

Matthias Barth

Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen

Zusammenfassung: *Nicht bloß hinsichtlich Vertrauensaufbau und Stabilisierung hat der personenzentrierte Zugang in der Therapie von folter- und kriegstraumatisierten Menschen wertvolles Potenzial. Nebst dem Fördern von Selbstkompetenz im Umgang mit posttraumatischen Symptomen will die Gesprächspsychotherapie vor allem eine möglichst weitgehende Erfahrungsintegration unterstützen. Im Fokus der konkreten Therapiearbeit stehen dabei weniger die Trauma-Erlebnisse als solche, als vielmehr der aktuelle innere Bezug des Einzelnen zu seinen Erfahrungen. Einleitend und rahmengebend wird die posttraumatische Psychodynamik unter dem Blickwinkel der Aktualisierungstendenz betrachtet.*

Schlüsselwörter: *Posttraumatische Symptome, Aktualisierungstendenz, Integration traumatischer Erfahrung*

Abstract: *Person-centered therapy with traumatized victims of war and torture. In therapy for victims of war and torture the person-centered approach has to offer more than just an increase in the patient's confidence and a basic psychic stabilization. Besides strengthening the patients' own ability to deal with their posttraumatic symptoms, the person-centered therapy aims, above all, to support as far as possible the integration of traumatic experience. In practical work, more than the traumatic experiences as such, the inner response towards these experiences is of evident importance. As a theoretical framework, a brief introductory part of this text reflects the posttraumatic psychodynamics under the aspect of the actualizing tendency.*

Keywords: *Posttraumatic symptoms, actualizing tendency, integration of traumatic experience*

Wer Menschen mit komplexen Traumatisierungen, wie sie durch Folter und Krieg verursacht werden, bloß mit Therapietechniken und -programmen gerechtzuwerden versucht, verkennt die psychische Situation der Betroffenen. Für diese Klientel einfache Hilfe und Heilung zu versprechen, sichert zwar die Aufmerksamkeit von Kongressveranstaltern und Krankenkostenträgern, nicht aber jene der Fachleute, die mit Schwertraumatisierten im konkreten Behandlungsalltag zu tun haben. Diese wissen, dass hier zähe und oft langwierige Arbeit wartet, welche alle Beteiligten fachlich und menschlich auf unterschiedlichsten Ebenen fordert.

Anders als bei einfachen Traumatisierungen klingen hier die posttraumatischen Symptome oft auch bei optimaler Unterstützung nicht nach wenigen Wochen oder Monaten ab, sondern können über Jahre hin das Leben der Betroffenen beeinträchtigen und allmählich chronifizieren. Solchen Entwicklungen entgegenzuwirken und die Patienten darin zu unterstützen, möglichst viel an eingebüßter Lebensqualität zurückzuerobert, lässt sich als realistisches Ziel einer therapeutischen Begleitung umschreiben.

Die Klientel, von der wir hier sprechen, ist nur in Bezug auf die Abgründigkeit der erlebten Traumatisierungen vergleichbar, hinsichtlich der psychischen Ressourcen und Bewältigungspotenziale ist sie jedoch völlig heterogen. Sehr oft waren die Betroffenen vor ihren traumatischen Erlebnissen psychisch unauffällige, stabile

Persönlichkeiten, die dann einem Maß an fortgesetzter, erschütternder und unkontrollierbarer Gewalt ausgesetzt waren, welches ihre Bewältigungs- und Integrationsmöglichkeiten nachhaltig überstieg.

Die daraus resultierenden Leidensformen sind hinlänglich bekannt: Überflutung durch traumageprägte innere Bilder, Flashbacks, Alpträume, Angst- und Panikerleben, Dissoziationen, vegetative Übererregung, Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Rückzug und Interesselosigkeit – zuweilen verbunden mit unablässigen, medizinisch nicht begründbaren Schmerzen, Depressionen, Scham- und Schuldgefühlen, Vertrauensverlust sowie Anfälligkeit für Substanzabhängigkeiten. Die Ausdrucksformen, von denen hier nur einige der häufigsten genannt sind, können wechseln, zu Zeiten aber auch weitgehend verschwinden und plötzlich durch innere oder äußere Auslöser wieder aktiviert werden.

Auch wenn sich diese Phänomene im Behandlungskontext als „Symptome“ manifestieren, darf nie vergessen werden, dass sich dahinter meist über Jahre kumuliertes Leiden verbirgt, welches seinen Ursprung in gesellschaftlichen Konflikten, dem Entstehen für politische Überzeugungen, Entrechtung, Vertreibung, Erniedrigung, dem Verlust von Angehörigen und Freunden oder unmenschlicher Behandlung in Foltereinrichtungen und Gefängnissen hat. Allzu leicht werden die Symptome auf eine rein klinische Betrachtungsebene

geschoben, welche von diesen so zentralen Aspekten der Realität der Betroffenen abgekoppelt ist (Becker, 2006, 2009).

Die Grundzüge der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen sind oft herausgearbeitet worden. Meist werden drei zentrale Bereiche der Therapiearbeit unterschieden: Das Wiedergewinnen von Vertrauen und Sicherheit, das emotionale und gedankliche Verarbeiten des Erlebten und schließlich dessen bewusste Integration (z. B. Herman, 1994). Autoren unterschiedlicher Therapierichtungen nehmen dieses Grundscheema auf, unterscheiden sich jedoch voneinander in der konkreten Umsetzung.

Implizit lehnt sich auch der vorliegende Beitrag an diese Grundstruktur an. Hier wird beabsichtigt, einige Besonderheiten in der Arbeit mit Traumatisierungen durch Krieg und Folter aufzuzeigen und spezifische Stärken der personenzentrierten Psychotherapie in diesem Arbeitsfeld darzustellen. Zunächst jedoch ein Blick auf einen für das personenzentrierte Verständnis der posttraumatischen Psychodynamik und die Behandlung von Traumatisierten hilfreichen theoretischen Aspekt:

Die posttraumatische Psychodynamik unter dem Aspekt der Aktualisierungstendenz

Posttraumatische Störungen lassen sich unter vielen Gesichtspunkten konzeptualisieren. Namentlich die neuropsychologische Forschung hat in den letzten Jahren viel zum Verständnis posttraumatischer Verarbeitungsprozesse beigetragen. Auch Autoren personenzentrierter Ausrichtung stellen in Theorie und Praxis unterschiedliche Aspekte der posttraumatischen Dynamik in den Vordergrund (GwG-Akademie, 2008). Perspektivische Vielfalt scheint der Komplexität der inneren Vorgänge bei schwer Traumatisierten angemessen und dürfte einer differenzierten Behandlung zuträglich sein.

Ein pragmatisches Modell, welches zum Verständnis der posttraumatischen Psychodynamik beitragen will, lässt sich aus dem von Rogers postulierten Axiom der „Aktualisierungstendenz“ ableiten (Rogers, 1959a/1987, S. 20ff). Als pragmatisch lässt es sich bezeichnen, weil es in konkreten Behandlungssituationen als Reflexionsgrundlage dienen kann und zahlreiche Erlebensformen der Patienten in einen erklärbaren Zusammenhang zu stellen vermag.

Als Aktualisierungstendenz wird die allen lebendigen Organismen eigene Ausrichtung auf Erhaltung und Entwicklung bezeichnet. Sie lässt sich in Bildern wie dem der Wundheilung, der kindlichen Entwicklung oder der Evolution darstellen. In seiner Persönlichkeitstheorie subsummiert Rogers darunter nicht bloß die Tendenz zur organismischen Erhaltung und Optimierung an sich, sondern zugleich auch das Streben nach dem Erhalten und Entwickeln eines unversehrten Selbsterlebens. Dies verlangt im Kontinuum des Lebensprozesses fortwährende Aktualisierung und Neuanpassung der Selbstkonzepte (Selbstaktualisierung). Je angemessener und

differenzierter diese Anpassung gelingt, desto größer ist die sogenannte „Kongruenz“ einer Person.

Das Konzept der Aktualisierungstendenz besagt gleichsam, dass der Organismus stets sein Möglichstes tut, um einer Beeinträchtigung seiner Funktionen entgegenzuwirken. Er sucht nach Bewältigungsmöglichkeiten auf allen Ebenen. Dies gilt auch bei einer Traumatisierung. Im günstigen Fall kann das traumatische Ereignis angemessen integriert werden, wie etwa beim gebrannten Kind, welches im Umgang mit Feuer zwar Vorsicht, aber keine unverhältnismäßigen Ängste entwickelt.

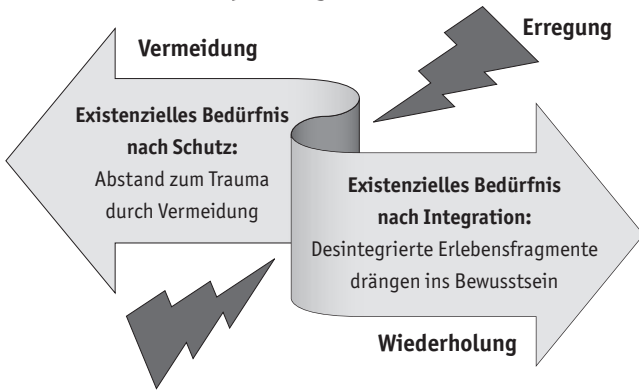
Im Falle einer posttraumatischen Störung findet der Organismus keine angemessene Bewältigungsmöglichkeit. Vielmehr scheinen verschiedene Bewältigungsversuche miteinander zu kollidieren und sich mit Blick auf ihre jeweiligen Ziele gegenseitig zu stören und zu blockieren.

Ohne weiteres verständlich sind unter dem Blickwinkel der Aktualisierungstendenz die auf *Vermeidung* ausgerichteten Symptome. Sie zielen auf das Fernhalten von allem, was mit den traumatischen Erlebnissen im weitesten Sinne zu tun hat. Der Traumatisierte will sich schützen, nimmt Abstand, sucht Distanz. Körperlich, gedanklich und emotional wird alles vermieden, was das Trauma dem Bewusstsein nahe bringt. So kann z. B. dissoziatives Ausblenden oder Vergessen gewisser Erlebenssequenzen im Dienste der Vermeidung stehen. Ebenso wird versucht, für das Selbstkonzept bedrohliche Erfahrung durch *Konstriktion* im Sinne emotionaler Betäubung und innerer Lähmung fernzuhalten, was zu apathischen, lustlosen Ausdrucksformen führen kann.

Der Vermeidung diametral entgegengesetzt sind die *intrusiven* Symptome, die in aufdringlicher und oft überflutender Weise die traumatischen Erlebnisse im Bewusstsein reproduzieren. Auch sie sind Ausdruck der Aktualisierungstendenz. Ihr Motor ist das Bedürfnis des Traumatisierten, das Geschehene zu begreifen, einzuordnen, in einen Kontext zu stellen und es konzeptuell im Selbsterleben zu integrieren. Ohne solch integrative Einbindung spuken die Erlebnisse als Fragmente wie unerlöste Geister im Bewusstsein herum. Sie melden sich wieder und wieder, bis sie ihren Platz gefunden haben. Nicht nur in Gedankenüberflutung, Flashbacks und Alpträumen können sich die intrusiven Tendenzen manifestieren. Oft sind zum Beispiel auch anhaltende körperliche Schmerzen Ausdruck traumatischer Erinnerung (Rothschild, 2002).

Die Symptome des *Arousal*s, der Erregung, lassen sich als Ausdruck dieses Spannungsfeldes verstehen. Die Bewegungen hin zum Objekt und weg davon blockieren sich gegenseitig, so dass eine angstgeprägte, konflikthafte Spannung entsteht. Die für die Psychotraumatisierung typische Verhinderung von Angriff wie auch Flucht spiegelt sich darin wieder. Gerade im Zusammenhang mit der stark erhöhten Erregbarkeit von schwer Traumatisierten kommt es oft zu sekundären Problemen, wie etwa Gewaltanwendungen im familiären Umfeld oder Beruhigungsversuchen durch Selbstmedikation, z. B. mit Alkohol oder Schlafmitteln.

Posttraumatisches Spannungsfeld



Skizze 1: Gegensätzliche Bedürfnisse schaffen eine gespannte Erregungssituation

Kurz gesagt ist die psychische Dynamik der posttraumatischen Symptomatik durch die genannten gegensätzlichen Strebungen von Vermeidung und Wiederholung sowie der damit einhergehenden Spannung geprägt. Wichtig ist hervorzuheben, dass sowohl die Vermeidung als auch die Wiederholung existenziell wichtige Bedürfnisse abzudecken versuchen und deshalb an sich als konstruktive Tendenzen zu werten sind. Die Crux des posttraumatischen Erlebens liegt in der Blockierung der gegensätzlichen Strebungen, welche die Versuche, die Psyche zu entlasten, zur Sisyphusarbeit verkommen lässt.

Im Falle von folter- und kriegstraumatisierten Menschen, welche intensiven und anhaltenden Traumatisierungen ausgesetzt waren, kann die posttraumatische Leidenssituation jene der eigentlichen Traumata noch übersteigen. Fragmentierung, innere Zerrissenheit, allgegenwärtige triggernde Wahrnehmungen, Angst und Nervosität prägen den Alltag dieser Menschen. Nicht selten geht damit ein Maß an Bedrohungserleben einher, welches auch projektiven Symptomen wie z. B. Stimmenhören oder Verfolgungängsten Vorschub leistet.

Therapeutische Leitgedanken

Die therapeutische Herausforderung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen liegt darin, eine konstruktive Verbindung zwischen den sich gegenseitig blockierenden Aktualisierungsbestrebungen zu fördern, d. h. den Bedürfnissen des Patienten nach Schutz und Sicherheit ebenso Rechnung zu tragen wie jenen nach einem integrativen Einordnen des Geschehenen.

Es besteht ein breiter Konsens, dass der Einstieg in die Therapie mit Traumapatienten durch Vertrauen schaffende, beruhigende und stabilisierende Einwirkungen geprägt sein soll. In obiger Terminologie ausgedrückt wird so ein Feld geschaffen, in welchem durch mehr Sicherheit weniger Vermeidung notwendig ist.

Auf der Basis dieses Schutzes kann der Bezug zum Trauma schrittweise hergestellt, bearbeitet und im Idealfall zur integrierten Erinnerung werden.

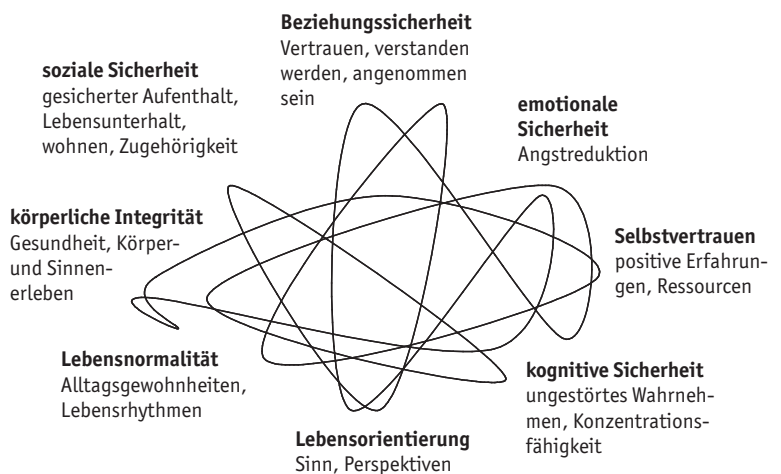
Es ist dem personenzentrierten Therapiezugang jedoch fremd, Vertrauensaufbau, Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration strikt getrennt zu konzeptualisieren. Es gibt in unserem Zugang keine fixe Behandlungseinheit Stabilisierung, auf welche eine Behandlungseinheit Bearbeitung folgen würde. Vielmehr geht es hier um sich gegenseitig ergänzende Aspekte desselben Prozesses, mit wechselnden Prioritäten und sich laufend verändernden zustandspezifischen Möglichkeiten und Grenzen.

Durch Sicherheit und Vertrauen zu einem geschützten Verarbeitungsraum

Im Falle von Folter- und Kriegstraumatisierten hat die Stabilisierung besonders herausfordernde Dimensionen. Oft sind die Patienten nervlich dermaßen zerrüttet, dass selbst einfachste Alltagstätigkeiten beeinträchtigt sind. Gestörte Konzentration, Gedächtnislücken und Orientierungsstörungen paaren sich mit allen Formen von Angst, Schreckhaftigkeit und Schmerz. Es versteht sich von selbst, dass unter diesen Voraussetzungen keine Erlebnisintegration vollzogen werden kann. Imaginationsübungen und andere Stabilisierungstechniken, die in der Behandlung von einfach traumatisierten Menschen ihren Platz haben mögen, scheitern hier an der schieren Unmöglichkeit, Vorstellungsbilder auch nur für kurze Momente aufrechtzuerhalten. Die Stabilisierung solcher Patienten muss in viel fundamentalen Bereichen ansetzen.

Stabilisierung hat viele Dimensionen. Grundvoraussetzung für eine sinnvolle Traumabewältigung bei folter- und kriegstraumatisierten Patienten besteht darin, dass äußere Verunsicherungsquellen so

Dimensionen der Stabilisierung



Skizze 2: Stabilisierung hat viele Aspekte. Diese stehen untereinander in enger Wechselbeziehung. (Barth 2006)

weit als möglich reduziert werden. Niemand kann frühere Traumata aufarbeiten, wenn aktuelle Gefahren drohen. Soziale Sicherheit, insbesondere bezüglich Lebensunterhalt und Wohnen, juristische Sicherheit (Stichwort Asyl), ausreichende körperliche Gesundheit sowie genügend tragende Tagesstrukturen sind die keineswegs immer gegebenen Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Therapie.

Zentral für die psychotherapeutische Arbeit ist ein kontinuierlicher Vertrauensaufbau. Aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht steht dabei eine wachsende Beziehungssicherheit im Mittelpunkt, welche alle andern Formen von Sicherheitserleben begünstigt. Foltertraumatisierte Menschen sind ja nicht durch irgendwelche Naturereignisse geschädigt worden, sondern durch Menschen.

Der gesprächspsychotherapeutische Zugang ist per se in Theorie und Praxis auf Vertrauensstärkung ausgerichtet. Die von Rogers formulierten Bedingungen für konstruktive Veränderungen – Empathie, bedingungsunabhängige Wertschätzung und Kongruenz – kennzeichnen zunächst eine unbedrohliche Gesprächssituation. Unbedrängt können Themen angesprochen oder zurückgehalten werden. Das Verstandenwerden in weniger zentralen Bereichen schafft einen tragenden Boden, um nach und nach Wichtigeres einzubringen.

Es gilt dabei zu beachten, dass die gesprächspsychotherapeutische Haltung nicht einfach eine Art von freundlicher Zuwendung ist, sondern eine sehr präzise Form der Interaktion. Sie beinhaltet das kontinuierliche Bemühen des Therapeuten, das Erleben des Patienten in dessen je individuellen Bezugsdimensionen zu verstehen, ohne wertende Einflussnahme. So entsteht ein Raum von unbedrohlicher Akzeptanz. Gerade für Menschen, die wegen ihrer Werte und Überzeugungen durch die Hölle gingen, ist solch ein nichtinvasiver Zugang von größtem Wert. Hierin liegt der Schlüssel zum Vertrauensaufbau und zur Beziehungssicherheit.

Ein zugewandtes, waches Zuhören und die bewusste Annäherung an die Erlebenswelt des Patienten durch inneres Nachvollziehen angesprochener Erlebnisinhalte charakterisiert die *Empathie* des Therapeuten. Bei Menschen mit Extremtraumatisierungen entziehen sich dabei die konkreten Trauma-Erlebnisse in aller Regel dem therapeutischen Erfahrungshintergrund. Viel wesentlicher ist indessen eine empathische Annäherung an die emotionalen Nöte, die der Erzählung zugrundeliegen. Die affektive Resonanz des Therapeuten schafft eine unabdingbare Grundlage für alle weiteren Verarbeitungsschritte: ein tragfähiges Gefühl, in seinem Erleben verstanden und ernst genommen zu werden.

Ganz besonders bei Folteropfern gilt es zu bedenken, dass sie Situationen durchlebt haben, welche durch absoluten Empathieentzug geprägt waren. Ihre Tränen und Schreie wurden ignoriert, jegliches Mitgefühl wurde ihnen versagt. Fehlende Empathie ist die Basis aller Gräueltaten¹. Die therapeutische Empathie soll verloren gegangenes Urvertrauen reinstallieren helfen.

Die *bedingungsfreie Wertschätzung* des Therapeuten manifestiert sich in einem nichtmanipulativen Anerkennen des Erlebens des Patienten. Kein abwehrendes Um- und Wegdeuten soll das Mitgeteilte relativieren. Dies gilt nicht bloß für die verbalen Botschaften, sondern ebenso für Averbales, wie etwa die Klagen über anhaltende, medizinisch nicht begründbare Schmerzen (Reisch, 1994).

Die ohne Bedingungen wertschätzende Haltung ist auf das Erleben des Patienten gerichtet und beinhaltet keineswegs die inhaltliche Zustimmung zu all seinen Berichten. Es ist das Privileg des Therapeuten, dass er nicht, wie etwa die Migrationsbehörde, das Mitgeteilte auf Wahrheit im juristischen Sinne überprüfen muss. Therapeutisch relevant ist das subjektive Leiden des Patienten.

Therapeutische *Kongruenz* bedeutet im hiesigen Kontext ganz primär, dem Patienten ein spürbares Gegenüber zu sein. Betroffenheit darf und soll sich ausdrücken. Kongruente Rückmeldungen können sehr unterstützend sein, etwa wenn beim Therapeuten als emotionale Resonanzen Entrüstung über eine ungerechte Behandlung oder Freude über eine gelungene Flucht auftauchen.

Die Kongruenz des Therapeuten markiert aber auch Grenzen, zum Beispiel dort, wo Erlebensberichte für ihn nicht nachvollziehbar sind und wo kulturelle oder sonstige Schranken Distanzen vorzeichnen. Trotz empathischer Nähe muss der Therapeut seine unversehrte Eigenständigkeit wahren können. Nur so bleibt er frei in seinem Handeln und als Begleiter des Patienten ein förderlicher Partner.

Gerade bei Menschen mit Flüchtlingshintergrund gilt es zudem stets zu erinnern, wie vielen großen und kleinen Demütigungen die meisten von ihnen in ihrem hiesigen Alltag fortlaufend ausgeliefert sind. Flucht geht meist mit erheblichen Einbußen im sozialen Status einher. Ein respektvoller Umgang ist deshalb mehr als ein kleiner Beitrag zu einer erfolgreichen therapeutischen Begleitung.

Vertrauensaufbau und Stabilisierung werden in der traumatherapeutischen Literatur oft als tendenziell prätherapeutische Maßnahmen dargestellt, denen die eigentlichen Therapieschritte folgen. Je nach Konzept wird dann von Durcharbeiten, Exposition oder Konfrontation gesprochen, mit der Idee, dass der Traumatisierte sich dem Erlebten im Therapierahmen nochmals stellen müsste, um in der Wiederholung den Erlebnissen den ihnen zustehenden innerpsychischen Platz zuweisen zu können. Eine unüberblickbare Vielfalt an Methoden und Techniken wurde in den letzten Jahren entwickelt und propagiert, um solche Schritte in die Wege zu leiten und zu vollziehen.

Nichts steht dem Gesprächspsychotherapeuten im Weg, solche Techniken – etwa imaginative Verfahren, wie sie von Reddemann (2008) beschrieben werden – da und dort in personenzentrierter Weise ergänzend in Therapien einzubauen. Im Wesentlichen verfolgt die Gesprächspsychotherapie aber einen anderen Weg. Sie entgeht dadurch auch der Gefahr, dass das therapeutische „Machen“ aus einer direktiven Grundhaltung heraus kommt, welche der traumatisierte Patient als erneute Fremdbestimmung erlebt, die den Bedürfnissen nach Wiedererlangung einer autonomen Selbststeuerung zuwider-

1 Anschauung dazu gibt z. B. das bekannte Stanford-Gefängnisexperiment (Zimbardo, 2001).

läuft. Gerade bei Folter- und Kriegstraumatisierten verdient dieser Aspekt besondere Beachtung.

Um den personenzentrierten Therapiezugang verständlich zu machen, müssen wir uns das oben Festgehaltene zur Aktualisierungstendenz vergegenwärtigen. Wird nämlich die posttraumatische Symptomatik in diesem Kontext verstanden, erübrigen sich vom Therapeuten induzierte Kunstgriffe zur Konfrontation mit den traumatischen Inhalten. Vielmehr wird ein konsequent stabilisierendes Beziehungsangebot die Vermeidung während der Therapiestunden so weit reduzieren, dass die zum Wiedererleben drängenden Inhalte von sich aus im Therapieraum präsent und damit der Verarbeitung zugänglich werden.

Konkrete Aufgabe des Gesprächstherapeuten ist es, einen tragfähigen Boden für die Erlebnisverarbeitung zu schaffen und diesen für die Dauer der Therapie zu erhalten und zu schützen.

Das Fördern der Regulierungskompetenz

Durch den sicheren Grund, welchen die personenzentrierte Haltung schafft, werden dem Patienten vielfältige emotionale und kognitive Verarbeitungsschritte ermöglicht. Diese folgen strukturell einer unvorhersagbaren Eigendynamik. Wie in jeder unverkrampften Interaktion werden relevantere und weniger relevante, emotional besetztere und weniger besetzte Inhalte sich im Wechsel manifestieren. Forcieren ist hier unangebracht. Dass Flüsse von selber fließen und keiner Nachhilfe bedürfen, lehrte schon Fritz Perls. Allerdings – und das ist eine zentrale Herausforderung bei der Arbeit mit Traumatisierten – ist unsere Unterstützung der Patienten beim Navigieren auf den oft abgründigen, reißenden Gewässern manchmal unentbehrlich. Letztlich geht es darum, dass der Patient wieder zum autonomen Lenker seines außer Kontrolle geratenen Bootes werden kann.

In der konkreten Behandlung werden einige der Patienten mit den Schreckensberichten aus ihrer Vergangenheit gleich mit der Türe ins Haus fallen. Andere nähern sich vorsichtig und wagen sich erst, wenn sie sich in oberflächlicheren Themen verstanden erleben, sukzessive in schwierigere Bereiche vor. Oft sind es Erlebnisfragmente, die scheinbar zusammenhangslos zur Sprache gebracht werden, etwa ein erschreckender Traum, ein Schmerz im Nacken oder das Bedürfnis, nachts alle Türen und Fenster zu überprüfen. Diese Unterschiedlichkeiten im Ausdruck, welchen auch unterschiedliche Erlebensweisen und Bewältigungsversuche implizit sind, verdienen viel therapeutische Aufmerksamkeit.

Namentlich Patienten, die von Anfang an ohne Schleusen von ihren zentralen traumatischen Erlebnissen berichten, retraumatisieren sich zuweilen immer wieder selber, indem sie unentwegt ihre unverheilten Wunden aufkratzen. Unerfahrene Therapeuten werden dies durch wohlgemeintes Nachfragen oft unbedacht noch unterstützen. Kein Wunder, wenn die Patienten sich dann nach den Therapiestunden stets elender fühlen als zuvor.

Es ist von zentraler Bedeutung, solche Patienten in ihrer *Regulierungskompetenz* zu unterstützen. Im Rahmen der Therapie gilt es, intrusive Muster wahrzunehmen und darauf zu reagieren, indem zum Beispiel nachgefragt wird, ob sich eine weitere Vertiefung eines bestimmten Themas nicht zu belastend auswirkt. Manche Patienten müssen erst adäquate „Bremstechniken“ erlernen, bevor ein Eintauchen in ihre traumatischen Erinnerungen sinnvoll und aus therapeutischer Sicht verantwortbar ist.

Andererseits gibt es auch Patienten, welche in vermeidender Art alles auszublenden versuchen, was mit dem Trauma zu tun hat. Sind bei andern die Schleusen zu weit geöffnet, ist hier der Durchfluss gestaut. Die Unterstützung zielt in diesem Fall auf schrittweises In-Kontakt-Kommen mit den Traumatisierungen, wobei auf keinen Fall die Schutzfunktion dieses Verhaltens übersehen werden darf. Ich mag mich an einen Patienten erinnern, der mehr als ein Jahr brauchte, bis er sich traute, seine schmerzlichen Erlebnisse anzusprechen. Die therapeutische Beziehung war zu diesem Zeitpunkt bereits sehr stabil.

Regulierungskompetenz ist vor allem auch außerhalb der Therapiestunden sehr wichtig. Was kann der Patient tun, wenn er von wilden Erinnerungsfetzen überflutet wird? Was, wenn er von Ängsten oder Panik übermannt wird? Was, wenn Rastlosigkeit jeden Schlaf verunmöglicht? Es liegt nahe, hier gemeinsam praktische Hilfestellungen und Optimierungen zu erarbeiten, immer auf der Basis von dem, was der Patient für sich selber bislang als tauglich erfahren hat, seien es Ablenkungen, Spaziergänge, Kontakte, Sport oder anderes mehr. Sachliche Informationen über traumabedingte Symptome sollen hier ebenso Platz haben wie Hinweise auf etwaige Gefahren oder wenig förderliche Verhaltensweisen. (So schien es mir z. B. im Falle eines kurdischen Patienten, der über unablässige gedankliche Absorbiertheit durch heimatbezogene Inhalte klagte, sinnvoll anzumerken, dass ich seine halbstündlichen Nachrichten-Updates am Computer für wenig hilfreich halte.)

Das Entwickeln eines individuellen ‚Werkzeugkastens‘ für den Umgang mit traumabedingten Erlebensweisen kann ein wichtiger Aspekt der Therapie sein. Eine reflektierte personenzentrierte Haltung wird dabei verhindern, dass die Suche nach spezifischen Hilfestellungen zu einer einseitigen Beratschlagung verkommt. Durch Traumatisierung gebrochene Menschen lassen sich leicht zu Opfern therapeutischer Dominanz machen, was den Zielen der Therapie diametral zuwiderläuft. Unser Ziel muss es sein, der Ohnmacht entgegenzuwirken, Selbstkompetenz, Eigenaktivität und Autonomie zu stärken und die Patienten darin zu unterstützen, wieder Herr (oder Frau) im eigenen Haus zu werden.

Integratives Verstehen

Das eigentliche Kernstück des therapeutischen Prozesses liegt im integrativen Verstehen. Hier steht das eingangs beschriebene zentrale

Bedürfnis im Vordergrund, das Geschehene umfassend zu begreifen, einzuordnen und einzubinden.

Integration ist ein sehr vielfältig verwendeter Begriff. Wenn wir hier von Erlebnisintegration sprechen, ist damit etwas gemeint, was wir alle stetig tun: Ob wir Jahrestage begehen, Ferienerlebnisse erzählen oder Reisebilder in Fotoalben einordnen – stets ist damit eine Integration von Ereignissen in den Kontext unserer Lebensgeschichte und unseres Selbstverständnisses verbunden. Etwas, was bisher noch nicht zugehörig war, wird in die Summe des Bestehenden einbezogen und wird das Bestehende stets auch verändern. Wenn wir ein neues Möbelstück in die Wohnung integrieren, hat dies Auswirkung auf die ganze Raumgestaltung.

Im Falle unserer Thematik geht es um Integrationsleistungen sehr komplexer Art. Es geht, um im obigen Bild zu bleiben, um den Integrationsversuch von extrem sperrigen Möbelstücken, die zuweilen den ganzen Wohnraum füllen und kaum noch Platz zum Atmen lassen. Wie kann man Erinnerungen an jahrelange Folterhaft, Vergewaltigungen oder Kriegserlebnisse innerlich so platzieren, dass ein Weiterleben möglich ist?

Es liegt auf der Hand, dass ein paar therapeutische Tricks hier keine Hilfe bieten werden. Weil die ‚Möbelstücke‘ als solche bloß sehr bedingt veränderbar sind, bleibt einzig die Möglichkeit, die Anpassung des ‚Wohnraums‘ – das heißt des inneren Bezugsrahmens – zu unterstützen. Wir betreten damit das Feld der Bewertungen, Haltungen, Überzeugungen und Lebensauffassungen. Integrationsarbeit hat folglich nicht nur mit der Auseinandersetzung mit dem Trauma zu tun, sondern vor allem und ganz primär mit der impliziten Bewertung der Geschehnisse durch die Betroffenen. Das Erlebte an sich lässt sich ja nicht mehr verändern – was sich jedoch ändern kann, ist der Bezug dazu. Dies bedeutet keineswegs, dass die Patienten zu einer Relativierung oder gar Beschönigung ihrer Erlebnisse angehalten werden sollten. Vielmehr soll angeregt werden, hilfreiche persönliche und kulturelle Verarbeitungsmatrizen wo immer möglich als Ressourcen einzubeziehen. So wird z. B. in buddhistischen Ländern beim Verabschieden von Verstorbenen ausführlich der Vergänglichkeit alles Daseins gedacht, was den individuellen Schmerz ins zeitlose Ganze integrieren hilft. Unweigerlich schwingen hier philosophische Dimensionen mit.

Der zentrale Aspekt im Zusammenhang mit Bewertung ist ohne Zweifel die Frage, mit welcher inneren Haltung der Traumatisierte seiner Geschichte begegnen kann. Lösen erinnerte Bilder und Gedanken konstant automatisch starke Emotionen wie Angst, Wut, Verzweiflung, Scham und so weiter aus, oder gelingt es dem Betroffenen, sich durch das Erinnern der erlebten Folter nicht stets aufs Neue foltern zu lassen.

Tatsächlich liegt der eigentliche Fokus der Therapie nicht in der Vergangenheit, sondern in der unmittelbaren Gegenwart. Der Bearbeitung zugänglich sind stets nur heutige Gefühle, auch wenn diese durch Erinnerung ausgelöst werden.

Im Laufe der Behandlung werden sich in der Regel wechselnde Bezüge zum Erlebten manifestieren. Während in einer Phase der Therapie vielleicht Wut und Empörung im Vordergrund stehen, mögen zu einem anderen Zeitpunkt eher Trauer oder Enttäuschung dominant sein. Unruhe und Angst können sich mit Gefühlen der Leere abwechseln und zuweilen wird mit nackter Direktheit die erlebte Verzweiflung, Ohnmacht und Ausweglosigkeit deutlich.

Im Personenzentrierten Ansatz wird davon ausgegangen, dass es für die Integration von Gefühlen notwendig ist, dass jemand sich selber in seinen Reaktionen verstehen und begreifen kann. Unverstandenes beunruhigt und schreit nach Beachtung – die Psyche erschöpft sich in Widerständen und Irritationen. Wer versteht, dass die erlebten Situationen in ihrer Abgründigkeit die psychischen Kräfte überforderten und dass die heutigen Reaktionen und Symptome eine durchaus begreifbare Folge davon sind, kann einen verständlicheren Umgang mit letzteren finden.

Die Aufgabe des Therapeuten ist die des Integrationshelfers, der den Patienten darin unterstützt, seine Reaktionsweisen verständlich und nachvollziehbar werden zu lassen. Der Schlüssel dazu liegt in der therapeutischen Empathie. Wer sich in seinem Erleben angenommen und verstanden weiß – so die Kernaussage unseres Ansatzes – kann sein Erleben integrieren.

Dabei ist unser Fokus weniger auf Einzelheiten der Erzählung, als vielmehr auf die mit den Erzählinhalten verbundenen Emotionen und die Haltung gegenüber dem Erzählten gerichtet. Die Erlebnisse als solche entziehen sich glücklicherweise dem Erlebenshintergrund der meisten von uns Therapeuten. Für die Art und Weise jedoch, wie unsere Patienten mit ihren schrecklichen Erinnerungen umgehen, kann oft hilfreiche Unterstützung angeboten werden.

Nicht bloß dem Trauma-Narrativ, sondern auch dem Symptomleben gegenüber ist es sinnvoll, den Fokus immer wieder auf den aktuellen inneren Respons zu legen. In der konkreten Therapiearbeit bedeutet dies mitunter, dass Themen wie etwa das angstvolle Wachliegen nach einem schrecklichen Albtraum oder die Scham über eine traumabedingte Überreaktionen gegenüber der Familie ins Zentrum des Gesprächs rücken.

All diese Erlebensweisen als präsent gegenüber verstehend wahrzunehmen und auszuhalten ist die Herausforderung an den Therapeuten. Es sind die Erlebensrealitäten des Patienten, die es als solche anzuerkennen und nicht wegzudeuten gilt. Und genau in dieser explizit nichtabwehrenden Interaktion wird für den Patienten das Integrieren möglich. Letztlich wartet auf dieser Ebene auch der Lösungsansatz für die anfangs erläuterte Zerrissenheit zwischen Vermeidung und Wiederholung. Im integrativen Verstehen der Ohnmacht liegt der Schlüssel zur Traumabewältigung (Biermann-Ratjen, 2003, 2008).

Es sind meist keine erdrutschartigen Veränderungen, die in der Therapie geschehen. Vielmehr wird in der gemeinsamen Arbeit Stück um Stück der Inhalt des Erlebnis-Rucksackes vertrauter, weniger bedrohlich und dadurch handhabbarer. Mitunter werden Momente des

Verschnaufens möglich. Immer wieder gewinnen im Laufe einer Therapie Augenblicke der Leichtigkeit und Entspannung an Raum.

Zeichen des Fortschreitens im therapeutischen Prozess mögen etwa Rückmeldungen über besseren Schlaf, weniger heftige Alpträume, längere Phasen der Unabgelenktheit bei Alltagsverrichtungen oder weniger Stress in sozialen Situationen sein. Zu einer umfassenden Integration gehört jedoch auch das Akzeptieren von residualen Symptomen. Die Spuren von Folter- oder Kriegserlebnissen lassen sich ja nicht einfach aus dem Bewusstsein tilgen. So ist es denn als wichtiger Erfolg zu werten, wenn jemand seiner erhöhten Schreckhaftigkeit, plötzlichen Ängsten oder Phasen von

Ruhelosigkeit oder Niedergeschlagenheit mit mehr Verständnis und Nachsicht zu begegnen lernt.

Ziel der Therapie ist es, das Erlebte zu Erinnerung werden zu lassen, ihm den Platz zu geben, der ihm zukommt. Wie ungerecht, unbarmherzig, zerstörerisch und schlimm die Traumaerlebnisse auch waren, sie gehören nunmehr der Vergangenheit an und müssen mit der Zeit an Kraft gegenüber dem Gegenwärtigen verlieren. Ungeschehen machen lässt sich nichts, doch manch einem schwer traumatisierten Menschen gelingt es – und eine personenzentrierte Begleitung kann hierzu viel beitragen – zu neuer Lebendigkeit in der Gegenwart zu finden.

Literatur

- Barth, M. (2006). *Dimensionen der Stabilisierung*. Referat SRK, unveröffentlicht. Bern.
- Becker, D. (2006). *Die Erfindung des Traumas – Verflochtene Geschichten*. Berlin: Edition Freitag.
- Becker, D. (2009). Extremes Leid und die Perspektive posttraumatischen Wachstums: Realitätsverleugnung, naives Wunschdenken oder doch ein Stück wissenschaftliche Erkenntnis? *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 7, 1, 21–33.
- Biermann-Ratjen, E-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person* 7, 2, 128–134.
- Biermann-Ratjen, E-M. (2008). *Traumatherapie aus Personenzentrierter Sicht*. Vortrag Bern. Unveröffentlichtes Manuskript.
- GWG-Akademie (Hrsg.) (2008). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler. (Original erschienen 1992: *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. New York: Basic books.)
- Lottaz, A. (1999). Vom äußeren zum inneren Bezugsrahmen. Von den Schwierigkeiten, gefolterte und kriegstraumatisierte Menschen zu verstehen. *Brennpunkt*, 80, 31–39.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie*. Leben lernen, Band 167. (5. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbar Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen*

des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG-Verlag. (Original erschienen 1959: *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships*, as developed in the client-centered framework. In: Koch, Sigmund (ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*, New York, 184–256.)

Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich. Die Psychologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis Verlag. (Original erschienen 2002: *The body remembers – the psychology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton & Co.)

Zimbardo, P. (2001). *Stanford-Gefängnis-Experiment*. Internet-Seite. <http://www.prisonexp.org/deutsch/>

Autor:

Matthias Barth, geb. 1954, Personenzentrierter Psychotherapeut (PCA) und Supervisor. Sechsjährige Tätigkeit in einem Ambulatorium für folter- und kriegstraumatisierte Menschen (SRK Bern). Derzeit in eigener Praxis als Psychotherapeut in Bern tätig.

Kontaktadresse:

Matthias Barth
3005 Bern, Brückenstrasse 8
E-Mail: mabarth@swissonline.ch