allem, was da kommt.

595

596 I: Noch eine Nachfrage: Weil Sie vorhin so gesagt haben, dass es von sag ich mal kurz
597 nach der Ausbildung, wo man so eine grobe Vorstellung davon hat, dass Menschen an-
598 deren Menschen manchmal schlimme Dinge antun zu Jahre von Erfahrung mit all dem
599 Wissen, was man jetzt hat. Gibt es da wie so eine / Also wie läuft dieser Prozess von: ich
600 erlebe zum ersten Mal sozusagen, sag ich mal, die schockierende Realität und ich muss
601 damit aber arbeiten?

602

603 TH: Also ich hatte so ein bisschen das Glück, dass die schlimmen Themen ein Stückweit
604 auch step by step erst hier angekommen sind, so. Also es stimmt nicht ganz, eine meiner
605 allerallerallerschlimmsten / also von Thema her / so eine Klientin war / kam kurz nachdem
606 ich mich selbstständig gemacht habe. Aber (...) danach war es tatsächlich so, dass viele
607 Jahre eher kleine, sanfte, milde Traumata im Vordergrund waren, wo ich so das Gefühl
608 hatte, ich konnte mitwachsen mit den Themen der Klienten. Glaube auch, dass das (...) ich
609 kann mir / ich würde heute im Rückblick sagen, manche Klienten, die nach den ersten
610 paar Sitzungen gesagt haben, nee, sie gehen woanders hin, waren Klienten, die gespürt

611 haben, die Themen haben hier noch keinen Raum, weil der Therapeut noch nicht so weit
612 war. (...) Das ist zumindest eine Theorie von mir und auch eine Hoffnung, damit nicht die
613 Leute mit den ganz großen Themen bei den Therapeuten landen, die das nicht aushalten
614 können. Also so gesehen bin ich genau (...) Und die ersten Erlebnisse / also ich habe
615 tatsächlich, das ist etwas, was nicht mehr mache, ein Fehler in Anführungsstrichen, also
616 im Freundeskreis darüber reden. Das sind dann so Menschen, die noch überforderter
617 sind von den heftigen Geschichten, sondern wirklich jetzt konsequent zu sagen, ich gehe
618 dann in eine Supervision mit jemandem, der auch in dem Feld arbeitet. Also ich habe
619 natürlich nicht einen ganzen Fall im Freundeskreis besprochen, aber so (...) Oh, heute
620 war das und das Thema, dann so / Das typische Entladen und man will ja mal was er-
621 zählen. Und das ist fatal. Das ist / Das würde ich heute nicht mehr machen. (...)

622

623 I: Hat man da manchmal das Gefühl, dass das, was man im Alltag erlebt, sozusagen
624 Freunde und Familie gar nicht verstehen können?

625

626 TH: Also, ich habe Themen, die würde ich überhaupt nicht da raustragen, weil es einfach
627 (...) Also, weil ich so viele Jahre gebraucht habe, um da reinzuwachsen und ich weiß,
628 wenn ich sowas jetzt bei irgendwem auf den Tisch legen würde. Das geht nicht. Wenn
629 ich an meine Kinder denke, meine große Tochter ist jetzt Teenager, da gibt es schon
630 einen ganz starken Impuls, die auch vor sowas noch zu schützen inhaltlich. Also die in-
631 teressiert sich schon ein bisschen für meine Arbeit und fragt auch mal nach, aber die
632 ganz dicken Brocken würde ich (...) würde ich so nicht auf den Tisch legen wollen. Ich
633 glaube, dass das wirklich weit über das Teenageralter hinaus Erfahrung braucht, um sich
634 solchen Themen zu stellen.

635

636 I: Also da hat man dann ein bisschen wie so eine Schutzfunktion, ja?

637

638 TH: Ja. (...) Und es ist halt auch, es ist tatsächlich auch / ich muss gerade daran denken,
639 es gab mal so eine Situation, da saßen wir am Lagerfeuer mit ein paar Leutchen und da
640 war ein so ein etwas patziger Kerl da, der dann irgendwie mich anguckte und sagte: und,
641 womit ziehst du den Leuten die Kohle aus der Tasche? Und ich sagte: Ja, Traumathera-
642 pie. Vergewaltigung und Missbrauch. Und (lacht) da fiel ihm halt die Kinnlade runter und
643 (...) also da habe ich es natürlich auch ein bisschen so benutzt, um so mit einer Gegen-
644 patzigkeit zu reagieren. Aber um mal den Zynismus da rauszunehmen, es ist halt, es ist
645 halt kein Thema, mit dem man hausieren geht. Es ist ein echter Partykiller. (beide lachen)
646 Und das macht es auch schwer. Ich kriege das im Gespräch mit, wenn man neue Leute
647 kennen lernt, und dieses typische: was machst du so? Und da habe ich es jetzt natürlich
648 sehr patzig gesagt, aber wenn ich sage, ich mache Psychotherapie Schwerpunkt Trauma,
649 die allerwenigsten Leute haben danach noch weitere Fragen. Meistens ist dann erstmal
650 Stille.

651

652 I: Also ist das distanziert einen dann schon ein bisschen von anderen?

653

654 TH: Ein Stück weit, ja. Also es ist schon manchmal so ein Gefühl von, ich trage da Sachen
655 mit mir rum, die ich mit wenigen Menschen teilen kann. (...) Und gleichzeitig ist dieses
656 Teilen so wichtig, um das mal rauszulassen. Deswegen ist Supervision so wichtig.

657

658 I: Ja, das glaube ich.

659

660 TH: Supervision, Intervision. Also ich merke schon, mich in einem Feld von Traumathera-
661 peuten zu bewegen, tut einfach auch wahnsinnig gut.

662

663 I: Hmm (bejahend).

664

665 TH: Also wo Menschen sind, die nicht gleich hintenüberfallen, sondern das kennen aus
666 ihrer täglichen Arbeit und die beide Seiten kennen, Licht und Schatten. Für mich ist da
667 ganz, ganz, ganz viel Licht in diesem Feld. (...) Aber es ist schwer. Ich habe neulich eine
668 / ich habe jemand kennen gelernt, der eine Dokumentation über das Thema Trauma ge-
669 rade dreht und die nach einem halben Jahr Arbeit so sekundär traumatisiert waren, dass
670 die beide erstmal in Therapie gelandet sind und gesagt habe: wir müssen Pause machen,
671 wir können nicht mehr. Also die sind dann glaube ich auch mit einer gewissen Leichtfer-
672 tigkeit rangegangen an das Thema. So nach dem Motto, wir drehen jetzt mal einen span-
673 nenden Film darüber.

674

675 I: Und Sekundärtraumatisierung ist natürlich ein großes Thema.

676

677 TH: Hmm (bejahend).

678

679 I: Ist das was, was Sie schon einmal bei sich am Horizont gesehen oder bemerkt haben?

680

681 TH: Hmm (überlegend). (...) Nein, also ich meine, wir sind natürlich manchmal an der
682 Schwelle, also / Ein ganz großes Alarmsignal ist, wenn doch innere Bilder in mir kommen
683 von Dingen, die ich ja nicht gesehen habe, sondern mir dann fantasiere. Das ist immer
684 so ein absolutes / dann geht die innere Alarmlampe an. Und dann versuche ich eigentlich
685 ein ganzes Programm zu fahren von / also meistens, da ist es wieder Stichwort Körper:
686 Joggen gehen, laufen gehen, schwimmen gehen, Fahrrad fahren gehen (...) das im Kör-
687 per in Bewegung bringen, was in meinem Geist gerade rumschwirrt, so. Das habe ich
688 selten, aber (...) das ist eben oft, wenn mir ein Klient irgendwas sehr detailliert geschildert
689 hat. Dann springt bei mir was an und fängt an, diese Bilder zu produzieren. Das ist / Ich
690 würde sagen, da bewegt man sich immer mal an der Schwelle, aber ich habe jetzt noch

691 nicht erlebt, dass ich wirklich in / also selber in eine klassische Traumasymptomatik rut-
692 sche würde. (...)

693

694 I: Weil man dann vorher die Kurve kriegen oder wie?

695

696 TH: Ja, bisher habe ich sie immer gekriegt. Also ich finde es ganz spannend, vor ein paar
697 Jahren gab es mal einen Kongress Sekundärtraumatisierung, da habe ich mich leider erst
698 hinterher von erfahren. Aber ich finde es super, dass das Thema jetzt mit im Raum ist,
699 dass du dich ja anscheinend auch damit beschäftigst, weil ich glaube, dass (...) das un-
700 terschätzt wird. Und übrigens auch gar nicht nur / Psychotherapeuten, habe ich das Ge-
701 fühl, die haben noch so ein gewisses Schutzpolster in ihrer eigenen Ausbildung idealer-
702 weise. Ich muss gerade denken an Feuerwehrleute, Rettungssanitäter, Polizisten, die oft
703 ohne eine große Ausbildung in dem Bereich mit viel graphisch / die sehen live die Frauen,
704 die vor zehn Minuten noch verprügelt oder vergewaltigt wurde. Also da (...) haben wir ja
705 noch Glück, wir hören ja nur die Geschichten in Anführungsstrichen.

706

707 I: Ja. Ja ich habe / ich weiß gar nicht genau, ich glaube in einer der Studien, ich glaube
708 eine Krankenschwester auch gesagt, wenn man in so einem Feld arbeitet, dann ist das
709 wirklich wie eine Feuertaufe. Also man kann sich da nicht drauf einstellen und wird ins
710 Wasser geschmissen und / Das man sich da eben wirklich nicht drauf einstellen kann,
711 weil man nicht weiß, was einen erwartet.

712

713 TH: Ja. Nee, kann ich / Also, ich glaube auch, dass tatsächlich / Also, selbst wenn die
714 Leute mental vorbereitet werden auf das erste live Erlebnis, das (...) ich stelle mir das
715 sehr, sehr heftig vor. (...) Wundere mich auch immer, weil hier tatsächlich noch keiner
716 aus den Berufsfeldern aufgetaucht ist. Obwohl stimmt nicht ganz, eine Medizinstudentin
717 gehabt, die mal in der Kinderklinik für Verbrennungsoffer gearbeitet hat und das war /

718 Genau, an deiner Reaktion sieht man schon, wie schnell man selber sich miteinklinkt und
719 (...) Aber ich kann nicht wirklich / Also wenn du mich jetzt nach einem Tipp fragen würdest:
720 wie machst du das? Ich kann es nicht wirklich sagen. Ich kann sagen, was ich mache,
721 wenn (...) also, wenn ich merke, es ist schon passiert, wenn diese Bilder kommen, dann
722 versuche ich wirklich vor allem über Sport was zu machen. Aber ich habe mich viele Jahre
723 am Anfang (...) Also, das ist so eine Typische Frage, die viele sagen: ja, schleppst du das
724 denn nicht mit nach Hause? Und ich habe immer nur gesagt: Nee, tut mir leid / Also, nicht
725 tut mir, also glücklicherweise, ich nehme die Themen eigentlich nicht mit nach Hause. Es
726 sind wirklich seltene Fälle, wo das so ist. (...) Und warum auch immer das so ist, also es
727 ist so eine gewisse / ich habe einfach ein gewisses Vermögen, mich solchen Themen
728 stellen zu können. (...) So richtig klar kann ich das nicht sagen, warum das so ist. (...) Ich
729 kenne viele, viele Menschen, wo ich sagen würde, die könnten diesen Job auf gar keinen
730 Fall machen. Und es ist ja, das vielleicht noch, es ist für mich die allergrößte Herausfor-
731 derung ist, ich darf mich auch nicht völlig zu machen. Also es ist zwar wichtig, dass ich
732 mich schütze, aber ich muss ja auch im Kontakt bleiben. Ich muss auch hier bleiben. Ich
733 muss mitschwingen mit meinem Gegenüber. Und genau diese gesunde Mitte zu finden
734 aus mich schützen, aber mich nicht voll zu machen, sondern im Kontakt zu bleiben. Da
735 hilft mir tatsächlich am besten dieses innere Bild von: ich lasse es nicht rein in mich, aber
736 ich lasse es durch mich durch.

737

738 I: Hmm (bejahend.)

739

740 TH: Das ist so bisschen meine wichtigste innere Metapher. Dass alles, was reinkommt,
741 auch nicht gleich wieder raus darf, aber mich einmal kurz touchiert.

742

743 I: Ja, da muss man die Balance finden.

744

745 TH: Ja.

746

747 I: Ja. Noch eine Frage: ich habe das selber auch schon ab und zu mal mitgekriegt, also
748 wie sie auch gesagt haben, dass man so ein bisschen so eine Distanz zu anderen Men-
749 schen hat, auch im Privaten, weil man eben nicht teilen kann beziehungsweise sie es
750 auch nicht verstehen könnten. Gibt es das auch manchmal mit professionellen Kontakten,
751 also mit anderen Therapeuten, die vielleicht nicht im Traumabereich arbeiten?

752

753 TH: Also, wenn jemand das Traumafeld gar nicht kennt, ja. Dann ist das (...) Also kann
754 das schon auch schräg sein, wenn jetzt jemand ganz verkorkst verkopft an solche The-
755 men rangeht oder ich einfach / Also, Therapeuten sind ja auch nur Menschen, da gibt es
756 auch die Komplette Palette an (...) Charaktertypen sage ich mal. Also es gibt schon Leute,
757 an die ich mich jetzt nicht wenden wollen würde. (...) Es ist tatsächlich / Also für mich ist
758 es halt wichtig, ich brauche jemanden, der mindestens so erfahren ist wie ich und im
759 Idealfall noch einen zwanzig Zentimeter längeren Erfahrungsbart Trauma hat. Dann fühle
760 ich mich wohl. Dass ich das Gefühl habe / Also, weil es sind so viele Ebenen, die sich
761 auch nicht richtig kommunizieren lassen, finde ich. Es passiert viel (...) auf einer ganz
762 anderen Ebene. Das ist glaube ich vielen, die im Traumafeld arbeiten, total klar und An-
763 deren gar nicht. Und ich finde es manchmal erschreckend, wenn jemand zu mir kommt
764 und sagt, ich habe jetzt anderthalb Jahre Psychoanalyse hinter mir und bin mit dem
765 Thema nicht weitergekommen. Und ich sage: Ja, es ist ja auch TRAUMA. Also es ist ein
766 physiologisches Thema. Punkt. (...) Dann werde ich ganz fuchsig (lacht).

767

768 I: Ja, das glaube ich. (lacht) Okay, ich habe von mir alle Fragen gestellt. Vielen Dank!

769

770 TH: Gerne.

771

772 I: Dann mache ich mal die ganze (...) Technik aus. (...) Es hat auch alles schön aufge-
773 nommen. Sehr schön. So hatte ich mir das vorgestellt! Das ist immer sehr beruhigend.

774

775 ENDE

1 **INTERVIEW 2**

2

3 Interviewer: So, dann habe ich die Technik hoffentlich am Laufen.

4

5 Therapeutin: Das sieht so aus, als würde alles laufen.

6

7 I: Wunderbar!

8

9 (Beide lachen.)

10

11 I: Dann, also erstmal vielen Dank, dass Sie dem zugestimmt haben und sich Zeit dafür
12 genommen haben. Und ich würde gleich auch mal bei den ersten Sachen vom Fragebo-
13 gen nachhaken. Wie ist es denn dazu gekommen, dass Sie Traumatherapeutin geworden
14 sind? Sie haben gerade gesagt, sie haben quasi schon vor der Traumatherapeutenaus-
15 bildung mit Traumatisierten gearbeitet?

16

17 TH: Als ich beschlossen habe, dass ich Psychologin und Psychotherapeutin werde, habe
18 ich damals gesagt, ich möchte drei Sachen nie: ich möchte nie mit Suchtkranken arbeiten,
19 nie mit Traumatisierten und nie in der Forensik.

20

21 (I. lacht)

22

23 TH: Mein erster Job war in der Forensik, mit Suchtkranken und die sind sehr oft trauma-
24 tisiert. (lacht) Da hatte ich alle drei auf einmal. (lacht) Und insofern / also ich habe die

25 Therapieausbildung tatsächlich erst / also die Zusatzausbildung zur Traumatherapeutin
26 erst später gemacht. Aber ich war erstmal damit konfrontiert, dass ich mich ja mit Trauma
27 auseinandersetzen muss und habe dann erstmal gelesen. Was macht man denn so,
28 wenn man mit arbeitet, der ja eine posttraumatische Belastungsstörung oder eben eine
29 Traumafolgestörung hat. Und dann bin ich nach meiner Psychotherapieausbildung / da
30 habe ich sozusagen vier Jahre in der Forensik gearbeitet, dann ein Jahr lang in so einer
31 privat geführten Rehaklinik eben, auch mit Suchtkranken, auch da wieder Trauma ein
32 großes Thema. Dann bei den Frauen ja sozusagen nochmal mehr, vorher hatte ich nur
33 mit Männern zu tun. Da wurde es nochmal offenkundiger und dann bin ich in die Allge-
34 meinpsychiatrie in einer Tagesklinik gewesen und habe auch da festgestellt, oh je, es gibt
35 viele, viele Menschen, die Traumata erfahren haben, sexuelle Übergriffe ganz oft, viel
36 sexuelle Gewalt in der Kindheit und Jugend. Und dann habe ich mir gedacht, so, jetzt
37 mache ich mal eine Traumatherapieausbildung. Das scheint Sinn zu machen, da besser
38 Bescheid zu wissen.

39

40 I: Und Ihre erste Ausbildung, was war das für eine Ausbildung?

41

42 TH: Ich bin Verhaltenstherapeutin.

43

44 I: Verhaltenstherapeutin, okay. Und wie war so ein bisschen, sag ich mal dieser Kontrast
45 von der normalen VT-Ausbildung zu einer Traumausbildung, die ja eher so ein bisschen
46 von allen Richtlinien zieht?

47

48 TH: Ja, so ein bisschen klaut. Oder auch nicht klaut. Also ich fand das sehr spannend,
49 denn ich hatte in der Therapieausbildung, oh, ja genau in der Therapieausbildung eine
50 Patientin, oder zwei, mit Traumafolgestörungen. Wobei bei der einen sozusagen das

51 schön der umrissene Verkehrsunfall war, also das, was man ja immer als leicht behan-
52 delbar - und so war es auch, also in 11 Sitzungen war die Frau wieder völlig fit und meiner
53 Meinung nach, die ist über die BU sehr früh in Therapie gekommen und das hätte sie
54 auch glaube ich / die hätte das auch alleine geschafft. Die hätte eigentlich gar keine The-
55 rapie gebraucht, denn die hat sich gleich am nächsten Tag neben den Freund ins Auto
56 gesetzt und ist an der Unfallstelle entlanggefahren und hat schon hardcore Expo ge-
57 macht, wie wir das als VTler nennen. Und insofern war das einfach, da habe ich sehr
58 manualisiert auch mit ihr gearbeitet und das / ich fand, ich FAND, ich habe meine Mei-
59 nung da wieder geändert, ich fand das für Menschen, die (...) viele traumatischer Erleb-
60 nisse hatten zu hardcore. Also gleich dieses Expo und da kam mir natürlich dann Frau
61 Reddemann sehr entgegen und den Ansatz Stabilisieren - Traumaexposition - Stabilisie-
62 ren, ja. Und habe das dann auch eher, also erstmal diesen Fokus auf die Stabilisierung
63 gehabt und fand das sehr gut. Da kritisieren die VTler ja immer, da wird dann ewig stabi-
64 lisiert und dann passiert nix und ohne Traumabearbeitung können diese ganzen Symp-
65 tome, Intrusionen und so weiter, Albträume und so weiter, nicht weggehen. Und da / das
66 war glaube ich auch der Punkt, warum ich mir gesagt habe, ich brauche tatsächlich noch-
67 mal mehr Traumatherapieausbildung. Weil es war einerseits schön, dass ich hier jetzt
68 schön vor mir hin stabilisiere, aber wie mache ich eine gute Expo und ohne die Patienten
69 zu überfluten und ja letztlich auch mich selbst. Und die Traumatherapieausbildung hat
70 mir sozusagen auch den Mut dazu gegeben, wir müssen uns jetzt aber auch das Trauma
71 anschauen. Also das war glaube ich auch ganz wichtig, weil inzwischen stabilisiere ich
72 nicht mehr sehr lange.

73
74 I: Hmm.

75
76 TH: Also schon, weil ich gucken muss, sind die Leute in einem geschützten Rahmen,
77 sind sie sicher und so weiter und fort, brauchen Sie es. Aber dann gehe ich tatsächlich
78 relativ schnell in die traumatischen Situationen rein, weil nur dadurch wird's besser. Also
79 meine Erfahrung bisher.

80

81 I: ja das ist ja eine, sag ich mal, eine alte Kontroverse, wie lange man stabilisieren soll.

82

83 TH: Genau.

84

85 I: Und, also, wenn sie schon in der Ausbildung die ersten traumatischen Fälle hatten. Wie
86 war das, dass man ja gerade in der Ausbildung noch nicht so viele irgendwie Werkzeuge
87 in der Hand hat und selber lernt und dann mit so einem Thema konfrontiert wird, was ja
88 so ein bisschen den Ruf hat, dass es ja das schlimmste ist, warum macht man das frei-
89 willig, so ungefähr?

90

91 TH: Also, ja, bei der Patientin mit dem Verkehrsunfall, da war es so, dass ich tatsächlich
92 / also ich war sehr froh, dass die keine Übergriffe, keine Gewalterfahrungen in der Vor-
93 geschichte hatte. Sodass es wirklich klar umrissen war, weil ich dann ja eben mich am
94 Manual entlanghangeln konnte. Das dünne blaue Büchlein da aus der blauen Reihe.
95 (lacht) Sodass ich ab dann auch gar nicht so viel gebraucht, tatsächlich, weil das und weil
96 die so, also wirklich, die war tough, die hat einfach schon sehr schnell mit dem Expo
97 selbst angefangen. Das heißt, man wusste, man konnte da gehen, das war ganz gut. Bei
98 einer Patientin, die wegen Depression bei mir in Behandlung war und wo es um einen
99 sexuellen Übergriff in der Kindheit letztlich ging, da sage ich mir heute, ich fürchte, ich
100 habe die falsch behandelt.

101

102 I: Okay.

103

104 TH: Und das ist auch in der Therapieausbildung nicht deutlich geworden. Also, aus zwei-
105 erlei Gründe: die war, ich sage in Anführungszeichen, weil ich es anders sehe, glücklich

106 verheiratet- Hat einen Mann geheiratet, der sehr, sehr verständnisvoll Anfang der Bezie-
107 hung war und der aber letztlich selbst sexuell übergriffig dann wurde, weil er ihre Grenzen
108 nicht wahrgenommen hat und nicht sehen konnte oder wollte. Das ist unklar. Und damit
109 war ich völlig überfordert und habe, glaube ich, der Patienten da nicht gut geholfen in der
110 Situation mit dem Ehemann. Ich glaube, ich hätte da zum Beispiel auch mal Tacheles
111 sagen müssen. So: naja, da passiert schon wieder das gleiche, was sie schon erlebt
112 haben. Das ist nicht gut. Der Ehemann wollte nicht zur / also den hatte ich gleich am
113 Anfang eingeladen in eine (...) ist das zu detailliert?

114

115 I: Überhaupt nicht, das ist wunderbar!

116

117 TH: Okay. Ich hatte ihn gleich von Anfang an mit eingeladen, weil ich ihm erklären wollte,
118 wie wir therapeutisch arbeiten und das dann auch sexuelle Abstinenz vielleicht erstmal
119 sinnvoll ist und so weiter und so fort. Und ihn auch einzubeziehen, wenn man dann ir-
120 gendwann eben wieder sagt, wir wollen Sexualität miteinander leben. Der wollte das aber
121 überhaupt nicht. Der wollte darüber nichts wissen. Und das ist jetzt immer das, was ich
122 mir noch sage, das ist gut, aber ich bin nicht glücklich, wenn ich an diese Patienten denke,
123 wie das ausgegangen ist. Letztlich hat sie auch die Therapie vorzeitig beendet, also sie
124 kam ja eigentlich wegen Depressionen und (...) ich habe schon deutlich gemacht, dass
125 ich denke, was da passiert, hat auch was damit zu tun. Und ich glaube, die wollte da auch
126 nicht ran. Aber da glaube ich immer, da hat mir das Knowhow gefehlt. Also einer der
127 Fälle, wo ich mir so denke, oh, Mist, Therapieausbildung, nicht? (lacht)

128

129 I: Dafür gibt es ja dann eine spezifische Ausbildung.

130

131 TH: Genau! Und ich denke mir aber auch, das muss ich dazu sagen, auch eigener Fehler.
132 Und ich rate allen, tun Sie das nicht / ich fand in der Therapieausbildung diesen Druck,

133 einerseits zwar einen Supervisor zu haben, mit dem ich reden kann, aber andererseits ja
134 von dem bewertet zu werden, extrem hoch und ich habe mich damals wirklich so / Also
135 ich habe erzählt, was gut läuft, und habe sehr gezielt nur Probleme herausgefasst und
136 ich glaube, ich habe nicht so wie ich heute, wenn ich meine Intervisionsgruppe habe und
137 ich sage: Leute, ich weiß überhaupt nicht, was ich tun soll! Da spreche ganz offener, oder
138 heute mit einem Supervisor, den ich bezahle, das ist etwas ganz anderes als da, wo ich
139 immer so dachte, ja, da denken die, ich bin nicht geeignet.

140

141 I: Ja, wie / Also da würde ich gerne nochmal ein bisschen / Wie fühlt sich das emotional
142 an, wenn man in so einer Situation ist, wo man das Gefühl hat, man kann nicht richtig
143 greifen oder man so diffus das Gefühl, es wirkt nicht so ganz?

144

145 TH: Also wenn ich heute in einer Situation bin, wo ich therapeutisch nicht weiter weiß?

146

147 I: Am liebsten beides, damals und heute.

148

149 TH: Okay. Also ich muss sagen, während der Therapieausbildung, ich sage jetzt so rück-
150 blickend immer, hatte ich im Prinzip kein Privatleben. Also meine Kontakte, also na klar,
151 die alten Freunde und so weiter, aber die waren sehr im Hintergrund. Das waren sehr viel
152 meine Kollegen, die ebenfalls in der Ausbildungssituation waren, und da gab es natürlich
153 schon Intervision. Das heißt, ich habe mir schon viel Entlastung über darüber reden ge-
154 holt. Und ich habe ja während der Therapieausbildung in der Forensik gearbeitet, was
155 bedeutet, dass ein sehr hoher Schlüssel an Personal ist, also weil es ja auch einen Si-
156 cherheitsaspekt hat, und ich in einem sehr guten Team auch mit tollen Pflegern war. Das
157 heißt, da gab viel Möglichkeiten, darüber zu reden und sich auszutauschen und Probleme
158 anzusprechen. Da natürlich nicht so der Fokus auf Traumatherapie, sondern die Leute

159 sollen jetzt ihre Sucht in den Griff bekommen und danach sich mit ihren Delikten ausei-
160 nandersetzen, damit das nicht mehr passiert. Aber ich glaube, da war ich gut abgefangen
161 auf dieser Ebene der, also denen, die mit mir auf einer Ebene waren. (...) Und ich glaube,
162 rückblickend gesehen, deshalb ist mir zum Beispiel gar nicht aufgefallen, dass ich bei
163 meinen Supervisoren Sachen nicht wirklich anspreche. Das sehe ich rückblickend so.
164 Also das ich mir denke, also schon das ich strategisch gearbeitet habe, das wusste ich,
165 während ich es tat. Aber mir ist gar nicht aufgefallen, dass ich Problemsituationen nicht
166 auf den Tisch bringe. Oder dass ich sie dann plötzlich gar nicht sehe. Also es war oft so,
167 also alle 4 Stunden hat man ja die Supervision, und dann war Stunde 2 irgendwie blöd,
168 und statt dann zu sagen, hey, ich brauche einen früheren Termin, habe ich abgewartet.
169 Dann liefen zwei Stunden wieder gut. Dann konnte ich mich selber beruhigen und sagen,
170 och, ist ja alles ganz easy, kann ich ja erzählen, da war es ein bisschen schwierig, aber
171 da sind wir jetzt / haben wir die Kuh jetzt von Eis, weil ich habe so und so gehandelt und
172 der Supervisor war immer schön zu glauben, läuft schon.

173

174 I: Verstehe.

175

176 TH: Also das war sozusagen das damals. (...) Wie ist es heute? (...) Also generell, wenn
177 ich Patienten habe, wo ich nicht weiter weiß, sind es meistens nicht die Traumatisierten,
178 würde ich sagen. Also da, also entweder ist das Knowhow schon so gut durch die Arbeit
179 und das, was ich gelernt habe. Halt. Ausnahme: ich arbeite auch mit Patienten mit disso-
180 ziativer Identitätsstörung. Da habe ich noch nicht so viele gesehen. (...) Da habe ich im
181 Augenblick einen, ich glaube, das stimmt nicht ganz. Also tatsächlich einen Fall, der gut
182 läuft, wo man sagt, das stimmt sozusagen zwischenmenschlich und da ist eine gute Ar-
183 beitsatmosphäre. Und gleichzeitig denke ich zum Beispiel auch da, Integrationsarbeit?
184 Also man muss ja bei den Dissoziativen, dass die Anteile sich kennen lernen, damit sozu-
185 sagen ein Gesamt-

186

187 I: Eine Kommunikation entstehen kann.

188

189 TH: Genau, eine Kommunikation und eine gesamte Entscheidungsmöglichkeit und
190 Handlungsmöglichkeit wieder entsteht in der Person. Ja, wenn Sie das so sagen, müsste
191 ich das eigentlich mal in meiner Intervisionsgruppe oder in der Supervision besprechen.
192 Wenn jemand so gar nicht an die oder immer so um die Integration herumschwimmt.
193 (lacht) Eine andere Situation in dem Kontext hatte ich mit jemandem, wo ein Anteil dann
194 sehr, sehr angriffig mir gegenüber wurde und dann kommt es ja gerne zu diesen: ich
195 melde sie bei der Psychotherapeutenkammer oder / das macht natürlich extrem Stress,
196 ja, und da ging es für mich auch nur mit kollegialem Austausch. Also zu sagen, pass auf,
197 mir ist das und das passiert, wie würdest du jetzt handeln? ich habe jetzt das und das
198 gemacht und so weiter. Also der ist dann schon ganz schön wichtig, ja.

199

200 I: Das glaube ich. Und Sie haben die Traumatherapeutenausbildung schon ein paar
201 Jahre. (...) Wenn man, Sie haben ja vorher auch schon mit traumatisierten Patienten ge-
202 arbeitet, wie ist so der Vergleich von frisch aus der Ausbildung zu ich habe einige Jahre
203 Berufserfahrung? Ist sozusagen der Alltag und die Arbeit mit den Patienten so, wie sie
204 sich das vorgestellt haben?

205

206 TH: Ich kann gar nicht sagen, wie ich es mir vorgestellt habe. Es, ja, doch. Also, es gibt
207 zwei Punkte (...): Mich erschrecken die Sachen nicht mehr so. Also natürlich finde ich die
208 Dinge schrecklich, die Patienten erlebt haben. Aber das ist das Schöne an der Arbeit mit
209 Menschen mit Traumatisierungen, die haben oft einen, also wenn sie hier sitzen, wenn
210 sie in Therapie sind, dann haben die einen extrem starken Lebenswillen. Und das sind
211 Patienten, von denen ich lernen kann, weil ich finde, die haben eine Fähigkeit, auch die
212 guten Sachen in ihrem Leben wirklich zu sehen. Also oft eine sehr, sehr hohe Dankbarkeit
213 für die guten Sachen im Leben. Und ich habe unter Menschen, da kriege ich immer eine

214 Gänsehaut, wenn ich darüber rede, die schwersttraumatisiert sind, oft Menschen, die un-
215 glaublich interessiert daran waren, ihr Leben gut zu gestalten. Und das finde ich etwas /
216 also deswegen arbeite ich sehr, sehr gerne. Also ich bin froh, dass ich meinen nicht mit
217 Sucht, nicht mit Trauma, nicht Forensik, dass ich das alles über den Haufen werfen
218 musste, weil ich eine bezahlte Stelle brauchte und da erlebt habe, dass ich da unglaublich
219 viel für mich auch gewinnen kann. Also das ist wirklich eine sehr, sehr schöne Arbeit.
220 Weil es diesen Aspekt gibt. Und der wertet dann auf, dass man jemanden begleitet durch
221 ganz schön schwere Prozesse. Und was auch sehr schön ist, wenn Menschen mit Trau-
222 matisierung zu einem Vertrauen gefasst haben, das ist ja auch ein Geschenk. Also dieses
223 Vertrauen zu bekommen und zu wissen, dass die Person / Oder sie sagen es einem dann
224 ja auch. Also wenn ich zum Beispiel Traumaarbeit / also ich arbeite auch mit EMDR,
225 vorbereite, sage: Naja gut, wir hatten ja schon die und die Einheit, jetzt geht es an die
226 sexuelle Traumatisierung. Das wird schon hart. Was brauchen Sie noch? Wie machen
227 wir das? Sie haben Intrusionen, sie switchen dann oft weg, und was brauchen Sie von
228 mir? Und letztes Mal hat eine Patientin zu mir gesagt, sagt sie: ach, ich habe da Vertrauen
229 zu Ihnen, Sie machen das schon. Das hat ja das letzte Mal auch gut geklappt. Das tut
230 einfach auch gut. Also man kriegt da sehr viel zurück. Und ich glaube, dafür lohnt sich
231 diese Art von Arbeit.

232

233 I: Ja, Sie haben das gerade schon ein bisschen angerissen, aber wenn man sowohl sage
234 ich mal die wirklich schlimmen Sachen als auch diese unglaubliche Stärke beim Patienten
235 beobachtet, verändert einen das auch selber, als Person?

236

237 TH: Ich schäme mich manchmal, wenn ich mich selbst beim Nörgeln über mein Leben
238 erwische. Also das ist natürlich auch immer so, wenn ich immer so Phasen habe, wo es
239 nicht so gut läuft oder wo ich mit irgendwas im Privatleben unzufrieden bin und denke,
240 mehmehme, alle anderen haben aber dieses oder jenes und warum habe ich es
241 jetzt gerade nicht. (lacht) Ja, und warum funktioniert das nicht? Dass ich mir dann, wenn
242 ich in so einer Therapiesitzung mal kurz denken: Sage mal, hast du sie noch alle? Du

243 regst dich darüber auf, dass deine Freundin dir kurzfristig den Urlaub abgesagt hat, ja?
244 (lacht) Also solche Sachen, ja.

245

246 I: Verstehe.

247

248 TH: Also manchmal bedauere ich / Also, ich bewundere Menschen sehr, die (...) die Sinn-
249 haftigkeit in ihrem Leben sehr, sehr gut empfinden können, weil das fehlt mir so ein biss-
250 chen. Ich sage mal, Gott sei Dank habe ich einen Beruf gewählt, der irgendwo Sinn
251 macht, aber im Großen und Ganzen, ja, also, ich habe manchmal so einen / Also auf der
252 einen Seite, so sehr ich gerne im Einzelkontakt mit Menschen Kontakt habe und mich mit
253 denen wohlfühle, wenn ich mir so die Menschheit als Gesamt sehe, dann komme ich zur
254 Misanthropie. (lacht) Und da ist es dann wirklich immer wieder ein Fingerzeig, ja, also wie
255 Menschen anders mit ihrem Leben umgehen können. Es beeinflusst schon, aber ich be-
256 daure es, dass ich mir nicht noch mehr aufbucken kann.

257

258 I: Okay, verstehe. Und aber, also jedes Mal, wenn auch bei mir im Studiengang das
259 Thema auf Trauma kommt, ist / habe ich erstmal das Gefühl, dass ganz viele Leute erst-
260 mal so einen Schritt zurück machen und denken, oh Gott, das sind so furchtbare Dinge,
261 mit denen man sich beschäftigt, das könnte ich nicht. Wie ist das, wenn man das sozu-
262 sagen damit sein täglich Brot verdient?

263

264 TH: Also ich hätte jetzt beinahe gesagt, man stumpft ab, also das ist tatsächlich (...) das
265 kommt natürlich immer drauf an, wie detailliert Sie Sachen mitbekommen und wie detail-
266 liert sie sie erzählt bekommen. Man hat jetzt zum Beispiel / Also mit EMDR hat man na-
267 türlich eine Methode, wo Patienten sehr wenig erzählen müssen. Also ich sage Ihnen
268 immer, sie dürfen, sie müssen aber nicht. Patienten sind da oft froh, dass die nicht müs-
269 sen. Also, dass sie mir nur immer / Die Methoden EMDR kennen Sie die genauer?

270

271 I: Ja.

272

273 TH: Okay, also man hat ja immer dieses kurz: Und was war gerade? Um zu sehen, läuft
274 der Prozess, und da sind viele Patienten, die wirklich nur Stichworte geben und man weiß,
275 der Prozess läuft. (...) Also da ist man dann selbst geschützt. Ich finde ganz schrecklich,
276 was man ja bei den DIS Patienten oft hat, das sind diese (...) naja, also wenn man einfach
277 weiß, dass es Kinderpornoringe gibt und so weiter, ja. Das finde ich ganz, ganz, ganz,
278 ganz übel. Das geht schon nahe. Und (...) da ist auch immer so ein / spannend, weil ich
279 habe mit einer Kollegin, die mir einen Fall erzählt hat, die sagt, boah, ich muss jetzt in die
280 Traumarbeit mit einer Patientin, auch sexuelle Gewalt. Das ist so, ich weiß nicht, ob ich
281 das aushalte. Also die sagt, ich muss da jetzt eigentlich hin und ich weiß nicht, dann sagt
282 sie, und ich sagte, was ist da? Und dann sagt sie, willst du das wirklich hören? Und dann
283 sagte ich: ich weiß nicht, ob ich das wirklich hören will, aber vielleicht hilft es dir, mit mir
284 darüber zu reden, weil es dich entlastet. Also ich glaube, das ist immer so dieser Punkt,
285 zu gucken - jetzt habe ich ihre Fragen glaube ich nicht wirklich beantwortet.

286

287 I: Hmm (abwägend) (lacht) Ab und zu.

288

289 TH: Wir schlängeln uns (lacht). (...) Ja, schwierig zu sagen. Also ich habe bisher, ich sage
290 jetzt mal en Detail noch nichts so Schlimmes gehört, was ich nicht hätte verkraften kön-
291 nen. Also / Obwohl die Sachen schrecklich sind, ja. Ich habe für mich vorgenommen,
292 wenn ich in eine Situation komme / Zum Beispiel der Patient, der wo ich so gesagt habe,
293 ach, ich vertraue Ihnen da mit dem. Die wollte mir vorher, bevor sie ins EMDR geht, erst-
294 mal erzählen, was passiert ist, und die musste es auch aussprechen. Und das finde ich
295 dann auch richtig. Also wenn sie sagt, sie will es mir erzählen, damit ich mich nicht drücke
296 und so weiter. Dann finde ich das wichtig. Das Angebot steht auch, also darüber reden

297 zu dürfen. (...) Dann denke ich, ist es für die Patienten wichtig, dass sie sozusagen mit-
298 bekommen, dass es das Gegenüber auch entsetzt. Also eben, das ist ja dann auch das,
299 was uns verbindet. Das man sagt: Wie schrecklich, dass Ihnen das widerfahren ist und
300 das sie das schon sehen in der Mimik. Das finde ich alles wichtig. Ich bin mir der Gefahr
301 der sekundären Traumatisierung wohl bewusst und ich habe mir schon vorgenommen,
302 wenn ich in Situationen komme, wo es zu nah geht, zum Beispiel eben selbst eine EMDR
303 Sitzung danach zu nehmen oder. Das sind so meine Pläne für wenn ich selbst nicht (...)
304 packe. Wo ich eine Gefahr sehe tatsächlich ist generell so in diesem psychotherapeuti-
305 schen Kontext, wann stumpft man zu sehr ab? Also ist irgendwann die Gefahr, dass ich
306 so viele Lebensgeschichten gehört habe, die schrecklich sind, dass ich mir sage, ja es
307 geht / Also in der Therapieausbildung, als ich mit meinen Suchtpatienten gearbeitet habe,
308 die unglaublich viel Gewalt erfahren haben, und zwar schon vor der Drogenszene, aber
309 natürlich dann in der Drogenszene. Ja, da hat mich eine Freundin angerufen, die schreck-
310 lich Liebeskummer hatte. Und das habe ich nun wirklich immer gut verstanden, weil das
311 kenne ich. (lacht) Und es war mir so / Ich dachte, warum erzählt sie mir das? Also das
312 finde ich kritisch. Das ich da plötzlich so völlig mir dachte, komm, mein Gott, dann liebt er
313 dich halt nicht. Also das war so egal. Das hat mich bestürzt. Und das ist eher die Gefahr,
314 die ich dann immer wieder sehe.

315

316 I: Und wie ist es damit dann weiter gegangen? Also, dass man, wenn Sie sagen, Sie
317 haben diese Gefahr gesehen und diese Situation einmal erlebt. Und wie hält man dann
318 die Balance, dass es nicht überkippt? Oder beziehungsweise wie machen Sie das?

319

320 TH: Ja, klar. (...) Ich glaube tatsächlich, dass man da / also ich glaube, wenn ich nicht
321 mehr mit meinen Freunden mitempfinde, dann sollte ich mal wirklich Urlaub machen. Also
322 ich glaube, dass das ein Überlastungszeichen ist. Oder überlegen, bin ich mit dieser Per-
323 son wirklich befreundet? Das ist die Alternative. (lacht) Also ist sie mir einfach egal, also
324 erzähle mir deine Stories nicht! Aber die war mir nicht egal. Also, ich glaube tatsächlich,
325 dass das eine Zeit war, wo viel zu viel auf mich eingeströmt ist. Ich weiß aber ehrlich

326 gesagt nicht, wie man das in der Therapieausbildung anders macht, außer man macht
327 sie sehr langsam. Und ich bin / ich habe erst spät / ich habe mit 29 erst angefangen zu
328 studieren, Psychologie zu studieren. Und ich habe dann gesagt, ich ziehe durch. Also ich
329 habe die Ausbildung, die ja auf fünf Jahre nebenberuflich ausgelegt ist, in vier gemacht,
330 weil ich einfach / ich wollte fertig werden. Ja, und nicht mehr ewig rumtingeln. Also inso-
331 fern, genau, entweder es langsamer angehen, damit man da nicht / damit man immer
332 noch wieder sozusagen seine Auszeiten hat, wäre eine Überlegung. Und jetzt tatsächlich
333 zu überlegen, bin ich jetzt in einer Lebenssituation, was ist gerade bei mir los? Bin ich
334 überfordert? Muss ich Patienten runterfahren, weniger behandeln? Brauche ich tatsäch-
335 lich mal eine Auszeit? Muss ich einen Tag mehr in der Woche frei machen? Ich glaube,
336 das ist ein Hinweis, wenn man nicht mehr mitschwingt mit den Menschen, die einem nahe
337 stehen oder, ja.

338

339 I: Ja, also die Patienten, das ist ja auch irgendwo ein großer Punkt. Wieviel Patienten
340 haben sie die Woche? Also wirklich mit denen man Traumaarbeit macht?

341

342 TH: Muss ich jetzt mal gucken. Also wieviel Patienten / Also nee, Traumaarbeit, das ver-
343 schiebt sich ja immer, weil sie Stabilisierungsphasen machen. Weil auch Traumapatienten
344 einfach nur Stress mit dem Freund gerade haben oder irgendwie in einer neuen Ar-
345 beitssituation sind. Das heißt, ich habe nicht jede Woche Traumaarbeit. Oh nee, das
346 würde ich auch nicht wollen, glaube ich, das wäre schon viel. Ich habe schon mal tat-
347 sächlich Traumaarbeit zwei, drei Patienten in der Woche, die gerade in / ja / wo man
348 Traumabearbeitung macht, aber eher selten. Also das verschiebt sich so ganz gut. Aber
349 ich habe durchaus auch mal wochenlang keine Traumabearbeitung in dem Sinne.

350

351 I: Aber ich glaube, Sie haben es auch in der E-Mail geschrieben, dass schon die Mehrzahl
352 ihrer Patienten wegen einer Traumatisierung kommen? Auch wenn die natürlich nicht
353 immer -

354

355 TH: Nee, umgekehrt! Das sich echt bei vielen entpuppt, dass die Traumata in der / also
356 das poppt / ich finde ganz spannend. Frauen, die so, ich sage jetzt mal, Mitte Ende 40
357 kommen wegen einer Depression, ja. Und dann sind oft Lebensumbrüche, die Kinder
358 ziehen aus und so weiter und so fort. Aber irgendwann stellt sich raus, dass die sexuelle
359 Gewalt erfahren haben mit Anfang 20 und plötzlich hat man dieses Thema auf dem Tisch.
360 Und dann wird plötzlich klar, ah, da ist was. Oder jemand kommt wegen einer Panikstö-
361 rung und in Wirklichkeit jahrelang vom Vater sexuell missbraucht, und so weiter, ja. Also
362 das heißt, die haben gar keine posttraumatische Belastungsstörung und auch keine
363 Borderlinestörung und so. Also die kommen wegen Depression und Angststörungen und
364 dann verbirgt sich da was. Das finde ich ehe / das ist eigentlich schockierend, ja.

365

366 I: Ja, das glaube ich. Eine Sache, die mich auch / ich habe ja vorhin schon erzählt, dass
367 es eben, sozusagen, Trauma immer so ein bisschen das Tabukind in der Psychologie ist.
368 Wie ist das manchmal auch, gerade wenn man auf einer Party ist mit Bekannten oder so,
369 und dann gefragt wird: Und, was machen Sie so beruflich? Und das ja nicht so richtig,
370 sozusagen, also ja ein bisschen ein Stimmungskiller wirklich, das Thema.

371

372 TH: Ja.

373

374 I: Ist das manchmal so ein bisschen, dass es so eine kleine Distanz gibt zwischen ande-
375 ren Menschen?

376

377 TH: Nee, aber ich glaube, dass, wenn ich jetzt natürlich auf einer Party bin und gerade
378 irgendwie sowieso in einer guten Stimmung und die Leute fragen mich, was ich mache
379 und ich sage auch, dass ich Traumatherapeutin bin, dann kommt natürlich erstmal dieses:
380 oh, ist das nicht schrecklich? Und dann kann ich denen immer das sagen, was ich ihnen

381 gerade gesagt habe, nämlich das sind so dankbare Patienten, die oft so einen großen
382 Lebenswillen haben. Und da kann ich da so daran ankern, wie die ihr Leben gut gestalten
383 und wie schön das ist, das zu sehen und zu erleben. Und dann ist man in dem Positiven.
384 Also meistens das, was man dann eher - ja, das ist eigentlich das, was ich dann eher
385 rüberbringe, glaube ich. Weil, doch, der erste Schock ist doch, oh Trauma, das ist ja
386 furchtbar. Nee, ist es nicht, weil das echt tolle Menschen sind, ganz oft.

387

388 I: Also der Fokus ist dann auch da auch eher -

389

390 TH: auf der Ressource!

391

392 I: Auf dem Durchhaltevermögen, den diese Patienten -

393

394 TH: Ja. Und eben diese Gestaltung. Also ich habe wirklich viel von was die an Hobbies
395 haben, was die ausprobieren, wo die sagen, dass und das will ich noch erleben. Und
396 wenn die einem dann erzählen, dass sie es gemacht haben. Und wenn es eine Urlaubs-
397 reise ist! Die erzählen diese Urlaubsreise ganz anders als jemand, der von Kindesbeinen
398 an zweimal im Jahr in den Urlaub gefahren ist und für den das so normal ist. Das ist schon
399 schön.

400

401 I: Ja, das glaube ich. Dass die dann auch einfach besonders intensiv berichten können.

402

403 TH: Ja. Und es offenbar auch so empfinden. Also, das kommt wirklich rüber als etwas,
404 wo die eine ganz, ganz große Dankbarkeit und Zugang zu etwas offen haben. Es gibt
405 natürlich auch andere Fälle, (...) wo Menschen ja, die gibt es natürlich auch, das darf man

406 ja auch nicht vergessen. Denen dieser Zugang verwehrt ist und die sehr, sehr auf dem
407 negativen leben, sind oft dann Menschen, die auch, also dann jetzt so (...) zumindest
408 mein subjektiver Eindruck, oft eben mit körperlichen Beschwerden haben. Viele Somati-
409 sierungsstörung noch dazu und so weiter, die nur schwer den guten Seiten was abge-
410 winnen können. Die gibt es auch, das stimmt. Und das ist natürlich härter. Weil manchmal
411 fragt man sich auch wirklich, was soll ich denn jemandem sagen, der solche Dinge erlebt
412 hat? Und der diesen Zugang nicht hat, warum lohnt es sich, weiterzumachen. Also auch
413 Suizidalität ist ja immer Thema. Und da kann man schon sagen, ja, ist das Leben so toll?
414 Also muss man das wirklich noch durchziehen? Wenn man sich überlegt, was dieser
415 Mensch schon erlitten hat und wie wenig er im Augenblick, ich sage jetzt mal, die Ruhe
416 im Leben, die er jetzt hat, genießen kann, ja, weil die Vergangenheit nach denen greift.
417 Da ist immer die Frage, auch da, wie gut funktioniert (...) Traumabearbeitung? Halt so, ist
418 jemand stabil genug, Traumabearbeitung zuzulassen? Und wenn Traumabearbeitung,
419 funktioniert dies? (...) Also, da habe ich auch jetzt gerade einen Fall im Kopf, wo eine
420 Patientin auch wegen einer im Grunde genommen wegen einer Angststörung zu mir kam.
421 Also immer oh Gott, mit dem Herzen könnte irgendwas sein und so weiter und so fort.
422 Und letztlich aber einfach eine (...) in der Kindheit verwahrlost war, also sich schon als
423 was weiß ich, Vierjährige ihre Stullen selber schmieren musste, damit sie überlebt. Und
424 der Vater das Geld aus der Spardose geklaut hat und dann konnte man nichts zu essen
425 kaufen und was weiß ich. Also so eine wirklich lange Phase von Verwahrlosung (...) da
426 war Traumaarbeit eigentlich (...) noch nicht möglich. Und in der Therapie, die sie bei mir
427 hatte, ist das auch nie, also sozusagen besser geworden, ja.

428

429 I: Und das muss man dann auch aushalten?

430

431 TH: Das muss man aushalten. (...) Und das sind so, das sind tatsächlich die Sachen /
432 Das ist genauso wie in der Therapieausbildung. Wenn ich da manchmal so an manchen
433 Fall denke. Wenn ich da hinkomme, denke ich mir, bei der Frau so und so, das hättest du
434 aber anders machen müssen. Heute weißt du das. Das sind Fälle, die reflektiert man

435 tatsächlich nochmal, also / Es sitzt ein Patient gegenüber, der eine ähnliche Geschichte
436 erzählt und man denkt an Frau so und so. Und wenn es gut ist und man findet bei dem
437 einen einen Weg, dann denkt man, scheiße, warum habe ich das vor zwei Jahren nicht
438 gewusst? Und wenn es schlecht läuft, dann ist es wieder so: Mist, das war da schon so.
439 Gibt es irgendeinen Zugang, den ich nicht weiß? Aber deswegen immer der kollegiale
440 Austausch, der ist glaube ich echt wichtig.

441

442 I: Ja. Was mir gerade noch eingefallen ist, weil sie vorhin schon so schön gesagt haben,
443 dass wenn man sich die Menschheit als Ganzes anguckt, dass es dann eher so / dass
444 man dann eher nicht so ein gutes Gefühl kriegt und es Richtung Misanthropie geht.

445

446 Th: Ja.

447

448 I: Fließt da auch ein bisschen mit rein, dass man von Patienten hört, dass andere Men-
449 schen furchtbare Dinge mit ihnen angestellt haben?

450

451 TH: (überlegt und holt tief Luft) (...) Also ich würde es da / ich habe es da jetzt so nie als
452 so Misanthropie erlebt. Aber dieses, natürlich, ein großes Misstrauen Menschen gegen-
453 über. Also nicht vertrauen können und so, das ist für Menschen mit Traumahintergrund
454 glaube ich eher die Regel. Und da ist es dann immer gut, wenn sozusagen, wenn es
455 Leute und Menschen gibt, denen sie vertrauen oder sich zumindest wohlfühlen in der
456 Nähe. Und die gibt es eigentlich immer. Also ich habe selbst mal bei einer DIS Patientin,
457 wo ich schon sagte, da kam dann irgendwann eben dieser Anteil, der sehr, sehr angriffig
458 mir gegenüber war. Die war, fand ich, sehr, sehr schwierig in ihrer Interaktion, aber selbst
459 die hatte Freunde. Also, mit denen sie, na also bestimmte Anteile befreundet sein konn-
460 ten. Und diese Freunde waren manchmal auch schwierig und dann gab es manchmal
461 auch Knatsch. Aber wo es schon etwas gab mit, nee nee, mit der Person ist es gut und

462 der kann ich auch bis zu einem gewissen Grad vertrauen. Also nicht jeder Mensch ist
463 schlecht.

464

465 I: Hmm. (bejahend)

466

467 TH: Ja.

468

469 I: Also ist dieses Misstrauen manchmal was, was man vielleicht / wo man sich auch selber
470 bei ertappt? Dass man dann eine Situation anders bewertet, weil man sozusagen noch
471 so ein bisschen die, den Therapietag im Kopf hatte?

472

473 TH: Nee, ich würde sagen, nein. Stimmt nicht ganz, aber das ist jetzt ein anderer Bereich,
474 das hat nichts mit Traumatisierung zu tun. Aber seit ich mit Verbrechern gearbeitet habe
475 und mit Kriminellen, schließe ich meine Wohnung anders ab und so weiter, aber weil ich
476 die Kniffe kenne. Also bei der Deliktarbeit kriege ich ja mit, wie bricht man ein und was
477 weiß ich nicht. Ich wurde auch immer gerügt von meinen Patienten: [Name], Sie tragen
478 einen Rucksack! Sie wissen schon, wie schnell ich Ihre Geldbörse da raus habe!

479

480 (beide lachen)

481

482 Th: Also eher, also auf dieser Ebene, also Kriminalität. Suchtarbeit hat bei mir auch ge-
483 macht, ich sehe ständig und überall Drogenabhängige in Berlin. Das macht mich manch-
484 mal fertig. Also was weiß ich, ich sitze irgendwie am Skateplatz und schaue denen zu
485 und denke mir, die mit 35 trinken nur ein Bier. Und da sitzen so ein paar 19-jährige und
486 weiß, die sind so hackedicht, die haben mit den Skaten nichts mehr zu tun. Die sind in

487 ihrer Welt, weil sie Heroin nehmen. Das ist so. Das Misstrauen von Menschen mit / Nee,
488 überhaupt nicht. Aber das glaube ich liegt daran, weil ich eben das Glück hatte, anders
489 aufgewachsen zu sein. Also das Menschen, also einzelne Menschen per se schlecht sind
490 und das ist da misstrauisch sein muss, das glaube ich nicht, ja.

491

492 I: Das ist gut.

493

494 TH: Ja!

495

496 (beide lachen)

497

498 Th: Doch, das ist Gott sei Dank / ja!

499

500 I: Weil ja auch genau, wie sie ja schon gesagt haben, Sekundäre Traumatisierung und
501 so ist eben ein großes Thema.

502

503 Th: Hmm (bejahend).

504

505 I: Und da ist natürlich immer gut zu hören, wenn die eignen Erfahrungen da als Puffer
506 fungieren. Das ist wunderbar. Ich gehe gerade einmal nochmal kurz meine Fragen durch,
507 die ich hier alle so aufgeschrieben habe, aber ich glaube, wir haben fast wunderbarer-
508 weise schon alles -

509

510 TH: Abgearbeitet.

511

512 I: Abgearbeitet. Ach, eine Sache noch!

513

514 Th: Hmm (bejahend).

515

516 I: Sie haben ja auch schon ein paar Mal erwähnt, dass es eben sozusagen die einfachen
517 Monotraumatisierungspatienten gibt, im Vergleich zu die, vielleicht auch komplexe Trau-
518 matisierung in der Kindheitserfahren haben. Wie unterscheidet sich da die Arbeit mit de-
519 nen?

520

521 TH: Ich habe fast nur komplextraumatisierte Patienten. Also das ist selten, dass jemand,
522 wie zum Beispiel die Frau Ende 40, die mit Depressionen kommt, dass das ein einmaliger
523 Übergriff war, der da irgendwie so belastend ist. Deswegen ist es schwierig zu sagen,
524 aber ich würde sagen, bei Monotraumata tatsächlich, dass man das viel schneller bear-
525 beiten kann. Ja, also das ist wirklich / es geht erstmal darum, eine Grundlage zu schaffen,
526 das Vertrauen Therapeut - Patient - Beziehung und dann wirklich sehr schnell in die Ex-
527 position zu gehen und dann ist es auch wieder gut.

528

529 I: Hmm. (bejahend)

530

531 TH: Das ist so meine Erfahrung. Aber kommt nicht so oft vor. (Lacht) Vielleicht jetzt auch
532 hier / Ach ja obwohl, stimmt jetzt gar nicht. Stimmt gar nicht, weil ich bin seit ungefähr
533 einem Jahr arbeite ich auch für die Berufsunfähigkeits- / nein quatsch, wie heißen die,
534 Berufsgenossenschaft. Jetzt ist sowas wie die Bahn oder so, die hat glaube ich einen
535 Pool von Therapeuten, mit denen die sehr eng zusammenarbeitet. Aber das stimmt, das
536 ich in letzter Zeit natürlich auch öfter Menschen hatte, die wo sozusagen ein Trauma

537 passiert ist. Ich finde spannend oft, wie schnell Menschen es auch wegstecken, wenn die
538 eben vorher eine / ein gutes Leben hatten. Also jetzt zum Beispiel, da hatte ich einen Fall,
539 wo jemand Zeuge wurde wie bei einem Brand jemand ums Leben kam. Also die Person
540 konnte nicht mehr gerettet werden aus dem Haus. Und die aber auch, da waren es wieder
541 die Selbstheilungs- / die ganz viel Austausch mit den anderen Kollegen, die das auch
542 mitbekommen haben, mit den Leuten, die diesen Brand mitbekommen haben, mit dem
543 durchsprechen, was haben wir getan, um zu helfen? Wann kam die Feuerwehr? Wie
544 haben wir das hingekriegt und so weiter und so fort. Also (...) zwei Stunden war sie da.
545 Das was selbst, ja.

546

547 I: Und, gibt es da dann auch in der therapeutischen Beziehung Unterschiede? Gerade
548 vielleicht, könnte ich mir vorstellen, dass die Komplextraumatisierten länger brauchen,
549 bis sie so in der Beziehung richtig ankommen können?

550

551 TH: Ja. Und da ist ganz oft / Also, gerade wieder die, wo man nicht weiß, dass es sich
552 um ein Trauma handelt, ja. Also da habe ich manchmal das Gefühl, ich habe jemanden
553 hier, der wegen einer Depression kommt und ich doktere seit einem Jahr rum. Oder auch
554 Angststörung auch immer, denke ich mir, habe ich nicht im Manual gelesen, in 11 Stun-
555 den muss die Panikstörung weg sein und warum ist das nicht so? (lacht) Ja, warum ist
556 es nicht so? (..) Weil es um was anderes geht, ja. Letztlich braucht man dann auch ir-
557 gendwann nicht mehr die Panikstörung behandeln, sondern es geht eben um die Be-
558 handlung des Traumas oder das, was da erlebt wurde. Und da ist es wirklich manchmal
559 so, dass man sagt, nach einem Jahr, ich muss jetzt diese Therapie beenden, das hat
560 doch gar keinen Sinn. Und dann plötzlich dreht sich was, also weil offenkundiger wird,
561 worum es geht und dann scheint auch die Beziehung plötzlich zu funktionieren. Also
562 wenn es ausgesprochen ist. Also, das ist tatsächlich manchmal so, dass ich mir denke,
563 ich glaube, liegt es an der therapeutischen Beziehung? Ich kenne diese Frau gar nicht,
564 die schon so lange hier sitzt. Manche Leute hat man den Eindruck schnell zu kennen,
565 weil da eine Verbindung ist. Und dann kommt da sozusagen das Puzzelsteinchen, das

566 fehlt, und dann kann man mit der Arbeit anfangen. Da ist natürlich oft problematisch, wie
567 kriege ich jetzt die Stunden, die ich noch brauche?

568

569 I: Ja.

570

571 TH: Also das ist eigentlich das Ätzende, das wir immer schnell behandeln sollen und es
572 muss vorbei sein und das geht auch glaube ich in der Verhaltenstherapie eben nicht,
573 wenn da Menschenleben Geschichten, Interaktionen zwischen Menschen eine Rolle
574 spielen.

575

576 I: Ja, auf jeden Fall. (...) Okay! Dann vielen Dank!

577

578 Th: Ja sehr gerne!

579

580 I: Wunderbar!

581

582 TH: Was müssen Sie jetzt damit machen? Abtippen und wie werden sie es auswerten`?
583 Und werden Sie darüber was erzählen wollen?

584

585 I: Also erstmal werde ich alles abtippen und das wird mich wahrscheinlich erstmal eine
586 Zeitlang beschäftigen.

587

588 ENDE

1 INTERVIEW 3

2
3 I: Genau, das wäre auch so ungefähr meine erste Frage gewesen. Wie sind Sie denn zur
4 Traumatherapie gekommen oder zur Therapie allgemein?

5
6 TH: Also, zur Therapie allgemein bin ich eigentlich gekommen, weil ich in einem Wohn-
7 projekt und in dieser Selbsthilfe sehr viel gearbeitet habe und dachte, wir haben unglaub-
8 lich tolle Ideen, wie wir alles als Kollektiv machen, scheitern aber so herrlich an der Praxis.
9 Und ich wollte mich mit Arbeitsbeziehungen beschäftigen, wusste aber, ein reines
10 Coaching oder eine reine strukturelle Ausbildung ist zu wenig, weil wenn man zehn Jahre
11 in einem besetzten Haus gewohnt hat, dann weiß man, es geht hier um psychische Prob-
12 leme bei uns allen und nicht um Organisation der Arbeit. Zum Trauma bin ich zufällig /
13 war halt relativ politisch, relativ engagiert und als die erste Flüchtlingswelle aus Jugosla-
14 wien kam. Oder sagen wir mal im Rahmen dessen rief mich mein erster Ausbilder an und
15 sagte, hier gibt es eine Anfrage von Frauengruppe aus Kosovo. Und da bin ich hinge-
16 kommen und hab damals schon ein paar Jahre gearbeitet als selbstständige Psychothe-
17 rapeutin und dann stand da eine Studentin, die versucht mit denen irgendwas zu machen.
18 Und ich dachte, ich habe nicht wahnsinnig viel Ahnung von Trauma, aber besser als das
19 bin ich allemal. Das hat mir den Mut gegeben, überhaupt anzufangen. Und dann habe
20 ich drei Jahre Flüchtlingsgruppen, eine mit 18 Bosnierinnen, eine mit 16 Kosovaren und
21 Übersetzung geleitet, das war der eine Teil. Und mich währenddessen natürlich wie ver-
22 rückt weitergebildet. (...) Und habe festgestellt, dass die Körperpsychotherapie ein groß-
23 artiges Werkzeug ist, um gerade mit großen Gruppen zu arbeiten, weil ich nicht so viel
24 mit Manualen arbeite. Und darüber bin ich zum Trauma gekommen. Und der Rest ist
25 dann so, dass ich inzwischen Supervision und Coaching, aber... eigentlich eher in der
26 Psychotherapie. Persönlich komme ich aus einer Familie, wo es einen jüdischen Anteil
27 gibt. Das heißt, ich bin (...) im Grunde nicht wissend mit einem Haufen schwersttrauma-
28 tisierter Menschen groß geworden. Also meine Eltern sind beide in Berlin geboren und
29 als Kinder hier im Krieg groß geworden. Es gibt einen jüdischen Familienanteil und von

30 daher habe ich einen intuitiven Zugang zu traumatisierten Menschen, den ich später dann
31 intellektualisiert habe oder durchdrungen, was ich da eigentlich kann. Ich konnte es von
32 Anfang an. Ich wusste nur nicht, was ich tue. So, inzwischen weiß ich, was ich tue, ja.
33 Das vielleicht erstmal so vorneweg.

34

35 I: Also sie haben es ein bisschen von hinten nach vorne aufgeschlüsselt?

36

37 TH: Ja! Ja, genau. Also ich bin über die Arbeit dann / Man kann nicht mit 18 Flüchtlingen
38 in einem Raum arbeiten, das geht überhaupt nicht, und schon gar nicht in so großen
39 Gruppen. Und ich habe gemerkt, dass geht sehr wohl, wenn man so ein paar grundle-
40 gende Dinge beachtet. (...) Und die wusste ich aus meinem Gefühl heraus und weil ich,
41 sage ich mal, wie sage ich das, ich kann (...) das schlimmste ist, also Trauma ist ein
42 körperliches Geschehen in erster Linie und (...) als Therapeut, wenn ich lange arbeite,
43 habe ich gut trainierte Spiegel (...) Spiegel- wie heißen - oh Gott /

44

45 I: Spiegelneurone?

46

47 TH: Genau, dieses Wort fehlte mir noch. Spiegelneurone! Und ich kriege ganz gut mit,
48 wie jemand ist. Also wenn jemand dissoziiert, dann merke ich es, weil ich selber wuschig
49 werde. Und über den eignen traumatisierten Anteil / es geht ja / es ist ja nicht schlimm zu
50 dissoziieren, wenn ich weiß, wie ich wiederkomme. So, und das ist eigentlich eines der
51 Hauptwerkzeuge. Also, dass Leute ihre Geschichte aufarbeiten, ohne zu dissoziieren,
52 ohne retraumatisiert zu werden und ein Werkzeug in die Hand bekommen, wie wenn sie
53 dissoziieren und Panik bekommen, wie sie damit umgehen. So schlicht könnte man es
54 dann auch fassen.

55

56 (Beide lachen)

57

58 I: Traumatherapie kurz zusammengefasst!

59

60 TH: Hmm. (bejahend)

61

62 I: Und gerade, weil Sie auch erzählt haben, dass Sie sozusagen ohne Traumaerfahrung
63 diese Gruppen von geflüchteten Frauen übernommen haben. Ich kann mir das sozusagen
64 schwierig vorstellen, dass man / Also, weil man ja diese Tools und diese Werkzeuge,
65 von denen sie gerade gesprochen haben, dass die ja noch gar nicht da waren, noch bei
66 Ihnen oder den -

67

68 TH: Doch, die Boysens zum Beispiel, die haben die Biodynamik und die Bioenergetik auf
69 einer Körperebene schon lange mit Traumatisierung gearbeitet. Das heißt, dass ich irgend / Ich hatte die Tools auf eine Art, aber nicht komprimiert als Traumausbildung.

71

72 I: Okay.

73

74 TH: Also ich wusste sozusagen / Was ja passiert, ist, wenn man es sich anguckt, dass im
75 Schreck (...) erstarren wir und entweder gehen wir dann in Flucht oder Angriff. Wenn wir
76 beides nicht können, dann reagieren wir wie die Maus. Also der Sympathikus und der
77 Parasympathikus werden gleichermaßen hochgefahren. Wir kommen in so eine Schockstarre,
78 wie die Maus, wenn sie da halbtot liegt und die Katze mit ihr spielt, ja. In diesen
79 Zustand kommen wir. Und in diesem Zustand sind wir nicht in uns wirklich drin. Wir sind
80 schmerzunempfindlich. Wir haben keine zeitliche und örtliche Orientierung wirklich, also

81 je nachdem. Und körperlich sind wir nicht verbunden mit uns. Und diese Verbindung kann
82 man über den Körper ganz gut wiederherstellen. Das heißt, was ich gemacht habe als
83 erstes, ist mit denen (...) ein positives Feld / im Trauma geht das Gefühl verloren, dass /
84 vor allen Dingen im man-made disease, also / dass die Menschheit gut ist. Wenn ich mit
85 Traumatisierten arbeite, egal ob Einzel oder in der Gruppe, dann muss ich absolut positiv
86 sein und null aggressiv, weil das haben sie zu viel gehabt. Dass ist in der heiltherapeuti-
87 schen Haltung das schwierigste. Ich muss die lieben wie ein Baby, so. (...) Also es
88 brauchte dieses Gruppengefühl, das konnte ich intuitiv. Dass die das / die brauchen ganz
89 viel, was heil ist. Einfache Vitalisierungsübungen. Weil in dieser Starre geht das Gefühl
90 für Lebendigkeit verloren. Also das Trauma ist der gefrorene Schrecken im Körper,
91 könnte man sagen. Levine beschreibt das ganz gut, was da passiert. (...) Das heißt, die
92 stehen sozusagen mit durchgedrückten Knien, haben den Bauch angespannt im Schreck,
93 das Zwerchfell blockiert und die Schultern fest. Und so / Wenn ich zehn Jahre so durchs
94 Leben gehe, habe ich alle möglichen Folgeerkrankungen. Und dem kann man aber mit
95 18 Leute mit leichten Übungen entgegen gehen. Man muss halt gucken, wann werden
96 die zu viel vitalisiert, dann werden sie überflutet, und wenn es zu wenig ist, passiert nichts.
97 Also diesen Grad zu finden. Aber das geht ganz gut. Dann geht es darum, dass die in der
98 Gruppe sprechen. (...) Und das haben / Also ich habe hinterher eine Auswertung ge-
99 macht. Sie haben gesagt, zu merken, sie sind nicht die Einzigen, denen das passiert ist
100 (...) Es gibt eine Gemeinschaft, wo ich zugehöre. Ich bin noch lebendig. Über die eigene
101 Scham und Schuld zu kommen, weil das ist bei Trauma emotional das schlimmste. (...) Die
102 Hoffnung, wenn die Anderen, wenn die das überlebt hat und überstanden hat, dann
103 muss ich das irgendwie auch schaffen. Es gibt Hoffnung. Und sie haben gesagt, die Vi-
104 talisierungsübungen haben ihnen körperlich ein Gefühl gegeben von / Also vor allen Din-
105 gen die aggressiven Impulse wieder einzuladen, sehr in homöopathischen Dosen. Dass
106 sie (...) dass sie am Leben sind. Dass sie sich als lebendig / Sie erleben sich ja nur noch
107 im Kopf und nur noch in der Panik, also in diesem Kreis. (...) Damit löse ich keine Trauma
108 richtig auf, aber die Leute werden soweit stabilisiert, dass sie funktionieren. Die hätten
109 alle / am besten ist immer Gruppe und Einzel kombiniert, aber aus Kostengründen kriegt
110 man es meistens nicht hin. Heute kriegt man nicht mal mehr Gruppen finanziert.

111

112 I: Hmm. (bejahend.) Und gerade aus dieser Anfangszeit heraus, wie hat sich das jetzt
113 entwickelt zu ihrer jetzigen Arbeit? Ist die gleichgeblieben oder wie hat sie sich vielleicht
114 verändert?

115

116 TH: Also (...) es hat so zwei Sachen. Ich habe natürlich eine irre Sicherheit in der Arbeit
117 mit Traumatisierten, das ist ungefähr (...) knapp die Hälfte meiner Klienten, also ein gutes
118 Drittel. Oft kommen sie mit Depressionen und eigentlich heißt es / wenn man guckt, ist
119 es eigentlich Trauma. (...) Scham, Schuld. Also das Gefühl der Ohnmacht ist ganz groß,
120 ne, und diesen Kreis zu kapieren, dass die Leute sich ohnmächtig fühlen, weil sie ihre
121 eigenen Grenzen nicht wahren können. (...) Die Scham darüber und das Schuldgefühl,
122 das irgendwie eingeladen zu haben. Das hat man vor allen Dingen auch bei Kindern, also
123 wenn Kinder Gewalterfahrung haben, dann fühlen sie sich schuldig, dass sie so schlecht
124 sind, dass man das mit ihnen machen muss. Da schämen sie sich. Dann können sie mit
125 niemandem sprechen, dann geht es in die Isolation und in die Minderwertigkeit und oft in
126 so eine Autoaggression, ja. Und diesen Kreis zu begreifen, also das ist jetzt ein bisschen
127 hingerotzt sage ich mal. Fachlich würde man das präziser machen. Aber um das jetzt
128 genauer zu erklären, das habe ich halt daran / Da bin ich sehr sicher mit geworden. Auch
129 heute, eine Stunde vorher ist mir eine Frau, die massive Gewalterfahrungen hat / Ich
130 habe mit ihr eine Übung gemacht, die hieß "Nein, das mache ich nicht!" Weil sie das nicht
131 kann. Also eigentlich ein Verhaltenstherapeutischer Ansatz, ja. Sie sollte durch den Raum
132 gehen / Ich sagte, egal, ich sage jetzt irgendwas, egal was ich sage, Sie sagen immer
133 denselben Satz: Nein, das mache ich nicht. Das erste, was ich zu ihr sagte, war: geben
134 Sie mir mal das Kissen. Sie gab es mir. Wir haben beide schallend gelacht, weil sie das
135 gar nicht konnte. Das nächste Male ging sie eine Weile und ich sagte: setzen Sie sich
136 doch mal hin. Und sie merkte, sie kriegt den Satz nicht raus. Und dann ist sie (...) in dieses
137 Trauma rein, weil dann hätte der Vater sie totgeschlagen, wenn sie gesagt hätte, das
138 mache ich nicht. (...) Und dann ist sie in die Traumatisierung rein und dann merke ich, so,
139 die rutscht jetzt voll ab, die heult und zittert, die muss ich jetzt in den Körper holen, die

140 muss ich jetzt hierherholen und wenn sie wieder da ist / dass sie in die Aktualität / und
141 die Sicherheit ist entstanden in der Arbeit. Dass ich / das schreckt mich nicht mehr. Früher
142 hätte mich das geschreckt. Da hätte ich gedacht, Gott, was mache ich denn jetzt, dass
143 die nicht retraumatisiert ist und (...) und natürlich über die jahrelange Beschäftigung weiß
144 ich, im Gehirn was passiert und welche Übungen muss ich ansetzen, damit die Verbin-
145 dung von Stammhirn und Präfrontalem Kortex wieder entsteht zu dieser Situation und
146 wie man überhaupt mit / eine Idee hat zu verstehen, warum reagiert die mit diesem Re-
147 flex. Das ist die Auswirkung auf die lange Zeit. Wobei Kriegstraumatisierung nie / anders
148 sind als frühe Traumatisierungen. Das muss man unterscheiden.

149

150 I: Wie unterscheidet sich das in der Arbeit mit den Patienten?

151

152 TH: Ich mache das mal persönlich für mich, weil das war ja auch ein bisschen die Frage.

153

154 I: Ja, sehr gerne!

155

156 TH: Im Kriegs / Wenn ich mich mit Kriegstraumatisierung beschäftige, ist das unglaublich
157 hart, weil ich Geschichten höre, die erzähle ich nicht mal jemandem. Die will ich nieman-
158 dem in den Kopf tun. Und da ist auch die Scheu der Klienten, es mir zu erzählen, weil sie
159 wissen, wenn sie es mir erzählen, habe ich es im Kopf. Das ist eine intuitive Scheu. Und
160 es ist eine Zumutung und man muss es aushalten. (...) Aber ich lerne daran philosophisch
161 viel: Was ist das Leben? Was ist ein Mensch? Was ist gut sein? Was ist Schuld? (...) Wie
162 überlebe ich mit Schuld? Also Fragen, wo wir eigentlich therapeutisch kein Konzept für
163 haben, aber die wir in der Situation beantworten müssen. Denn die müssen wir für UNS
164 beantworten, sonst können wir mit den Klienten nicht arbeiten. (...) Ich mache mal ein
165 Beispiel: Als ich die ersten Geschichten hörte und ging zu meiner Supervisorin völlig em-
166 pört, und sagte: Also wie KÖNNEN Menschen sowas machen? (...) Guckte sie mich an,

167 und ich habe einen sehr impulsiven Sohn, und sagte: Wie lange muss man deinen Sohn
168 mit 16 in den Krieg stellen, bevor er das tut? Und da habe ich es verstanden. Da habe
169 ich verstanden, dass man / ne / was für eine Energie das ist und wie die Leute dazu
170 kommen. Also (...) Aber es ist schrecklich, also die ersten Jahre bin ich jedes Mal aus der
171 Gruppe raus und es wurde erstmal geheult. Heute belastet mich fast / persönlich ganz
172 wenig. Da gibt es so / Also die Kriegsgeschichten, die belasten mich. Die gehen mich
173 persönlich an. Alles andere ist ja 30 Jahre vorbei und vor mir sitzt ein Erwachsener
174 Mensch, der das überstanden hat. Und das heißt nicht, dass es mich nicht berührt. Also
175 mich berührt viel und mich rührt auch manches zu Tränen, das kennen meine Klienten,
176 so in der Resonanz berührt es mich. Aber ich gehe nicht raus und bin fertig. Bin manchmal
177 erschöpft von resonieren, wie so eine Gitarre, wo die Seiten ausgeleiert sind, ja. (...) Die
178 Fragen, die im Trauma entstehen oder in der Arbeit mit Kriegstraumatisierten, die sind
179 (...) laden einen persönlichen Reifungsprozess ein, wenn ich sie Ihnen stelle. Und da (...)
180 da zum Beispiel zu denken, JA, der hat das überlebt. Ich muss mir das nur anhören. Was
181 für ein Unterschied! Ja? (...) Und dann (...) glaube ich, dass wir oft oder viele von uns mit
182 so einem Gefühl der Schuld leben, weil es uns so gut geht in Deutschland und Europa
183 und wir wissen um all die Leute, die absaufen. Und das macht ein diffuses Schuldgefühl,
184 wo man manchmal nicht noch den nächsten Dokumentarfilm sehen will, also es / In den
185 Zeiten, wo ich mit Kriegsflüchtlingen arbeite, wird mein persönliches Schuldempfinden
186 besser. Ich tue also was für mich. Sehr deutlich. Und dann glaube ich (...) Wenn ich den
187 Schmerz zulasse und fühle, komme ich auch anders in die Freude. Also wenn ich / in den
188 Zeiten, wo ich viel da gearbeitet habe, habe ich gemerkt, ja, und manchmal bin ich da
189 raus gegangen (...) aus so Gruppen und habe erstmal geheult, aber hinterher waren die
190 Farben auch schöner und die Sonne heller. Und das ist der Gewinn. Also da verstehen
191 wir was, wie leben und wie fühlen funktioniert. Jenseits aller therapeutischen Ausbildung.
192 Das ist dann mehr so eine spirituelle oder philosophische Frage vielleicht. (...)

193

194 I: Und -

195

196 TH: Ja?

197

198 I: Sie können ruhig erstmal sagen. Ich wollte nur fragen, wie kommt es oder wie ist diese
199 Entwicklung, dass am Anfang wie sie sagen, sie gehen aus der Gruppe raus und mussten
200 erstmal weinen, weil es so furchtbar war, zu jetzt, wo sie sagen, dass Sie jetzt kann ich
201 damit besser umgehen und ich muss nicht mehr weinen, oder nur manchmal dann als /
202 weil ich mit meinen Klienten mitfühle?

203

204 TH: Ich würde sagen (...) Also erstens arbeite ich nicht mehr mit Gruppen, ich glaube, da
205 gehört das dazu. Der Schmerz, das Maß an Schmerz, was in einem Raum ist mit 18
206 Kriegstraumatisierten ist massiv und ich finde es völlig in Ordnung, dann zu weinen. Also
207 der Schrecken vor / Wir haben so eine Angst vorm Schmerz, vorm seelischen und das
208 nimmt ab. Ich kann den Schmerz heute auch einfacher fühlen. Er macht mir nicht mehr
209 so eine Angst. Es ist halt der Schmerz. Aber er ist warm (...) er ist dunkel. Also so, der
210 läuft mehr so durch, ja? Schlimmer finde ich die unterdrückte Wut! Da sitzt man mit je-
211 mandem, der freundlich lächelt und stinkesauer ist und ich spüre dann seine Wut und
212 denke / das finde ich viel schwieriger. Oder ich arbeite nicht gut mit Borderlinern zum
213 Beispiel, weil die keine Beziehung ertragen, oder wenig. Das gibt / Und traumatisierte
214 Menschen sind misstrauisch, sie brauchen Halt, aber sie sind oft auf einer Beziehungs-
215 ebene gut erreichbar, vielleicht auch nur für mich. Aber für mich schon. Und wenn die
216 Beziehung gut ist, ist das Arbeiten schön. Das macht ja den größten Teil aus. Also es gibt
217 so Studien, ich glaube, die Methode macht glaube ich 11% aus.

218

219 I: Hmm (bejahend).

220

221 TH: Und die Beziehung 23 Prozent.

222

223 I: Ja, das wird uns auch so ungefähr in jeder /

224

225 TH: Leider wird nicht so wirklich unterrichtet / das würde ich sehr gerne / Ich würde gerne
226 professionelle Beziehungsgestalten unterrichten, das wäre mein Favourite. (...) Weil das
227 wird nicht unterrichtet, wie mache ich das eigentlich? Wie mache ich das eigentlich mit
228 der Beziehung so? Und dann ist es natürlich auch ein sehr schönes Gefühl, den Leuten
229 helfen zu können. Und gerade Leuten, die es richtig schwer haben. Also wenn jemand
230 so lange einsam ist mit irgendwas, ihn begleiten zu können. Und wenn es zu viel Trauma
231 ist, wird es auch schwer. Ich könnte nicht / Also ich habe so 18 Stunden diese Woche,
232 wenn ich jetzt 18 mal Trauma hätte, wäre es mir ein bisschen viel. (...) Es wird dann hier
233 spürbar, also so im Herzraum, dass das einfach hart ist. Das ist doch viel Schmerz. Aber
234 (...) 6,7, 8 Stunden die Woche gehen. Und das trainiert sich auch ein bisschen.

235

236 I: Das man dann gut aushalten kann, was die Arbeit schwer macht?

237

238 TH: Ja, oder dieser / es verdauen kann. Ich muss es ja emotional verdauen, ne? Viele
239 blocken es ab (...) was ich für einen Fehler halte. Wie sie sagen, sie halten es für profes-
240 sionelle Distanz. Ich halte es für einen Mangel an Empathie, weil ich finde, wir können
241 uns das zumuten, als Behandler mitzufühlen. Und die Resonanz meiner Klienten ist auch,
242 dass sie das Gefühl haben, ich bin dicht dran. Ich begleite sie wirklich. Weil ich sozusagen
243 mitfühle, oder oft stelle ich die Sachen auf und merke dann, die Position kriege ich nicht
244 richtig. Dann stelle ich mich rein wie bei einer Familienaufstellung und dann kann ich es
245 fühlen. Und dann weiß ich, wo die sind, so. Das ist auch eine spannende Arbeit. Ich
246 meine, wer hat das? Wer von uns hat die Möglichkeit, mit einem / das hört sich scheiße
247 an, aber ich sage es jetzt trotzdem / mit einem Kriegsüberlebenden über die Frage der
248 Überlebensschuld zu sprechen? Das ist wahnsinnig interessant. Es ist nicht einfach, aber

249 es ist interessant. (...) Also ich erlebe einen persönlichen Reifungs- und Entwicklungspro-
250 zess durch meine Arbeit. Und als Therapeutin muss man aufpassen in manchen Punkten,
251 dass man nicht komisch wird und mit allen Leuten dann so spricht (lacht) Ja.

252

253 I: Und gerade, weil die Arbeit ja auch so, sage ich mal, einen selber auch einfach beein-
254 flusst und es ist ja auch fast bei jeder therapeutischen Arbeit so. Man muss eben selber
255 als Person mit teilnehmen, sonst funktioniert das nicht.

256

257 TH: Ja!

258

259 I: Beeinflusst das dann auch manchmal sie als Privatperson oder als Privat- / das private
260 Leben?

261

262 TH: Na ja klar! (...) Also jeder persönliche Reifungsprozess, den ich mache im besten
263 Falle oder wo ich was lerne oder wo ich / wo mir da jemand gegenüber sitzt, egal ob jetzt
264 traumatisiert oder nicht, dass ich da / Weiß ich, da erzählt mir eine 20jährige irgendwas
265 und da denke ich, oh, das habe ich wahrscheinlich bei meiner Tochter auch falsch ge-
266 macht, aaah, ganz schlecht, so. (...) Im Guten und auch im schlechten, dass meine Kinder
267 zum Beispiel, also ich habe noch zwei zu Hause sagen: Du sagst immer, das macht dir
268 nichts, aber manchmal, wenn du nach 8 Stunden kommst, bist du zu nichts zu gebrau-
269 chen. Dann ist einfach / Das kennt man vielleicht, wenn man sich das Leid einer Freundin
270 angehört hat, dass es irgendwann merkt, so jetzt kann man nicht mehr, jetzt ist die
271 Schwingungsfähigkeit innen weg. Jetzt ist irgendwie genug, ne? Und da gibt es auch eine
272 Erschöpfung. Und alles, was wir / was ich lernen darf hier mit denen, beeinflusst mich
273 natürlich privat.

274

275 I: Gibt es da dann manchmal im Privaten mit den Kindern oder den Freunden eine Situ-
276 ation, wo einem dann ein Patient einfällt? Wo man an eine Patientensituation denken
277 muss?

278

279 TH: Klar! Und andersherum auch. Also beides.

280

281 I: Es geht in beide Richtungen?

282

283 TH: Geht in beide Richtungen. Wobei das hier erlaubter ist, also in der Therapie darf ich
284 ja nutzen / In der Therapie nutze ich alles, was hilfreich sein kann und ich finde den Me-
285 thodenstreit ziemlich albern, weil es geht um was hilft. Und wer heilt, hat Recht. Und wenn
286 es einer mit Kaffeesatzlesen macht, dann macht er es damit. Also, und das passiert na-
287 türlich ganz viel. Privat (...) eher so, dass ich manchmal einer Freundin sage, oh, das
288 hatte ich eine Klientin, so und so und so, also ich nenne ich keine Namen, aber den Fall
289 kann ich ja / spreche ich im Teambereich schon mal an und sage dann: da habe ich an
290 dich gedacht oder so. Oder heute habe ich jemanden in der Praxis die und die Geschichte
291 erzählt. Also manchmal sind Dinge nur über Bande ansprechbar. Im NLP hieß das mein
292 Onkel Sam. Also in der NLP Ausbildung, die arbeitet ja auch mit Trauma. Also mir fällt
293 die Geschichte von XY ein, weil da eigentlich, so. Dann ist es kein Auftrag und jemand
294 kann sich aussuchen, was er davon nehmen möchte. Das Schlimmste finde ich, und da
295 ist / da gibt es manchmal, wenn ich nach der Resonanz gefragt werde: was macht das
296 mit meinem Leben? (...) Grundlegend in einem Therapieraum zu sitzen und mal zum
297 Glück auch Supervision noch und so, aber da kommen zig Stunden die Woche Leute und
298 reden über Probleme. Da kriegt man so einen komischen Fokus. Und privat dann nicht
299 auch so zu sein, dann nicht zu gucken: ach, was hat der denn jetzt für ein Problem und
300 was müsste ich dann jetzt sagen und ach, dann sieht der wahrscheinlich das und das
301 nicht. Und das finde ich völlig unangemessen, aber extrem schwierig. Also so wie Rechts-
302 anwälte auch privat immer Recht haben wollen, oder leicht es diese Tendenz gibt und

303 Lehrer einem auch immer alles erklären müssen, auch privat, finde ich auch psychothe-
304 rapeutische Arbeit hat eine Berufskrankheit. Oder dieses, alles so kleinlich zu sein, also
305 keinen doofen Spruch machen zu können, ohne dass irgendjemand / Also das finde ich
306 schwierig. Das ist / Aber das ist unabhängig vom Trauma. (...) Das finde ich allgemein in
307 der Psychotherapie eine Schwierigkeit.

308

309 I: Und gibt es da auch traumaspezifische Sachen?

310

311 TH: Das überlege ich gerade. (...) Wahrscheinlich. Also für andere wahrscheinlich schon.
312 Ich bin ja, ich bin da ja so ein bisschen / Also mit zwei traumatisierten Eltern und (...) einer
313 traumatisierten Großmutter und drei KZ Überlebenden in der Familie ist das für mich
314 wahrscheinlich so normal (lacht), dass ich es nicht bemerke. (...) Vielleicht ist es manch-
315 mal ein komisches Bild auf die Welt, soviel Leid sich anzuhören. Ich höre ja wenig gute
316 Geschichten. (...) Aber da habe ich keinen Vergleich. Ansonsten finde ich die Arbeit mit
317 Traumatisierten sehr dankbar, es gibt gut Fortschritte. Schwierig (...) / Also ein Feld würde
318 ich rausnehmen. Schwierig sind die komplextraumatisierten Geschichten in der frühen
319 Kindheit. Also emotionale Verwahrlosung mit Missbrauch. Oder (...) keine mütterliche Zu-
320 wendung, keine Nähe und Gewalt auf der väterlichen Seite. Oder (...) Also so massiver
321 Missbrauch. Wenn das so mit drei, vier angefangen hat und dann zehn Jahre ging. Da
322 gibt es / also wo ich so denke, die Menschen bräuchten eine andere Versorgung. Die
323 bräuchten zweimal die Woche Therapie. Die bräuchten einmal Therapie, die bräuchten
324 eine spezielle Gruppe und die bräuchten zwei, drei Mal Klinik. Um eine Chance zu haben.
325 Und auch sozial die Isolation greift oft so, die sind alle wahnsinnig isoliert. Also weil diese
326 Scham so groß ist. Und da kann ich manchmal verzweifeln, weil ich merke, das Angebot,
327 was ich mache, reicht nicht. (...) Und da ich nicht über Kasse abrechne, weil Körperori-
328 entierte Psychotherapie, auch wenn sie tiefenpsychologisch fundiert ist, keine Kassen-
329 leistung ist. (...) Können sie wenigsten sich das leisten. Da gibt es so Leute, die begleite
330 ich dann lange (...) und es entsteht so ein Verstehen, was mit Ihnen ist. Also Selbstbe-
331 wusstsein im Sinne von: ich werde mir bewusst. Aber wo es auch wirklich oft zäh ist. Für

332 die Leute und dann natürlich auch für mich. Und so eine Hilflosigkeit entsteht. Ich kann
333 denen nicht helfen. Ich würde gerne mehr, ich weiß nicht, was. Die Arbeit ist dann, dieses
334 Gefühl auszuhalten. Ja, also da würde ich sagen, ist es speziell.

335

336 I: Das ist speziell schwierig?

337

338 TH: Ja, das ist speziell schwierig.

339

340 I: Das kann ich mir gut vorstellen.

341

342 TH: Also ich habe zwei Klienten / Also, eine zum Beispiel, die nimmt keiner sonst. Oder
343 sagt, hat es keinen Sinn. Oder jemanden losschicken und sagen: Entschuldigung, Sie
344 sind 50 und komplextraumatisiert, Sie müssen in die Klinik. In die Klinik kann sie nicht,
345 weil sie zu viel Angst hat. Was soll sie dann machen? (...) Aber da gibt es auch Fälle, wo
346 ich wirklich das Gefühl habe, ich arbeite zwei Jahre und die kommen aus dem akuten
347 Schub raus, aber es bewegt sich nicht viel. Zu massiv. (...)

348

349 I: Da kommt man dann / Kommt man nicht genug ran?

350

351 TH: Naja, (...) ran kommt man, aber es hilft ihnen nicht heraus. Also jemanden / das
352 Trauma / jemanden in das Trauma zu schicken, ist einfach, in die Gefühle. Aber darum
353 geht es nicht. Es geht darum (...) Also, das ist ein bisschen / Zum Beispiel im Nervensys-
354 tem kann man sich das vorstellen, als ob der Drehzahlmesser im Motor ausgebaut ist.
355 Unser Nervensystem lernt. Wir schwingen normalerweise zwischen Anspannung - Sym-
356 pathikus, Entspannung - Parasympathikus. Jeder hat so seine Welle. Manche größer, die

357 sind aufgeregter, manche sanfter, so. Ein Traumatisierter, der ist immer im Sympathikus,
358 voll unter Adrenalin. Und dann hat er so ein Schock Down und bricht dann zusammen.
359 Und um das Nervensystem zum Umlernen zu bringen, brauch man mehr als einmal die
360 Woche eine Stunde. Der müsste (...) Das müsste eine Gruppe geben, wo die unterstützt
361 werden, wo klar ist, da gehen die hin und es ist eine reine Ressourcengruppe, ja. Die
362 müssten Anleitung kriegen genauer, wie sie das machen. Die müssten vielleicht ein On-
363 linecoaching dazu bekommen. Wäre schon machbar. Aber einmal / das ist zu massiv, ja?
364 Das ist wie die Klientin, die es, obwohl ich ihr sage, wir machen eine kleine spielerische
365 Übung, wir stehen jetzt auf, gehen durch den Raum und, egal was ich sage, sie sagen:
366 mache ich nicht! Und ich sage, geben Sie mir mal das Kissen und es greift sofort. Der
367 Automatismus ist so doll. Also man kommt ran, aber um den Automatismus umzulernen,
368 brauchen die was anderes. Die hat jetzt sehr viel Therapie gemacht, die hat jetzt schon
369 so / Aber ... ja.

370

371 I: Ich verstehe. Um nochmal, weil sie das auch vorhin so ein bisschen angeschnitten
372 haben, dass es auch ganz viele lohnenswerte Aspekte der Arbeit mit Patienten gibt. Was
373 gibt / Was sind die Dinge oder die Aspekte, die die Arbeit auch schön machen vielleicht?

374

375 TH: Naja, wenn jemand / ich habe jetzt mit einem Kriegsflüchtling gearbeitet, der kam und
376 war komplett / Schriftsteller und total suizidal. Wo ich so dachte, boah, hoffentlich geht
377 das gut. Also so Szenen, wo er so beschreibt, wie er mit dem Fahrrad den Berg runterrast
378 auf die Autobahn zu und denkt, ich bremsen nicht und so. Und wenn so jemand dann nach
379 einem halben Jahr sagt: Danke, ich habe es nicht mehr, oder ich habe es im Griff, das ist
380 super. Das ist eine ganz große Freude. (...) Oder wenn jemand geht und ist erleichtert
381 oder (...) so ein Stück ist geschafft oder so. Das ist ganz toll. (...) Auch jemandem nahe
382 sein zu dürfen, das ist ja ein Geschenk. Was geben wir darum, Nähe zu anderen zu
383 haben, ja? Und klar geht das überhaupt nicht um mich, aber trotzdem entsteht eine pro-
384 fessionelle Nähe. (...) Und die sind mir auch nahe. Ich habe das Gefühl, ich trage die mit
385 mir spazieren innerlich, so wie wir unsere Geschwister oder unsere Eltern / Über die Zeit,

386 wo sie / wo ich mit ihnen arbeite, sind sie mir irgendwie nah. Ich habe sich auf dem
387 Schirm. Das ist auch schön. Ist eine intensive Beziehung und das geht mit Traumatisier-
388 ten natürlich viel netter als mit Borderlinern. (...) Ja, da habe ich was von. Es ist schön
389 oder es ist spannend oder / Manchmal ist es wie ein Krimi. Auszubuddeln, was da los ist.
390 Kommt, was weiß ich, da kommt eine Frau und sagt, ich schreie nachts und ich weiß
391 nicht, warum. Ich wecke meinen Mann immer, weil ich immer schreie. Ich habe aber keine
392 Ahnung, was los ist. So weit im Stammhirn abgekapselt und so wenig zugänglich. Und
393 dann, das ist ein bisschen (...) wie ein Pfärtensucher komme ich mir dann vor. Wenn man
394 durch den Wald geht und will ein Reh kriegen, und will das sehen, dann muss man gu-
395 cken, ja hier war es vor 3 Tagen, hier ist eine Spur, also (...) es ist eine detektivische
396 Arbeit, die ist interessant. Und gibt natürlich Erfolgserlebnisse wie ein Computerspiel im
397 Gehirn. Wenn ich das Ding kriege, habe ich ja ein Belohnungs- / also, wenn es jetzt mal
398 biochemisch macht. Aber es macht natürlich Spaß. Das ist die Arbeit eh. Ja, mir fällt noch
399 eine persönliche Konsequenz ein: Ich habe oft das Gefühl, Psychotherapie ist wie Ro-
400 mane lesen, nur dass die echt sind. Da kommen Leute und erzählen mir ihr Leben und
401 zwar DAS, was wichtig ist. DAS, was sie sonst niemandem erzählen. Wow. Was für Ge-
402 schichten. Also es eröffnet mir auch die Welt, obwohl ich in diesem Zimmer bin. (...) Von
403 Madagaskar über Korea über Brasilien. Ich habe eine Menge über den Kosovo / ich habe
404 mit allen möglichen Kulturen zu tun. Ich habe vom Millionär bis zum Harzt IV Empfänger
405 alles. Ich kriege Einblicke in andere Leben, das ist schon / Aber mir fällt noch eine per-
406 sönliche / Ich gucke mir im Kino keine, keinerlei dramatische oder harte Streifen an. (...)
407 Das habe ich in der Arbeit. Kriegsfilme geht überhaupt nicht.

408

409 I: Da hat man den Roman schon genug.

410

411 TH: Ja, weil mein / ich bin (...) sehr legasthenisch und ich bin ein sehr Bildhafter Mensch
412 und ich kann / mein Gehirn unterscheidet da nicht zwischen der Geschichte, die ich von
413 jemandem persönlich gehört habe und weiß, die ist echt, ja, (...) und dem, was ich da

414 sehe. (...) Also ja, das geht nicht. Ich habe lange gebraucht, um Schindlers Liste über-
415 haupt zu sehen. Und der ist ja nun nicht hart, der geht ja. Und Kriegsfilme in gar keiner
416 Form. (...) Und auch sonst gucke ich, dass ich (...) persönlich ein Gewicht auf das heitere
417 und leichte lege. Das andere habe ich ja (...)

418

419 I: Und gibt es auch so auf der positiven Seite so, wie Sie vorhin gesagt haben, so spiritu-
420 elle oder philosophische Erkenntnisse, die man aus der Arbeit zieht oder Sachen, die
421 man lernt?

422

423 TH: Auf alle Fälle. (...) Ich lerne hier von meinen Klienten. Manchmal sind es praktische
424 Dinge. Kommt eine mit drei / die einen neuen Beruf haben will, die ist jetzt nicht trauma-
425 tisiert, aber ich mache so ein Beispiel, das ist natürlich / Und die kann Networking! Und
426 die Kann sich im Internet / ist die fit. Und wie die das Ding angeht, Wahnsinn! Und das
427 lerne ich und gebe es aber auch weiter dann an den Nächsten. Also ich lerne von ganz
428 vielen. Weil die suchen ja / im besten Falle findet jemand in der Therapie seine eigene
429 Lösung. Nicht meine, sondern seine. Und dabei darf ich zugucken. Und das erweitert
430 mich natürlich über Lösungsversuche. Was kann man tun? Da lerne ich eine Menge.
431 Philosophisch lerne ich eine Menge, würde ich sagen über dieses (...) was macht ein
432 gutes Leben aus? Das ist ja die Frage. Was ist psychische Gesundheit? Wo ist die
433 Grenze? Früher sind die Leute zum Seelsorger in die Kirche gegangen, heute kommen
434 sie zu mir. Bin ich auch nicht für ausgebildet, das ist nämlich jenseits des ICD-10s. Was
435 ich so / (...) Also, ich habe eine Menge second hand Erfahrung, würde ich sagen. So
436 könnte man das bezeichnen. Auch so wie unmöglich / kommt eine heulend und zähne-
437 klappernd. Ihr Mann hat sich getrennt, ganz furchtbar und sie will den wieder. Dann ar-
438 beiten wir ein halbes Jahr und dann sagt sie, um Gottes Willen, ein Glück bin ich den los!
439 Ist doch eine verrückte Geschichte. (...) Da finde ich ist ein Reichtum drinnen und (...)
440 Und trotzdem bleibt natürlich / und das sehe ich bei mir und bei allen anderen Kollegen
441 auch / eine persönliche Hilflosigkeit. Ich bin nicht gefeit vor Depression so wie ein Zahn-
442 arzt nicht vor Karies. Und auch nicht davor, dass ich Lebenskrisen habe. Und dann weiß

443 ich so viel (...) und kann mir selber / wahrscheinlich besser als ein Normalo, sage ich mal
444 / aber trotzdem manchmal nicht helfen. Das ist so eine Diskrepanz, die nicht einfach aus-
445 zuhalten ist. Und das sehe ich bei mir und bei meinen Kollegen auch. Und die Annahme,
446 naja, du bist doch Psychotherapeutin! Das ist so als ob der Zahnarzt sagt, er hat Karies.
447 Kann ihm aber passieren!

448

449 I: Ja.

450

451 TH: Die Suizidrate ist hoch, auch bei Psychotherapeuten, die Burn Out haben. Ist nicht
452 schlecht. Da denke ich aber, dass zu wenig / Also, dass die sich aus so einer Borniertheit
453 sich scheuen, so sage ich, weil ich das nicht mache, selber Therapie zu mache und sich
454 selber irgendwie Hilfe und Beistand zu holen. Ich glaube, das ist man, wenn man den
455 Beruf ergreift, ist man gefordert, eine Supervision oder eine eigene Therapie oder so zu
456 haben, wo man immer mal wieder guckt. (...) Und dann gibt es so ein Phänomen, zwei
457 Phänomene, die sind beide gut und beide schlecht. Die haben so Licht und Schatten.
458 Das Eine ist (...) ich bin ja gefordert, hier kommt jemand rein, den kenne ich nicht und ich
459 muss innerhalb von einer Stunde mit dem irgendeine Art von Kontakt herstellen. Sonst
460 kommt der auch nicht wieder. Ich arbeite mit Selbstzahlern, wenn ich das in der ersten
461 Stunde nicht schaffe, dann ist das vorbei. (...) Aber auch sonst / Zu verstehen, wer sitzt
462 eigentlich vor mir. Da wird man besser. Und es ist persönlich ein Fluch und ein Segen.
463 (...) Also (...) Manchmal ist naiv sein auch schön.

464

465 I: Ja.

466

467 TH: So dem Glanz vertrauen können. Meinen Kindern gehe ich damit total auf den Keks.
468 Man, ja lass es doch einfach! So. (...) Das ist ein Fluch und ein Segen. Das andere ist
469 jetzt weg.

470

471 I: Vielleicht kommt es noch!

472

473 TH: Ja.

474

475 I: ich kann ja in der Zeit schon mal ein bisschen weiterfragen. Also, ich frage jetzt nicht,
476 beeinflusst es, weil ich kann es mir nicht vorstellen, dass es das nicht tut, aber inwiefern
477 beeinflusst es auch, wie man durch die Welt geht? Sie haben das gerade auch schon ein
478 bisschen angeschnitten. Wenn man, weiß ich nicht, im Urlaub zum ersten Mal gegen-
479 übersitzt oder man beobachtet, wie ein Vater in der Bahn mit seinem Kind umgeht. Ist
480 das anders, weil man täglich schlimme Geschichten hört?

481

482 TH: Ja.

483

484 I: Und inwiefern ist das anders?

485

486 TH: Also allgemein weiß ich es nicht. Ich kann das nur für mich sagen. Ich könnte nicht
487 mit Kindern arbeiten. Die muss ich nach Hause schicken, in ihre Elend zurück. Ich arbeite
488 mit Erwachsenen, deren Elend ist lange vorbei. Aktuell bin ich nicht gut darin, wegzugucken.
489 Ich versuche immer irgendwas. Und wenn es ist, den Blick vom Vater zu kriegen
490 oder einen netten Satz zu sagen, was für ein tolles Kind er hat oder ich steige aus. Manchmal
491 wechsle ich das Café, weil ich es nicht ertrage. Also einmal / Ich habe ja selber vier
492 Kinder, aber / weil ich nicht ertrage, wie eine Mutter mit ihrem Kind umgeht. Das ist deren
493 Ding, aber / so ein Abstand wird schwieriger. Ich setze mich raus oder ins nächste Café.

494

495 I: Hat man manchmal, so ungefähr, dass der Film im Kopf weitergeht, weil man das Ge-
496 fühl hat, ah ja, ich kann mir schon vorstellen, wie das dann zu Hause abläuft oder was
497 das dann für Folgen hat?

498

499 TH: Das habe ich selten. Neulich war eine Mutter so hochgradig aggressiv, dass ich
500 denke, die schlägt ihre Kinder. Also da mag ich mich täuschen, aber da war so etwas
501 drin, wo ich dachte, woah. Auch sie als Person war so abgetrennt, wo ich dachte, oh. Ja.
502 (...) Aber ich glaube, das haben alle im Kopf. (...) Manchmal denke ich, die Empfindsam-
503 keit wird / Also ich trainiere ja meine Spiegelneuronen zu fühlen, was fühlt der andere.
504 Ich weiß, als ich meine erste Therapie machte und meine Therapeutin sagte mir auf den
505 Kopf zu: Du bist traurig und willst es irgendwie nicht wahrhaben, ne? Da dachte ich, woher
506 weiß die das? Das kam mir vor wie Zaubern. Ich dachte: boah! (lacht) Und das trainiert.
507 Ja. Und das ist manchmal nicht schön. (...)

508

509 I: Ja, das kann man nicht abstellen.

510

511 TH: Nee, nicht so einfach. Also geht schon, gibt schon so einen anderen Modus, in dem
512 ich unterwegs sein kann. (...)

513

514 I: Ja, das ist natürlich (...) wie auch erwähnt, die schon angesprochene Berufskrankheit,
515 sozusagen.

516

517 TH: Ja. Und ich glaube, es ist ganz wichtig, aber das hört irgendwann auf, dass man nicht
518 / aufhört, die Leute zu analysieren. Wie oft habe ich schon daneben gelegen? (...) Ja. (...)
519 Und es ist / also das ist so ein Teil von dem Respekt. Ich weiß nichts, der Klient weiß. Ich
520 kann den fragen, damit er mehr weiß über sich. Das finde ich immer ganz furchtbar, die

521 Zuschreiberei. Passiert mir auch, finde ich bei mir auch ganz furchtbar (...). Aber nochmal
522 vielleicht zu Traumatisierungen (...) Da habe ich das Gefühl, ist ein großer Gewinn. Mehr
523 als in den anderen Geschichten. Und gerade beim Thema Krieg, Flucht. Das sind so
524 Menschheitsthemen, so große. Warum bekriegen wir uns? Was passiert im Bluttausch,
525 wenn die nur noch metzeln? (...) Wann bricht unsere dünne Decke der Zivilisation? Das
526 Andere kommt raus, das Instinkthafte. Was ist ein guter Umgang mit Aggression? (...)
527 Gerade in der Therapie mit Männern. (...) Männer haben über ihr Testosteron auch ein
528 anderes Aggressionspotential. Und das ist nicht gut, nicht schlecht, das ist erstmal da.
529 Aber wenn sie das Ding nicht händeln lernen, dann wird es gefährlich. Also / Und (...) das
530 ist interessant. Das finde ich interessant, sich damit zu beschäftigen, (...) Ich kann darüber
531 viel lesen, aber das ist nie so, wie wenn ich jemandem vor mir habe, mit dem ich das
532 gemeinsam erlebe, weil der erlebt ja seine Gefühle und ich begleite ihn. (...) Und es for-
533 dert viel Kreativität. (...) Oder sagen wir mal, ich nenne es mal anders. Ich glaube, dass
534 jeder Mensch einen anderen Zugang hat: der Eine ist sehr visuelle, der Andere kann gut
535 über den Körper, der Dritte stellt sich alles vor, der Vierte kann super mit diesem Aufstel-
536 len im Raum arbeiten. Und verschiedene Methoden kreativ zu mixen und zu gucken, was
537 braucht denn der gerade und wie gehe ich daran? Das ist toll. Es ist ja keine Stunde wie
538 die andere. Es gibt ja null Routine. (...) Also-

539

540 I: Es gibt auch keinen routinierten Arbeitstag, wo man sagt, heute mache ich wie am Tag
541 vorher ABC?

542

543 TH: Nee. Und die Leute / ah, das sehe ich auch gerade. Kollegen, die lange arbeiten /
544 Ich arbeite jetzt über 20 Jahre, aber die so an die 40 sind: abgedrillt! Das ist wie ein / wie
545 wenn man einen guten Goldschmied, einen alten / Da sieht man ein Handwerk, was
546 großartig ist. Wenn die leidenschaftlich arbeiten, ist völlig egal welche Methode und nicht
547 arrogant werden und nicht resignieren und nicht abgetrennt sind, sondern wenn die wirk-
548 lich mit dem Herzen dabei / toll! Finde ich oft ganz toll zu sehen. Also so (...) Wer das
549 ganz gut beschreibt, ist Yalom. Der trifft auch am ehesten / da fühle ich mich am meisten

550 verbunden so in der Haltung zum Klienten. Ungefähr so würde ich das auch beschreiben.
551 Und da / der beschreibt auch den Gewinn sehr gut, den wir haben. Diese intensiven,
552 interessanten menschlichen Begegnungen. (...) Und dann ist natürlich / Also unser
553 Glückshormon wird am meisten ausgeschüttet, wenn wir andere retten. Wir sind glückli-
554 cher, wenn wir zehn Euro / mit zehn Euro jemandem helfen können, als wenn wir zehn
555 Euro verschenken, als wenn wir sie geschenkt kriegen. Und das darf ich ja beruflich lau-
556 fend tun. Ich muss nur aufpassen / ich muss es dann / mich / Selfcare. Das ist ein wich-
557 tiger Punkt. Wie mache ich das? Und wie kriege ich mit, dass es zu viel ist?

558

559 I: Wie kriegt man das mit?

560

561 TH: Zwei Varianten: (...) wenn ich nur noch über Therapie quatsche und nur noch in die-
562 ser Kategorie unterwegs bin, finde ich, es ist zu viel. Unglücklich sein. (...) Oder genervt
563 sein von einem Klienten. Das ist nicht so wie ich, sind so die Leute, die eher extrovertiert
564 sind mit ihrer Aggression, die sind eher genervt von den Klienten. Und keine Lust mehr
565 haben. Ich habe allerdings auch / das sind so die Punkte. Das ist in meinem Rahmen
566 natürlich leichter als in der Klinik. (...) In einer Klinik, wo es ein gutes Kollegium, ja, und
567 ein gutes Team. Wenn man sich anguckt, wie das Behandlungszentrum für Folteropfer,
568 wie viel Teamarbeit die machen und wieviel Teamtage / Weil das sonst nicht durchzu-
569 stehen ist. (...) Aber warum machen Leute Abenteuerurlaub? Weil sie interessante Sa-
570 chen kennen lernen wollen. Weil sie sich selber erfahren wollen. Ich habe ja die Möglich-
571 keit, mich zu erfahren. Also in der Beziehung bin ich ja persönlich vorhanden.

572

573 I: Ja, das macht es sehr besonders.

574

575 TH: Mhmm (bejahend). (...) Die großen Menschheitsfragen. (...) Ich erinnere zum Beispiel
576 eine Szene, ich habe im Moment immer noch ehrenamtlich Kriegsflüchtlinge in Therapie.

577 (...) Und einer kam, und konnte / hatte Angst, in den Bus einzusteigen. Und dann haben
578 wir geguckt, welches Gefühl in ihm entsteht: Enge. Er kommt nicht raus. Und dann haben
579 wir geguckt, wo in seinem Leben ist das entstanden? Am Ende standen wir im Libanon
580 auf einer Brücke, die von einer Seite beschossen und auf der anderen Seite war sie ge-
581 sprengt und er stand in der Mitte. Hatte sich hinter einem Betonpoller verschanzt und
582 neben ihm starb eine Frau. Das war die Szene. Und diese Verbindung herzustellen. Also
583 zu wissen, wo kommt das her, und dann eine Lösung zu suchen. Und dann (...) habe ich
584 ihn gefragt, wie alt dieser Mann ist in der Szene? Und er war 8 Jahre jünger als er. Und
585 dann hat er aus dem jetzt mit diesem 8 Jahre Jüngeren gesprochen und sein Gehirn hat
586 ja eine Imaginationsfähigkeit, und ihm gesagt: du wirst das überleben. Also du wirst da
587 rauskommen und du kannst nichts tun außer weiter zu atmen. Aber ich sage dir, du über-
588 lebt es. (...) Und das war natürlich / Und dann hat er sich da reingestellt und ich habe
589 mich neben ihn gestellt und dann fühle ich es auch. Das merke ich auch jetzt, wie ich es
590 fühle, und du merkst es auch.

591

592 (Beide haben Tränen in den Augen.)

593

594 Und das ist genau das, was passiert. Und ich dachte, boah, was ist das für eine Situation,
595 man kann nicht atmen. Und dann hörte er praktisch über die Vorstellung, wie er sich
596 selber sagte: ich werde es überleben. Ich werde da lebend rauskommen. Ich muss nur
597 warten und weiter atmen. Und danach war die Busangst weg. (...) Der konnte einsteigen.
598 Ging. Das ist natürlich toll. Das sind 60 Minuten. Und das sind dann so Highlights. Die
599 sind nicht immer so, aber das sind natürlich die Momente / Aber es ist natürlich auch
600 wahnsinnig bewegend. Es tut einem ja auch leid. Oder dieses Gespräch eines / Zwiege-
601 spräch eines / bei dem Bombeangriffsanschlag, wie einer jemanden Sterbenden zurück-
602 lässt. Und mit dem diskutiert, dass er sich schuldig fühlt. Und sich vorstellt, was würde
603 der Sterbende zu ihm sagen, wenn er sagt: Ich muss jetzt rennen. Ich kann dich nicht
604 retten. Aber ich fühle mich schuldig, dich hier zurückzulassen. Und der Blick, und so. Und
605 meistens sagt derjenige: Ja klar musst du rennen. (...) Sonst stirbst du mit mir. Nein. Da

606 kommt auch / es kommen auch große menschliche Qualitäten ans Licht, ja. Das wir so-
607 was haben wir Überlebensschuld. Das wir uns (...) das finde ich zum Beispiel anrührend
608 (schluchzt leicht). Das wir uns schuldig fühlen, wenn wir andere im Unglück zurücklassen.
609 Das ist doch großartig, oder? Und das zu sehen, das ist berührend, aber gut, ja.

610

611 I: Weil das ein Gegenpunkt ist zu: Menschen tun sich furchtbares an.

612

613 TH: JA! Weil das zeigt, was macht Mensch sein aus. Und das habe ich oft gesehen. Wo
614 ich denke: Was für eine Größe! Überlebende, genau, das finde ich auch noch wichtig,
615 sind nämlich nicht nur Opfer. Die sind ja auch Überlebende. In denen steckt eine Irrsinns-
616 kraft. Sonst wären sie nicht überlebend. Sonst würden Sie gar nicht vor uns sitzen. Und
617 das ist sehr faszinierend. Also das zu sehen, was für ein Potential die Menschen haben.
618 Unglaublich.

619

620 I: Inspiriert einen das denn auch, für einen selber als Mensch?

621

622 TH: Ja klar. Nun gut, ich meine, ich komme ja auch aus so einer Familie. Meine Groß-
623 mutter war sicher auch eine Überlebende. (...) Also von daher bin ich damit groß gewor-
624 den. Aber ich glaube, dass das sehr inspirierend ist. Nicht umsonst faszinieren uns die
625 Holocaust Überlebenden so. Weil wir uns fragen, wie geht das? (...) Und mit solchen
626 Menschen sprechen zu DÜRFEN, das erlebe ich als dürfen und zu gucken, was für Aus-
627 wege die finden und wie die das Leben betrachten, ist ein großer Reichtum. (...) Auch bei
628 den Kindern zu gucken, wie die / also wenn ich mit Erwachsenen arbeite, wie die Kinder
629 praktisch diese Situation bewältigen irgendwie. Wenn ich gucke, wie so ein zehnjähriger
630 mit einem gewalttätigen Vater und fünf Geschwistern, wie die das gemacht hat, und da
631 sitzt heute eine 50jährige Frau, die lachen kann. Ja, die hat ein Problem. (...) Aber die hat
632 auch eine Lösung. (...) Also das ist was, was mit am ICD-10 oft nicht gefällt, das nur

633 Defizite drin stehen. Es gibt auch eine Menge Ressourcen, die die Leute haben. Sonst
634 säßen sie hier (...)

635

636 I: Ja.

637

638 TH: Sonst wären sie drogenabhängig, verrückt, tot, ja?

639

640 I: Okay.

641

642 TH: Jetzt möchte ich dich gerne noch etwas fragen!

643

644 (beide lachen)

645

646 TH: Wie geht es dir beim Zuhören, was macht das?

647

648 I: Bei mir ist es immer ganz interessant, weil es auf der einen Seite bin ich natürlich / bin
649 ich auch betroffen und es nimmt mich auch emotional mit.

650

651 TH: Ja.

652

653 I: Wenn ich eine Arbeit hätte machen wollen, wo ich sozusagen Fakten abfrage, hätte ich
654 Fragebögen ausgeteilt. Aber mir geht es ganz oft / auch in den anderen Interviews, die
655 ich geführt habe, dass ich / dass ich reingehe und erwarte, es wird irgendwie schlimm

656 und die Leute werden irgendwie vielleicht ein bisschen abgestumpft oder resigniert sein.
657 Und das ist nie der Fall ist. Immer gehe ich eigentlich mit einem total hoffnungsvollen,
658 frohen Gefühl raus und denke / Also eigentlich / Also es war nicht Sinn der Erhebung
659 (lacht), aber es ist ein guter Nebeneffekt, weil ich auch gerne in diese Richtung gehen
660 möchte, eigentlich aus jedem Interview rausgehe und sage: Das ist auf jeden Fall die Art
661 von Arbeit, die ich machen möchte. Ich spüre auch, wie die Leute, auch wenn ich Sie
662 frage, was macht das positives mit Ihnen? Dass die wirklich aufleuchten und sagen: es
663 ist so eine wertvolle Arbeit und /

664

665 TH: Hmm. (bejahend)

666

667 I: Das trage ich dann auch immer ganz doll mit hinaus.

668

669 TH: Ja, genau! Ich erlebe viele Kollegen, die haben Angst und sagen, ah nee, das kann
670 ich nicht, also Flüchtlinge, keine Ahnung, kann ich nicht. Wo ich immer denke, ihr wisst
671 nicht, was ihr verpasst!

672

673 I: Und das ist aus was, was mir ganz viel entgegenschlägt. Weil ich auch meinen Kom-
674 militonen sage, ich will Traumaarbeit machen. Dann macht eigentlich jeder erstmal einen
675 Schritt zurück.

676

677 TH: Genau.

678

679 I: Oh Gott und wie furchtbar und wie kannst du das nur?

680

681 TH: Ja genau! Und das -

682

683 I: Und das war nie meine Reaktion.

684

685 TH: Ja, und das ist auch ganz spannend, weil die Stimmung / Und so funktioniert ja auch
686 Supervision. Die Stimmung, die in den Stunden herrscht, vermittelt sich im Interview. Also
687 die kommt mit. Genau das wird spürbar, dass die Arbeit eigentlich das ausmacht. Also
688 deine Resonanz ist eigentlich genau die, die in der Arbeit stattfindet. Das wird spürbar.
689 Das finde ich ganz / Ja, so funktioniert es, genau.

690

691 I: Aber was ich auch ganz interessant fand, ist dass ich oft, auch hier jetzt, hier besonders,
692 aber auch in anderen Situationen die Therapeuten mit gegenüber Dinge erzähle, in denen
693 ich mich sehr wieder erkenne. Wo ich dann auch das Gefühl habe, ich habe auch / ich
694 bringe auch einfach Qualitäten von mir persönlich mit, die sich für diese Arbeit gut eignen
695 würden. Und zum Beispiel hatte ich auch so einen sehr starken Moment, als Sie von ihrer
696 Familiengeschichte erzählt haben, weil ich bei mir ganz ähnlich ist. Ich komme auch aus
697 einer jüdischen Familie, die seit Generationen in [Ort] war. Meine Großmutter ist 30 ge-
698 boren, die war / haben in [Ort], die wurden rausgeschickt, während die Eltern irgendwie
699 noch in der Stadt waren. Und auch meine Familie hat nur überlebt, weil meine Urgroß-
700 mutter mütterlicherseits als Jüdin mit einem Christen verheiratet war, der eine relativ öf-
701 fentliche Position als Anwalt der [Organisation] hatte.

702

703 TH: Ah ja okay, alles klar. Ja genau!

704

705 I: Und die Russen sind quasi nach [Ort] gekommen, bevor sie / bevor dieses Gesetz zur
706 Trennung aller mischrassigen Ehen durchbringen konnten.

707

708 TH: Ja, das war bei uns auch so. Bei mir war der Großvater halt Jude und war mit einer
709 Arierin verheiratet.

710

711 I: Und das war wirklich / Es war nur ein Zeitfenster, das dafür gesorgt hat, dass meine
712 Familie so weiter existiert hat. Und ich habe aber noch nie diese Verbindung hergestellt.

713

714 Th: Ach echt!

715

716 I: Dass ich mich für Trauma interessiert, weil ich / wie sie auch schon gesagt haben, weil
717 ich mit traumatisierten Menschen von klein auf Umgang hatte.

718

719 TH: Ja, na klar!

720

721 I: Und das war so etwas, dass ich das einfach noch nie zusammengebracht hatte. Aber
722 sobald sie das gesagt haben /

723

724 TH: machte es klick.

725

726 I: War es wie so eine Teilchenfusion in meinem Kopf, das ich dachte: Ja natürlich! Wie
727 bin ich denn da selber noch nie darauf gekommen?

728

729 TH: Ja genau, das ist sehr spannend. In dem Kriegsbereich gibt es entweder Kinder von
730 Überlebenden, Kriegs- oder Genozidüberlebenden oder Kinder von Tätern. (...) Alle. Und

731 die reden nicht wie die Blinden vom Licht. Und das ist auch gut so. Die großen / Also ich
732 würde sagen, ich kenne zwei, die haben viel über Narzissmus geforscht und geschrieben
733 und das waren auch große Narzissten. Also Berufswahl ist immer ein Heilungsversuch.
734 Und das ist okay.

735

736 I: Ja.

737

738 TH: Das ist völlig in Ordnung. Aber ich finde es gut, selber für sich zu gucken, was ist
739 denn der Heilungsversuch, den ich da gerade unternehme? Also um meine / das ist hilf-
740 reich.

741

742 ENDE

1 INTERVIEW 4

3 TH: Und das hören nur Sie ab?

5 I: Ja, genau, das höre nur ich ab, damit ich das dann verschriftlichen kann und dann eben
6 da die Interpretation daraus zu machen und die wichtigen Stellen herauszufiltern. Genau,
7 und ich würde am liebsten anfangen mit genau dem, worüber wir gerade schon gespro-
8 chen haben, wie so ihr Weg zum Therapeutenberuf war? Ob sie mir davon ein bisschen
9 erzählen können?

11 I: Therapeutenberuf allgemein. (...) Das fing eigentlich damit an, dass ich mit 17 die
12 Traumdeutung von Freud gelesen habe. (lacht) Und dann schwankte ich nach dem Abitur
13 zwischen Sprachen und Psychologie und wurde mir bei der Berufsberatung Psychologie
14 empfohlen erstmal und ich könnte ja immer noch wechseln. Und ich / da bin ich auch
15 dabei geblieben, obwohl das Studium mir nicht sonderlich gefallen hat. Das war [Stadt]
16 damals und das war sehr verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Also bis auf das [Name]
17 Institut, aber das war kaum an der Uni vertreten. (...) Und (...) dann habe ich in [Stadt]
18 Diplom gemacht und dann war klar, also schon nach dem Vordiplom eigentlich, dass ich
19 in klinische Richtung gehe (...) Wobei ich mich da noch sehr unsicher fühlte, als ich dann
20 fertig war und da war ich ja noch so 24 oder so. Und dann auf die Menschheit losgelassen
21 (lacht) Das war mir schon etwas unheimlich. Dann habe ich schnell mit der Gestaltthera-
22 pieausbildung angefangen, weil ich mit Drogenabhängigen gearbeitet habe als erstes.
23 Das war das einzige, was zu kriegen war als Berufsanfänger. Und die machten alle Ge-
24 stalttherapie und das macht auch Sinn. Mit den Drogenabhängigen war das wirklich eine
25 gute Methode. Und dann habe ich / Irgendwie reichte mir das dann nicht ganz aus und
26 ich war dann Ausbilderin geworden schon ziemlich schnell in Gestalt und (...) habe dann
27 trotzdem noch eine Lehranalyse angefangen, eine psychoanalytische, und habe da dann

28 250 Stunden gemacht und 3 Jahre die Seminare besucht und dann habe ich abgebro-
29 chen. (lacht) Weil es doch nicht meins war. Aber ich / also ich bedauere es nicht. Ich hätte
30 mir davon zwar noch ein Haus noch kaufen können, aber es ist egal. (lacht) Das innere
31 Haus ist ja erstmal wichtiger. Und dann (...) Ja, dann habe ich so in mehrere Körperthe-
32 rapien reingeschnuppert, mehr so [unverst.] das war es dann aber auch nicht. Und dann
33 (...) dann habe ich Klinikerfahrung / Also nach der Drogentherapie war ich schon in eine
34 Praxis gegangen und habe da gemerkt, dass wenn da so schwerer Gestörte kamen, dass
35 ich dann mit denen überhaupt nicht zurecht kam und mit denen noch zu wenig Erfahrung
36 hatte. Dann bin ich in die Klinik gegangen, die damals die einzige in Deutschland war, wo
37 man Gestalt in der Klinik machen konnte. Und das war in [Stadt], das gibt es auch heute
38 noch, zwei Kliniken große. Da bin ich dann hängen geblieben, 23 Jahre lang. Habe mich
39 dann selbstständig gemacht (...) ja. Und eigentlich, ach ich habe den Beruf immer geliebt
40 und tue das immer noch, deshalb konnte ich mich ja zur Ruhe setzen eigentlich, aber tue
41 es nicht (lacht). Ja (...) Naja, ich habe ja dann in der Gestalt ja schon eben als Ausbilderin
42 gearbeitet ziemlich lange an dem Institut, mit den ich dann aber überhaupt nicht zufrieden
43 war, weil sich herausstellte, oder wie ich das erst begriff nach, so in den 80er Jahren,
44 dass der Ausbildungsleiter heftiger Missbraucher war. Der hat also, ja ich weiß nicht wie
45 viele der da mal so eben ver- (...) sich angetan hat. Also ich wusste es von vielen persön-
46 lich, ganz schreckliche Geschichten. Da bin ich da aus dem Institut rausgegangen. Also
47 da hab es noch riesen Kräche und ich habe auch eine Frau da unterstützt, indem ich
48 etwas für einen Rechtsanwalt geschrieben habe und so. Unerfreulich. Und inzwischen
49 hatte ich eine Klientin, die dissoziative Identitätsstörung hatte, mit der konnte ich ja erst-
50 mal gar nichts anfangen. Aber ich wusste auch, dass kein Therapeut in der Umgebung
51 damit irgendwie Erfahrung hatte, außer Michaela Huber, die in [Stadt] war, und das war
52 nicht weit von mir. Und dann bin ich zu der in die Ausbildung gegangen und auch lange
53 in die Supervisionsgruppe und habe dann auch EMDR Ausbildung gemacht und habe da
54 bei der Frau Reddemann die Ausbildung gemacht. Und bei, ach da gab es in [Stadt] noch
55 so ein Institut, die haben immer ganz gute Amerikaner geholt, wo man gute Workshops
56 machen konnte, das habe ich auch zu Hauf gemacht. Also habe mich schon sehr trau-
57 matherapeutisch weitergebildet und bin dann 2002 nach [Stadt] gegangen. (...) Und habe

58 in eine Gemeinschaftspraxis, so vier Frauen / Und habe dann einen Brief geschrieben an
59 die zuweisenden Ärzte und Psychotherapeuten und aufgezählt, was ich alles gemacht
60 hatte, und war ja dann auch von der Kasse anerkannt durch die Approbation. (...) Und
61 dann wurde ich regelmäßig regelrecht zugeschüttet mit komplextraumatisierten Patien-
62 ten. Da war der Bedarf und ich hatte dann in kurzer Zeit viele DIS Klientinnen. DIS, also
63 die dissoziative Identitätsstörung, die ich zum Teil noch nicht erkannt habe und zum Teil
64 schon und das war wirklich der super Stress. Noch nicht mal so sehr wegen der Klientin-
65 nen, das war eigentlich gar nicht das Problem. Die waren alle sehr motiviert und intelligent
66 und arbeiteten ganz toll mit. Aber (...) meiner Erfahrung nach sind die ALLE aus satanis-
67 tischen Kulturen, diesen destruktiven Kulturen und diese Kulte lassen ihre Mitglieder ja nicht
68 aus den Augen. Und haben die dann abgefangen und retraumatisiert und das war / nach
69 einer Weile ging ich da selber auf dem Zahnfleisch. (...) Und habe, inzwischen zum zwei-
70 ten Mal, beschlossen mit denen nicht mehr zu arbeiten. Ich hatte es jahrelang gemacht
71 und hatte da für mich meinen (lacht) meinen Soll erfüllt an Nervenkraft. Aber ich hatte
72 auch sonst ja lauter Komplextraumatisierte und (...) die Methoden, die ich mir so ange-
73 eignet hatte als Grundtechnik habe ich hauptsächlich, wenn es um Verarbeitung ging. Bei
74 Stabilisierung war klar, das brauchen sie erstmal alle. Das ist nicht das Problem, aber
75 wenn es dann darum geht / Es geht ja nicht weg, wenn man nur stabilisiert. Man muss
76 das Trauma auflösen und da die Screentechnik und die EMDR, was ich angewendet
77 habe, das war für ganz viele, vor allem diese sexuell Traumatisierten, war das eine kom-
78 plette Überforderung. (...) Und die haben sich dann geweigert, das nachher zu machen,
79 und ich konnte das gut verstehen. Für mich war es auch belastend, das zu Ihrer Frage,
80 ja. Wenn man so grässliche Geschichten sich anhören muss und dann ja auch mitfühlt
81 als Therapeut zwangsläufig, sonst hilft das ja auch nicht. Ich konnte zwar immer ganz gut
82 die Sachen hinter mir lassen, außer bei den DIS Klienten, die haben mich bis in den
83 Schlaf rein verfolgt, glaube ich. Also deren Verfolger. Nicht die Klienten an sich. (...) Aber
84 auch / Die anderen, die konnte ich immer ganz gut in der Praxis lassen, aber es war
85 anstrengend und ich fühlte mich da ziemlich hilflos, weil die halt / ja, nur stabilisieren / es
86 verringert sich ja die Symptomatik, aber die Traumata, wenn die nicht aufgelöst sind,
87 melden die sich wieder. Wieder in Symptomen, klar, wie sonst? Und da habe ich dann

88 diese eigene Methode entwickelt: das innere Kinder retten. Und das ist wirklich toll. Seit
89 ich das anwende, geht es mir gut und den Klienten auch (lacht). Nee, das ist wirklich gut.
90 Ich habe jetzt das zweite Buch und es wird jetzt in ein paar Wochen erscheinen, im August
91 wahrscheinlich. Da habe ich das nochmal ausführlich beschrieben und da geht es vor
92 allem um sexuelle Komplextraumata, das ist auch der Titel. Und natürlich geht es denen
93 zwischendurch auch nicht gut und zwar immer dann, wenn sich wieder etwas zeigen will.
94 Also die / es kommen oft nicht einfach so die Erinnerungen hoch, sondern die werden
95 indirekt in Gefühlszuständen oder in Reinszenierungen oder in (...) Symptomatik halt und
96 da muss herausfinden, wo kommt das her, was will sich da zeigen, welches Kind müssen
97 wir da retten lassen? Manchmal auch Jugendliche oder junge Erwachsene. Und in der
98 Zeitspanne, also wenn sich was anfängt zu zeigen, bevor man es / bis man es erkennt
99 und ein Rettungsversprechen geben kann, dann beruhigt sich das schon. Und durch die
100 Rettung dann endgültig. Aber in der Zeit, da ist es oft belastend. Also da geht es ihnen
101 halt schlecht und sie / es fühlt sich an, als würde es der Erwachsene schlecht gehen, der
102 heutigen. (...) So ein Ich ist eben (...) Aber wenn dann das Kind gerettet ist, geht es denen
103 richtig gut (lacht) Das ist einfach echt eine tolle Methode, die mir auch wirklich, ich denke
104 von oben eingegeben wurde, das ist so (...) intuitiv halt irgendwie. Nee eigentlich habe
105 ich es das erste Mal mit einer Klienten, als ich noch in [Ort] war (...) haben wir das so
106 gemeinsam entwickelt. Also die, die war einmalig. Also auf dem Kinderspielplatz abge-
107 fangen worden und dann ein Typ, der ihr die Augen verbunden hat und irgendwo hin
108 mitgenommen hat und dann über Stunden traumatisiert und dann hat er sie, also mit dem
109 zerrissenen Kleidchen und so wieder auf die Straße irgendwo abgesetzt und dann ist sie
110 irgendwie nach Hause. Die Eltern haben natürlich sofort gecheckt, was los ist, aber außer
111 sie in die Badewanne zu stecken haben sie nichts unternommen. Ja.

112

113 I: Oh je.

114

115 TH: Toll, nicht? Und die, die war selber Erzieherin geworden und hatte eine ganz stabile,
116 kräftige, kraftvolle Seite, das ist ja immer so bei den Traumatisierten. Der ANP, der an-
117 scheinen normale Persönlichkeitsanteil, und dann der ENP - ah ja, Sie kennen sich aus,
118 gut. (lacht)

119

120 I: Ich habe schon einige Bücher von Frau Huber gelesen.

121

122 TH: Ja, auch das verfolgte Selbst?

123

124 I: Das glaub ich noch nicht. Das erste, was ich habe, ist das / dieses, sage ich mal, das
125 erste Buch über die DIS Patienten. Und jetzt gerade, das was gerade bei mir auf dem
126 Schreibtisch liegt ist das erste von dem Trauma und die Folgen.

127

128 TH: Ja, Frau Huber ist schon gut. Frau Reddemann auch. Aber die lassen auch Kinder in
129 Sicherheit bringen, aber es funktioniert nicht richtig. Die sehen das auch als gewisse Sta-
130 bilisierung an. Klar stabilisiert das, immer. Aber die lassen / die Frau Huber lässt immer
131 die Erwachsene das machen. Kind rausholen und zu sich selber an den eigenen sicheren
132 Ort bringen. (...) Und da ist, da sind zwei Sachen daran falsch: (lacht) Frau Reddemann
133 lässt manchmal, wenn die Erwachsene sagt: ich traue mir das nicht zu. Ich bin da über-
134 fordert. Dann sagt sie: gut, dann lassen wir das einen Helfer machen, einen idealen Hel-
135 fer. Aber sie guckt auf jeden Fall zu, während der das macht. Das ist insofern bei / von
136 beiden einfach nicht gut genug durchdacht, weil logischerweise kann dann nur der Teil
137 des Kindes sich zeigen, und also auch integriert werden, den die Erwachsene erträgt. (...) Und wenn das sich um extrem traumatisierte Kinder handelt, dann haben die Teile in sich,
138 die sind absolut unerträglich. Die sind auch für den Erwachsenen unerträglich. Und die
139 spalten sich dann wieder ab. Dann wird der Teil, den man erträgt, der zeigt sich, wird
140 mitgenommen, wird integriert, dem geht es gut am sicheren Kinderort. Und der andere

142 Teil, von dem merkt das auch gar keiner, weil das ja zack macht, der ist gleich weg. Der
143 denkt gar nicht daran.

144

145 I: Da wird dann nur ein Teil wieder mitgenommen.

146

147 TH: Ja, so ist es. Und das wird aber gar nicht bemerkt. Dann denken alle, sie ist jetzt
148 geheilt, es sind ha keine Symptome mehr da und wundern sich, wenn es dann später
149 doch wieder Symptome gibt. Und die Symptome, die sind eigentlich nicht / die sind nicht
150 nur Qual, als das es bezeichnet wird, sondern dieser wieder abgespaltene Teil ist so
151 mutig und so hoffnungsfroh, dass er sich wieder zeigt. Und dann muss er sich ja in Symp-
152 tomen zeigen oder im Negativgefühl, wie sonst. Er muss ja erkannt werden können. Ja,
153 so ist das.

154

155 I: Und-?

156

157 TH: Außerdem, gerettete Kinder an den eigenen sicheren Ort von Erwachsenen bringen
158 zu lassen, ist auch unklug, weil die dann sich zwangsläufig sich gleich wieder zuständig
159 fühlt für die Kinder. Wird von Frau Reddemann auch so: Nehmen Sie ihr verletztes Kind
160 zu sich und trösten es und so. (lacht) Nee, da sind die meisten völlig überfordert davon.
161 Und die Erwachsene will einfach einen Ort haben, wo sie sein kann und sich erholen
162 kann und sein kann, wie sie ist und auch mit negativen Gefühlen und so. Und auch das
163 ihr was gegeben wird, und nicht, dass sie schon wieder geben soll. (...) Naja, also ich
164 halte mehr davon, wenn man dann einen separaten Kinderort macht, den die Erwachsene
165 aber jederzeit aufsuchen kann. Das ist keine Dissoziation mehr, sondern ein Contain-
166 ment.

167

168 I: Und mit der Technik funktioniert auch Ihre Arbeit jetzt wieder auch für Sie besser?

169

170 TH: Ja viel! Seitdem bin ich überhaupt nicht mehr belastet durch die Arbeit. Ganz selten,
171 wenn mal bei jemandem etwas so hochkommt, dass es so eine Suizidalität gibt. Aber das
172 kommt eigentlich so gut wie nie vor. Mal Suizidgedanken, das ja, aber keine Impulse oder
173 so, dass ich Angst haben müsste, dass jemand das umsetzt. Weil wenn man diese Ret-
174 tungen schon gemacht hat, dann ist so viel Wissen darum / nicht nur Hoffnung, sondern
175 wirklich Wissen. Das funktioniert! Man kann nach und nach alle, die es nötig haben, dahin
176 bringen lassen. Das können auch manchmal über 100 sein, na gut. Das dauert eine Vier-
177 telstunde, so eine Rettung, wenn man es geübt ist, warum nicht? Und von diesem Ort
178 geht dann so eine lichte Ausstrahlung aus auch in den Rest der Psyche, auch zur Er-
179 wachsenen, weil es ja eben nicht mehr in der Abspaltung ist, sondern schon eine Verbin-
180 dung da ist.

181

182 I: Und macht es das dann auch für einen persönlich als Therapeuten leichter?

183

184 TH: VIEL! Ja natürlich. Man braucht nicht mehr / Also gut, wenn die / Wenn da was hoch
185 kommt und es denen nicht gut geht, dann fühlt man natürlich mit. Aber man hat, wenn
186 man mit dieser Methode arbeitet, kriegt man ziemlich schnell Übung, herauszufinden, wo
187 kommt das her? Und die Klienten auszuleiten, dass sie das von Weitem eruieren. Wer
188 mag das sein? Dann ist diese / die Symptomatik ist die und die, ich habe, was weiß ich,
189 Angst oder (...) irgendwelche Negativgefühle und dann haben die meisten etwas Spezifi-
190 sches. Dann versucht man, dass einfach einzukreisen und dann einfach die Brücke zu
191 früher zu schlagen. Wo mag das so gewesen sein? Welches Kind meldet sich da? Und
192 das fällt denen immer ein. Wenn es denen nicht einfällt, weil sie es von der Erinnerung
193 abgespalten haben, das ist ja auch sehr häufig, gerade bei sexuell Traumatisierten, dann
194 habe ich eine Methode entwickelt, wie man das relativ gefahrlos, wenn man das möchte
195 und schon stabil genug ist, rausfinden kann. Also ich lasse dann alle, alles was fühlt am

196 sicheren Erwachsenenort. Nur die innere Beobachter geht raus, geht in so einen Arbeits-
197 ort und stellt dann erstmal Filme her, Traumafilme, wo nur ein positives Anfangs- und ein
198 positives Abschlussbild, Erinnerungsbilder. Auch alle Reinszenierungen kommen darauf
199 und der Film wird in Sekundenschnelle hergestellt, ohne ihn anzusehen und in einen Tre-
200 sor gelegt. Dann ist schon mal eine Distanzierungsmethode. Und dann kann man, wenn
201 man sagt, ich habe dies und dies Symptom und ich weiß nicht, wo es herkommt, ich
202 erinnere mich an nichts. Das muss irgendwie etwas mit der Kindheit zu tun haben, aber
203 ich habe keine Ahnung. Dann (...) lässt man eben alle Gefühle am Erwachsenenort. Die
204 Beobachterin geht in ihren Arbeitsort, hat eine Spezialfernbedienung, programmiert die
205 so, dass / die lässt einen Roboter auf der anderen Seite / das ist ein Ort, wo überhaupt
206 nichts raus kann. Der ist so abgesichert, dass überhaupt nichts raus kann. Lässt den Film
207 einlegen (...) ich lasse immer mehrere Filme thematisch machen. Und dann ist die Fern-
208 bedienung so programmiert, der Film läuft ohne Bilder und hält an der Stelle an, wo das
209 Kind zu finden ist. Das Unbewusste macht das ganz brav. (lacht) Und währenddessen
210 guckt die Erwachsene aber auf beruhigende Bilder. Dann ist sie / Und dann lässt sie das
211 Bild kommen, wenn der Film angehalten hat und guckt immer nur kurz rüber und wieder
212 zurück auf der beruhigende. Und macht das so lange hin und her, bis so herausgefunden
213 hat, was da zu sehen ist.

214

215 I: Das stelle ich mir auch viel, insofern auch für den Therapeuten, auch für die therapeu-
216 tische Beziehung viel angenehmer vor, weil man dann ja auch selber nicht diese, manch-
217 mal auch wirklich furchtbare oder schmerzhaften Expositionserfahrung machen muss.

218

219 TH: Ja, ja.

220

221

222 I: Kam das auch / also die Idee dafür auch aus solchen Expositionserfahrungen?

223

224 TH: Ja, natürlich. Weil EMDR und Screentechnik ist beides Exposition. Und das war ein-
225 fach immer so (...) so schlimm. Also manches, wenn es etwas Aktuelles war, dann ging
226 es. Also Akuttraumata, weiß ich, in [Stadt] an der Kasse überfallen, Drogeriemarkt oder
227 so, solche hatte ich öfter und die habe ich dann auch mit EMDR durchgearbeitet und das
228 ging. Innerhalb von 5 Sitzungen waren die wieder stabil. Wenn da nicht was komplexes
229 dahinter war in der Kindheit. Das kam auch manchmal vor. Dann musste man sich darum
230 kümmern und dann dauert das natürlich viel länger. (...) Aber das (...) diese Belastung
231 durch diese kindlichen Komplextraumata, das ist für einen Therapeuten einfach / ja, das
232 ist / Das powert den aus. Das ist kraftzehrend. Und deshalb war ich richtig froh, als ich
233 merkte, das funktioniert hier mit dem Kinder retten. Das war eine Erleuchtung. (lacht)

234

235 I: Genau, da haben wir so ungefähr meiner nächsten Frage schon ein bisschen vorher-
236 gegriffen, weil das so auch genau das Thema ist: Was sind so die Sachen, die die Arbeit
237 mit traumatisierten Patienten schwierig macht?

238

239 TH: Naja, eben, wenn man nur Exposition anbieten kann, dann muss man viel mehr /
240 Also erstens man muss lange stabilisieren, bevor man überhaupt da rangehen kann. Viel
241 länger als beim Kinder retten. Das macht dann nicht so eine Angst. Man weiß halt / Man
242 beschäftigt sich nur mit den guten Bildern (lacht) Und wenn man dann / man muss als
243 Therapeut wahnsinnig aufpassen, dass immer die Sicherheit überwiegt. Weil sonst ist es
244 retraumatisierend und nicht heilsam. Und da insofern trägt der Therapeut eine ziemliche
245 Verantwortung auch, mit dem Klienten und (...) dann werden immer, wenn man Exposi-
246 tion macht, also ich fand das immer so richtig / Ich fand das richtig grausam. Ich muss zu
247 denen grausam sein, denen nochmal den ganzen Mist vorführen, weil angeblich nur so
248 Heilung möglich ist. Und natürlich wurden dann die Teile, die sich zeigten, auch geheilt,
249 die wurden integriert, aber es, ach, es hatte hohe Kosten. Sowohl für den Klienten als
250 auch für den Therapeuten. (...) Für den Klient sicher noch mehr, aber der Therapeut

251 machte ja dann / deshalb heißt es ja immer, man soll nicht zu viele Traumatisierte behan-
252 deln. Aber wenn sich herumgesprachen hat, dass jemand GUTE Traumatherapie macht,
253 dann melden sich da die ganzen Traumatisierten, ja klar. Kann man ihnen nicht verden-
254 ken. (...) Insofern ist das leicht gesagt, machen Sie nicht so viele. (...) Ja, also diese gan-
255 zen schrecklichen Geschichten nochmal anzuhören und dann jedes Details, ja? BASK
256 Model, ja? Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge. Alles muss nochmal / was hat er
257 gesagt, was haben Sie gefühlt, was haben sie körperlich empfunden, und so weiter. Das
258 ist (...) Nee, schon (...) Also ich habe nie / Ich wollte sagen, ich habe nie jemandem Druck
259 gemacht, dass sich dann anzusehen, aber so ein bisschen schon, allein in dem man sagt:
260 naja, was soll man sonst / ansonsten kann man ja nur stabilisieren und das ist ja keine
261 Verarbeitung. (lacht) Das ist dann schon ein psychischer Druck, ja. Besser Sie stellen
262 sich dem und dann ist es ja vorbei, wenn Sie es einmal durchhaben. (lacht) Aber (...) Und
263 gerade bei den sexuell traumatisierten, die sind da gar nicht rangekommen oft. (...) Und
264 man kriegt diese von der Erinnerung abgespaltenen Traumata, die kriegt man ja gar nicht
265 mit Exposition. (...) Und wenn man aber das heere Ziel von völliger Heilung hat, und das
266 habe ich. Und ich habe auch Erfolge damit: Dann müssen die auch integriert werden nach
267 und nach. Kann sein, dass man / das es noch nicht der richtige Zeitpunkt ist. Da muss
268 man wirklich vorsichtig sein, als Therapeut auch. Das man da nicht sagt: jetzt müssen wir
269 die auch noch suchen. Sondern da muss jemand selber sagen: ah ja, ich weiß, da ist
270 noch was. So hat eine Klientin zum Beispiel, da sind wir jetzt gerade dabei, also vom
271 Vater missbraucht, hat mitgekriegt, dass die Schwester auch missbraucht wird, wie die
272 Mutter geschlagen wird und ach, also ganz viel Mist. Und dann auch noch vom Opa. Das
273 haben wir schon alles geregelt. Und jetzt kommt sie und sagt, ah, ich glaube, die haben
274 auch so komische Partys gefeiert. Und da waren dann irgendwie Freunde da und ich
275 auch und ich weiß nichts Genaues, aber ich ahne, dass da sexueller gemeinschaftlicher
276 Missbrauch irgendwie passiert ist. Das ist irgendwie auch nochmal eine Nummer härter.
277 Und (...) das weiß sie, und das weiß sie jetzt seit ein paar Monaten schon. Und wir gehen
278 aber noch nicht ran. Und oft muss man vorher noch anderes lösen und stärken und dann
279 ist oft Ego State Arbeit wichtig. Ach das habe ich noch vergessen bei der Ausbildung, das
280 müsste man da auf den Zettel vielleicht noch schreiben, dass ich Ego State Therapie

281 auch gemacht habe. (lacht) Weil diese Ego State Arbeit, die verbindet sich natürlich ganz
282 toll mit den innere Kinder retten. Die ergänzen sich sozusagen, weil (...) Ego States ent-
283 stehen ja / also es gibt drei verschiedene Sorten, wie die entstehen und eine davon ist
284 durch Trauma. Da entsteht beim ersten Mal von einem bestimmten Trauma ein neuer
285 State. Und den (...) der reichert sich dann an, jedes Mal wieder was passiert, egal ob es
286 ähnlich oder ein bisschen anders ist. Das wird irgendwie alles in einem Cluster da so
287 zusammen gespeichert und bildet eben so einen Persönlichkeitsanteil, der dann reagiert,
288 wenn er irgendwie angetriggert wird. Und wenn man dann die einzelnen Kinder rettet,
289 also das allererste, durch den der Anteil entstanden ist und dann alle die genügend ähn-
290 lich sind werden mit gerettet mit dem. Also möglichst das erste Mal oder eins der ersten
291 Male. Und das allererste muss man dann meistens noch extra retten, weil das ist das
292 Schlimmste. Da geht die Sicherheit verloren. Also wenn man / wenn DIE, die gerettet
293 werden und wenn was sehr anderes passiert, was aber zur selben Thematik gehört, also
294 meinetwegen sexuelle Übergriffe, dann würden man das Kind auch retten lassen und
295 vielleicht noch zwei, drei andere. Und dann ist eigentlich, sind eigentlich die Traumateile
296 gelöst und trotzdem bleibt aber der State noch vorhanden. Und der hat sich unter Um-
297 ständen auch so ein bisschen (...) selbstständig gemacht, sodass der Andere / also (...) mit
298 alten Methoden sozusagen reagiert auf Situationen oder noch gewissen Ängstlichkei-
299 ten hat oder Vermeidungsverhalten oder so. Und dann ist es immer voll, diesen State zu
300 finden. Das mache ich im inneren Gesprächsraum meistens. Sodass man mit einer leich-
301 ten Hypnoinduktion, Treppe runter und Gesprächsraum, Schutzschicht rum, nur Anteile
302 von Ihnen können da überhaupt sich zeigen. Alle Anteile sind wertvoll und wichtig. Alle
303 sind gekommen, um zu helfen. (lacht) Und dann lasse ich erstmal stärken einladen. Also
304 erstmal eben die Stärkenübung, individuelle Stärken kennen lernen. Das ist immer schön.
305 Das habe ich erweitert eigentlich. Es gibt so eine Ego State Übung die innere Stärke. Das
306 ist dann so (...) einfach zur eigenen inneren Kraft Kontakt herzustellen durch leichte Tran-
307 ceinduktion auch. Und das fand ich immer so allgemein. Also klar, jeder hat viel Kraft,
308 aber man hat ja doch ganz viele Stärken. Und dann habe ich angefangen, die immer
309 einzeln einzuladen. In den Gesprächsraum gehen, hinsetzten, sodass man die Tür sehen
310 kann und fragen, welche meiner inneren Stärken möchten sich heute zeigen? Und dann

311 kommen die. Also wie immer die da kommen, also / Da kommt dann ein Herz auf Beinen
312 oder so (lacht) oder Tiere oder nur Farben oder / Die zeigen sich nicht unbedingt als
313 Menschen. Manchmal oder schon. Also ganz individuell. Es ist eine sehr kreativ Arbeit
314 auch weil es sehr anschaulich ist und ja, die kann man dann kennen lernen und die kön-
315 nen einem dann auch helfen, wenn man sich mit schwierigen Sachen konfrontiert. Dann
316 lädt man das dann ein, welchen man dabei haben will, die man schon kennt. Dann wollen
317 sich noch welche zeigen, die man noch nicht kennt oder welche die man kennt, die man
318 noch nicht genannt hat, will noch niemand dabei sein. Dann kommen meistens noch wel-
319 che. Und dann lädt man den schwierigen Anteil ein. Und dann wird geguckt, wo ist der
320 wohl entstanden und wie geht es dem und was braucht der, damit er sich besser fühlt
321 und dann helfen oft die Stärken, die da sind mit, dass es denen besser geht. Das ist eine
322 schöne Arbeit.

323

324 I: Ja, das klingt sehr schön.

325

326 TH: Ja.

327

328 I: Und auf den schönen Dingen würde ich gleich mal weiter fragen. Wir haben das schon
329 so ein bisschen anklingen lassen, aber keiner würde ja so eine Arbeit lange machen,
330 wenn es nur schlechte Seite gäbe. Und ich würde gerne ein bisschen hören von den
331 Seiten, die auch für Sie als Person auch die positiven und lohnenswerten Seiten sind.

332

333 TH: Naja, (...) also es ist ja grundsätzlich in der Therapie so, wenn man als Therapeut
334 erfolgreich ist, dann geht es den Patienten besser und das tut natürlich dem Therapeuten
335 auch gut, ja? (lacht) Also diese Selbstbestätigung ist da drinnen, aber auch einfach eine
336 Freude, dass man irgendwie was Sinnvolles tun kann und eben auch jemandem auf sei-

337 nem Weg ja doch weiterhelfen kann oder ihn so begleiten, dass er sich selber weiterhel-
338 fen kann. So ist es ja besser. Und (...) ja was noch toll ist, dass jeder Mensch anders ist.
339 Also Therapie machen wird nie langweilig. (lacht) Auch nach 44 Jahren nicht. Und das
340 finde ich schon auch toll.

341

342 I: Ja.

343

344 TH: Man muss die Therapie ja auch immer ein bisschen neu erfinden. Also man hat zwar
345 so sein Handwerkszeug, aber das funktioniert bei jedem anders. Da gibt es immer wel-
346 che, da muss man sich irgendwelche kreativen Varianten einfallen lassen. (...) Und am
347 tollsten ist es natürlich, wenn die Leute schon wer weiß was alles versucht haben und
348 das hat alles nichts geholfen. Und wenn man dann eine Methode anbieten kann, die hilft.
349 Das ist (...) genial. (lacht) (...) Nee, das ist schon gut. (...) habe ich noch etwas vergessen?
350 Naja, es ist auch so, dass das ja ein wirklich / also die Traumatherapie, die dauert ja
351 jahrelang. Also auch wenn man eine gute Methode hat, das braucht einfach / Es werden
352 solche innerer Umbau, der da passiert. Das braucht einfach lange Zeit. (...) Zum Beispiel
353 bei so einem Komplextraumata bestimmt so die sieben, acht Jahre. Kann man rechnen.
354 Manchmal dann auch noch länger. (...) Wenn es in der Babyzeit anfängt zum Beispiel.
355 Das gibt es ja alles. (...) Und wenn viel abgespalten ist von der Erinnerung, dann ist es
356 auch / Oder wenn noch Täter- oder Mittäterkontakt bei sexuellem Traumata besteht, so-
357 was auch, ja. (...) Was wollte ich eigentlich sagen? Achso, ja, ja das sich da auch Bezie-
358 hungen entwickeln. Das sind zwar in gewisser Weise etwas einseitige Beziehungen, weil
359 der Therapeut hält sich ja zurück mit seinen Bedürfnissen, aber ganz so stimmt es auch
360 nicht, weil es werden Bedürfnisse von ihm erfüllt, nach Kontakt, nach Entwicklung, nach
361 sinnvollem Tun. Das gibt ja immer etwas zurück. Also so einseitig sind die gar nicht.
362 Trotzdem ist es ja wichtig, dass der Therapeut seine eigenen Bedürfnisse da raushält. Und
363 auch gerade bei sexuellen Traumata versucht man wirklich extrem, nichts von sich zu
364 berichten. Trotzdem, man sitzt vor denen. Und die sehen einem alles an. Und es ist auch
365 sinnvoll, dass man als Therapeut authentisch ist. Das man also nicht sich da irgendwie

366 so einen Spiegel wie früher die Analyse behauptet hat, dass der Therapeut so wie ein
367 leerer Spiegel ist, der nur zurückgibt. Das ist Quatsch. Völliger Blödsinn. Und das sagen
368 die auch heute nicht mehr, glaube ich. (lacht) (...) Ja, also ich denke, das Unbewusste,
369 unser Unbewusstes / Es gibt doch auch so Untersuchungen. Ich habe die Quelle irgend-
370 wie nicht gefunden, habe auch nicht wirklich systematische gesucht. Das gibt aber so
371 Untersuchungen, wo sie herausgefunden haben, wie auch immer das passiert ist, dass
372 innerhalb von wenigen Sekunden, wenn man jemanden neu kennen lernt, es sich ent-
373 scheidet, welche Art von Kontakt die haben werden. Ob das etwas Längeres oder etwas
374 Kürzeres oder positiv oder eher negativ ist oder / Was das Unbewusste / Also das muss
375 an diesem winzigsten Körpersignalen glaube ich sind das hauptsächlich. So Mimik und
376 Gestik und / das nimmt alle Informationen auf, die in dem Menschen drin sind. Sicher.
377 Insofern ist es schon deswegen nicht einseitig. Weil sie auch sehen, was beim Therapeu-
378 ten los ist oder nicht los ist. (lacht)

379

380 I: Es sind ja oft auch Menschen, die unglaublich / eine unglaublich große emotionale
381 Klugheit entwickelt haben, einfach, weil sie das von klein auf brauchten. Das gegenüber
382 schnell einschätzen müssen.

383

384 TH: Genau. (...) Und da fragt man sich manchmal, warum bleiben sie dann trotzdem bei
385 Therapeuten, die ihnen nicht gut tun? das ist ganz schön oft der Fall. (...) Manchmal
386 einfach, weil es nicht passt und manchmal auch, weil die einfach zu wenig Ahnung haben
387 oder selber nicht durchgearbeitet sind. Das ist das wichtigste für mich bei einem Thera-
388 peuten, dass der mit seinem eigenen Kram durch ist. (...)

389

390 I: Und inwiefern beeinflusst einen das auch selber, wenn man eben mit so dem beson-
391 deren Klientel von traumatisierten Patienten arbeitet, die ja doch auch viel negatives Ma-
392 terial mitbringen?

393

394 TH: Naja, man muss sich wirklich gut abgrenzen können. Also einerseits einfühlen, aber
395 andererseits nicht aufnehmen. (...) Nicht deren Zeug übernehmen und das ist gar nicht
396 so einfach, weil die haben ja oft auch diesen frühen Abwehrmechanismus der projektiven
397 Identifizierung. Das deren Unbewusstes projiziert auf den Therapeuten. Negativgefühle,
398 die sie nicht wollen und der identifiziert sich damit und denkt, er wäre selber / er hätte
399 solche komischen Ohnmachtsgefühle, ja: Und ich weiß gar nicht, was ich da machen soll,
400 die hat ja SO viel schreckliches erlebt (lacht) und dann denkt man, man fühlt sich ohn-
401 mächtig, tatsächlich ist das aber eine Projektion des Anderen. Das muss man auch er-
402 kennen können sowas oder gleich von sich fernhalten. Also das gar nicht als Gefühl auf-
403 nehmen. Oder wenn, dann gleich sagen: Oh, das gehört mir nicht. (lacht) Ja, ich habe
404 viel Supervision auch gemacht, gute Supervision. Von Michaela, als ich da noch in [Ort]
405 war und dann hier am Traumainstitut bei Oliver Schubbe. Und dann habe ich später sel-
406 ber viel Supervision gegeben. Ich mache ja auch Seminare zu Kindheiten und auch ein
407 Ego State Seminar, da habe ich auch gleich eins kommendes Wochenende gemacht.
408 Damit werde ich auch aufhören, ich muss das ein bisschen reduzieren wenigstens. (lacht)

409

410 I: Und auch jetzt / vielleicht jetzt, aber gerne auch in denen viele Jahren Vorerfahrung,
411 gab es eine Situation, wo diese Distanzierung dann nicht so geklappt hat und man dann
412 doch irgendwie die Patienten oder die Geschichten mit nach Hause nimmt?

413

414 TH: Das ist hauptsächlich bei den DIS Patienten passiert. Weil das waren reale Bedro-
415 hungen. Ich konnte als Therapeut die nicht davor schützen, dass die zwischen den Sit-
416 zungen abgefangen wurden und retraumatisiert wurden mit den Elektroschockern und
417 ich weiß nicht was alles. (...) Das macht einen fertig als Therapeutin. Das ist auch das,
418 was mich am meisten mitgenommen hat. Und da / Also da war ich, als ich diese / so neu
419 war hier in [Stadt] und ich noch so wenig eigenes soziales Netzwerk hier hatte. Ich hatte
420 außer einer Freundin und drei Kolleginnen, die ich aber auch gerade erst kennen gelernt

421 hatte, hatte ich hier niemanden. Und hatte zwar gute Freunde sonst wo, mit denen habe
422 ich auch telefoniert, aber das reichte irgendwie nicht. Jedenfalls in der Zeit hatte ich ja
423 dann diese vier DIS Patientinnen, und die eine, die wirklich / EXTREMST haben die ver-
424 sucht, die fertig zu machen. (...) Und die hat mir immer seitenweise ihre grässlichen Ge-
425 schichten immer aufgeschrieben und ich musste das lesen, damit es / damit sie es los
426 wurde sozusagen. (lacht) Oha, das waren Zeiten, da bin ich manchmal selber kurz davor
427 gewesen, paranoid zu werden. Ich meine, das ist dann schwer zu unterscheiden. Die
428 haben supergute Hacker. Die haben mich gehackt auch. Die haben mir auch Mails ge-
429 schickt mit dem Gehörnten, ne, in vierzehn Tagen bist du dran! (...) So Dinger. Und (...)
430 wo war ich? [unverst., zu leise] Achso, dass es schwierig ist zu unterscheiden. Also tat-
431 sächlich in der Zeit sind mir, auch viel häufiger als es jetzt passiert, sowohl bei meiner
432 Wohnung als auch hier in der Praxis standen immer Autos, meistens schwarze mit 666
433 Nummern. Oder auch 6666. (...) Wenn sie besonders Druck machen wollten. Und / Ja,
434 kann Zufall sein, aber es war überzufällig häufig, ja? Und dann da dann / Also es wurde
435 dann schon leicht / Also ich hatte Angst einfach oft. (...) Dass die mir / Obwohl ich eigent-
436 lich wusste, dass die / deren höchstes Ziel ist ja, nicht erkannt zu werden und nicht auf-
437 zufliegen mit ihrem scheiß Kult. (...) Und deshalb würden die wohl kaum einer inzwischen
438 doch ein bisschen bekannten Therapeutin weiß ich, der (...) die umbringen oder so. Es
439 sein DENN, sie können gut als Unfall tarnen. Das machen die oft. Dass sie Leute, die
440 ihnen unliebsam geworden sind, dann sagt da: Verkehrsunfall so. Können / Mach, dass
441 der Andere noch Schuld ist und dabei drauf geht, so ungefähr. (...) Also es war schon /
442 das war eine harte Zeit. Also das war eigentlich die einzige. Das gab es dann später
443 nochmal, als ich eine Klientin von mir, die ich jahrelang hatte. Und wo ich das nicht er-
444 kannt habe (...) und wo das raus kam (...) Also ganz eindeutig raus kam (...) und die dann,
445 als es raus kam / und die wurde immer zwei Mal die Woche noch retraumatisiert sexuell
446 und ja, Zigaretten ausgedrückt auf der Haut und all so ein Zeug. (...) Die haben sie dann
447 an der Ecke von der Praxis abgefangen. Und dreieinhalb Stunden später kam sie wieder
448 zu sich. Und wusste nicht, was dazwischen gewesen war. Und das hat mich so fertig
449 gemacht. Dann habe ich die die nächsten Sitzungen, dann hab ich sie dann immer zu
450 ihrem Auto gebracht und auch immer geguckt, puh. Woher soll man wissen, ob der, der

451 gerade an der Ecke steht, jetzt einer von denen ist. Oha. Und habe ihr gesagt, sie soll
452 jedes Mal eine andere Route fahren nach Hause. Dann ist es auch nicht mehr passiert,
453 aber ich war mit den Nerven fertig. Und ich hatte ja vorher schon gedacht, ich WILL mit
454 denen nichts mehr zu tun haben mit diesen scheiß Satanisten. Die können mich mal. Und
455 habe die dann auch zu einer anderen Therapeutin vermittelt. (...) Und dann fing es an,
456 mir wieder besser zu gehen. Dann haben sie mich noch getestet. Insofern, als sie mir
457 immer mal jemand geschickt haben zum Vorgespräch (...) (lacht) Und ich dann meistens
458 es doch erkannt habe. Einmal habe ich es / das war wirklich witzig, (lacht) das habe ich
459 auch im Buch geschrieben (...) Oder? Nee, das habe ich doch nicht geschrieben. Wollte
460 es schreiben. (Klingel ertönt) Jetzt kommt meine nächste Klientin, die kommt zu früh. Wir
461 müssen dann auch gleich Schluss machen. Sie haben aber auch nicht mehr viele Fragen,
462 oder?

463

464 I: Alles klar. Nee.

465

466 (TH. geht, um Klientin hereinzulassen.)

467

468 TH: Die Geschichte erzähle ich Ihnen noch kurz zu Ende.

469

470 I: Ja.

471

472 TH: Das war ein Mann, der erzählte von Depressionen und Ängsten und Alpträumen und
473 ach, ich weiß nicht was. Es klang so nach Trauma und so komplex, in der Kindheit wahr-
474 scheinlich. Und er weiß aber nicht mehr viel darüber und naja, er war mir recht sympa-
475 thisch und dann habe ich gesagt: das war jetzt erst das Vorgespräch. Wir können noch-
476 mal in ein, zwei Monaten nochmal ein Gespräch machen und dann so noch einen Monat

477 später kann man mit einer Therapie anfangen. Und dann sagt er: Ja, in zwei Monaten,
478 na gut, bis dahin habe ich dann auch ihr scheiß Buch gelesen. (...) (Beide lachen) Ich
479 glaube, ich habe schnell geschaltet. Ich sage: Haben Sie gehört, was Sie gerade gesagt
480 haben? Ähm, nee, was denn? Sie haben gesagt: bis dahin habe ich auch ihr scheiß Buch
481 gelesen? Na, also, [Name der TH.], sowas würde ich doch nie sagen! (lacht) Da haben
482 Sie was.

483

484 I: Da kommt man dann doch schnell durch.

485

486 TH: Ja, genau. Ich habe dann / die Stunde war zu Ende, ich musste Schluss machen,
487 aber ich habe ihm dann eine Mail geschrieben, dass ich ihn sehr dankbar sei für diesen
488 Teil, der sich da so unhöflich gezeigt hat, weil der uns beiden diese Enttäuschung erspart
489 hat, dass die Therapie abgebrochen werden müsste, weil ich mit denen nicht mehr ar-
490 beite.

491

492 I: Ja.

493

494 (beide lachen)

495

496 I: Der ist gleich durchgekommen.

497

498 TH: Genau, hat sich gleich gezeigt. Guck!

499

500 I: Meine letzte Frage, die ich dann auch nur / bevor wir dann zum Ende kommen, auch
501 das, was wir schon ein bisschen angerissen haben: Wie sich die eigene Sicht der Welt

502 und so das Konzept, wie Menschen, wie unsere Gesellschaft ist. Würde das beeinflusst
503 durch die Arbeit und die Erlebnisse mit den Klienten?

504

505 TH: Naja, also durch solche auf jeden Fall, diese DIS Patienten, die da / wenn man da
506 den Hintergrund erfährt, dann kann einem schon gruselig werden. Das da so eine Paral-
507 lelgesellschaft ist, die einfach nicht ernst genommen wird. Beziehungsweise die Polizei
508 ist MACHTLOS dem gegenüber. Weil die erstens VIEL mehr Geld haben und zweitens
509 VIEL mehr Kapazitäten haben, drittens in ALLEN Lebensbereichen auch immer so Ein-
510 zeln positioniert haben, auch unter Traumatherapeuten übrigens. Und (...) viertens völlig
511 skrupellos sind. Und da kann die Polizei / die kommt da überhaupt nicht hinterher. Die
512 haben das glaube ich aufgegeben. Wenn sie überhaupt daran glauben. (lacht bitter) Ein
513 Sektenbeauftragter, den ich gebeten habe, die / also irgendwie: Man muss doch mal was
514 unternehmen! Da hat der gesagt: Ach wissen Sie, das mit diesen Multiplen, das / ich
515 glaube, das gibt es gar nicht, das ist doch Quatsch! Wir haben dann mal von einer, die
516 wo das gesagt wurde, die wurde irgendwie retraumatisiert und so, da haben wir VIER-
517 UNDZWANZIG Stunden lang die rund um die Uhr beobachten lassen und da war
518 NICHTS!

519

520 (beide lachen)

521

522 I: Ja, was soll man da sagen?

523

524 TH: Ja, doll. Ja, was soll man da sagen? Wenn man noch lachen kann wie ich, hat man
525 noch Glück, ja?

526

527 I: Ja, das ist auch unter in Anführungsstrichen Fachleuten. Ich habe über DIS eine Haus-
528 arbeit geschrieben und habe da in der Stunde daran gearbeitet und da kam ein Dozent
529 zu mir und fragte mich: Und, woran arbeiten Sie? Und ich habe es ihm erzählt und dann
530 sagt auch er: Ach, das ist ja auch interessant, dass sich die Leute immer so dafür inte-
531 ressierten, dabei gibt es das doch gar nicht. Und ich hatte wirklich so ungefähr einen Sta-
532 pel Fachliteratur auf meinem Tisch und dachte auch: Was soll man sagen, ne?

533

534 TH: Ja, Dummheit. Ja das ist die totale Abwehr. Das ist wirklich / wenn man sich klar
535 macht, was da so passiert, das ist ziemlich unerträglich. Ich kann das auch, das / ich
536 glaube, man lernt auch selber abzuspalten. Und ich durch / seitdem ich das nicht mehr
537 mache mit denen, spalte ich das auch ein Stück ab, weil man kann ja nicht mehr normal
538 durch die Straße gehen, wenn man denkt, na, ist hier einer? Wo sind Sie? Und das sind
539 nicht die, die mit schwarz und so, und was weiß ich was für Piercings durch die Gegend
540 laufen, das sind eher Jugendliche, die protestieren, die meisten. Oder die es mal / die
541 mal reinschnuppern wollen mal sogar, da müssen sie aufpassen, dass sie nicht drinnen
542 landen. Aber die eigentlichen Satanisten, die sind BÜRGERLICHST. Die erkennt man
543 einfach nicht. Bei der einen Patientin, der war Pfarrer. Der war Pfarrer! Und der hatte
544 dann den Schlüssel zu so einer kleinen Kapelle, die es da noch gab, die nicht mehr be-
545 nutzt wurde. Und da sind die immer hin, in weißen Kleidchen, andere Namen und haben
546 ihre Rituale gemacht im Keller, alles abgesperrt und so gemacht, dass man auch nichts
547 hören kann nach draußen. (...) Ja, also das ist sehr unschön und das kann einen schon
548 ganz schön mitnehmen. Aber trotzdem durch die vielen Erfolge, die ich therapeutisch
549 auch habe, bin ich auch sehr optimistisch, bin ich geblieben. Oder finde es grandios, auch
550 zu erkennen wie die Psyche zum Beispiel durch die strukturelle Dissoziation, also ANP
551 und EP, das ist so genial. Das / Also / Ich bin immer wieder fasziniert und voller Ehrfurcht
552 und Wertschätzung für die Psyche, ja? Das finde ich toll. Und das ist eben trotz schwers-
553 ter Traumatisierung heilbar ist. Das finde ich auch wunderbar.

554

555 I: Ja, genauso geht es mir auch. Dass ich diese Themen, wo andere Leute ganz oft eher
556 so zurückschrecken und sagen: oh Gott, und furchtbar! Dass ich das, wie sie gesagt
557 haben, genau als jemand sehe / das auch / die unglaubliche KRAFT der menschlichen
558 Psyche, die die unvorstellbarsten, furchtbaren Erlebnisse übersteht und was für eine un-
559 glaubliche Kraft da mobilisiert wird, um am Leben zu bleiben. Das finde ich beeindruckend
560 und unglaublich inspirierend.

561

562 TH: Ja, ja genau! Ja, dann werden sie auch da arbeiten! (lacht)

563

564 I: Gut, dann vielen Dank für die Zeit und die Offenheit! Aber die Ego States wollten wir
565 noch dazu schreiben! Dann gebe ich Ihnen das noch einmal. Dankeschön.

566

567 ENDE

1 INTERVIEW 5

3 I: So, genau, dann / Als Erstes würde ich gerne mal so ein bisschen die berufliche Bio-
4 graphie erfragen. Dass Sie mir ein bisschen erzählen, wie sie zur Therapie und zur Trau-
5 matherapie gekommen sind.

7 TH: Ich wollte nach dem Abitur / Also, ich hatte zwei Talente oder Interessen und Talente.
8 Ich hatte ein Fabel für Finanzen und Betriebswirtschaft und ein Interesse für Psychologie.
9 Und habe / damals gab es so / Man hat sich da noch so über den Numerus Clausus
10 beworben. Ich weiß nicht, ob das immer noch so ist. Ich konnte mich nicht entscheiden
11 und habe mich für beide Studienfächer beworben und habe gesagt: okay, was kommt,
12 kommt. Und dann kam ein Studienplatz in BWL und dann habe ich BWL studiert. Und bin
13 relativ bald unzufrieden geworden, aber konnte nicht so einfach wechseln. Habe dann
14 einige Jahre als BWLer gearbeitet, allerdings schon in der Nähe des therapeutischen
15 Kontextes. (...) Und habe dann irgendwann auch / Also, Finanzkrise und alles Mögliche
16 so miterlebt und habe dann so ein bisschen die Schnauze voll gehabt von den Finanzen
17 und habe gesagt, ich muss mich nochmal neu entscheiden. Habe dann halt nochmal
18 einen Lebenswandel vollzogen und mich dann / Also, dann hatte ich schon aus persönli-
19 chem Interesse die Traumatherapieausbildung gemacht. Und dann auch in dem Kontext
20 auch Heilpraktikant, kleiner Heilpraktiker und dann hat es sich einfach ergeben, dass ich
21 dann halt umsattelte sozusagen.

23 I: Und wie / woher kam das persönliche Interesse zur Traumatherapie?

25 TH: Naja, ich habe mich / Also, so für, wie soll man sagen, Selbstfindung und Psychologie
26 schon sehr früh interessiert. Habe auch schon irgendwie in meinen Jugendjahren so
27 Psychobücher gelesen und eigentlich war es auch ein Interesse an Erkenntnis. Ich habe

28 mich auch aus dem / mit mir selber intensiv beschäftigt, mit meiner Kindheit, Jugend,
29 Entwicklung und habe dann angefangen zu meditieren und naja. (...)

30

31 I: Okay. Und sie haben sich also von Anfang an / Weil sie gesagt habe, Therapie dann
32 von Anfang Richtung Traumatherapie oder stand auch mal eine andere Therapierich-
33 tung?

34

35 TH: Naja, ich habe mich schon mit anderen Therapierichtungen auseinandergesetzt, aber
36 / es war auch ein bisschen zufällig ehrlich gesagt, weil was ich halt gemerkt habe, weil
37 mein Weg war eigentlich so die Meditation und ich habe halt gemerkt, dass ich an be-
38 stimmten Punkten nicht weiter kam. Und irgendwann habe ich halt begriffen, dass es was
39 damit zu tun hat, dass es starke emotionale Ladungen gibt, die ich in der Meditation nicht
40 halten konnte. So, und dann hat sich mein Leben halt dahingehend verändert, dass ich
41 halt als Betriebswirt an einem Ort gearbeitet habe, wo diese Traumatherapie ausgebildet
42 worden ist. Und dann habe ich halt gesagt, okay, jetzt arbeite ich hier an diesem Platz,
43 jetzt will ich auch mal irgendwas teilnehmen, was hier inhaltlich passiert und bin dann so
44 reingerutscht. Also es hat sich wirklich gefügt.

45

46 I: Okay. Und gab es auch irgendwelche Bedenken, sich mit Traumatherapie auseinan-
47 derzusetzen? Weil es ja doch -

48

49 TH: Nö! Nee, es war schon / Also, für mich war schon klar, dass es (...) interessanter und
50 wesentlicher ist als Gesprächstherapie zum Beispiel. Also das es halt mehr so um Sub-
51 stanz geht.

52

53 I: Okay. Und so im Vergleich zu den Anfängen und jetzt, wie erleben Sie so die tägliche
54 Arbeit jetzt?

55

56 TH: Naja, ich habe natürlich wesentlich mehr Erfahrung und es fordert mich nicht mehr
57 so. Und ich würde sagen die meisten Themen habe ich relativ gut im Überblick, sagen
58 wir mal so. Es gibt jetzt keine großen Überraschungen, sagen wir mal so.

59

60 I: Also die Erfahrung stützt einen durch die Felder?

61

62 TH: Genau.

63

64 I: Und gab es am Anfang so Situationen, die schwierig waren? Weil gerade, wo Sie jetzt
65 gesagt haben, inzwischen ist alles -

66

67 TH: Ja, es gab schon die eine oder andere Überraschung am Anfang. So Sachen, die
68 man halt in der Ausbildung nicht gelernt hat. Ob man jetzt, keine Ahnung, jetzt passiert
69 es nicht mehr so oft, aber es gibt schon immer nochmal eine Borderline Person, die man
70 vorher nicht erkannt hat, die plötzlich explodiert oder so. Das wird halt immer weniger.

71

72 I: Und gerade von den Anfangssituationen, können Sie mir da ein paar Beispiele nennen,
73 dass ich mir da was vorstellen kann?

74

75 TH: Es gab eigentlich nicht so viele wirklich schwierige Situationen, aber es ist schon /
76 Ich glaube, dass so ein bisschen so eine Professionalität mehr reingekommen ist. Ich bin
77 zum Beispiel irgendwann dazu übergegangen, immer und auch nur zu Siezen und immer

78 / Also, den Rahmen immer professioneller zu halten und / Also, das war eigentlich alles
79 was, was normal ist, aber es wurde irgendwie noch strenger und professioneller, ne? Also
80 alles, was man sowieso macht, keinerlei Kontakte außerhalb dieses Feldes und möglichst
81 auch keine Familie oder Freunde von den Leuten behandeln und so, ne? Aber sagen wir
82 mal ich habe keine (...) sehr negativen oder schwierigen Erfahrungen eigentlich gemacht.
83 Es kommt halt schon mal vor, dass jemand explodiert oder sowas, aber das ist schon
84 sehr selten.

85

86 I: Und wie / wie formuliere ich das? Wie ist das, wenn Sie jetzt so ein bisschen darauf
87 zurückgucken, welche Anforderungen, Einstellungen Sie am Anfang, als sie angefangen
88 haben, Traumatherapie zu machen und jetzt, hat sich da irgendwas verändert?

89

90 TH: Einstellung?

91

92 I: Ja, zum Beispiel, wie man an den Beruf oder an die Menschen, die Patienten rangeht?

93

94 TH: Naja, ich meine, ich weiß nicht, ob es sich verändert hat. Aber ich glaube schon, dass
95 ein hohes Maß an Mitgefühl hilfreich ist. Und auch der Wunsch zu helfen und auch, ja
96 das Bedürfnis, Leidensdruck zu mindern und solche Sachen. Das ist vielleicht ein biss-
97 chen bewusster geworden. Aber ich glaube, es ist schon / Es war wahrscheinlich schon
98 immer da, aber es ist halt schon / es hat schon mehr Bedeutung bekommen.

99

100 I: Und wie ist die Arbeit mit den traumatisierten Patienten speziell?

101

102 TH: Wie die ist?

103

104 I: Was macht die aus? Was zeichnet die aus? Wie empfindet man die?

105

106 TH: Naja, dass die Menschen meistens (...) Themen und Probleme haben, die (...) viel-
107 leicht von vielen Menschen nicht verstanden werden. Also die haben irgendwas in sich,
108 was so schwierig ist. (...) Und die kriegen das nicht weg. Und eigentlich / ein Mensch, der
109 nicht traumatisiert ist, der kann das gar nicht nachvollziehen. Also keine Ahnung, irgend-
110 welche Ängste vor irgendwas, und man denkt: Hä, brauchst doch keine Angst zu haben
111 oder so und die Angst ist aber da. Oder bestimmte Reaktionen, die dann einfach passie-
112 ren im Alltag oder im Umgang, die man sich teilweise nicht erklären kann, die man aber
113 auch nicht stoppen kann. Na also zumindest ein Stück weit sich selber ausgeliefert.

114

115 I: Und macht / Ist das dann / Weil Sie auch gesagt haben, viele Leute verstehen es nicht,
116 macht es dann die therapeutische Arbeit auch schwerer, weil man das selber vielleicht
117 auch nicht so ganz verstehen kann?

118

119 TH: Nee, ich meine jetzt, keine Ahnung, wenn man das so in seinem Freundeskreis er-
120 zählt, dann sage die alle (...)

121

122 I: Stell dich doch nicht so an?

123

124 TH: Stell dich doch nicht so an! Das ist / Genau! Hab dich doch nicht so! Und das ist
125 natürlich schon hilfreich, wenn man den Therapeuten als Gegenüber hat, der das versteht
126 und der das auch erklären kann, warum das so ist.

127

128 I: Ja, das glaube ich. Und traumatisierte Patienten haben ja oft so unter Therapeuten den
129 Ruf, dass die so besonders schwierig sind oder wenn man einen Patienten in Behandlung
130 hat und dann irgendwann kommen da so Traumata in der Biografie hoch, dass viele
131 Therapeuten da ja sagen: Oh ich weiß nicht, da lasse ich die Finger von!

132

133 TH: Naja gut, aber dann ist man ja auch kein Traumatherapeut.

134

135 I: Nee, nee, natürlich!

136

137 TH: Aber ja, das hört man so.

138

139 I: Dass viele Leute davor zurückschrecken, weil sie glaube, dass die Arbeit so stark / so
140 schwierig ist oder vielleicht belastend ist. Ist das bei Ihnen manchmal / Ist das belastend?

141

142 TH: Dass mir das zu viel ist?

143

144 I: Zum Beispiel.

145

146 TH: Also selten. Also auch sehr selten gewesen, also relativ selten, dass ich Leute halt
147 abgewiesen habe. Das kommt nicht so oft vor. Es ist ja mein täglich Brot. Aber es ist
148 schon klar, wenn jemand jetzt Gesprächstherapeut oder Verhaltenstherapeut ist und der
149 ist mit einer Traumatisierung konfrontiert, dass er entweder ein bisschen zurückschreckt
150 oder vor allem auch nicht weiß, wie er damit umgehen soll.

151

152 I: Was waren vielleicht ein, zwei Fälle, die sie abgelehnt haben, weil das zu viel für Sie
153 war?

154

155 TH: Na wenn das so Richtung Psychose geht.

156

157 I: Okay.

158

159 TH: Also, wenn es dann so Wahnvorstellungen gibt oder so.

160

161 I: Und gibt es manchmal Momente, wo man vielleicht die Geschichten von irgendwie
162 schwer traumatisierten Patienten auch mal mit nach Hause nimmt oder die es schwerfällt,
163 hier zu lassen?

164

165 TH: Es wird immer weniger, aber ein bisschen manchmal. Manchmal wirkt das schon ein
166 bisschen nach.

167

168 I: Und woran merkt man das dann so?

169

170 TH: Na, dass die Gedanken einen verfolgen.

171

172 I: Das man immer wieder über die Patienten nachdenkt? Aber, Sie machen den Job ja
173 jetzt auch schon ein paar Jahre, was sind denn Sachen, die die Arbeit trotz den vielleicht
174 auch den schwerwiegenden Themen auch angenehm machen oder schön machen?

175

176 TH: Naja, ich glaube, dass es schon ein gutes Gefühl ist, Menschen helfen zu können.
177 Und vor allem in / Also, vor allem Menschen oder vor allem in Bereichen, wo man nicht
178 so leicht Hilfe findet. Es gibt halt schon sehr komplexere Geschichten, wo / und auch viele
179 Leute, die schon viele Therapeuten gesehen haben und die auch schon viele Therapie-
180 ten verschlissen haben und wo dann auch eine Verzweiflung gibt, dass die nicht verstan-
181 den werden oder so. Und also was ich schon irgendwie als, ich sag mal, erfüllend emp-
182 finde, ist / es hört sich so groß an, aber im Extremfall natürlich Menschen helfen zu kön-
183 nen, denen sonst keiner helfen kann. Es gibt natürlich immer noch tausend andere Men-
184 schen, die denen helfen können, aber es gibt halt auch Menschen, die dann dankbar sind
185 irgendwie dann, wenn sie mal verstanden werden. Oder wenn man auch hier Problematik
186 zumindest erklären kann.

187

188 I: Ja. Und beeinflusst einen das auch als Privatperson, dieser Arbeit?

189

190 TH: Klar!

191

192 I: Inwiefern? Woran macht sich das fest?

193

194 TH: Naja, ich meine, wenn jetzt zum Beispiel im Beziehungsleben. Ich kann ja nicht / Ich
195 bin ja nicht ein ganz anderer. Wenn ich mit Menschen zu tun habe, dann gibt es natürlich
196 ein therapeutisches Verständnis und ein therapeutisches Bewusstsein, was bei denen
197 eigentlich läuft. Ich kann es ja nicht komplett abschalten.

198

199 I: Und dass man dann öfter mal Sachen sieht, die man dann in das Framework einordnet?

200

201 TH: Ja.

202

203 I: Und wo ist da der Punkt, wo man vielleicht auch mal sagen muss, okay, jetzt reicht es,
204 jetzt muss ich stoppen?

205

206 TH: Womit stoppen?

207

208 I: Na, wenn man anfängt, so ungefähr: Man sitzt mit Freunden beim Abendbrot und die
209 erzählen Sachen und man fängt so an, das einzuordnen. Gibt es dann einen Punkt, wo
210 man sagt, okay, jetzt reicht es aber oder -?

211

212 TH: Naja man muss ja nichts damit machen. Wenn der jetzt was erzählt und ich sage,
213 okay, der scheint irgendwie ein Mutterthema zu haben, dann hat er halt ein Mutterthema.
214 Das ist ja nicht schlimm. Jeder hat ja irgendwas. Das ist ja kein Problem.

215

216 I: Ja. Und auch im Privaten aber auch wie im beruflichen Kontext, wie beeinflusst das
217 vielleicht auch die Art und Weise, wie man durch die Welt geht oder die Welt sieht?

218

219 TH: Man sieht natürlich mehr / Also, man hat ein größeres Bewusstsein von der Gestört-
220 heit der Menschen, wenn man so will. (...)

221

222 U: Und wo zum Beispiel?

223

224 TH: Naja, man hat einfach / man setzt sich ja natürlich sehr, sehr intensiv und ausführlich
225 mit zum Beispiel Verhaltensweisen von Menschen in Beziehungen beschäftigt und hat
226 dann auch natürlich zum großen Teil auch ergründet, was die Konflikte sind und wenn
227 man dann in seinem Bekanntenkreis Beziehungen sieht, dann sieht man natürlich die
228 gleichen Störungsbilder wie da. (...) So, und dann / Es ist auch einfach so. Es ist so wie
229 wenn ich, keine Ahnung, wenn jetzt ein Biologe, der Wasser / Dann weiß ich einfach,
230 okay, das Wasser ist überall verseucht. Wenn ich halt ein Bewusstsein davon habe, dann
231 weiß ich es. Und / Ich glaube, die Herausforderung ist halt, normal damit umzugehen.

232

233 I: Und wie lösen Sie persönlich diese Herausforderung, dann normal damit umzugehen?

234

235 TH: Na ich versuche halt, in meinem Privatleben kein Therapeut zu sein, im Rahmen der
236 Möglichkeiten. (...)

237

238 I: Und, ich habe von Anderen Therapeuten, mit denen ich gesprochen habe, schon ge-
239 hört, dass die auch oft / oder ab und zu auch so in der Fachkreisen ein bisschen außen-
240 vor, weil Trauma immer noch ein bisschen so ein Tabuthema ist. Ist das -?

241

242 TH: Ja ich meine, ich bin ehrlich gesagt nicht so stark in Fachkreisen unterwegs. Also
243 das nicht, dass ich jetzt ein Einzelkämpfer bin, aber ein Stück weit schon. Ich habe mich
244 so ein bisschen herausgezogen aus diesem wissenschaftlichen Kontext oder so. Ich be-
245 suche die eine oder andere Veranstaltung oder Fortbildung natürlich, aber (...) mir geht
246 es eigentlich eher so um die Arbeit am Menschen und so. Nicht so um diese ganze (...)
247 Blase, die sich da drum herum bildet. Aber grundsätzlich ist es wahrscheinlich so, dass
248 Traumatherapie immer noch eine Randerscheinung ist. (...)

249

250 I: Dabei ist es ja / gibt es ja so viele Menschen, die das eigentlich bräuchten, ja.

251

252 TH: Ja, klar.

253

254 I: Und gab es auch vielleicht durch die Arbeit mal im Beruf- und Privatleben Momente,
255 die dann mit dem Hintergrund anders eingeschätzt wurden? Wo dann plötzlich /

256

257 TH: Klar, ständig. Also allein dadurch, dass man da eine andere Brille auf hat, hat man ja
258 automatisch eine andere Perspektive. Also wenn man jetzt, keine Ahnung, Störungsbilder
259 bei einem Menschen erkennt, dann (...) erkennt man die ja auch im Privatleben und dann
260 geht man ja ganz anders damit um. Also das heißt konkret, wenn ich jetzt zum Beispiel
261 jemandem (...) eine Frau kennen lerne oder irgendeinen Menschen kennen lerne, dann
262 kann ich relativ früh sagen, was der Störungsgrad ist sozusagen. Und dann kann ich mich
263 natürlich entsprechend positionieren oder verhalten.

264

265 I: Und gibt es spezifische Sachen in der Arbeit mit traumatisierten Patienten, die es viel-
266 leicht in der Arbeit mit / in der normalen Gesprächstherapie vielleicht nicht gibt?

267

268 TH: Na ich würde sagen grundsätzlich mit höheren emotionalen Ladungen zu tun und
269 halt schon möglicherweise auch mit / dass man mehr oder früher oder stärker (...) Ab-
270 spaltungen aufdeckt. (...)

271

272 I: Wie geht man dann mit so etwas um?

273

274 TH: Na, da gibt es ja / Dazu sind ja letztendlich die Therapietechniken entwickelt, um das
275 verarbeiten zu können. Also das / mal das Wesentliche von vielen Traumatherapiever-
276 fahren ist ja, vor allem wenn es um Schocktrauma geht, dass man Techniken hat, um mit
277 sehr, sehr starken emotionalen Ladungen umzugehen und die zu verarbeiten.

278

279 I: Und helfen die Techniken auch dabei, dass man selber diese emotionalen Ladungen
280 auch vielleicht besser aushalten kann und nicht mit nach Hause nimmt?

281

282 TH. Ja.

283

284 I: Und (...) würden sie sagen, dass Sie sich durch die Arbeit mit traumatisierten Patienten
285 als Privatperson auch verändert haben?

286

287 TH: Ja na klar.

288

289 I: Inwiefern?

290

291 TH: (...) Naja zum einen hat sich sicherlich eine noch höhere Empathiefähigkeit entwi-
292 ckelt, die sich ja auch im Privatleben zeigt. Und zum anderen (...) bekommt man sicherlich
293 nochmal einen ganz anderen (...) Blickwinkel auf die Menschen und auf das Leben und
294 auf das Leid und auf die ganzen Konflikte. Also es ist eine andere / Wie eine andere Brille
295 aufzuhaben, einfach weil man Sachen gesehen hat. Und auch in Abgründe gesehen hat,
296 die die meisten Menschen ja nicht sehen werden. Und das kann man ja auch nicht / dann
297 so tun / ins Privatleben umschalten und sagen, okay, das passiert aber alles nur in mei-
298 nem Beruf. Sind ja alles Menschen.

299

300 I: Ja. Und können Sie vielleicht mir da nochmal ein paar Beispiele nennen. Also wie die
301 Welt und die Menschen und die Ansicht darauf, wie die sich verändert hat?

302

303 TH: (...) Naja, wie gesagt, ich war / ich würde sagen, die Realität ist, dass es Schatten
304 und Abgründe in Größenordnungen in jedem Menschen gibt. (...) So, und selbst die Men-
305 schen, die besonders gut zu sein scheinen oder Menschen, die nur Opfer zu sei scheinen,
306 die haben halt auch Abgründe, so wie jeder Mensch. So, und je mehr man Erfahrungen
307 auch aus einer relativen Nähe macht mit Abgründen, desto mehr wird es ja Teil des All-
308 tagsbewusstseins und man muss damit umgehen. (...) Und das / dadurch erstens erkennt
309 man vielleicht Abgründe in anderen Menschen auch im Privatleben, aber es macht unbe-
310 dingt auch nicht sehr viel vertrauenswürdiger, ne? So.

311

312 I: Und wie kann man diese Abgründe und auch das, was ja den Opfern ganz oft auch
313 furchtbares angetan wurde, so mit einer therapeutischen Tätigkeit vereinbaren, die ja ei-
314 gentlich um Grunde sagt, der Mensch ist gut und man kann da auch das Gute groß her-
315 vorholen?

316

317 TH: Naja, ich meine, zu sagen, der Mensch ist gut, ist ja jetzt mal eine Annahme, ne?
318 Also /

319

320 I: Hmm. (bejahend)

321

322 TH: Das habe ich ja jetzt nicht gesagt. Ich würde sagen, Menschen haben gute und
323 schlechte Seiten. So, und Menschen haben auch die Möglichkeit, sich zu entscheiden,
324 ob sie die guten oder die schlechten Seiten leben wollen. So, und ich glaube, dass es

325 schon gut ist, den Menschen aufzuzeigen, dass es sinnvoll und hilfreich ist, sich den
326 positiven Seiten zuzuwenden, oder? Und den guten.

327

328 I: Auf jeden Fall.

329

330 TH: UND natürlich braucht es aber auch oft, dass man lernt, mit negativen Sachen, so-
331 dass sie nicht zerstörerisch werden.

332

333 I: In der Therapie oder allgemein im Leben?

334

335 TH: Naja, lernen vielleicht in der Therapie, aber letztendlich das ja auch im Leben. Weil
336 ich meine, wenn der Mensch feststellt, er hat ganz viel Wut oder Hass in sich, dann ist
337 das ja erstmal da. Kann ich ja nicht sagen, okay, zaubere ich jetzt weg. Das heißt, das
338 braucht irgendwie (...) zu lernen, dass man einen Umgang damit findet. Dass das da sein
339 kann und man aber trotzdem ein Leben leben kann, ohne dass es zerstörerisch wird.

340

341 I: Ja. Was wären denn so, in der Therapie oder auch außerhalb so typische Situationen
342 eben als Alltag?

343

344 TH: (...) Typische Situationen im Arbeitsalltag? Also jetzt in der Therapie oder außerhalb,
345 das ist ja ein großer Unterschied.

346

347 I: Na Therapie im Sinne von, vielleicht in den Sitzungen, aber auch der Arbeitstag ist ja
348 nicht nur Patient nach Patient nach Patient. Man muss ja auch doch irgendwie die Doku-
349 mentation machen oder weiß ich nicht, sich vielleicht mit Emails beschäftigen? Buchhal-
350 tung, so welche Sachen?

351

352 TH: Die Frage nochmal stellen, was ist eine typische was?

353

354 I: Na wie so ein bisschen der typische Arbeitstag aussieht?

355

356 TH: Achso, okay. Na gut, ich meine, in meinem Fall ist es halt so, es ist (...) also ich habe
357 (...) drei, vier, fünf Sitzungen am Tag, je nachdem und habe entsprechende Pausen und
358 (...) zwischendurch mache ich Dokumentation. (...) Und, klar, ich meine, was halt andere
359 Selbstständige auch machen. Ich habe dann noch ein bisschen Buchhaltung zu Hause,
360 ab und zu kommen dann halt Anrufe oder Emailanfragen. Aber ich sage mal so, 90% ist
361 halt schon Fokus auf die reine therapeutische Arbeit.

362

363 I: Und wie viele Patienten haben Sie in einer Woche?

364

365 TH: Ja, das schwankt. Das ist so phasenabhängig, aber das schwankt. Aber ich / sagen
366 wir mal zwischen 15 und 25 pro Woche. Und eigentlich will ich nicht mehr als 20 machen.

367

368 I: Und sind das alles Patienten mit Traumahintergrund?

369

370 TH: Würde ich sagen, ja. Wobei Trauma für mich sehr weitgefasst ist. Also die sind jetzt
371 nicht alle missbraucht worden oder waren nicht alle im Krieg. Das sind halt meisten Leute,

372 die (...) andere Therapien gemacht haben und dann halt nicht den gewünschten Erfolg
373 haben und sich dann halt mehr mit sich beschäftigt haben und dann ist halt dieses
374 Traumabewusstsein (...) größer geworden und dann sie halt davon gehört, dass es halt
375 effektive Therapieverfahren gibt, so. Also die sind jetzt nicht alle irgendwie schwer gestört
376 oder so.

377

378 I: Was wäre denn dann Ihre Traumadefinition?

379

380 TH: Naja, ich würde das so definieren, dass wenn man Erfahrungen gemacht hat, die
381 Emotionen ausgelöst haben, (...) die man nicht verarbeiten konnte. Sodass es halt in der
382 Gegenwart zu Symptomen oder zu Folgesymptomen kommt. Also es ist schon relativ
383 weit gefasst. Es kann auch, keine Ahnung, Mobbing gewesen sein oder (...) keine Ah-
384 nung, also eigentlich fast alles. Trennung der Eltern (...)

385

386 I: Ja, da kommt dann natürlich viel darauf an, wie die Person selbst das in der Situation
387 wahrgenommen hat.

388

389 TH: Ja, wie sie damit umgegangen ist, wie sie das verarbeitet gekriegt hat. Meisten sucht
390 man sich ja nur einen Therapeuten, wenn man Symptome hat.

391

392 I: Ja. Und Sie haben das vorhin schon gesagt, viele Patienten kommen, die vorher schon
393 verschiedene andere Therapieverfahren versucht haben.

394

395 TH: Ja.

396

397 I: Und was ist das, was dann an ihrer Methode denen dann helfen kann? Was vielleicht
398 in den anderen Therapien gefehlt hat?

399

400 TH: Naja, die Körperorientierung. Dann das Bewusstsein von dem Umgang oder von /
401 Also von Methoden, Techniken, vom Umgang mit sehr, sehr starken Emotionen. Das
402 ganze Verständnis von Trauma und (...) Letztendlich eine emotionale / nicht nur, aber vor
403 allem auch eine emotionale Verarbeitung der Erfahrung statt nur darüber zu sprechen.

404

405 I: Und wie oft und wie lange sind die Patienten dann meistens da?

406

407 TH: Das schwankt sehr. Also viele fangen mit wöchentlichen Sitzungen an. Manche
408 wechseln auch zu vierzehntägig. Das ist ja auch immer eine finanzielle Frage und es gibt
409 ganz kurze Therapien. Gab teilweise schon Erfolge nach einer Sitzung. Aber es gibt halt
410 auch Therapien, die über mehrere Jahre dauern. Es hat ja auch ein bisschen was damit
411 zu tun, wann man / Also man wird ja nicht 100% Heilung erreichen. Irgendwann ist dann
412 halt ein Punkt erreicht, wo man sagt, okay, damit komme ich jetzt ganz gut klar. Jetzt
413 lasse ich es erstmal. Aber es hat schon Sitzungen, also Therapien, die fünf, sechs Jahre
414 gedauert haben. Jetzt nicht mit jede Woche, das geht dann immer ein bisschen ausei-
415 nander mit teilweise, drei vier Wochen, aber das ist ein Schwankungsbereich.

416

417 I: Und ist das auch in der für Sie in der therapeutischen Arbeit ein Unterschied, ob man
418 einen Patient vielleicht ein halbes Jahr oder 5 Jahre in Behandlung hat?

419

420 TH: Klar. Ich meine, je länger man sich kennt, desto besser kann man aufeinander ein-
421 gehen. (...). Nun kennt man halt die ganzen Biographien und Themen sehr genau und je
422 länger man / je öfter jemand kommt, desto besser kann man mit dem arbeiten.

423

424 I: Und kann man da auch tiefer in die Biographien reingehen?

425

426 TH: Klar. (...)

427

428 I: Und die vielleicht, sage ich mal, die persönliche Anstrengung der Arbeit, wie sind da so
429 Ihre persönlichen Wege, damit umzugehen? Dass vielleicht so ein bisschen zu kanalisie-
430 ren oder nach einem langen Arbeitstag mit intensiven Sitzungen da irgendwie von Thera-
431 peut auf Privatperson umzuschalten?

432

433 TH: Ja das ist schon / Also, ich versuche ja wie gesagt die Anzahl der Sitzungen begrenzt
434 zu halten und dann ist halt schon gut, wenn man auch wirklich (...) so Veränderungen
435 hat, also keine Ahnung, mal irgendwie zum Yoga geht oder in die Natur geht oder halt
436 Ablenkung hat und andere Menschen trifft oder so. Dass man einfach den Kontext ver-
437 ändert und sich dann halt auch ablenkt.

438

439 I: Dann auch, weil sie auch Yoga und Meditation erwähnt haben, sind das auch Sachen,
440 die Sie auch in der Therapie auch benutzen, auch mit den Patienten manchmal?

441

442 TH: Nö, also Yoga gar nicht und Meditation so im eigentlich Sinne auch nicht, aber na-
443 türlich schon so eine Art von Entspannungstechniken. Aber jetzt nicht mit dem Anspruch
444 von Meditation, sondern eher so ein bisschen herunterkommen.

445

446 I: Und was würden Sie sagen sind so die positivsten Erfahrungen, die Sie in der Trauma-
447 therapie bis jetzt gemacht haben? Oder die vielleicht am nachhaltigsten, nachhallenden?

448

449 TH: Naja ich meine schon, wenn so ausweglose / also, wenn Leute zum Beispiel also
450 wirklich völlig zusammengebrochen sind, dass denen irgendwie das Leben weggebro-
451 chen ist, das man so das Gefühl hat, die waren voll in der Spur mit was weiß ich, Karriere
452 und fast Promotion und alles. Und plötzlich bricht irgendwas zusammen und die stehen
453 irgendwie vor dem Scherbenhaufen ihres Lebens, so. Und dann wenn man solche Leute
454 wieder in relativ kurzer Zeit wieder in die Spur bringt und zu sich bringt irgendwie, das ist
455 schon ziemlich gut. So also Sachen, die wirklich einem erstmal schwierig oder aussichts-
456 los erschienen, wenn man dann da irgendwie wieder so ein Leben draus macht oder
457 zumindest daran mitwirkt, dann ist schon (...) eine gute Sache.

458

459 I: Und kann man von den Leben oder den Erfahrungen der Patienten auch für sich per-
460 sönlich etwas mitnehmen?

461

462 TH: Klar. Man ist ja selber auch Mensch und die Sachen wiederholen sich ja auch in den
463 Menschen. Und manche Aspekte oder auch Erfahrungen, die bei (...) Patienten dann
464 funktioniert haben, die funktionieren bei einem selber ja auch, also man ist ja letztendlich
465 auch der gleiche Mensch.

466

467 I: Was so zum Beispiel? Fällt Ihnen da was ein?

468

469 TH: Naja, wenn ich zum Beispiel irgendwann mitgekriegt habe, dass bestimmte (...) As-
470 pekte oder auch Interventionen, jetzt keine Ahnung, in Liebesbeziehungen vom Patienten
471 besonders hilfreich oder heilsam waren, dann denke ich halt auch: Naja, vielleicht könnte
472 das bei mir auch funktionieren, ja. (...)

473

474 I: Und durch, wir haben es vorhin schon ein bisschen angeschnitten, dass auch das Welt-
475 bild so ein bisschen beeinflusst wird durch die Arbeit, wenn man so andere Menschen
476 sieht. Und wird auch das Selbstbild dadurch beeinflusst, wie man sich selbst als Thera-
477 peut oder als Mensch definiert?

478

479 TH: Naja, zum einen / Ich meine, ich habe nie gedacht, dass es so schwierig ist und dass
480 es so lange dauert, Menschen zu (...) begleiten und zu therapieren. Das habe ich nicht
481 für möglich gehalten, dass das auch so schwierig ist. Und zum anderen kommt glaube
482 ich auch eine andere Geduld rein mit sich selber. (...) Und wenn / ja Geduld ist glaube ich
483 das richtige Wort. Und (...) was noch? Ja, ich glaube, es kommt auch eine andere Be-
484 scheidenheit rein. Also weil (...) ja, man backt irgendwie kleinere Brötchen.

485

486 I: Inwiefern Bescheidenheit?

487

488 TH: Naja, das ich halt, keine Ahnung, im eigene Entwicklungsprozess dann auch gnädi-
489 ger mit mir selber werde. Weil halt einfach sehe, wie schwer das auch allen anderen fällt,
490 ne?

491

492 I: Dass man sich mit sich selber auch ein bisschen Nachsicht hat?

493

494 TH: Genau.

495

496 I: Ist das auch etwas, was manchmal, wenn vielleicht privat irgendwie gerade schwierig
497 ist oder man ist gestresst, dass man da auch diese Erfahrung auch / was man mit den
498 Patienten hatte so zurückgreifen kann?

499

500 TH: (...) Inwiefern einen das dann aufbaut oder was?

501

502 I: Ganz unterschiedlich. Das man vielleicht da sowohl positive als auch negative Sachen
503 herausziehen kann?

504

505 TH: Ja klar, ich meine, wahrscheinlich wenn man da eine erfolgreiche Therapie beendet
506 hat oder eine gute Sitzung hatte, dann wird man wahrscheinlich irgendwie werden einen
507 die Erfolgserlebnisse schon ein bisschen nähren so wie in anderen Lebensbereichen halt
508 auch. Wenn ich Sportler bin und ich habe ein Erfolgserlebnis, dann wird mich das auch
509 ein bisschen upliften so, aber ich weiß nicht, ob das anders ist als in anderen Berufen.

510

511 I: Das weiß ich auch nicht. Und aber nochmal, wenn es / wenn man zum Beispiel bei
512 einem Patienten (...) so ein ähnliches Beispiel hatten wir glaube ich vorhin auch, wenn
513 der irgendwie / dem allen weggebrochen ist und er schafft es dann, sich da so ein biss-
514 chen wieder / da herauszugraben und arbeitet sich durch. Das / Diese Resilienz oder
515 diese Ressourcen, das auch ein bisschen herüber schwappt ins eigene Leben?

516

517 TH: Ja, das kann auch passieren. Ja, dass man / Ja genau. Das denke ich auch so. Also
518 dass man / Man sagt ja so ein bisschen, dass man (...) auch sehr in Resonanz ist mit
519 Klienten oder Patienten und wenn jetzt bei / Also, wenn jetzt der Patient irgendetwas sehr
520 positives oder heilsames erlebt, erlebt man das ja mit. Man erlebt es ja auch ein bisschen
521 mit dem eignen Körper mit. Und das ist natürlich auch hilfreich.

522

523 I: Und kann es dann, diese Resonanz und in Führungsstrichen Übertragung auch auf
524 die / bei negativen Erlebnissen vielleicht auch auf gleiche Art und Weise passieren?

525

526 TH: Klar. Man muss halt lernen, damit umzugehen. Man muss halt lernen, sich abzugren-
527 zen. Aber das kann auch passieren. Wenn jetzt irgendwie einer extreme Ängste hat, dann
528 (...) Man hat selber irgendwie ein Thema oder man hat mit einem ähnlichen Thema zu
529 tun, dann wird das vielleicht auch berührt.

530

531 I: Und wie kann man da diese Mittel / die Mittellinie finden zwischen mit dem Patienten in
532 Resonanz sein und mitzuschwingen, aber nicht zu VIEL sich mitzunehmen?

533

534 TH: Na es ist glaube ich gut zu wissen, wo die Grenzen hingehören. Und vor allem, was
535 das eigene ist und was nicht das eignen ist. Das Bewusstsein ist glaube ich ganz wichtig.

536

537 I: Und was kann man machen oder woran kann man erkennen, wenn es vielleicht eine
538 Situation gab, wo die Linie doch ein bisschen überschritten wurde?

539

540 TH: Na, wenn es einem zu lange nachhängt, dann hat man irgendwas zu viel übernom-
541 men. Wenn ich dann so tagelang in dem Gefühl drinne hängt, was jetzt bei mir nicht
542 vorkommt, aber theoretisch, was in irgendeiner Sitzung ausgelöst worden ist oder mich
543 dann tagelang irgendein Thema beschäftigt, dann war ich wahrscheinlich ein bisschen zu
544 wenig bei mir oder es ist ein eigenes Thema angetriggert worden.

545

546 I: Aber hatte Sie schon mal Erfahrungen, wo Ihnen so etwas so lange oder zu sehr nach-
547 gehangen hat?

548

549 TH: Ja, aber relativ selten. Aber das gibt es schon. So, aber / das, das ist jetzt wirklich
550 relativ selten. Ich könnte jetzt auch nicht konkret sagen, aber (...) gab es auch schon mal.

551

552 I: Sind die dann in einem gewissen Zeitraum, zum Beispiel wenn man unglaublich viele
553 Patienten hat oder vielleicht eher zu Beginn der Arbeit mit Patienten?

554

555 TH: Jetzt zu Beginn von der Berufs-?

556

557 I: Ja.

558

559 TH: Ja, ja, wahrscheinlich schon. Also jetzt ist es eigentlich kaum noch ein Thema.

560

561 I: Also mit Erfahrung und / kommt dann auch die - ?

562

563 TH: Die Weite sozusagen.

564

565 I: Ich gehe nochmal ein letzten Blick über meine Fragen, aber ich glaube (...) wir haben
566 alles (...)

567

568 TH: Ja?

569

570 I: Ja! Wir haben alles durch. Vielen Dank!

571

572 TH: Danke auch.

573

574 ENDE

9 Eigenständigkeitserklärung (vgl. Anlage B2)

Name, Vorname: Wojtas, Lena Wojtas

Matrikelnummer: 160301000050

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum: Berlin, den 15.08.2018

Unterschrift:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'LW', with a long horizontal stroke extending to the right.