

Markos Maragos

Worauf es ankommt: Integrative Traumatherapie

What matters most: Integrative trauma therapy

Zusammenfassung

Neben schulenspezifischen traumatherapeutischen Ansätzen, von denen die verhaltenstherapeutischen am besten empirisch überprüft sind, existieren auch integrative Therapiemodelle, die sich aus unterschiedlichen therapeutischen Elementen zusammensetzen, ohne dass der Begriff Integration für eine bestimmte Kombination dieser Elemente reserviert ist. Der Beitrag stellt die integrative Traumatherapie als Kombination von verhaltenstherapeutischen, humanistischen, körperorientierten und imaginativen Methoden vor. Einleitend werden die Grundgedanken beschrieben, wobei zwischen Eklektizismus und Integration differenziert wird. Nach einem Exkurs, der sich kurz der Phänomenologie und Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) widmet, werden die Grundprinzipien des integrativen Traumansatzes vorgestellt, wobei die Konzeptualisierung des Selbst als Prozess und die Annahme mehrerer Selbst im Mittelpunkt stehen. Es folgen die Beschreibung und Begründung der therapeutischen Einzelelemente. Anschließend werden die konkreten therapeutischen Phasen erörtert und anhand eines Fallbeispiels das Hauptelement, die so genannte dialogische Exposition, vorgestellt. Zum Schluss werden typische Gegenübertragungs- und Beziehungskonstellationen geschildert, die eine Traumatherapie im Allgemeinen und die integrative Traumatherapie im Besonderen behindern können.

Schlüsselwörter

integrative Psychotherapie – posttraumatische Belastungsstörung – Trauma

Summary

Apart from the trauma-therapeutic approaches that are specific to certain therapeutic schools and of which the behavioral ones have the best empirical evidence, there are integrative therapy models combining different therapeutic elements, without the term “integrative” being reserved for a specific combination of those elements. This contribution introduces integrative trauma therapy as a combination of behavioral, humanistic, body-oriented, and imaginative methods. First, the basic ideas are being presented, with a distinction made between eclecticism and integration. After an excursus on the phenomenology and diagnostics of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) the basic principles of the integrative trauma approach are introduced. Central features are the conceptualization of the self as a process and the assumption of multiple selves. This is followed by descriptions and a rationale for the various therapeutic elements. The specific phases of therapy are outlined and the main element, the so-called dialogical exposition, is illustrated by means of a case example. The article concludes with a description of a typical countertransference and relationship constellations that can impede trauma therapy in general and integrative therapy in particular.

Keywords

integrative psychotherapy – posttraumatic stress disorder – trauma

■ Einleitung

Die Psychotraumatologie gehört zu den Bereichen der Klinischen Psychologie, die sich durch eine kaum noch überschaubare Anzahl an Publikationen auszeichnen. Nicht zuletzt durch die subjektiv scheinbar immer häufiger werdenden extremen Katastrophenereignisse ist sie – direkt oder indirekt – in aller Munde. Vielleicht ist ihre Popularität nicht zuletzt auch auf den aktuellen Zeitgeist westlicher Industriegesellschaften zurückzuführen, der u.a. durch die ständige Gefahr, Opfer eines terroristischen Anschlages zu werden, gekennzeichnet ist.

Zahlreiche Interventionsmethoden stehen heute dem Psychotherapeuten zur Verfügung, um traumatisierten Menschen zu helfen, wobei die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken am besten in ihrer Wirksamkeit untersucht und belegt sind (Bisson & Andrew, 2007; Ehlers, 1999; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986; s.a. Maercker & Karl, 2005; Maercker & Michael, 2009; Maercker & Rosner, 2006; Maragos, im Druck, für einen Überblick).

Parallel zu schulenspezifischen Therapiemethoden sind auch integrative psychotherapeutische Ansätze zu nennen, die Techniken unterschiedlicher Abstammung miteinander kombinieren mit dem Ziel, die Beschwerden des traumatisierten Menschen effektiver behandeln zu können. Der Grundgedanke ist, dass jede psychotherapeutische Richtung ihre Stärken und Schwächen hat und dass durch deren Integration ihre Wirksamkeit erhöht werden kann, indem die Schwächen des einen mit den Stärken des anderen Ansatzes aufgewogen werden (s. Goldfried, Pachankis & Bell, 2005, sowie Norcross & Goldfried, 2005, für einen Überblick).

Integrative Therapie wird von manchen Autoren mit Eklektizismus gleichgesetzt, wobei sie bei genauer Betrachtung unterschiedliche Denkmodelle haben, die anhand eines kulinarischen Beispiels gut beschrieben werden können: „The eclectic selects among several dishes to constitute a meal, the integrationist creates new dishes by combining different ingredients“ (Norcross & Napolitano, 1986, S. 253). Hinsichtlich der Wirksamkeit von eklektischen bzw. integrativen Verfahren sei an dieser Stelle angemerkt, dass es ein logischer Fehler ist zu glauben, eine effektive therapeutische Strategie setze die adäquate Konzeptualisierung dessen, was sie erfolgreich behandelt hat, voraus (s. a. Wolfe, 2005).

Ist die Rede von *der* integrativen Therapie, entsteht fälschlicherweise der Eindruck, als gäbe es eine bestimmte Kombination, für die diese Bezeichnung gleichsam reserviert ist. Tatsächlich verhält es sich jedoch so, dass es *die* integrative Therapie gar nicht gibt, oder um es mit den Worten von Norcross (2005) zu sagen: „Definitions of psychotherapy integration do not tell us what individual psychotherapists actually do or what it means to be an ... integrative therapist“ (S. 13). Folglich muss immer angegeben werden, aus welchen Elementen genau sich der jeweilige integrative Ansatz zusammensetzt. Integrative Psychotherapie, wie sie in dem hier vorgestellten Ansatz verstanden wird, verknüpft verhaltenstherapeutische (beispielsweise Ehlers, 1999; Resick, 2003), humanistische Ansätze aus der dialogischen Gestalttherapie (vgl. Hartmann-Kottek, 2008) und aus der prozesserfahrungsorientierten Therapie (vgl. Greenberg, Rice & Elliott, 2003) mit körperorientierten und imaginativen Verfahren (vgl. Reddemann, 2007). Hinzu kommt eine Theorie, die ursprünglich aus der Sozialpsychologie stammt und u. a. als Theorie der multiplen Selbste (Hermans, Kampen & van Loon, 1992; Hermans & Dimaggio, 2004) bezeichnet wird.

■ Exkurs: Was ist eine PTBS?

Im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (aktuell das DSM-IV-TR; APA, 2003) erstmals 1980 aufgeführt, ist die PTBS die einzige klinische Diagnose, für die ein klares ätiologisches Moment notwendig ist: Der Betroffene muss direkt oder indirekt ein Ereignis erlebt haben, das durch drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder einer fremden Person gekennzeichnet war (so genanntes A1-Kriterium; objektiv), und muss darauf mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder

Entsetzen reagieren (so genanntes A2-Kriterium; subjektiv). Zudem muss eine bestimmte Anzahl von Symptomen aus den folgenden drei Symptomclustern vorhanden sein, damit die PTBS als Diagnose vergeben werden kann:

- Ungewolltes Wiedererleben (Cluster B), beispielsweise durch ereignisbezogene, sich aufdrängende intrusive Gedanken, Gerüche, Bilder, Träume
- Vermeidung (Cluster C) von Situationen, die mit dem traumatischen Ereignis direkt oder indirekt assoziiert sind (beispielsweise der Ort des Geschehens, Gespräche über bzw. Gedanken an das Ereignis selbst)
- Übererregung (Cluster D), die sich in Konzentrationsstörungen, erhöhter Wachsamkeit (Hypervigilanz), Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit äußern kann

Darüber hinaus verlangt das DSM-IV-TR (APA, 2003), dass die Störung seit mindestens vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis besteht (Cluster E; davor kann eine akute Belastungsstörung (ABS) diagnostiziert werden), und abschließend darf kein anderer medizinischer Krankheitsfaktor ursächlich sein (Cluster F). Für eine ausführliche Beschreibung der Störung, ihrer Epidemiologie und Ätiologie siehe Maercker und Karl (2005), Maercker und Michael (2009) sowie Maragos (im Druck).

■ Grundprinzipien der integrativen Traumatherapie

Grundprinzip 1: Das Selbst als Prozess

Aufgrund von Interaktionserfahrungen mit der Umwelt sowie den äußeren und inneren Wahrnehmungen im aktuellen Kontakt entwickelt sich ein kognitiv-emotionaler Zustand, der als **Selbst** bezeichnet wird. Das Selbst kann als ein System konzeptualisiert werden, in dem die Welt als Repräsentanz symbolisiert ist, und dies – aufgrund seiner interaktionellen Basis – in dialogischer Weise. Inhaltlich besteht es aus verbalen und nichtverbalen, impliziten oder expliziten Botschaften, d.h. Bedeutungen, und den ihnen zugeordneten Reaktionen darauf, also den **Selbst-Antworten** des Menschen (s. a. Butollo & Hagl, 2003; Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Maragos, Rosner & Butollo, 2006).

Im Modell wird weiterhin angenommen, dass das Selbst kein finaler Zustand ist, sondern in einem ständigen Prozess begriffen, in dem es sich selbst aktualisiert (Selbstaktualisierungstendenz). Im jeweils aktuellen Kontakt mit sich und/oder der Umwelt erschafft und bestätigt sich das Selbst somit neu – insofern ist es angemessener, von **Selbst-Prozessen** anstatt von Selbst zu sprechen. Diesem gestalttherapeutischen Verständnis des Selbst entsprechend, sind der Mensch und somit auch seine Selbst-Prozesse nach jedem vollzogenen Kontakt nicht die Gleichen. Da nach jeder Interaktion Lernen stattgefunden hat, hat sich das Selbst verändert. Die Identität des Menschen ist nichts anderes als die Kontinuität seiner Selbstprozesse.

Eine Traumatisierung wird als eine Erfahrung mit einer für das Selbst existentiellen Dimension verstanden. Sie kann es in seinen Grundfesten destabilisieren und die Selbstprozesse – in extremen Fällen – zum Erliegen bringen.

Grundprinzip 2: Das multiple Selbst

Wie bereits 1992 von Hermans (Hermans, Kempen & van Loon, 1992; s. a. Elliott & Greenberg, 1997; Hermans & Dimaggio, 2004; Lester, 1992; Lester, 2007; Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004; Watkins & Watkins, 2005) postuliert, wird weiterhin im Modell angenommen, dass in ein und demselben Menschen nicht nur ein Selbst, sondern mehrere „Selbste“ existieren, d.h. mehrere Selbst-Anteile, die untereinander in einem Dialog stehen. Wenn sich der Mensch in keiner Interaktion befindet, ist sein Selbst gleichsam deaktiviert. Ein deaktiviertes Selbst ist jedoch nur selten der Fall und eher in Zuständen der Meditation/Kontemplation zu finden, da der Mensch immer in einem Dialog steht – wenn nicht in einem äußeren, so doch in einem inneren. Darin führt er – im wahrsten Sinne des Wortes – „Selbst-Gespräche“, d.h. Dialoge mit sich (beispielsweise spielt er verschiedene Szenarien eines Problems durch, wägt verschiedene Lösungen ab, „diskutiert“ mit seinem Partner, Vorgesetzten etc.).

Eine der Kernaufgaben, die das Selbst hat, umfasst, neue Informationen in bestehende zu integrieren, was dem Menschen ermöglicht, kohärent zu bleiben und die subjektive Kontinuität des eigenen Lebens (gleichsam die Zeitachse, auf der das eigene Leben verortet ist) zu schaffen. Diese Integration von neuen Erfahrungen geschieht auf der Basis einer aktiven, jedoch subjektiven Konstruktion. D.h., neue interne oder externe Inhalte werden nicht hinsichtlich ihres objektiven Wahrheitsgehalts in das bestehende System integriert, sondern nach den eigenen Vorgaben wahrgenommen und integriert. Somit setzt das hier skizzierte Selbst-Modell der (subjektiven) Realität des Menschen eine (objektive) Wirklichkeit entgegen. Durch diese Anpassung neuer Informationen wird die bestehende Konstruktion von Realität sowohl bestätigt als auch gefestigt. Die folgende Abbildung 1 stellt das Modell des (normalen) Selbst graphisch dar.

Ein traumatisches Ereignis ist – neutral gesprochen – eine Information, die von der Umwelt auf das Individuum und dessen Selbst trifft. Im Unterschied zu bereits bestehenden Botschaften, ist sie jedoch massiv und – sofern es sich um eine erste oder einmalige Traumatisierung handelt – auch nicht

mit bereits erfahrenen Informationen vereinbar. Darauf eine Selbst-Antwort zu geben ist dem Betroffenen somit auf dem üblichen Wege nicht möglich. Das Trauma liegt gleichsam frei schwebend im inneren Erfahrungsraum des Menschen. Weil dieser so bedrohlichen Information der Sinn fehlt, stellen sich für den Betroffenen häufig die Fragen nach dem Warum und der Wunsch, wieder der Alte zu werden. Die Selbstprozesse sind überlastet, und wenn die Traumatisierung ein Extremmaß angenommen hat, kann es zu einem Bruch in diesen kommen. Vermeidung, chronische Übererregung und eine Veränderung der inneren Dialoge sind die Folgen. So kann es beispielsweise zu Selbstvorwürfen oder zu inneren Wiederholungen des Ereignisses (Intrusionen) kommen. Während des Traumas kann ein Selbst-Anteil aktiviert worden sein, der bis dahin eher im Hintergrund stand (z. B. wenn sich ein Mann mit einem stark ausgeprägten Selbstanteil von „wehrhaft“ und „stark“ verängstigt und wehrlos erlebt hat). Mit anderen Worten, ein häufig stattfindender innerer Dialog („Du bist wehrhaft ... stark ...“) wird aufgrund der Traumaerfahrung stark konterkariert und dadurch in Zweifel gezogen. Selbst-Verunsicherung und Selbst-Spaltung können die Folge sein.

Selbst-Spaltung bedeutet dabei eine Veränderung in der Konfiguration der Selbst-Anteile (der „Selbste“) in Richtung einer Fragmentierung und Polarisierung. Um die prätraumatischen vor den posttraumatischen Anteilen zu schützen, werden diese voneinander separiert (**posttraumatische Anpassung**). Dabei wird implizit (und fälschlicherweise) davon ausgegangen, dass das in einem Augenblick erfahrene Selbst das einzige und vollständige ist. Wird also das traumatisierte Selbst aktiviert, hat es das Gefühl, das „nur“ und „für immer“ traumatisierte Selbst zu sein. Angenommene Ursache für diese „Verabsolutierung“ ist ein psychischer Überlebensreflex, der das psychotische Auseinanderfallen von Erlebnisinhalten verhindern soll: Der Reflex zur **Selbst-Kohärenz**.

Dies hat zur Folge, dass entweder bestimmte Anteile nicht mehr wahrgenommen, d.h. nicht mehr aktiviert, oder ehemals verbundene Anteile gespalten werden. In jedem Fall stehen sie dem Betroffenen nicht mehr gleichzeitig zur Verfügung und „vereinseitigen“ somit seinen möglichen Erlebnisraum. Das

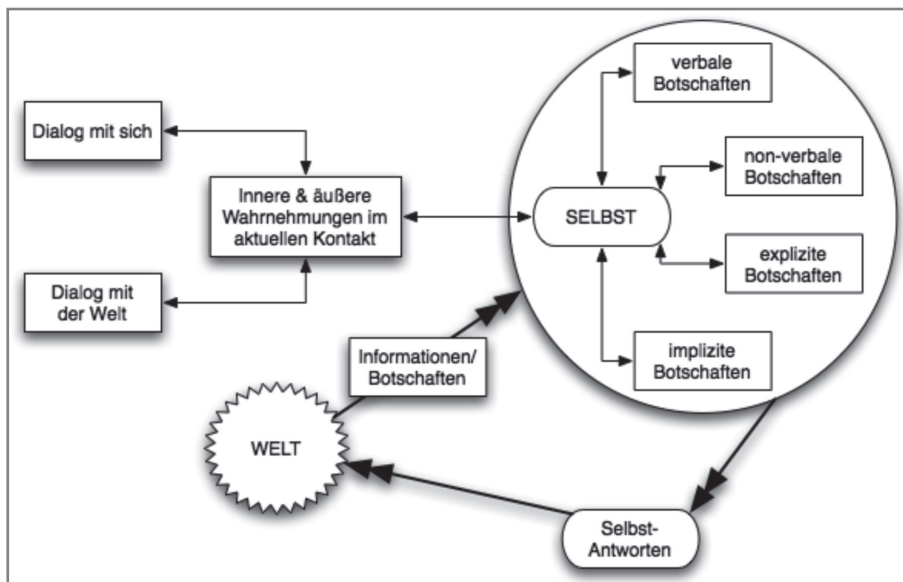


Abbildung 1: Konzeptionalisierung des Selbst in der integrativen Traumatherapie.

normalerweise breite Spektrum emotionaler Qualitäten wird eingeschränkt, so dass oftmals nur Trauer, Angst oder Leid zu spüren sind, jedoch nicht mehr Freude oder Neugier etc. Durch diese Spaltung wird ein Großteil der Energie für das nach innen gerichtete Abschotten der bedrohlichen Repräsentationen verwendet. Das ist gleichsam der Preis, den der Schutz nicht traumatisierter Selbst-Anteile kostet. Die gebundene Energie steht nicht für andere, innere oder äußere, Kontaktprozesse zur Verfügung. Oberstes Ziel des integrativen Ansatzes ist es, die fragmentierten Selbst-Anteile wieder zusammenzuführen.

Grundprinzip 3: Phasenhafter Verlauf

Dem phasenhaften Verlauf der Traumasymptomatik entsprechend, wird auch der posttraumatischen Anpassung, d. h. der Prozesse, die darauf abzielen, das Selbst nach einem traumatischen Ereignis funktionsfähig zu halten (z. B. mit Hilfe von Vermeidung), sowie der Therapie ein phasenhafter Verlauf unterstellt. Dieser wird in folgende Phasen unterteilt: Sicherheit, Stabilität, Konfrontation und Integration (s. a. Abschnitt 5).

Grundprinzip 4: Erfahrung statt Bewertung

Eines der Kernelemente des integrativen Traumaansatzes ist es, den Patienten anzuhalten, seine Symptome zu erfahren, anstatt sie zu bewerten. Maladaptive Bewertungen bekommen den Charakter eines symptomaufrechterhaltenden Faktors. Durch den Versuch, die mit dem traumatischen Ereignis assoziierten Angstsymptome als solche zu erfahren, ihre Entstehung und ihren Verlauf zu begleiten, ohne den Impuls, sie zu unterbrechen (beispielsweise durch Vermeidung), kann der Betroffene seine Beschwerden tatsächlich kennen lernen und bekommt dadurch über diese mehr Kontrolle. Dieser Aspekt der Bewusstheit hat bereits Eingang in die Psychotherapie gefunden und wird durch den Begriff der **Mindfulness** beschrieben (s. a. Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 2001). Wolfe (2005) beschreibt diesen Grundgedanken allgemein für alle Angststörungen: „If the patient was able to experience the anxiety associated with the catastrophic imagery, rather than trying to avoid or interrupt it, the anxiety eventually would give way to a variety of feared emotions, including rage, humiliation, shame, hopelessness/helplessness, and despair“ (S. 264).

Durch die Erfahrung statt Bewertung der Traumasymptomatik können dem Patienten die mit seinen Ängsten assoziierten Emotionen zudem besser gewahr werden: „Once patients were able to maintain a continual focus on the experience of their anxiety, one or more of the aforementioned frightening and painful emotions would be experienced“ (Wolfe, 2005, S. 264).

Grundprinzip 5: Trennung zwischen objektiver Wirklichkeit und subjektiver Realität

Die therapeutische Erfahrung und empirische Forschungsergebnisse (s. a. Brewin, 2005; Ehlers, 1999) zeigen übereinstimmend, dass traumatisierte Menschen primär nicht unter dem objektiven traumatischen Ereignis leiden, sondern unter dessen subjektiver Bewertung. Anders formuliert, steht in der Therapie häufig nicht das Ereignis selbst im Vordergrund, sondern die Art, wie sich der Betroffene darin erfahren hat (beispielsweise ohnmächtig, schutz- oder hilflos). Für diese Art und Weise des eigenen Erlebens sollte im Verlauf der The-

rapie mehr Toleranz seitens des Betroffenen entwickelt werden – denn sich nicht wieder auf diese Weise erleben zu wollen ist ein Ausdruck der Vermeidungstendenz, die dem traumatisierten Betroffenen innewohnt. Vor dem Hintergrund dieses Wirkprinzips wird versucht, die subjektive Bedeutungsgebung, bezogen auf das traumatische Ereignis, zu thematisieren.

Gleichzeitig kann es sein, dass durch das aktuelle traumatische Ereignis, vergangene, ebenfalls belastende bis traumatisierende Ereignisse reaktualisiert werden, die sich mit dem Symptombild häufig vermischen und im Verlauf der Therapie in ihrer pathogenen Wirkung auseinanderdifferenziert werden müssen.

Grundprinzip 6: Monitoring des Kontaktmodus

Nach dem Modell ist das Selbst des Menschen – wie weiter oben im ersten Grundprinzip bereits beschrieben – Ergebnis seiner Interaktionserfahrungen und als Prozess zu verstehen. Eine traumatische Erfahrung belastet diesen Prozess und kann ihn in extremen Fällen zum Erliegen bringen (Butollo & Hagl, 2003; Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Maragos, Rosner & Butollo, 2006). Auch die therapeutische Situation ist gleichermaßen ein Interaktionsprozess, der sich ebenfalls auf die Selbstprozesse des Patienten auswirken wird. Der Therapeut ist deshalb besonders angehalten, sich des Kontakts und der Kontaktgestaltung zu seinem Patienten immer wieder zu vergegenwärtigen (gleichsam seine Gegenübertragung zu überprüfen), um die Selbstprozesse des traumatisierten Patienten für die Therapie nutzbar zu machen, beispielsweise in dem er ihm diese widerspiegelt.

■ Beschreibung und Begründung der Einzelelemente

Wie einleitend bereits erwähnt, setzt sich der hier vorgestellte integrative Therapieansatz aus verhaltenstherapeutischen, humanistischen (prozesserfahrungsorientierte Therapie, dialogische Gestalttherapie), körperorientierten und imaginativen Verfahren zusammen.

Verhaltenstherapeutische Interventionen

Verhaltenstherapeutische Interventionen sind für den Bereich der Traumafolgestörungen bestens untersucht und evaluiert (s. a. Bisson & Andrews, 2007). Sie befriedigen ein grundlegendes Bedürfnis des Patienten, nämlich direkt an seinem Symptom anzusetzen und zu verändern (während der Fokus anderer therapeutischer Schulen häufig nicht primär auf dem Symptom liegt, was dem grundlegenden Bedürfnis mancher Patienten zuwiderlaufen kann). Dem Therapeuten steht demnach die gesamte Palette verhaltenstherapeutischer Interventionsstrategien zur Verfügung, wobei er sich vermutlich primär auf die Konfrontationsmethoden konzentrieren wird (s. z. B. Ehlers, 1999; Resick, 2003).

Techniken aus der humanistischen Psychotherapie

Den Mittelpunkt bilden hier nicht primär die traumatypischen Symptome, sondern die subjektive Bedeutungsgebung und Sinnhaftigkeit des traumatischen Ereignisses für den Patienten, seine u. U. stagnierenden Selbstprozesse, die Auswirkungen

auf seine Selbstaktualisierungstendenz und die Integration des Erlebten in dessen Lebensskript.

Hier stehen dem Therapeuten u.a. Techniken zur Steigerung der Awareness (auch der Körper-Awareness) seines Patienten zur Verfügung, zur Arbeit am Ausdruck von innerpsychischen Zuständen und natürlich Distanzierungs- und Konfrontationstechniken (Ein-Stuhl-, Zwei-Stuhl-Technik), wobei der dialogischen Exposition (s. Abschnitt 5.2) ein besonderer Stellenwert zukommt.

Körperorientierte Techniken

Eine traumatische Erfahrung ist immer auch eine körperliche Erfahrung – schließlich ist es der Körper, der dem traumatischen Ereignis direkt ausgesetzt ist. Ein Großteil der eine PTBS konstituierenden Symptome sind körperliche Prozesse, die klinisch unauffällig, adaptiv und aus der prätraumatischen Zeit bekannt sind, jedoch durch die Traumatisierung ihre adaptive Funktion verloren haben. Angst und Furcht haben beispielsweise die Funktion eines Alarms und signalisieren dem Menschen, dass er sich einer potentiellen Gefahr aussetzt; intrusive Gedanken sollen ihn möglichst gut auf eine potentielle Wiederholung des belastenden Ereignisses vorbereiten, indem sie dieses gleichsam vorwegnehmen; die Schreckhaftigkeit soll es ihm ermöglichen, auf eine mögliche Wiederholung vorbereitet zu sein etc. Besonders nach Gewalttraumatisierungen ist zu beobachten, dass der Betroffene sich von seinem Körper zu distanzieren versucht und ihn als etwas erlebt, was ein Eigenleben führt, das es zu kontrollieren gilt. Integratives Arbeiten an einer Traumatisierung bedeutet demnach auch, den Körper mit seinem (Körper-) Gedächtnis in die Therapie zu integrieren.

Imaginative Verfahren

Techniken der Imagination (z.B. Reddemann, 2007) können besonders in der Traumatherapie sehr hilfreich sein. Auf der einen Seite werden dadurch verhaltenstherapeutische Prinzipien umgesetzt (i. S. von Probehandeln, kognitive Probe, Konfrontation in sensu). Auf der anderen Seite fördern die Imaginationsübungen gerade die vom Patienten verlangte Fertigkeit, beispielsweise in Kontakt mit seinen Selbstanteilen (s. a. Abschnitt 5.2) zu kommen, um eine Veränderung i. S. einer Integration zu bewirken.

■ Therapeutisches Vorgehen

Phasenhafter Verlauf

Entsprechend dem phasenhaften Verlauf einer psychischen Traumatisierung – wie weiter oben bereits erwähnt – werden beim integrativen therapeutischen Vorgehen folgende vier Phasen mit bestimmten inhaltlichen Schwerpunkten unterschieden (s.a. Butollo, 2000; Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Butollo & Hagl, 2003; Maragkos, Rosner & Butollo, 2006; s.a. Butollo, Rosner & Wentzel, 1999):

Phase 1 und 2: Sicherheit und Stabilität

- Aufbau der therapeutischen Beziehung
- Aktivierung sozialer Ressourcen
- Ausführliche Diagnostik unter Bezugnahme von etablierten Instrumenten (wenn möglich)
- Atem- und Entspannungstechniken (wenn möglich)

- Differenzierter Umgang mit den Symptomen
- Sicherheit wahrnehmen und verfestigen
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Selbstakzeptanz
- Eigene Grenzen aktivieren und aufrechterhalten

Phase 3: Konfrontation

- Vergangene Traumatisierungen, die u.U. durch die aktuelle reaktualisiert werden, identifizieren und nach Möglichkeit die jeweilige Zugehörigkeit der Beschwerden bestimmen
- Erfassung der besonders belastenden Momente des traumatischen Ereignisses („hot spots“; Boos, 2005)
- Kognitive und emotionale Arbeit an der Wirkung des Traumas (Konfrontation i.S. der Verhaltenstherapie)
- Ausdruck und Toleranz gegenüber den eigenen emotionalen Zuständen
- Ich-du-Dialog mit dem Trauma (dialogische Exposition; s.a. Abschnitt 5.2)

Phase 4: Integration

- Annahme des Traumas
- Annahme der Veränderung
- Verortung des traumatischen Ereignisses im eigenen Lebensskript
- Diese Phasen lassen sich in der Praxis nicht strikt voneinander trennen und sind daher als Heuristik zu verstehen. Der Therapeut ist angehalten, sein Vorgehen mit der jeweiligen Phase der posttraumatischen Anpassung seines Patienten abzustimmen.

Dialogische Exposition

Im Rahmen des therapeutischen Vorgehens stehen dem Behandler mannigfaltige Interventionen zur Verfügung, inneren Zuständen Ausdruck zu verleihen: So ist neben Phantasie Reisen, der Arbeit mit körperlichen Empfindungen, Träumen usw. vor allem der Leerer-Stuhl-Dialog zu erwähnen. Diese Technik wurde für den Bereich einer psychischen Traumatisierung angepasst und als **dialogische Exposition** bezeichnet (s.a. Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Maragkos, Rosner & Butollo, 2006).

Grundprinzipien der dialogischen Exposition

Die dialogische Exposition ist an der Zwei-Stuhl-Technik der Gestalttherapie (s.a. Hartmann-Kottek, 2008) orientiert und dient der externalisierten Bearbeitung interner Selbst-Anteile. Sie kann sowohl als diagnostisches wie auch als therapeutisches Instrument eingesetzt werden. In der diagnostischen Verwendung können dadurch die Repräsentationen des Patienten abgeleitet werden. Für den Patienten selbst, aber auch für den Therapeuten wird somit deutlich, wie das Ereignis, die darin beteiligten Personen und Begebenheiten und auch die eigene Rolle während des Ereignisses in seinem Selbst abgespeichert wurde, d.h. repräsentiert ist. Als therapeutisches Mittel ermutigt sie den Patienten dazu, sich mit diesen Repräsentanzen in direkter aktiver Weise auseinanderzusetzen sowie aus seiner möglichen Opferrolle oder der Rolle des Ohnmächtigen herauszutreten. Er kann sich als Person mit der Möglichkeit zu kontrollieren und zu tun, d. h., in der Welt wirksam zu werden, erleben.

Das Ziel der dialogischen Exposition ist es, den Patienten in direktem Kontakt mit verschiedenen Anteilen seines Selbst (also verschiedenen Identitäten oder inneren Stimmen) zu bringen. Das können z. B. der traumatisierte, der noch gesunde, der wehrhafte, der aggressive oder auch der internalisierte Anteil (d. h. das Introjekt) des Aggressors bei einer durch Menschenhand verursachten Gewalttraumatisierung sein. Der Patient bekommt Gelegenheit, die verschiedenen Ich-Anteile miteinander in einen Dialog treten zu lassen, um diese beispielsweise miteinander zu versöhnen, so dass Schuldgefühle, Selbstvorwürfe usw. reduziert werden. Eine andere Möglichkeit der dialogischen Exposition besteht darin, den traumatisierten mit dem nicht traumatisierten Anteil in Kontakt zu bringen und sich austauschen zu lassen oder den traumatisierten/nicht traumatisierten Anteil mit der Repräsentanz des Täters (Täter-Introjekt) in Kontakt zu bringen und somit offene Gestalten zu schließen (z. B. sich nachträglich wehren, eine Entschuldigung verlangen o. Ä.).

Durchführung der dialogischen Exposition und Fallbeispiel
Im Folgenden wird ein fiktiver Ablauf einer solchen dialogischen Exposition dargestellt. Grundsätzlich können – in Abhängigkeit vom traumatischen Ereignis – verschiedene Arten von Dialogen durchgeführt werden. Im nächsten Beispiel wird davon ausgegangen, dass die Patientin in einen imaginierten Dialog mit dem Aggressor tritt. Bei dieser Art von dialogischer Exposition ist es unbedingt notwendig, vor Beginn sicherzustellen, dass:

- die Patientin die Phasen der Sicherheit und Stabilität gut durchlaufen hat, so dass sie über ein stabiles Erwachsenen-Selbst verfügt,
- keine Tendenz besteht, in dissoziative Zustände abzugleiten, und
- die therapeutische Beziehung so weit gefestigt ist, dass ein starkes und auf Vertrauen basierendes Arbeitsbündnis besteht.

Der Ablauf stellt sich wie folgt dar:

Den Patienten ins Jetzt bringen. Die erste Aufgabe des Therapeuten ist es, die Patientin ins Jetzt zu bringen. Dies geschieht am besten, indem man sie bittet, sich im aktuellen Moment zu beschreiben.

Th.: Frau X., können Sie mir sagen, wie Sie sich im Moment fühlen?

Pat.: Ich habe Angst und bin aufgeregt.

Th.: Können Sie mir etwas genauer beschreiben, wie sich das für Sie anfühlt?

Pat.: Es fühlt sich schwer an, wie ein Druck.

Th.: Wo in Ihrem Körper spüren Sie diese Schwere und den Druck?

Pat.: Hauptsächlich spüre ich es in meiner Brust. Es ist so, als ob ein Gewicht auf meiner Brust lastet.

Th.: Wie fühlt sich der Druck an?

Pat.: Hm, irgendwie erdrückend, als könnte ich nur sehr schwer atmen.

Th.: Stellen Sie sich vor, Ihre Brust hätte die Möglichkeit zu sprechen, was würde sie sagen?

Pat.: „Ich will hier weg, aber ich komme nicht raus. Ich bin gefangen.“

Th.: Wie ist es für Sie, gefangen zu sein?

Pat.: Es erinnert mich an die Vergewaltigung. Ich hatte damals die gleiche Empfindung.

Th.: Lenken Sie bitte noch einmal Ihre Aufmerksamkeit auf den Zustand Ihrer Brust. Sie sagten, die Brust würde sagen: „Ich will hier weg.“ Können Sie die Empfindung Ihrer Brust verstärken?

Pat.: Wenn ich das mache, dann habe ich den Eindruck, wird die Angst noch stärker ...

Th.: Überprüfen Sie, wie weit Sie dies zulassen wollen. Wenn Sie merken, die Angst wird zu stark, dann stoppen Sie.

Das Gegenüber wahrnehmen, d.h. beschreiben, ohne zu bewerten. Sobald sich eine Beziehung zum aktuellen Zustand der Patientin eingestellt hat, kann der Dialog mit dem jeweiligen Anteil beginnen. Als Erstes geht es darum, diesen zu beschreiben. In den meisten Fällen wird es wichtig sein, mit den Augen anzufangen, weil Kontakt meistens über die Augen hergestellt wird.

Th.: Wenn Sie so weit sind, dann setzen Sie den Täter auf diesen Stuhl. Können Sie mir beschreiben, was Sie sehen? Wenn es Ihnen möglich ist, fangen Sie mit den Augen an.

...

Th.: Wie sieht er Sie an? Was für einen Blick hat er?

...

Th.: Kommt Ihnen dieser Blick bekannt vor? Kennen Sie ihn, vielleicht aus Ihrer Vergangenheit?

...

Th.: Wie geht es Ihnen, wenn Sie die Augen beschreiben? Was geht Ihnen durch den Kopf, wie fühlen Sie sich, was macht Ihr Körper?

Der Therapeut sucht nun nach möglichen Verbindungslinien zu vergangenen Personen oder Ereignissen. Dies ist besonders in solchen Fällen nötig, in denen längst vergessene Ereignisse oder Personen aufgrund der aktuellen Traumatisierung auftauchen, ohne dass die Person sich das erklären kann, weil sie auf dem ersten Blick keine Verbindung finden kann. Stellt sich eine Verbindung zu vergangenen Inhalten heraus, dann ist es sinnvoll, den Patienten nach dieser zu fragen („Was ist das Gemeinsame dieser Situationen?“ oder „Worin liegen die Gemeinsamkeiten dieser zwei Situationen?“).

Der Therapeut fährt nun mit der Beschreibung der Haltung fort. Häufig lässt sich eine Entsprechung zwischen äußerer und innerer Haltung finden. Somit ist es wichtig, den Patienten zu fragen, was in ihm vorgeht, wenn er den Täter auf diese Weise (in dieser Haltung) wahrnimmt und ob er eine Vermutung hat, warum der Täter ausgerechnet diese Haltung eingenommen hat (eigentlich, warum der Patient ihn in dieser Haltung vor seinem geistigen Auge sieht).

Widerstand. Kommt die Patientin in Kontakt mit ihrem Widerstand, so stellt der Therapeut diesen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Pat.: Ich kann ihn nicht mehr anschauen ...

Th.: Gut, wenden Sie bitte Ihren Blick von ihm ab; schauen Sie sich etwas anderes im Raum an. Können Sie mir sagen, was Sie dazu veranlasst hat, nicht mehr hinschauen zu wollen?

Pat.: Er macht mir Angst ...
 Th.: Was befürchten Sie konkret? Was kann passieren?
 Pat.: Ich muss wieder an die Situation von damals denken. Ich habe Angst, dass es jetzt dann wieder passieren wird.
 Th.: Das kann ich gut nachvollziehen. Bedenken Sie, dass Sie hier in einem geschützten Raum sind, in dem Ihnen nichts passieren kann. Sie haben die Möglichkeit, zu gehen oder zu bleiben, weiterzumachen oder zu stoppen, d.h., Sie können entscheiden. Dort und damals war das nicht möglich, aber im Hier und Jetzt ist das sehr wohl möglich. Versuchen Sie sich bitte – zumindest gedanklich – klarzumachen, dass die belastende Situation der Vergangenheit angehört. Sie macht Ihnen zwar noch zu schaffen, aber sie ist dennoch vorüber. Wie ist es für Sie jetzt?

Ausdruck. Wenn der Blick und die Haltung beschrieben worden sind und die Patientin die Möglichkeit hatte, die Entsprechung dessen, was sie wahrgenommen hat, zu empfinden und zu verbalisieren, kann der Therapeut einen weiteren Schritt wagen.

Th.: Schauen Sie, ob Sie den Impuls haben, ihm etwas zu sagen.
 Pat.: Ich möchte schon, aber ich habe Angst ...
 Th.: Sie müssen es nicht laut sagen, wenn Sie nicht wollen. Lassen Sie sich Zeit. Darf ich fragen, ob Sie das, was Sie sagen wollen, bereits innerlich formuliert haben?
 Pat.: Ja, ich habe es in meinem Kopf.
 Th.: Welcher Teil in Ihnen ist für diese Formulierung verantwortlich? Wo kommt diese Formulierung her?
 Pat.: Es ist der starke Teil, der den schwachen schützt.
 Th.: Gut. Können Sie in Ihrer Vorstellung diese beiden Teile zusammenbringen? Vielleicht hilft Ihnen das Bild, dass ein großer Bruder seinem kleinen zu Hilfe eilt, wenn dieser in Not ist.
 Pat.: Ja, das kann ich.
 Th.: Können Sie mir beschreiben wie diese beiden Teile zueinander stehen? Welche Haltung haben diese beiden Teile eingenommen?

Durch diese Art des Arbeitens erfährt die Patientin eine Unterstützung durch sich selbst, d.h., sie mobilisiert einen noch kräftigen Anteil in ihrem Selbst, um den schwächeren Anteil zu unterstützen.

Th.: Möchten Sie ihm etwas sagen?
 Pat.: Ja, ich möchte ihm sagen, wie sehr sich mein Leben durch das, was er mir angetan hat, verändert hat.
 Th.: Gut, sagen Sie ihm das, und achten Sie dabei darauf, ihm in die Augen zu schauen.
 Pat.: Durch das, was du ... Sie ..., ich weiß nicht, ob ich du oder Sie sagen soll.
 Th.: Was wäre für Sie angemessen?
 Pat.: Ich weiß nicht ... Das „Du“ ist so privat und nah, und das „Sie“ zeugt von Respekt, den ich aber nicht vor ihm haben möchte ...
 Th.: Lassen Sie sich Zeit, und überlegen Sie, was für Sie angemessener wäre.
 Pat.: Ich glaube, ich sage lieber „Sie“ zu ihm. Ich habe zwar keinen Respekt vor ihm, aber das „Du“ ist mir zu nah.

Th.: Ich finde es gut, dass Sie sich Zeit genommen und überprüft haben, welche Anrede geeigneter ist. Während wir diese Übung machen, ist das sehr wichtig. Greifen Sie auch weiterhin auf diese Möglichkeit zurück, wenn Sie nicht sofort wissen, wie Sie sich entscheiden wollen. Doch lassen Sie uns noch mal in die aktuelle Situation zurückkehren. Möchten Sie ihm nun den Satz sagen?
 Pat.: „Durch das, was Sie mir angetan haben, hat sich mein ganzes Leben verändert ... Ich bin nicht mehr glücklich und sehne mich danach, wie ich vorher war ... ich kann nicht schlafen ... ich muss ständig an das Ereignis denken, obwohl ich es nicht will ...“
 Th.: Sie machen das sehr gut! Wie ist es für Sie, wenn Sie das sagen?
 Pat.: Ich habe Schwierigkeiten, nicht zu weinen. Ich möchte aber nicht, dass er mich weinen sieht. Ich möchte ihm nicht so viel Macht über mich geben.
 Th.: Wenn Sie wollen, dann können Sie ihm genau das sagen: „Ich möchte nicht vor Ihnen ...“ Möchten Sie es versuchen?
 Pat.: „Ich möchte nicht, dass Sie mich weinen sehen ... Ich möchte Ihnen nicht so viel Macht über mich geben ...“
 Th.: Gut. Wie fühlt sich das an?
 Pat.: Komisch, aber es ist etwas erleichternd.
 Th.: Wenn Sie einverstanden sind, schlage ich vor, eine kurze Pause zu machen. Besinnen Sie sich zurück auf sich. Achten Sie auf den Zustand Ihres Körpers ...

Es empfiehlt sich, Pausen einzulegen. Das schafft sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten Orientierung. Beide können sich noch mal absprechen und ein kurzes Resümee über den erfolgten Konfrontationsblock ziehen. Zudem dienen solche Pausen der Stabilisierung des Patienten, weil er die Erfahrung macht, nicht die ganze Situation auf einmal durchgehen zu müssen, sondern Stück für Stück, wodurch auch ein gewisses Maß an Kontrolle wiedergewonnen werden kann. Die dialogische Exposition ist so lange durchzuführen, bis die Situation für den Patienten abgeschlossen ist. Dies kann mehrere Sitzungen in Anspruch nehmen. Getreu der Aussage von Perls: „Langeweile entsteht dann, wenn Lernen nicht mehr möglich ist“, gilt eine Situation dann als abgeschlossen, wenn der Patient nichts mehr für sich entdecken kann. Dies muss nicht für immer gelten, sondern nur für den Moment. Die jetzt anstehende Aufgabe ist es, einen guten Platz für diese – nun abgeschlossene – Gestalt zu finden (Phase der Integration). Es sollte ein Platz sein, der angemessen ist und zu dem ein Zugang besteht, so dass das Erarbeitete wieder hervorgeholt werden kann, wenn es notwendig erscheint.

■ Typische Gegenübertragungs- und Beziehungsfällen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen

Die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung gerade in der integrativen Therapie mit traumatisierten Menschen wurde bereits einleitend hervorgehoben. Sie bildet das Fundament, auf dem sich die therapeutischen Grundprinzipien und Inter-

ventionen aktualisieren und lebendig werden. Gleichzeitig ist die therapeutische Beziehung jedoch auch ein Raum, in dem sich der Therapeut mit Bedacht bewegen muss, denn sein Patient kann darin – bewusst oder unbewusst – Fallen stellen, auf die der Therapeut mit Gegenübertragungen reagieren kann, die sich nicht nur negativ auf die therapeutische Beziehung, sondern auch auf die Wirksamkeit der Psychotherapie an sich auswirken können. In diesem Abschnitt werden einige dieser Gegenübertragungs- und Beziehungsfallen genauer beschrieben (s. a. Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Butollo & Maragos, 2008).

„Testen“ des Therapeuten

Der Therapeut muss sich mit dem Gedanken anfreunden, dass der traumatisierte Patient ihn vor Beginn der Therapie möglicherweise „testet“ (s. a. Weiss & Sampson, 1986). Das Testen kann schon im Eingangsgespräch stattfinden, in dem beispielsweise das traumatische Ereignis sehr markant und detailreich präsentiert wird, um zu sehen, ob der Therapeut die Erzählungen überhaupt „aushalten“ kann, d.h. letztendlich, ob er den Patienten „aushalten“ kann. Ein Test kann auch sein, wenn der Patient seinen Therapeuten fragt, ob er denn überhaupt jemals etwas vergleichbar Schlimmes erlebt habe, und falls nicht, wie er sich vorstelle, jemandem mit dieser Erfahrung dann überhaupt helfen zu können, wenn er doch gar nicht wisse, wovon er spricht.

Die therapeutische Erfahrung zeigt, dass es hilfreich ist, sich auf dieses Testen einzulassen, nicht jedoch auf einen Argument-Gegenargument-Austausch. Ratsamer ist es, die hinter diesem Testen häufig anzutreffenden Befürchtungen des Patienten, er sei nicht an der richtigen Adresse, aufzugreifen und zu thematisieren. In der Regel reichen die ersten Gespräche aus, um dem Patienten die Sicherheit zu geben, die er benötigt. Stellt sich diese nicht ein, so kann es günstig sein, mit dem Patienten darüber zu sprechen und u. U. auf diese Weise eine Klärung herbeizuführen. Die Konsultation des eigenen Supervisors erweist sich darüber hinaus sehr häufig als hilfreich.

Verstrickung in eine konfluente Therapeut-Patient-Beziehung

In der Traumatherapie ist der Therapeut mit massiven, oft äußerst gewaltsamen und tragischen Erfahrungen konfrontiert. Mehr als bei der Therapie von anderen psychischen Auffälligkeiten spürt er die Einladung, nicht nur als professioneller Behandler, sondern auch als Mensch auf die Erfahrungen seines Patienten zu reagieren. Unserer Erfahrung nach ist es zwar wichtig, dass der traumatisierte Mensch seinen Therapeuten auch als Menschen mit entsprechenden Reaktionen wahrnehmen kann, trotzdem ist von einer konfluente Beziehungsgestaltung zu warnen, denn der Therapeut ist – besonders zu Beginn der Behandlung – zunächst einmal eine Stütze für den Patienten. Wenn er zu sehr die Rolle des Beschützers einnimmt oder – schlimmer noch – die eines Mit-Opfers, so dient das nicht der Therapie, sondern ist häufig Zeichen therapeutischer Hilflosigkeit. Denn beides kann dazu führen, dass er seinen Patienten in seiner Hilflosigkeit bestärkt und ihm somit Möglichkeiten nimmt, seine noch stabilen Selbstanteile zu aktivieren und sich trotz der traumatischen Erfahrung als selbstwirksam zu erleben.

Instrumentalisierung des Patienten als Objekt narzisstischer Bestätigung des Therapeuten

Der Beruf der Psychotherapeuten beinhaltet per se einen voyeuristischen und narzisstischen Aspekt. Im Laufe einer Therapie bekommt der Therapeut einen wichtigen Status im Leben des Patienten, bleibt aber mit seinem eigenen Hintergrund außen vor. Das dadurch entstehende Gefälle in der Beziehung ist jedoch wichtig – u. a., um die therapeutische von einer alltäglichen Beziehung abzugrenzen.

Daneben besteht aber die Gefahr von „Allmachtsgefühlen“, die den innerpsychischen Raum des Therapeuten okkupieren können. Zu Recht gehören die Momente in einer Therapie, in denen der Patient – häufig nach langem Bemühen – eine positive Veränderung erreicht, zu den schönsten, sowohl für ihn selbst als auch für seinen Therapeuten. Zu Recht „darf“ der Therapeut dann auch stolz auf sich und seine Bemühungen sein. Auf der anderen Seite ist jedoch gerade im Traumabereich zu beobachten, dass die therapeutische Arbeit zu einem nicht mehr vertretbaren Anteil als narzisstische Bestätigung des Therapeuten dient. Die Genesung des Patienten wird zwar zum vordergründigen Therapieziel erklärt, kaschiert aber in Wahrheit die dahinterliegenden narzisstischen Bedürfnisse des Behandlers, ist doch die Arbeit mit Opfern von Traumatisierungen ein Bereich, der mit besonderen Grenzsituationen und -erlebnissen assoziiert ist. Hier sind die Traumatherapeuten aufgefordert, ein besonders wachsames Auge auf ihre narzisstischen Anteile zu haben und angemessene Selbstreflexion zu betreiben.

(Blinder) Aktionismus

Gemäß der Bindungstheorie aktiviert ein traumatisches Ereignis das Bindungssystem des betroffenen Menschen und kann im Verlauf chronisch aktiviert bleiben. Das Schreckliche, was dem Patienten widerfahren ist, und das daraus resultierende Leid, das gut spürbar ist, kann im Gegenzug das Fürsorgesystem des Therapeuten triggern – als Pendant zum aktivierten Bindungssystem des Betroffenen. Beim Versuch, seinem traumatisierten Patienten „besonders gut“ zu helfen, kann er nun in einen Aktionismus verfallen, dessen eigentliche Funktion nur das Übertünchen der eigenen therapeutischen Hilflosigkeit ist. Der Stopp in den Selbstprozessen des Patienten (i. S. einer Veränderung) ist gleichsam der Motor für die (übertriebene) Aktivität beim Therapeuten. Gefahr besteht vor allem dann, wenn die ersten Stabilisierungsversuche des Therapeuten nicht sofort fruchten. Statt sich daran zu erinnern, dass in der Traumatherapie eine Stabilisierungsphase oft ungewöhnlich lang andauern kann, erlebt der Therapeut dies als Niederlage. Mit anderen Worten, die Ohnmacht des Patienten kann zur Ohnmacht des Therapeuten werden, der dieser wiederum dadurch begegnet, dass er alle möglichen Interventionen ausprobiert, um wenigstens eine gewisse Besserung zu erreichen.

Ungeduld

Die Traumatherapie unterscheidet sich von der Therapie anderer psychischer Auffälligkeiten u. a. durch die teilweise lang anhaltende Stabilisierungsphase zu Beginn – wenn dieser Aspekt auch in letzter Zeit kritisch diskutiert wird (s. a. Neuner, 2008). Während der Therapeut es möglicherweise

gewöhnt ist, nach den ersten Sitzungen bereits mehr oder minder konkret an den festgelegten therapeutischen Zielen zu arbeiten, kann es hier wesentlich länger dauern. Hier gilt es zu akzeptieren, dass jeder Patient sein eigenes Tempo hat und unterschiedlich lange braucht, bis er sich stabil genug fühlt, um an dem konkreten Geschehen zu arbeiten (Konfrontationsphase, s.a. Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002). Natürlich ist auch zu überlegen, ob es sich bei solchen Verzögerungen um klassische Vermeidungsstrategien handelt. Hier hilft ein klares Benennen dieses Eindrucks seitens des Therapeuten, ohne den Patienten zusätzlich unter Druck zu setzen.

Innere Beschimpfungen des Therapeuten

Einer der wichtigsten Aspekte in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zum traumatisierten Patienten ist die Fähigkeit des Therapeuten, ihn und das aus der traumatischen Erfahrung resultierende Leid anzunehmen und zu akzeptieren. Dies kann schwierig werden, wenn der Patient beispielsweise während der Traumatisierung ein Verhalten gezeigt hat, das für den Therapeuten nicht nachvollziehbar ist (beispielsweise eine Patientin, die sich – aufreizend gekleidet – per Anhalter hat mitnehmen lassen und im Zuge dessen sexualisierte Gewalt erleben musste). Dies kann unausgesprochen zum Vorwurf seitens des Therapeuten gemacht werden. Hat der Patient in den Augen des Therapeuten Verantwortung oder gar Schuld für seine Traumatisierung auf sich geladen, besteht die Gefahr, dass er ihn, wenn nicht äußerlich, so doch innerlich „beschimpft“. Die Glaubhaftigkeit des Therapeuten und seine Motivation werden – so ist anzunehmen – darunter leiden. Hier werden eine gute innere Stabilität und Differenziertheit vom Therapeuten verlangt, nicht in einem Agieren Zuflucht zu suchen, sondern den Patienten nach seinen bestmöglichen Möglichkeiten zu behandeln, auch wenn er mit seinem Verhalten nicht einverstanden ist. Nur wenn der Patient spürt, dass er ein vorurteilsfreies Gegenüber hat, kann er seinen Eigenanteil (und der Patient wird häufig Gründe finden, sich selbst eine Mitschuld an einer traumatischen Erfahrung zu geben) in einem geschützten Rahmen untersuchen und daraus lernen.

Deplatzierte self-disclosure des Therapeuten

Self-disclosure, d.h. die Selbstöffnung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten, ist im Rahmen der Traumatherapie ein wichtiger Aspekt, um zu Beginn die Therapeut-Patient-Beziehung zu festigen und so das Fundament für die Bearbeitung der Traumasymptomatik zu schaffen. Vorsicht ist dann geboten, wenn der Therapeut sich zu stark mit seinen Reaktionen dem Patienten öffnet, ganz besonders wenn es um die Verbalisierung von Gefühlen der Betroffenheit geht. Für den Patienten könnte das bedeuten, dass er anfängt, sich für den Zustand seines Therapeuten verantwortlich zu fühlen und ihn deshalb im weiteren Verlauf der Therapie schonen wird, um nicht mehr „Schaden“ anzurichten. In diesem Fall haben sich somit die Rollen vertauscht, und für den Patienten wird der Therapeut zu einem weiteren Menschen, vor dem er sich „zusammenreißen“ muss.

Überflutung des Therapeuten

Traumatherapie verlangt vom Therapeuten ausreichend Stabilität, den teilweise grauenerregenden Schilderungen seines

Patienten beizuwohnen und diese mit ihm zu tragen. Es ist die Verantwortung des Behandlers, darauf zu achten, dass er dies kann. Ein Kunstfehler ist es, wenn er sich aufgrund eines missverstandenen Pflicht- und Verantwortungsgefühls zwingt, sich bedrohlichen Inhalten auszusetzen, ohne über ausreichend „Puffer“ zu verfügen, z. B. kollegiale Intervention oder Supervision. Ein guter Indikator dafür, wie stark der Therapeut in die traumatischen Erlebnisse seiner Patienten involviert ist, ist der gute und gesunde Kontakt zu seiner eigenen Freude. Fängt er an, sich darin zurückzuhalten, da es sich – im Angesicht dessen, was seine Patienten erlebt haben – nicht ziemt, so ist das ein erstes, jedoch ernst zu nehmendes Warnsignal.

Schuld

In einem engen Zusammenhang zur möglichen Überflutung des Therapeuten steht das Thema Schuld, dessen extremes Ausmaß eine Art „Überlebens-Schuld“ (z. B. bei KZ-Häftlingen) ist. Der Therapeut kann sich dabei ertappen, sich schuldig zu fühlen allein durch den Umstand, dass ihm nicht das widerfahren ist, was sein Patient erlebt hat. Auch hier ist es zu einer Überflutung gekommen, vermutlich weil die Grenzen des Therapeuten nicht stabil genug waren, um ihn davor zu schützen. Aktionismus kann eine mögliche (nicht angemessene) Reaktion darauf sein, was zu einer Verstrickung des Therapeuten in das Traumagefüge des Patienten führen kann.

Empathie-Verlust

Durch Überarbeitung, aber auch durch den Kontakt mit einigen wenigen besonderen Schicksalen von Patienten, kann es zu einem Erlahmen der Empathiefähigkeit des Therapeuten kommen. Die Grenze zwischen dem Erleben des Patienten und dem des Therapeuten wird im Kontakt gleichsam „undicht“, so dass der Therapeut ein Übermaß an Last seiner Patienten mitträgt. Im Sinne eines Selbstschutzes kann sich emotionale Taubheit mit dem Verlust der emotionalen Reagibilität einstellen. Er schützt sich, indem er sich emotional taub werden lässt, d.h., der Therapeut zeigt selbst ein typisches Symptom (numbing) traumatisierter Menschen und wird somit zum sekundär Traumatisierten. Da Empathie eines der Hauptwerkzeuge des Traumatherapeuten ist, ist er aufgefordert, dieses zu pflegen. Dies geschieht, in dem er achtsam und sparsam mit seinen Ressourcen umgeht, auf seine innere Welt und deren Stabilität achtet und seine Energie wohlüberlegt investiert. Er schützt sich, wenn es gilt, sich zu schützen, und öffnet sich, wenn Öffnung verlangt wird.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass die Grenzen zwischen den in diesem Abschnitt besprochenen Gegenübertragungs- und Beziehungsfällen verwischen können. Sich stellvertretend für den Patienten schuldig zu fühlen, setzt beispielsweise einen Verlust der Grenzen voraus. Schuld kann weiterhin ein Faktor sein, der zum Aktionismus antreiben kann usw. Dem Therapeuten bleibt nichts anderes übrig, als achtsam mit sich umzugehen. Das Monitoring, eine Strategie, die häufig bei der Betreuung von akut Traumatisierten eingesetzt wird, ist für den Traumatherapeuten während der gesamten Therapie von eminenter Bedeutung. Achtsamkeit kann nicht verhindern, dass sich die genannten Gefühle, Zustände und Impulse beim

Therapeuten manifestieren, aber sie kann verhindern, dass er primär gesteuert darauf reagiert.

■ Literatur

- American Psychiatric Association (2003). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR (Textrevision). Dt. Bearbeitung v. H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- Bisson, J.I. & Andrew, M. (2007). Psychological Treatment for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Cochrane: Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Boos, A. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. Göttingen, Hogrefe.
- Brewin, C. (2005). PTSD: Disorder of memory or disorder of identity. Vortrag, gehalten auf der 9. European conference on traumatic Stress (ECOTS), Stockholm, 18.-21. Juni 2005.
- Butollo, W. (2000). Therapeutic implications of a social interaction model of posttraumatic stress. *Journal of Psychotherapy Integration*; 4:357-374.
- Butollo, W. & Hagl, M. (2003). Trauma, Selbst und Therapie. Bern, Huber.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (2002). Leben nach dem Trauma. Pfeiffer, München.
- Butollo, W. & Maragos, M. (2008). Integrative Modelle. In: Hermer M. Röhrle B (ed.): *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. DGVT-Verlag, 1221-1237.
- Butollo, W., Rosner, R. & Wentzel, A. (1999). Integrative Therapie bei Angststörungen. Bern, Huber.
- Ehlers, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen, Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elliott, R. & Greenberg, L.S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy: Dialogues between aspects of the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 225-239.
- Foa, E.B. & Kozak, M.B. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Goldfried, M.R., Pachankis, J.E. & Bell, A.C. (2005). A history of Psychotherapy Integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 24-60). Oxford, University Press.
- Greenberg, L.S., Rice L.N. & Elliott R. (2003). Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Hartmann-Kottek, L. (2008). *Gestalttherapie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Hermans, H.J.M. & Dimaggio, G. (2004). The dialogical self in psychotherapy. London: Brunner-Routledge.
- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J. & van Loon, R.J. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 1, 23-33.
- Kabat-Zinn, J. & Kabat-Zinn, M. (2001). *Achtsamkeit*. Freiburg: Herder.
- Lester, D. (1992). The disunity of the self. *Personality and Individual Differences*, 13, 947-948.
- Lester, D. (2007). A Subself Theory of Personality. *Current Psychology*, 26, 1-15.
- Maercker, A. & Karl, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie* (3. Aufl.; S. 969-1009). Bern: Huber.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. II.; S. 105-124). Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.
- Maercker, A. & Rosner, R. (2006). Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Maragos, M. (in press). Die Posttraumatische Belastungsstörung – Epidemiologie, Ätiologie und Therapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*.
- Maragos, M., Rosner, R. & Butollo, W. (2006). Ein integrativer Ansatz zur Behandlung der PTBS: Kombination von Gestalttherapie und Verhaltenstherapie. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung* (S. 86-101). Stuttgart: Thieme.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109-118.
- Norcross, J.C. (2005). A primer on Psychotherapy Integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 3-23). Oxford: University Press.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford: University Press.
- Norcross, J.C. & Napolitano, G. (1986). Defining our Journal and ourselves. *International Journal and ourselves. International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5, 249-255.
- Reddemann, L. (2007). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren (13. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Resick, P. (2003). *Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern, Huber.
- Stiles, W.B., Osatuke, K., Glick, M.J. & Mackay, H.C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: an elaboration of the assimilation model. In H.J.M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). London: Brunner-Routledge.
- Watkins, H.H. & Watkins, J.G. (2005). *Ego-States – Theorie und Therapie: Ein Handbuch*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Weiss, J. & Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford.
- Wolfe, B.E. (2005). Integrative Psychotherapy of the Anxiety Disorders. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 263-280). Oxford: University Press.

■ Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. phil. Markos Maragos, Dipl.-Psych.
 Department Psychologie
 Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Ludwig-Maximilians-Universität München
 Leopoldstr. 13 | 80802 München
 Tel.: 089-2180-5179 | Fax: 089-2180-99-5179-1
 E-Mail: maragos@psy.lmu.de