

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma

Zusammenfassung: Dieser Artikel beschreibt, wie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts die Entstehung, Entwicklung und Behandlung der psychotraumatogenen Pathologie verstanden wird. Ausgehend von einer Beschreibung der Erfahrung in einer traumatisierenden Situation wird die akute Inkongruenzerfahrung in der akuten Belastungsreaktion, die Entwicklung der Inkongruenzerfahrung in der Bewältigungsphase und schließlich in der posttraumatischen Belastungsstörung, die in eine Persönlichkeitsstörung einmünden kann, beschrieben. Dissoziative Phänomene erfahren eine besondere Beachtung. Bei der Beschreibung der schulenübergreifenden Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma wird betont, dass in ihnen gesprächspsychotherapeutische Positionen – meistens nicht als solche gekennzeichnet – eine herausragende Rolle spielen.

Schlüsselwörter: Psychotrauma, akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörung, Dissoziation.

Résumé: La conceptualisation du traumatisme psychique dans la psychothérapie centrée sur la personne. Cet article décrit comment la formation, le développement et le traitement de la pathologie psychotraumatique sont compris dans le cadre de la conception centrée sur le client. Partant d'une description d'une expérience faite dans une situation traumatisante, on élabore l'expérience d'incongruence aigue dans la réaction de stress, le développement de l'expérience d'incongruence dans la phase de résilience et enfin le syndrome de stress post-traumatique qui peuvent déboucher sur un trouble de la personnalité. Une attention particulière est portée sur les phénomènes dissociatifs. Dans la description des principes valables dans toutes les écoles psychothérapeutiques pour le traitement du traumatisme psychique, l'accent est mis sur le fait que certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne dans la plupart des cas, non désignées, jouent un rôle primordial.

Mots-clés: Psychotraumatisme, réaction de stress aiguë, syndrome de stress post-traumatique, trouble de la personnalité, dissociation

Abstract: The client-centred understanding and therapy of psychotrauma. A client-centred understanding of psychotrauma and of the development of posttraumatic psychopathology is presented. The psychophysical reaction in a traumatic situation is described and the experience of incongruence in the posttraumatic reaction followed by efforts to overcome the state of incongruence by integrating the traumatic experience which may end up in a chronified posttraumatic stress-disorder or even personality disorder. Dissociative defense mechanisms are especially underlined. It is demonstrated that psychodynamic and behavior therapeutic models concerning the essentials of the treatment of posttraumatic stress-disorders emphasize client-centred ideas – but never name them explicitly as client-centred positions.

Key words: Psychotrauma, posttraumatic stress reaction, posttraumatic stress disorder, personality disorder, dissociation.

Dieser Artikel behandelt nacheinander die Fragen:

1. Was ist ein Psychotrauma?
2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person zu beschreiben?
3. Wie ist eine traumatisierte Person aus der Sicht des Klientenzentrierten Psychotherapeuten zu verstehen und dementsprechend zu behandeln?

1. Was ist ein Psychotrauma?

In der Medizin versteht man unter einem Trauma eine Wunde, die durch die Einwirkung von Gewalt entstanden ist. Unter einem Psychotrauma verstehen wir einen Schock im Sinne einer seelischen Erschütterung, ausgelöst durch „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen

Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Erschütterung hervorrufen würde“ (Weltgesundheitsorganisation 1991, 157). Die Formulierung „bei fast jedem“ ist wichtig. Sie unterscheidet das Psychotrauma von der Anpassungsstörung, die als Folge von subjektiv außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen oder besonderen Veränderungen im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben, angesehen werden. Es ist ferner wichtig, sich klar zu machen, dass eine Anpassungsstörung – und die Störung in der Folge eines Traumas ist eine spezielle Form einer Anpassungsstörung – nur dann diagnostiziert werden kann, wenn das belastende Ereignis oder die andauernde unangenehme Situation die primären und ausschlaggebenden Kausalfaktoren sind, d. h. dass ohne sie die Störung nicht entstanden wäre. Von einem Trauma soll darüber hinaus nur dann gesprochen werden, wenn das belastende Ereignis oder die Katastrophe fast jeden tief erschüttern würden. Als solche gelten z. B. das „Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (so genannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können“ (Flatten 2001, 1).

2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person zu beschreiben?

2.1. In der traumatisierenden Situation

Soviel zur Definition der traumatischen Erfahrung. Wie sieht nun die traumatisierende Selbsterfahrung aus?

Die Erschütterung in einer potenziell traumatischen Situation wird zunächst so erlebt: „Die Bauchmuskeln spannen sich reflexhaft an, ebenso die ganze Rücken- und Nackenmuskulatur. Die Nebennieren haben längst Adrenalin ausgeschüttet, der Puls schnellt hoch, das Gesicht rötet sich, die Hände werden schweißnass. Die Amygdala, der ‚Rauchmelder des Gehirns‘ (van der Kolk 1997) hat geschaltet: ‚Gefahr‘ und den Körper in maximale Reaktionsbereitschaft versetzt: Kampf oder Flucht. Wir Menschen sind Säugetiere, und lange, bevor unser Frontalhirn dazu kommt ...“ (die Situation ins Auge zu fassen) „und in Kooperation mit der Broca-Region zu entscheiden, welche Wortmetapher denn dieses Ereignis am treffendsten charakterisiert (...), ist der Körper – glücklicherweise – reflexhaft auf ‚Überlebensreaktion‘ umgeschaltet“, (Reddemann/Sachsse 1997, 115).

„Traumatisierend wirkt ein Ereignis dann, wenn die natürlichen Reaktionsmöglichkeiten Kampf oder Flucht unmöglich sind. Im Kern jeder Traumatisierung findet sich die Erfahrung völliger Ohnmacht

und Hilflosigkeit. Im Tierreich ist diese Erfahrung des ‚inescapable shock‘ lebensgefährlich. Das lässt sich tierexperimentell nachweisen, und viele Jäger haben es auch schon beobachtet. Wenn etwa ein Kaninchen von einem Raubvogel angegriffen wird und nicht mehr fliehen kann, dann kann es passieren, dass das Tier tot ist, bevor der Vogel es erreicht. Das geht über den Totstellreflex als Überlebensversuch hinaus. ... Es ist nur eine Assoziation, natürlich kein Beweis, aber manchmal haben wir in Therapien den Eindruck: Eine Patientin kämpft darum, schuldig oder wenigstens mitschuldig gewesen zu sein, nicht völlig hilflos, nicht nur ohnmächtiges Opfer gewesen zu sein, als wäre für sie das Erleben vollständigen Ausgeliefert-Seins lebensgefährlich“ (Reddemann/Sachsse, U.: 1997, S. 115).

Die Selbsterfahrung im Rahmen einer traumatisierenden Erfahrung ist also zunächst durch ein u. U. tödliches Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit von Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voller Aktivierung von Kampf- und Fluchtbereitschaft gekennzeichnet.

Gesprächspsychotherapeuten würden formulieren: In einer traumatisierenden Situation erlebt die Person, wie sie diese organismisch als eine massive Bedrohung bewertet. Die Bewertung erfolgt in der körperlichen Bereitstellung der Kampf- und Fluchtreaktionen und zeitnah dazu in einem u. U. tödlichen Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit dieser Reaktion in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

2.2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person in der akuten Belastungsreaktion bzw. in der akuten Inkongruenz zu beschreiben?

Die akute Belastungsreaktion, die nicht später als zwanzig Minuten nach dem belastenden Ereignis auftritt, beginnt typischerweise mit einer Art von „Betäubung“: einer Bewusstseinsengung und Einschränkung der Aufmerksamkeit, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiterer Rückzug aus der äußeren Realität folgen bis hin zum Erstarren der gesamten Psychomotorik im Stupor, aber auch ein Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktionen oder Fugue, sowie Depression, Verzweiflung und Ärger. Meist treten vegetative Anzeichen panischer Angst wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten auf. Die Symptome der akuten Belastungsreaktion klingen im allgemeinen innerhalb von Stunden bis Tagen wieder ab (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1991, 155 f).

Gesprächspsychotherapeuten würden formulieren: Spätestens zwanzig Minuten nach dem traumatischen Ereignis beginnt das Erleben der akuten Inkongruenz: die aktuelle Erfahrung, dass etwas erlebt worden ist, das nicht mit dem Selbstkonzept zu vereinbaren ist, das die bestehende Gestalt des Selbstkonzepts bedroht. Die traumatische Erfahrung kann nicht in das Selbstkonzept integriert werden bzw. würde, wenn sie integriert würde, das Selbstkonzept erheblich verändern. Das Erleben dieser Form der akuten Inkongruenz

beginnt typischerweise mit dem Erleben einer Art von „Betäubung“. Bewusstseinsengung und Einschränkung der Aufmerksamkeit behindern das Bewusstwerden der Erfahrung. Es kommt zu einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Dieser Form der Abwehr, dass der Erfahrung der Zutritt zum Bewusstsein versperrt wird, können weitere Abwehrmanöver folgen: eine Lähmung der motorischen Reaktionsbereitschaften bis hin zum Stupor (Totstellreflex), aber auch ein nicht reflektierter motorischer Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktionen oder Fugue, sowie Depression, Verzweiflung und Ärger. Die in der Regel zum Erleben der akuten Inkongruenz gehörende Angst wird meistens nur in den vegetativen Anzeichen panischer Angst wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten erlebt.

2.3 Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person in der Bewältigungsphase zu beschreiben?

In den auf das Trauma folgenden vier bis acht Wochen ist das Erleben in erster Linie von einem Wechsel zwischen Intrusionen und Konstriktion gekennzeichnet.

In Phasen der Intrusion reaktualisiert sich die traumatische Erfahrung. Man spricht auch von Flash-backs. Die traumatisierende Situation erscheint im Bewusstsein. Intrusionen sind keine Erinnerungen, sondern erneutes Durchleben der Situation. Sie können auftreten, wenn man zur Ruhe kommt, vor dem Einschlafen oder in Form von Alpträumen, die einen aus dem Schlaf reißen. Die Szenen laufen wieder und wieder ab mit allen zu ihnen gehörenden Affekten und Körpersensationen. Intrusionen können auch ausgelöst – ange-triggerter – werden durch Reize, die an die belastende Situation erinnern. Das kann zu Vermeidungsverhalten führen, und da fast jeder Reiz ein Trigger sein kann, kann leicht alles vermieden werden.

Im Wechsel mit Intrusionen werden Zustände von Konstriktion erlebt: Emotionslosigkeit als sei man betäubt, eine gewisse Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Anhedonie, eine Art innerer Lähmung. Im Zustand der Konstriktion erreicht einen fast gar nichts mehr.

Gesprächspsychotherapeutisch ausgedrückt: In Intrusionen wird erlebt, wie die Abwehr gegen die traumatische Erfahrung immer wieder zusammenbricht und sich die Erfahrung unkontrolliert und unverarbeitet Zugang zum Bewusstsein verschafft. Im Zustand der Konstriktion wird die Generalisierung der Abwehr, die Verschlussheit gegenüber der Gesamtheit der Erfahrung erlebt.

Die traumatische Erfahrung kann unter günstigen Bedingungen in einem Wechsel aus Intrusionen, Angetriggertsein, Alpträumen und Aussprechen (im Kontakt mit Vertrauenspersonen) einerseits und Konstriktionen, Abschalten, Ablenken und Wegdenken andererseits in vier bis acht Wochen „integriert“ sein. Die Person kann dann „... daran denken, ohne in einen Flash-back abzurutschen...“ sagen Reddemann und Sachsse (a. a. O. S. 117).

Als die wichtigsten Faktoren, die zu Störungen des Traumabewältigungsprozesses führen können, gelten:

1. Die Person findet niemanden, dem sie sich mitteilen kann, von dem sie in ihrer traumatischen Erfahrung und deren Konsequenzen vor allem für ihre Selbsterfahrung angenommen wird.
2. Die Person kann sich selbst in diesen Erfahrungen und Selbsterfahrungen nicht annehmen.
 - a) Die Person zweifelt an ihrer Wahrnehmung: Habe ich mir das nur eingebildet oder war das wirklich so?
 - b) Die Erfahrung wird als völlig unvereinbar mit der Selbst- und Weltsicht erlebt, z. B. mit einer narzisstischen Größen- oder Unverletzbarkeitsvorstellung, oder die Erfahrung schlägt in eine „depressive Kerbe“: „Ich ziehe das Unglück an.“ Das ist übrigens auch eine Größenvorstellung.
 - c) Die Person gibt sich selbst die Schuld und schämt sich.

Gesprächspsychotherapeuten sagen: Unter der Voraussetzung, dass die Bedingungen für die Integration von Erfahrung in das Selbstkonzept vorliegen, d. h. dass es der traumatisierten Person gelingt, Menschen zu finden, die sie in diesen Erfahrungen empathisch und unbedingt und kongruent positiv beachten, kann sich die akute Inkongruenz zurückbilden. Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation wird nach und nach vollständig symbolisiert und in das Selbstkonzept integriert.

Es ist an dieser Stelle daran zu erinnern: Die vollständig zu symbolisierende Selbsterfahrung ist ein u. U. tödliches Erschrecken angesichts der Erfahrung von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voll aktivierter Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation, die auf diese Weise organismisch als extrem bedrohlich bewertet wird.

Auch in der Erfahrung der akuten Inkongruenz: der Erfahrung der Bedrohung nicht nur des physischen Lebens sondern auch der Bedrohung des Selbstkonzepts bzw. der Selbstachtung, und in der Erfahrung der Abwehr – vor allem wenn sie darin besteht, dass die Schuld bei sich selbst gesucht wird – muss eine Person empathisch und unbedingt und kongruent von einer anderen Person verstanden werden, wenn aus der traumatischen Erfahrung eine in das Selbstkonzept integrierte werden soll.

2.4. Wie sieht die Erfahrungswelt in der posttraumatischen Belastungsstörung aus?

Diese Mischung aus:

- der nach Integration drängenden und sich in Intrusionen immer wieder zeigenden traumatischen Erfahrung
- der Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung durch die traumatische Selbsterfahrung
- der Erfahrung der Abwehr der traumatischen Erfahrung und auch
- der Abwehr der Erfahrung der Inkongruenz

kann sich zur so genannten posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln, die dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten, jedoch selten nach mehr als sechs Monaten folgt.

Sie besteht in der Fortdauer des wiederholten Nacherlebens des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen oder Flash-backs), Träumen oder Alpträumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie), Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, und Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an das Trauma erinnern könnten. Bei einer plötzlichen Erinnerung an oder Wiederholung des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf kann es zu Ausbrüchen von Angst, Panik und/oder Aggression kommen.

Gewöhnlich besteht ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Angst und Depression und Suizidgedanken, sowie Drogeneinnahmen und übermäßiger Alkoholkonsum sind oft zu beobachten (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1991, 157 f).

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: In der posttraumatischen Belastungsstörung ist die traumatische Erfahrung zu einem Feind geworden, der die Abwehr immer wieder durchbricht, sich in Intrusionen in Erinnerung bringt und Kampf- und Fluchtreaktionen auslöst. Das Erleben der chronifizierten Inkongruenz – ein andauerndes Gefühls von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie) bei vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit und dem Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, auch Stichworten, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten – wird durch Anfälle von akuter Inkongruenz unterbrochen, in denen Angst, Panik und/oder Aggression und Depression bis zu Suizidgedanken erlebt werden.

Diese Störung kann einen über Jahre chronischen Verlauf nehmen und auch in eine andauernde Persönlichkeitsveränderung münden. Dann erlebt die Person immer wieder Konfusion und Orientierungsverlust. Es kommt nicht zur Integration der traumatisierenden und ähnlicher Erfahrungen, sondern immer wieder zu Intrusionen, in denen Affektüberflutung erlebt wird. Panikattacken, „hysterisches“ Verhalten, Kontrollverlust, bevorzugt aggressiver Art, und vor allem Angst davor werden immer wieder erlebt. Das Vermeidungsverhalten, das vor Triggerreizen schützen soll, kann extrem werden und z. B. zu Medikamenten- und Drogenabusus entarten. Es können sich aber auch persistierende Bilder entwickeln und Hypermnesien, das ist eine außergewöhnliche Verstärkung der Erinnerung an Einzelheiten.

Es gibt heute Hinweise darauf, dass in der Folge einer Traumatisierung das körperliche Stressverarbeitungssystem alteriert sein kann. Dann kann das normale Körpererleben nicht wieder aufgenommen werden. Die Schwelle für Triggerreize bleibt herabgesetzt. Bei jeder

Art von Stress kommt es schnell zu Übererregung, und die Rückregulation ist erschwert. Menschen mit dieser Störung sind dünnhäutig, reizbar, schnell übererregt, und zwar somatisch bedingt. Es wird angenommen, dass so wie die ursprüngliche traumatisierende Selbsterfahrung zunächst eine vor allem körperliche ist, die erst später und u. U. niemals verbal symbolisiert wird, bei einem durch ein Trauma dauernd veränderten Stressverarbeitungssystem die durch Triggerreize angestoßenen Flash-backs nicht bis ins Sprachzentrum weitergeleitet werden und damit sprachlich nicht erreichbar sind. So kommt es zu phobischen oder zwanghaften Entwicklungen, deren Grundlage die Vermeidung von Triggerreizen ist, und zu Somatisierungsstörungen, die als Körper-Flash-backs zu verstehen sind.

Bei der Beschreibung und Behandlung von chronifizierten posttraumatischen Störungen und besonders von Persönlichkeitsstörungen, die als perpetuierte posttraumatische Störungen anzusehen sind, hat immer schon – d. h. auch schon lange bevor eine hirnhypophysen bedingte Veränderung des Stresserlebens durch Psychotraumata diskutiert wurde – das Phänomen der Dissoziation eine große Rolle gespielt. Dissoziation gilt als die vorherrschende Abwehr und vor allem als der vermutlich zentrale Coping-Mechanismus bei Psychotrauma und soll deshalb an dieser Stelle noch einmal extra behandelt werden.

Dissoziation wird z. B. durch Wilson im Lexikon der Psychologie (Arnold et al. 1980, S. 383) definiert als ein „Prozess, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich absplenden und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen nebeneinander beibehalten ... werden.“ Dies gilt nicht nur für logisch, sondern auch für emotional unvereinbare Erfahrungen. Dissoziation ist der Versuch der Wahrnehmungszerstörung oder zumindest Wahrnehmungsveränderung“ (Sachsse 1996(a) zit. in (Reddemann/Sachsse a. a. O., 118).

Zwei Formen der Dissoziation, die induzierte Derealisation und die induzierte Depersonalisation werden besonders oft im Umgang mit traumatisierten Personen beobachtet. Viele körperlich Misshandelte z. B., vor allem die, die wiederholten und/oder fortgesetzten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind, entwickeln die Fähigkeit, aus ihrem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen, die Szene von oben oder außen zu betrachten und so wenig wie möglich zu durchleben. Sie verlassen die unerträgliche Realität aktiv. Sie wehren damit einen Teil ihrer Selbsterfahrungen – nämlich vor allem den affektiven – ab bzw. symbolisieren ihre Selbsterfahrungen nur zum Teil. Wie alle Abwehrmanöver und die aus ihnen resultierenden Symptombildungen können auch die Derealisation und die Depersonalisation generalisieren. Der Verlust des selbstbestimmten Zugangs zur bzw. der Kontrolle über die eigene emotionale Erfahrung ist eines der Hauptkennzeichen der Persönlichkeitsstörungen, die als chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung zu verstehen sind.

Auch selbstverletzendes Verhalten – das nicht der Selbstkontrolle unterliegt und oft für das zentrale Merkmal z. B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehalten wird – spielt sich im Zusammenhang mit Dissoziation ab. Selbstverletzendes Verhalten gilt nach allem, was beobachtet worden ist und wird, als das beste Mittel, um „Zustände“, „Druck“, also Übererregung (hyperarousal), Intrusionen, Flash-backs, Depersonalisations- und Derealisationen zu beenden, als das beste bekannte Antidissoziativum, allen Medikamenten deutlich überlegen (vgl. Sachsse, 1987, 1997; Sachsse et al. 1997a). „15 bis 30 Sekunden nach einem Hautschnitt ist der Kopf wieder klar, der Körper ist lebendig, die Körpergrenzen sind spürbar, die Gefühle sind konturiert, und „der Druck ist raus“. Das macht diese Symptomatik für viele Patienten so schwer entbehrlich und damit so schwer behandelbar“ (Reddemann/Sachsse a.a.O. 118).

Wie gesagt können viele Symptombildungen der schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als anfangs sinnvolle, mit der Zeit aber dysfunktionale Coping-Strategien – vor allem im Sinne von Dissoziation – zur Bewältigung traumabedingter Störungen verstanden werden. Das gilt auch für die Abwehr durch Spaltung (in gut und böse), zu der die Verleugnung, die Idealisierung und Entwertung, die Projektion und die Projektive Identifikation gehören. „Sofern eine Realwahrnehmung mit den inneren guten Objekten unvereinbar ist, sind wir Menschen offenbar gezwungen, diese Wahrnehmung zu opfern“ (Reddemann/Sachsse a. a. O., 118). Spaltung gilt als versteinerte, erstarrte Dissoziation.

Im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts wird zwar nicht viel über Dissoziation gesprochen, aber in der Erklärung von Symptombildungen spielen dissoziative Phänomene eine große Rolle. Es wird angenommen, dass eine Erfahrung, die als mit dem Selbstkonzept unvereinbar und damit bedrohlich bewertet wird, nach Möglichkeit dem Bewusstsein ferngehalten wird, und zwar durch Wahrnehmungsveränderung. Die dem Selbstkonzept inkongruente Erfahrung wird verleugnet oder so verzerrt, dass sie doch als mit dem Selbstkonzept vereinbar erscheint. Eine Erfahrung kann auch in der Form verzerrt sein, dass sie nicht vollständig symbolisiert ist, also z. B. nur als Körpersensation oder Gedanke ohne das zu ihr gehörende Gefühl im Bewusstsein auftaucht. Auch das ist ein dissoziatives Phänomen.

Anders als die Objektbeziehungstheoretiker nehmen Gesprächspsychotherapeuten an: Wir „opfern“ nicht die Wahrnehmung von Erfahrungen, die mit unseren guten Objektrepräsentanzen nicht zu vereinbaren sind, sondern wir können keine Selbsterfahrungen machen, in denen wir nicht, als wir sie das erste Mal in einer entsprechenden Situation hätten machen können, von einer kongruenten anderen Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt worden sind. Weil Erfahrungen bei ihrem ersten Auftreten

nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden können, dass sie von einer anderen Person empathisch verstanden werden und wir in ihr unbedingt positiv beachtet werden, können in das Selbstkonzept nur Erfahrungen mit einem „guten Objekt“ integriert werden. Erfahrungen mit einem „nicht guten Objekt“ werden nicht in das Selbstkonzept integriert. Wenn sie sich später wiederholen, werden sie als Bedrohung für das Selbstkonzept entweder gar nicht gemacht, ganz verleugnet oder so verzerrt, dass sie nicht mehr nach Erfahrungen mit einem nicht verstehenden und nicht unbedingt wertschätzenden Anderen aussehen.

3. Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma

3.1 Schulübergreifende Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma

Bezüglich der Behandlung von Psychotrauma gilt Schulen übergreifend: Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma ist die Aufhebung der Dissoziation: Wo Intrusionen sind, sollen Erinnerungen werden.

Zum einen geht es darum, dass die eine einzelne traumatische Erfahrung ausmachenden Gedanken, Bilder, Worte, Affekte und Körpersensationen ganzheitlich zusammengeführt werden.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Es geht darum, dass die traumatische Erfahrung als Selbsterfahrung vollständig symbolisiert werden kann. Nur dann kann sie in das Selbstkonzept integriert werden und bedeutet ihr Wiederauftauchen im Bewusstsein nicht mehr eine Bedrohung für das Selbstkonzept.

Zum anderen geht es in der Therapie von Psychotrauma darum, den Erfahrungskontext (so nennen das z. B. die Tiefenpsychologen) bzw. das Selbstkonzept so zu erweitern, dass nicht nur diese einzelne traumatische Erfahrung in das Selbstkonzept integriert werden kann. Je mehr auch traumatische Erfahrung in das Selbstkonzept integriert worden ist, um so weniger kann das Auftauchen einer spezifischen traumatisierenden Erfahrung oder von Teilen von ihr im Bewusstsein den Erlebensprozess unterbrechen, bzw. die dissoziative Abwehr in Gang setzen.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Das drohende Auftauchen der traumatischen Erfahrung im Bewusstsein kann die Person um so weniger in einen Zustand akuter Inkongruenz versetzen, je mehr Erfahrung – die immer zugleich eine Erfahrung des verstanden und unbedingt positiv beachtet worden Seins ist – sie in ihr Selbstkonzept hat integrieren können. Das generelle Ziel der Therapie nach Psychotrauma ist es, dass jedes Ereignis, das die Patientinnen und Patienten in ihrem Lebens erfahren oder erlebt haben, emotionsgetragen erinnert werden kann. Es geht um die Aufhebung der Notwendigkeit der Dissoziation in all ihren Formen bzw. um die Aufhebung der chronischen Inkongruenz in den vielen Formen, in denen sie erlebt wird.

3.2. Es ist von einer traumatogenen Pathologie auszugehen

Die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen, die traumatisierte Patienten behandeln, betonen, dass diese Patienten nicht aus einer konfliktpsychologischen und auch nicht aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive zu betrachten seien. Vielmehr sei im Umgang mit ihnen keine andere als eine traumatogene Pathologie anzunehmen.

Es sei eine therapeutische Beziehung anzustreben, in der sich der Patient und der Therapeut gemeinsam um das tatsächlich bzw. in Wirklichkeit – und nicht etwa nur in der Phantasie – traumatisierte Wesen im Patienten bemühen, vor allem wenn es sich um ein traumatisiertes Kind handle.

Die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der Patientinnen und Patienten seien anzuregen und zu unterstützen. Auch eine schwerst verletzte Patientin verfüge über sämtliche Selbstheilungskräfte. Intrusionen seien Reaktivierungen von Erfahrungen, die nach Erledigung drängten, Spaltung, Dissoziation und Imagination die zentralen Coping-Strategien traumatisierter Menschen und damit Ressourcen.

In der Behandlung von Psychotrauma gehe es nicht um „Abreaktion“ oder „Katharsis“, sondern um „Traumasynthese“ (Huber 1995) und die anschließende Integration des Erlebten in den eigenen Erfahrungskontext. So sei es wichtig, sich klarzumachen, dass bei einer Reaktivierung des Traumas durch Traumaexpositionstechniken die Affekte und Empfindungen oft heftiger sind als in der traumatischen Situation selbst, in der (bzw. im Anschluss an die) – sinnvollerweise – dissoziiert wurde. Es gilt heute als Kunstfehler, etwa bei einer Anamneseerhebung oder bei einem Kurztermin Erinnerungen an Traumata aufspüren zu wollen, detektivisch zu erfragen oder engagiert involviert zu vertiefen. Traumaexposition erfordere eine fundierte Vorbereitung und einen klaren Rahmen.

Wenn es um die Behandlung von Psychotrauma geht, vertreten also auch die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen gesprächspsychotherapeutische Positionen: Das Ziel der Therapie ist es, durch die Integration der bislang dissoziierten Erfahrung das Selbstkonzept weiterzuentwickeln. Es ist von Selbstheilungstendenzen auszugehen, einem eigenen Potential zur selbstorganisierten Entwicklung in eine positive Richtung. Im Rahmen der Gesprächspsychotherapie heißt das: Aktualisierungstendenz. Und es ist eher nondirektiv vorzugehen.

3.3. In der Behandlung von Psychotrauma werden drei Behandlungsphasen unterschieden

Alle traumasynthetisch arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten seit Pierre Janet (1889) unterteilen die Behandlung in drei Phasen:

- eine anfängliche Stabilisierungsphase
- eine Traumaexpositionsphase

- und eine Phase des Trauerns, der Sinnfindung und Reintegration der Persönlichkeit.

a) Die Stabilisierungsphase beinhaltet die Etablierung der therapeutischen Beziehung. Die therapeutische Beziehung, gekennzeichnet durch Verständnis, Akzeptanz, Sympathie, Kooperation, mitmenschliche Wärme, Förderung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit oder Anpasstheit an die soziale Wirklichkeit des Patienten gilt heute schulenübergreifend als ein wichtiger, wenn nicht gar als der zentrale Wirkfaktor jeder Psychotherapie.

b) Es wird an die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der Patientin angeknüpft. Vor dem Beginn mit der Traumaexposition müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Die Patientinnen müssen z. B. grundlegende stabilisierende Imaginationsleistungen – die Vorstellung eines sicheren inneren Ortes, guter innerer Helfer, eines sicheren Tresors zum Wegpacken von traumatischen Erinnerungen – erbringen können.

c) Die Patienten werden von Anfang an nach innen verwiesen, auf ihre eigenen Erfahrungen. Wenn sie z. B. über nur gute und nur schlechte Personen oder nur schöne und nur traumatische Lebensbedingungen sprechen, werden sie darauf hingewiesen, dass in realen zwischenmenschlichen Beziehungen andere Erfahrungen gemacht werden.

d) Die Stabilisierungsphase gilt nicht nur als Vorbereitung auf die Traumaexposition als sinnvoll und notwendig. Für viele Patientinnen beschränkt sich die Behandlung auf die Stabilisierung. Selbst in auf die Behandlung von Psychotrauma spezialisierten Kliniken werden nur bei 40 Prozent der Patientinnen Traumaexpositionen durchgeführt.

Mit den Traumasynthesen ist eine Therapie noch nicht abgeschlossen. Es bedarf danach noch einer meist mehrjährigen Neuorientierung.

Die umfassenden verhaltenstherapeutischen Konzepte der Behandlung von Psychotrauma sehen nicht wesentlich anders aus. In ihrer Darstellung werden die Techniken der Traumaexposition und ihre „Verträglichkeit“ in den Vordergrund gestellt.

Ich denke, es ist deutlich geworden, dass in den Überlegungen über eine angemessene Behandlung traumatisierter Menschen die wesentlichen Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts, die aber fast nie als solche erwähnt werden, eine Renaissance erleben.

3.4 Die traumatogene Psychopathologie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts

Bedeutet das nun schon wieder, dass Gesprächspsychotherapeuten alle ihre Klienten gleich behandeln, und zwar so, als wären sie alle

Traumatisierte? In gewisser Weise ist das so. Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie auf dem Grunde ihrer Symptomatik an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen.

Das Spezifische an der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma ergibt sich aus dem Inhalt und der Abwehr der Erfahrungen, die als traumatisierend gelten.

Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation ist das u.U. tödliche Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit der körperlich bereits aktivierten Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

Die Erfahrung, total ohnmächtig und hilflos zu sein, nichts bewirken zu können, ist mit den Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert worden sind, nicht kongruent. Mit allen Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert werden konnten, hat die Person zumindest auch empathisches Verstehen und unbedingte Wertschätzung auslösen können.

Dieser extremen Inkongruenz entsprechend bedrohlich für das Selbstkonzept ist die traumatisierende Erfahrung und entsprechend radikal die Abwehr.

Wenn in der posttraumatischen Zeit Intrusionen und Konstriktion erlebt werden, werden abwechselnd das Versagen und die Generalisierung dieser Abwehr erlebt.

Der Kern der traumatischen Erfahrung, die totale Macht- und Hilflosigkeit, wird auch in den Intrusionen meistens nicht klar und vollständig bewusst erlebt. Es kommt zu Ausbrüchen von Angst, Panik und Aggression, es tauchen Bilder auf und Körpersensationen, die etwas mit Kampf- und Flucht zu tun haben. Aber die Erfahrung von Macht- und Hilflosigkeit wird an anderer Stelle erlebt. Die traumatisierten Patienten erleben sich als ohnmächtig und hilflos gegenüber ihrem Erleben, über das sie keine Kontrolle haben, gegenüber dem Auftauchen der Bilder, der Wut, den Gefühlen von Sinnlosigkeit. Oder sie verleugnen und verzerren ihre Macht- und Hilflosigkeit, indem sie z. B. ihre Suizidalität als wiedergewonnene Freiheit oder Unabhängigkeit erleben – womit wir Therapeuten in die Position der Hilflosen kommen – oder indem sie einen Abusus betreiben – womit sie uns ebenfalls in ihr Erleben von Machtlosigkeit und damit Sinnlosigkeit hineinziehen.

Es geht in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma letztendlich darum, diese Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit im Erleben des Patienten aufzuspüren, um mit dem Patienten zusammen zu verstehen, dass sie der Erfahrung einer Situation entsprechen und nicht ihrer Person, dass sie sich für diese Erfahrung weder rechtfertigen noch gar entschuldigen müssen. Das einzig positive am Wiederauftauchen der schrecklichen und unerträglichen Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit ist, dass auch mit ihr die Möglichkeit verbunden ist, von einem anderen Menschen positiv beachtet zu werden.

Literatur

- Arnold, W./Eysenck, H.J./Meili, R. (1980), Lexikon der Psychologie, Bd I. Freiburg, Basel, Wien (Herder)
- Flatten G. (2001), Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext; Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Stuttgart (Schattauer)
- Huber, M. (1995), Multiple Persönlichkeit. Überlebende extremer Gewalt, Frankfurt (S. Fischer)
- Reddemann, L./Sachsse, U. (1997), Stabilisierung. Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1. Persönlichkeitsstörungen, in: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 3, 113–147
- Sachsse, U. (1987), Selbstschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut, in: Forum Psychoanalyse 3, 51–70
- Sachsse, U. (1994), Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht) 1997
- Sachsse, U. (1996), Patienten: Opfer oder Täter? Störungen und Zerstörungen der eigenen Wahrnehmung als Autoprotektion und Autoaggression, in: Bell, K., Höhlfeld, K. (Hg.), Aggression und seelische Krankheit. Gießen (Psychosozial), 259–269
- Sachsse, U./Eßlinger, K./Schilling, L. (1997), Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung, in: Fundamenta Psychiatrica 11, 12–20
- Van der Kolk, B.A. (1997), Das schwarze Loch des Traumas. Zum posttraumatischen Syndrom (PTSD). Vortrag auf dem Intern. Symposium „Adoleszenz und Trauma“. Tiefenbrunn bei Göttingen. Zitiert nach Reddemann u. Sachsse (1997)
- Weltgesundheitsorganisation (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Bern (Hans Huber)

Autorin

Eva-Maria Biermann-Ratjen, 1939, Dipl.-Psych., Gesprächspsychotherapeutin und Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie. Bis 1999 Dozentin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Korrespondenzadresse

*Eva-Maria Biermann-Ratjen
Loehrsweg 1
D- 20249 Hamburg
E-Mail: Biermann-Ratjen@web.de*