

GESTALT THERAPIE

Forum für Gestaltperspektiven

Trauma

ROLAND WEBER

Alte kriegstraumatische Bilder –
neue alltagshoffnungsvolle Bilder

ANDRÉ KELLNER

Einführung in Figur und Grund
Psychodynamischer Gestalttherapie mit Traumapatientinnen

ROSIE BURROWS

›Und Hoffnung und Geschichte sind im Einklang‹

MANFRED SCHNEE

Scham und Beschämung in der Schule

Zur Identität der Gestalttherapie

DEIRDRE WINTER

Interview mit Leslie Greenberg

REINER DIETZ

... if not, it can't be helped

MARC OESTREICHER

... was heißt hier neu?

ISADORE FROM

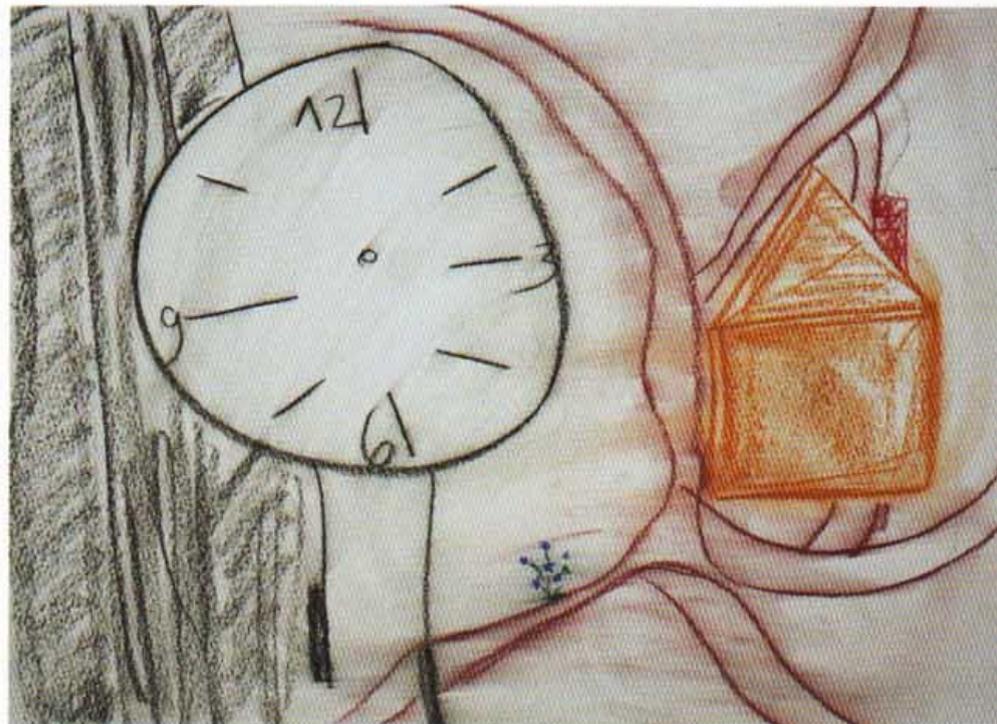
Gestalttherapie und »Gestalt«

BEATRIX WIMMER

Spezifische Kompetenzen von GestalttherapeutInnen

BUD FEDER

Vorkontakt und erste Sitzung



Trauma

ROLAND WEBER

Alte kriegstraumatische Bilder – neue alltagshoffnungsvolle Bilder

In diesem Artikel wird der Behandlungsverlauf eines Patienten mit einer komplexen Kriegs-PTBS beschrieben, und anschließend werden die Therapieprozesse reflektiert. Es handelt sich um einen bosnischen Patienten mit einer bereits seit vielen Jahren bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung, der vom Autor während eines rund halbjährigen stationären Aufenthaltes in einer akut-psychiatrischen Klinik therapeutisch begleitet wurde. Ein Überblick über aktuelle *gestalt-traumatheoretische Konzeptionen* bildet die Grundlage für die anschließende Reflexion der *Therapieprozesse*.

Schlüsselbegriffe: Gestalt-Traumatherapie, PTBS, psychiatrische Klinik, Therapieprozesse

Wartime Trauma Impressions of Old – Hope Inspiring Everyday Life Impressions of New. This article describes the treatment of a patient with a complex PTSD caused by war and subsequently reflects on the therapy processes. The author accompanied a Bosnian patient, who has been suffering from a posttraumatic stress disorder for many years, during six months of therapy in an acute psychiatric hospital. An overview of current Gestalt trauma-theoretical concepts provides a basis for the subsequent reflexion of the therapy processes.

Keywords: Gestalt therapy - trauma treatment, PTSD, psychiatric hospital, therapy processes

Anamnestic Angaben

Herr B. ist 1974 in Bosnien geboren und aufgewachsen. Sein Vater war lange als Maurer in Deutschland tätig und wurde dort 1983 ermordet. Seine Mutter ist Hausfrau und lebt noch in Bosnien. Er hat einen jüngeren Bruder, der in Bosnien lebt und arbeitet. Herr B. absolvierte acht Jahre Grundschule in Bosnien, ging anschließend für eine dreijährige Ausbildung als Maschinenmechaniker nach Kroatien und kehrte aufgrund des Balkankriegsausbruches 1992 nach Bosnien zurück. Er wurde dann ins bosnische Militär eingezogen und war bis



Roland Weber

1995 im Bosnienkrieg. Seine Truppe hatte eine Aufklärer-Funktion und war unter anderem in die Verteidigung von Bihac involviert. Er war Kommandant von gut 100 Soldaten, wovon die meisten im Krieg umgekommen sind. Von den aktuell noch lebenden (weniger als fünf) Soldaten seien alle psychisch krank. Während der Hospitalisation erhielt Herr B. die Nachricht, dass sich ein weiterer dieser Soldaten das Leben genommen hatte.

1994 war Herr B. bei einer Explosion verletzt worden und war danach in Spitälern in Bosnien in Behandlung. Damals habe er auch erstmals einen »Nervenzusammenbruch« gehabt. Er sei darauf in eine psychiatrische Klinik gekommen, wo man ihn mit »Medikamenten und Spritzen« behandelt hätte. Bis Ende 1995 habe er täglich Alkohol in großen Mengen getrunken und Medikamente geschluckt, um Ruhe zu finden. Seit elf Jahren trinke er keinen Alkohol mehr. Er schlucke dagegen regelmäßig Tabletten, vor allem Benzodiazepine.

Im Januar 1996 sei er dann für die Behandlung von Hand- und Fußverletzungen in die Schweiz gekommen. Im Juni 1997 sei er nochmals zurück nach Bosnien gegangen und dort bis September erneut in einem Spital gewesen. 1997 wurde ihm von einer bosnischen Ärztin eine PTBS bescheinigt. Im November 1997 sei er wieder in die Schweiz gekommen und geblieben. Seither lebt Herr B. in der Schweiz und ist eingebürgert.

Im September 1997 heiratete er in der Schweiz, 2012 lief jedoch die Scheidung. 2003 kam die gemeinsame Tochter zur Welt. Diese lebte bei der Mutter und ihrem neuen Freund. Herr B. betonte immer wieder, dass seine Tochter ein Lebensgrund für ihn sei. Die Eltern hatten ein gemeinsames Sorgerecht und beide waren an einer gangbaren Besuchsregelung und dem Wohl der Tochter interessiert. Da von unserer Seite her das Okay für Besuche gegeben wurde, sehen sich Tochter und Vater regelmäßig mindestens jedes zweite Wochenende. Die Tochter hat daneben vom zuständigen Schulsozialdienst eine Ansprechperson.

Herr B. lebt wieder in einer neuen Beziehung. Allerdings war die neue Partnerin durch die Massivität der Symptomatik belastet. Seit Herbst 2011 wohnte er als Zwischenlösung in einem Saisonier-Zimmer in einem Restaurant. Dass er keine feste Wohnung hatte, kränkte ihn. Daher war das Finden einer neuen Wohnung ein großes Thema.

Bezüglich sozialer Kontakte gab er an, dass viele seiner Beziehungen aus dem Umfeld des Militärs seien. Entsprechend kämpften auch viele mit ähnlichen Problemen. Hier in der Schweiz habe er nur vereinzelt Kontakte. Im Alltag fühle er sich von anderen Menschen nicht verstanden. Er hat einen moslemischen kulturellen Hintergrund, allerdings schien der Glaube keine größere Stütze für ihn zu sein. Er hielt sich regelmäßig in spezialisierten Internetforen von PTBS-Betroffenen auf oder schaute sich Videos seiner Kriegseinsätze an. In seiner Freizeit unternahm er oft Spaziergänge. Ansonsten habe er »die Lust für alles verloren«. Früher habe er in seiner Freizeit mit anderen Mechanikern »rumgeschraubt«.

2001 unternahm er einen ersten Suizidversuch. 2002 erfolgte ein zweiter, indem er sich Schnittwunden am Unterarm zufügte. Seither war er bei verschiedenen Psychiatern und Psychologinnen in Behandlung, erhielt verschiedene Medikamente. Diese habe er »wie Bonbons« genommen, insbesondere in den letzten zwei bis drei Jahren vor Eintritt bei uns. Die Erfahrungen mit den bisherigen Behandlungen seien zwiespältig gewesen.

Daneben litt und leidet er auch an somatischen Beschwerden wie Nacken- und starken stechenden Kopfschmerzen, Schwindel und Erstickungsgefühlen. Ärztliche Untersuchungen (u. a. mit MRI) hätten verengte Nervenkanäle im Nacken ergeben, ansonsten sei das MRI unauffällig gewesen.

Lange habe ihm seine Arbeitsstelle geholfen sich abzulenken und »alles zu vergessen«. Seit 1998 hatte er immer gearbeitet, zunächst einige Jahre temporär, dann ab 2002 als Mechaniker in einer Hydraulikfirma. Er wurde als guter Arbeiter sehr geschätzt. Aufgrund von zunehmenden Konzentrationsstörungen und unkontrollierbarer Nervosität seit zwei bis drei Jahren verschlechterte sich allerdings seine Arbeitsleistung. Er habe pro Jahr dann immer zwei bis drei Monate Krankheitszeit gehabt. Anfang 2012 wurde ihm wegen dieser Fehlzeiten schließlich gekündigt.

Auch auf der finanziellen Ebene stand der Patient stark unter Druck. Während der Hospitalisation lebte er von der Taggeldversicherung und wir meldeten ihn bei der Invalidenversicherung (IV) an.

Der Prozess der therapeutischen Begegnung

Der Hintergrund der Behandlung

Der Patient trat am 3. Januar 2012 auf regulärer Basis bei uns ein. Es handelte sich um den ersten stationären psychiatrischen Aufenthalt in der Schweiz. Zugewiesen wurde Herr B. von einem niedergelassenen Psychiater, bei dem er seit November 2011 in Behandlung war. Bei uns war er für einen Benzodiazepin-Entzug angemeldet.

Die Behandlung fand in der Psychiatrischen Klinik in Luzern statt. Diese Klinik ist Teil der Luzerner Psychiatrie (lups), welche vom Kanton Luzern den Auftrag für die psychiatrische Grundversorgung hat. Seit einigen Jahren ist die lups ein eigenständiger Betrieb. Die Klinik Luzern besteht aus drei identischen Akutstationen mit je 17 stationären Betten (sowie Notbetten). Auf allen Abteilungen werden Patienten mit allen Störungsbildern aufgenommen. Zusammen mit einem vierten Behandlungsteam, welches *home treatments* anbietet, gewährleisten wir die stationäre psychiatrische Versorgung für Stadt und Agglomeration Luzern. Ich bin einer der drei Akutstationen angeschlossen. Dort und in diesem Rahmen fand die Behandlung statt. Jede dieser Abteilungen wird oberärztlich geleitet. Für die Fallführung der Patienten auf der Station sind je zwei Assistenzärzte und ein(e) PsychologIn zuständig.

Da ich bis Mitte Januar Urlaub hatte, war die ersten beiden Wochen ein Assistenzarzt für die Behandlung zuständig. Nach meiner Rückkehr wurde die Fallführung mir übergeben.

Während der gesamten Hospitalisation führten wir wöchentlich mindestens zwei Einzelgespräche. Bei Krisen oder aus anderen Gründen war die Frequenz erhöht, bis zu täglichen Kontakten. Die Gespräche dauerten normalerweise 30 Minuten. Da Herr B. vor allem in den ersten zwei bis drei Monaten ein großes Redebedürfnis hatte, waren sie oft 45 bis 60 Minuten lang. Vor allem zu Beginn der Hospitalisation fand eines der Gespräche pro Woche mit der pflegerischen Bezugsperson zusammen statt. Wir führten zwei Paargespräche. Herr B. zeigte nach einigen Monaten Aufenthalt einmal seiner Tochter »den Ort, wo der Vater seine Zeit verbringt«. In regelmäßigen Abständen gab es Standortgespräche mit allen involvierten Fachpersonen, das heißt mit dem Sozialdienst, der Kunsttherapeutin, der Arbeitstherapeutin und mit der Pflege.

Betreffend Frequenz ermöglicht mir das Arbeiten im stationären Rahmen eine recht flexible Handhabung. Als psychologischer Psychotherapeut gebe ich der therapeutischen Beziehung großen Stellenwert und Raum. Sie ist eines meiner wichtigsten Arbeitsinstrumente. Wie auch von J. Lacan beschrieben, hat sich für mich eine flexible Handhabung der Frequenz und der Gesprächsdauer bewährt. Das heißt, wenn es wenig zu besprechen gibt, kann ein Gespräch nur fünf Minuten dauern oder aber auch so lange, bis die »Figur für den Moment rund« war. Insbesondere bei Krisensituation hat sich dieses Vorgehen gut bewährt. Diese Handhabung von Gesprächen wurde vom Patienten, aber auch den ArbeitskollegInnen, insbesondere von der Pflege, geschätzt. Es half, Krisensituationen zeitnah angehen zu können und darüber hinaus (im Idealfall) eine Lernerfahrung zu machen, wie solche Situation bewältigt werden können. Für die Pflege und die Abteilung war es eine Entlastung, weil sonst die Gefahr bestand, dass Unruhe und Krisen auf der Abteilung ausagiert wurden.

Der Vordergrund – der Lauf der Behandlung

Im Folgenden werde ich den Lauf der Behandlung lose chronologisch nachzeichnend beschreiben. Die Reflexion und Auseinandersetzung mit der gestalttherapeutischen Theorie findet anschließend statt.

Erste Kontakte – erste Eindrücke

Meine ersten Informationen kamen vom Team und dem Zuweisungsschreiben. Es stand im Raum, dass der Patient entlassen werden musste, da sein Verhalten und Erscheinungsbild für die Abteilung schwer zu tragen waren und er Angst auslöste. Er lief in militärischer Tarnkleidung herum und hatte militärische Utensilien bei sich im Zimmer ausgebreitet. Der Patient selber schlief auf einer Yogamatte neben seinem Bett am Boden. Im Bett schlafte sein im Krieg gefallener

bester Freund. Dieses Verhalten wurde als psychotisch eingeschätzt und der Patient mit entsprechender Medikation behandelt. An den Beginn des Benzodiazepin-Entzuges war nicht zu denken.

Bei meinem ersten Gespräch erschien der Patient in militärischer Tarnhose und T-Shirt. Mir gegenüber saß ein unteretzter, kräftiger Mann mit wachem, klarem Geist, der im Affekt wenig spürbar und motorisch sehr unruhig war. Er redete angetrieben und war thematisch eingengt auf die Kriegserfahrungen. Während des Gesprächs kam es wiederholt zu bedrohlich wirkenden Impulsdurchbrüchen. Herr B. erzählte in einer Art, als ob er sich mitten in Kriegsszenen befände. Er konnte sich nicht davon abgrenzen, gab an, durch Alpträume und massive Flashbacks überflutet zu werden. Auch mir erzählte er die Geschichte von seinem besten Freund. Ich ließ mir im Anschluss an das Gespräch sein Zimmer zeigen.

Aufgrund des – aus unserer Sicht – bisher eher schwierigen Behandlungsverlaufes und da mein Fokus in dieser Phase auf dem Beziehungsaufbau und der Suche nach stabilisierenden Ressourcen lag, bot ich dem Patienten fast täglich Gespräche an. Herr B. machte davon Gebrauch. Auch in den nächsten Gesprächen imponierte er durch eine starke Einengung auf Eindrücke von Kriegserlebnissen, wobei er einzelne Fragmente dutzende Male wieder erzählte. Die Bezugsperson der Pflege und ich sahen darin ein Bedürfnis, sich Sachen »von der Seele zu reden«. Bereits in einem der ersten Einzelgespräche äußerte er, dass er Vertrauen zu mir gefasst habe.

Ich begann, den Patienten versuchsweise in die Außenwahrnehmung zu bringen, als Gegenpol zu den inneren kriegstraumatischen Bildern. Hier entstand für mich das Bild vom alten Weg und dem neuen Weg und den alten Bildern und den neuen Bildern. Dieses Bild führte ich als Therapierational in die Behandlung ein und rekurrierte im gesamten Behandlungsverlauf immer wieder darauf. Diese Metapher half uns beiden klarer einzuordnen, ob wir uns in eine konstruktive Richtung bewegten.

Daneben war er oft mit Fragen auf der sozialen Ebene beschäftigt. Auch um die Anliegen und Fragen der Ex-Frau und der neuen Freundin galt es sich zu kümmern. Gegen Ende Januar wurde mir von der Pflege berichtet, dass Herr B. nun nicht mehr am Boden neben seinem Bett schlafe. Auch lief er nun in »ziviler« Kleidung herum. Diese Veränderungen trugen zu einer ersten Entlastung bei. Bei mir hatte sich ein Gefühl von Interesse und einer grundlegenden Sympathie entwickelt, trotz der oberflächlich auch bedrohlichen Anteile und der vielfältigen Interaktionen. Der Weg war somit für eine weiterführende Behandlung geebnet.

Zwischenphase – Mehr vom Gleichen und erste Stabilisierungstendenzen

In den folgenden Wochen bis Monaten standen die Bearbeitung der in der Anfangsphase erkannten Themen und Probleme im Fokus. Die

Behandlung verlief weiterhin auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig. Herr B. betonte, dass er die Klinik als einen Ort des Schutzes und der Sicherheit wahrnehme.

Auf der sozialen Ebene wurde klar, dass er in absehbarer Zeit nicht vermittlungsfähig sein würde. Als neue Behandlungsinstrumente wurden *Skills* eingeführt, wobei er bei starken Spannungszuständen weiterhin oft zuerst Reservemedikamente einnahm. Bezüglich der Medikamente machte er widersprüchliche Aussagen. Statt Benzodiazepine abbauen zu können, wünschte er oft mehr davon. Mein Angebot waren *Skills*, stützende Gespräche und *Nordic Walking*. Als ein Neuroleptikum Nebenwirkungen auslöste, unterstützte ich seinen Wunsch, dieses Medikament abzusetzen. Gegen Ende Februar konnte er sagen, dass es ihm zeitweise besser gehe, dann wieder sehr schlecht. Weiter äußerte er große Zukunftsorgen. Dies war das erste Mal, dass er das Thema »meine Zukunft« einbrachte. Ich hatte dann erneut eine Woche Urlaub.

Nach meiner Rückkehr fiel mir die deutlich andere emotionale Gestimmtheit des Patienten auf. Er wirkte deutlich weicher, brach im Gesprächsverlauf in Tränen aus und erzählte weinend weiter. Unter anderem sagte er, dass er sich beim *Nordic Walking* für einen Moment leer und wohl gefühlt hatte. Ich war berührt und mir fiel ein Stein vom Herzen. Ich betrachtete diese Stunde als einen Dreh- und Angelpunkt der Behandlung. Einerseits hatte er eine Tätigkeit gefunden, welche ihm für Momente ein »alltagsnormales« Befinden ermöglichte, andererseits schien sich das Bild vom alten und neuen Weg zu bewähren. Ich griff das Bild auch in dieser Stunde auf und sagte ihm, dass der neue Weg in klein(st)e Schrittschritten aufgeteilt werden könne, was die harte Arbeit etwas erleichtere. Dies sei jedoch auch der Weg, wie er der Sogwirkung des alten Weges mit der Sackgasse (d.h. letztlich dem Suizid) entgegenarbeiten könne.

Alter und neuer Weg – Pendeln zwischen Verzweiflung und Hoffnung

Ab da wirkte Herr B. präsenter und realistischer in seinen Einschätzungen. Er war nun an weiteren Informationen zum Umgang mit Traumatisierungen interessiert. Es gab dann eine Phase, in der er öfters für Termine außerhalb der Klinik unterwegs war. Mitte März begannen wir mit dem Abbau der Benzodiazepine. Im Gegenzug erhöhten wir ihm ein Antidepressivum und ein Anxiolytikum. In den Einzelgesprächen begann er sich (noch) mehr zu öffnen, hatte nun das Bedürfnis, von schrecklichsten Kriegsgräuelbildern zu erzählen. Auch die Frage der Schuld beschäftigte ihn. Er habe im Krieg auch Menschen getötet, wobei ihn auch diese Bilder verfolgten. Auch in die Kunsttherapie hatte er nun den Einstieg gefunden. An den Wochenenden war er nun regelmäßig mit seiner Tochter und/oder der Freundin unterwegs. Er kam meistens mit gemischten Gefühlen zurück und klagte wieder verstärkt über somatische Beschwerden.

In der Woche nach Ostern brachen dann für einen Moment alle Dämme. Er weinte in den Einzelgesprächen dieser Woche unun-

terbrochen. Ich bot ihm wieder tägliche Gespräche an. Er pendelte stark zwischen absoluter Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit sowie alltäglich-hoffnungsvollen Momenten. Auf keinen Fall sollte Valium weiter reduziert werden.

Schritte auf dem neuen Weg – Erfolgserlebnisse und kritische Impulsdurchbrüche

Ende Mai wurde von allen Seiten eine Zustandsverbesserung rückgemeldet. Er konnte das Dort und Damals sowie das Hier und Jetzt nun klarer unterscheiden. Bezüglich Spannungszuständen gab er an, dass ihm eine »innere Bremse« fehle, was stimmig schien mit der wissenschaftlichen Faktenlage zu neuronalen Veränderungen nach Traumatisierungen. Mit einer EMDR-ähnlichen Technik arbeitete ich an der Desensibilisierung des limbischen Systems.

Als es auf der Abteilung zu einem Impulsdurchbruch kam, wurde von einigen Teammitgliedern erneut der Austritt verlangt. Mittels Verhaltensanalyse wurde die Situation rekapituliert und ihm andere Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Nur einige Tage später dann eine erfreuliche Nachricht: Herr B. hatte die Zusage für eine neue Wohnung. In dieser Phase traten erneut Themen auf der sozialen Ebene in den Vordergrund. Von der IV wurde eine Rente zugesprochen, so dass er mehr Zeit für Traumatherapie und ein ambulantes Arbeitstraining bekam. Herr B. war wieder viel unterwegs und hatte weniger Bedarf an Einzelgesprächen. Er wünschte, regelmäßig »Körperübungen« gemeinsam zu machen (z. B. *Body Jazz* von Gabrielle Roth). Anhand eines Zeitpfeils wurde eine kohärente Lebensgeschichte des Patienten erstellt. Er konnte jetzt klar benennen, dass ihn die Erinnerungen an 1994 belasteten, dass er ansonsten auch »Glück im Unglück« gehabt habe und nun sicher sei. Er war weiterhin auf Medikamente fixiert. Nach so langer Zeit mit vorwiegend medikamentöser Behandlung war es nachvollziehbar, dass es sich für Herrn B. »fremd« anfühlen musste, mit weniger Medikamenten leben zu können. Er äußerte Angst vor krisenhaften Rückfällen. Während einer Woche Therapieurlaub, in der er mit seiner Freundin in Bosnien bei seiner Familie weilte, wurde ihm dies sehr bewusst.

Fokus nach vorne gerichtet – Austrittsplanung

Gegen Ende Juni äußerte er dann erstmalig das Stichwort »Austritt«, was ein weiteres Indiz war, dass Herr B. zunehmend wieder den Blick auf das Hier und Jetzt gerichtet hatte. Wir skizzierten anhand eines Zeitstrahls ein mögliches Prozedere. Dieses sah vor, dass er zunächst noch als Tagespatient an die Klinik angehängt bleiben sollte. Auch nach dem definitiven Austritt bei uns wird es ihm möglich sein, ambulant in die Arbeitstherapie und die Kunsttherapie zu kommen. Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung geht dann bei einem ambulanten Psychiater weiter. Herr B. trat Mitte August

ins ambulante Setting aus. Die Benzodiazepindosis war deutlich reduziert, aber nicht auf Null.

(Gestalt-)theoretische Einbettung und Begriffsbestimmung

An dieser Stelle werde ich die Begriffe »Trauma« und »Posttraumatische Belastungsstörung« einführen sowie Traumatisierung und Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Sicht darlegen. Ich erachte eine saubere Konzeptbestimmung als wesentlich, da dies einen wichtigen Teil des Fundamentes bildet, auf dem dann die Therapie aufbaut. Ist das Fundament schwach, wird die darauf sich abstützende Therapie mit Schwierigkeiten zu kämpfen haben. In diesem Sinne teile ich Wheelers Sicht (1993, 12), der die »Hinwendung der ungeteilten Aufmerksamkeit in der Gestaltanalyse auf das Problem der Strukturen des Grundes« fordert. Denn

»Handlung im Feld ist also [...] eine Reaktion oder eine Anpassungsleistung zur Korrektur eines Ungleichgewichts zwischen den wahrgenommenen Bedürfnissen und den wahrgenommenen Bedingungen im Feld / der Gestalt / der strukturierten Bewusstheit. Versucht man also, diese *Bewusstheit* zu verändern, dann verändert man die daraus folgende Handlung, da die Handlung letztlich eine Reaktion auf diese Bewusstheit ist. Der effektivste »Druckpunkt« für die Einleitung von Veränderung in der Psychotherapie oder sonstwo scheint also nicht die Handlung, nicht das betreffende Verhalten selbst, sondern die Bewusstheit zu sein. [...] das heißt, man ändert den Grund oder die »Landkarte der Bewusstheit. [...] Diese »Elemente« zu verändern, indem man die Aufmerksamkeit auf vernachlässigte Bereiche lenkt, neue Informationen zum Tragen bringt, die »Valenz« verschiedener Elemente des Bildes neu einschätzt oder die Beziehungen zueinander verändert, bedeutet, dass man die Bewusstheit, die konfigurale Auflösung selbst verändert und dabei wiederum die Möglichkeit eines veränderten Verhaltens in Anpassung zu dieser veränderten subjektiven Realität eröffnet.« (ebd., 48 f.)

Trauma und PTBS – Begriffsbestimmung

Der regelrechte »Boom« im Bereich der Psychotraumatologie (vgl. Butollo/Hagl 2003) hat einerseits zu beträchtlichen Fortschritten in Theorie, Diagnostik und Therapie geführt. Andererseits besteht dadurch auch die Gefahr einer inflationären Verwendung und unkritischen Simplifizierungen der Inhalte. Maercker (2012) definiert Trauma wie folgt: »Der Begriff Trauma ist ein Sammelbegriff für psychische und körperliche Beschwerden, die als Folge eines negativen, erschütternden Ereignisses auftreten.« Wesentlich ist, dass nicht alle Betroffenen von massiv stressigen Ereignissen traumatisiert werden. Im Durchschnitt sind es etwa 20 Prozent, sagt Nijenhuis (2008). »Trauma« meint eher »Wunde« und ist ein Merkmal einer Person, die einem sehr belasten-

den Ereignis ausgesetzt war, nicht das Ereignis selbst. Bestimmte Ereignisse können potenziell diese Wunde verursachen, wobei auch Belastungen, welche die »objektiven Bedrohungskriterien« nicht erfüllen, subjektiv von den Betroffenen traumatisch verarbeitet werden können (Gschwend 2004). Die verursachte Wunde schließt einen Mangel an Integration der Erfahrungen in die Persönlichkeit ein. Gelingt diese Integration nicht oder nicht ausreichend, dann kann sich nach Wochen bis Monaten ohne Symptome eine Störung entwickeln, welche im ICD-10 unter dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zusammengefasst wird. Da es sich bei der PTBS um eine Spektrumsstörung (Gschwend 2004) handelt, kann weiter unterschieden werden, ob es sich um einmalige oder kurzdauernde Ereignisse (Trauma Typ-I) oder um wiederholte oder langdauernde Polytraumatisierungen handelt (Trauma Typ-II). Polytraumatisierungen können noch weiter unterschieden werden, wobei die Art der Traumatisierung, welche Herr B. erlebt hatte, einer sequenziellen Traumatisierung (vgl. ebd.) entspricht. Darunter fasst Gschwend (ebd.) traumatische Erfahrungen zusammen, welche zeitlich verteilt sind, die Erfahrung selber jedoch in sich eine geschlossene und kohärente Verlaufsgestalt hat.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Entwicklung einer PTBS wie folgt verstanden werden kann:

»Somit lässt sich die Entwicklung einer PTBS am ehesten als gestörten Abbau einer durch einen traumatischen Schock verursachten Initialsymptomatik konzipieren, das konkret erlebte Ereignis wird zum *mental event*, zum gedachten und erinnerten Trauma und es muss zu einer Neuanpassung der bisherigen kognitiven Schemata kommen.« (Butollo /Hagl 2003, 30)

Butollo und Hagl führen an gleicher Stelle zum Verlauf an, »dass es sich nach erfolgter Chronifizierung um eine sehr langwierige Störung handelt.«

Traumatisierung aus gestalttherapeutischer Sicht

Viele der Traumakonzepte der Gestalttherapie wurden nicht explizit als solche entwickelt, »und doch ist die Gestalttherapie mit Beschreibungen traumatischer Konstellationen reich ausgestaltet und voll tiefen Verstehens traumatheoretischer Prozesse« (Wirth 2008, 29). Traumatisierung wird als eine existenzielle Erfahrung verstanden, welche das Selbst und die Selbstprozesse einer betroffenen Person verändert und durch die im Extremfall die Fähigkeit zur organischen Selbstregulation dramatisch gestört werden kann (Butollo/ Maragos 2008). Wirth (2008, 33) sagt dazu:

»In diesem Sinne geht die gestalttherapeutische Traumatheorie von der Begegnung mit einem Ereignis aus, welches die aktuelle verfügbare Selbst-Integrationsfähigkeit und Selbstunterstützung (*selfsupport* im

Sinn von Lore Perls) übersteigt. Die Notfallreaktion führt zum Zeitpunkt ihres Entstehens zu Unterbrechungen und Schutzreaktionen, die das Individuum in seinem Erleben des Schreckens, der Ohnmacht und Hilflosigkeit herunterfahren sollen.«

Im Moment der größten Ohnmacht reagiert der Organismus, indem er die Selbstbehauptung aufgibt. Es kommt zu einer Auflösung der Person-Umwelt-Grenze und einer Identifikation mit dem Aggressor (Wirth 2008, 32). Die Erfahrung wird als Introjekt im Körper gespeichert (ebd.).

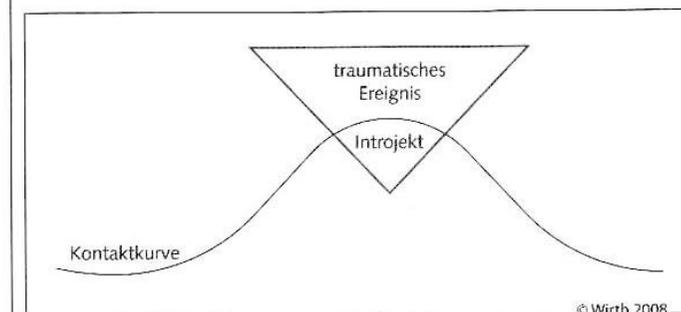


Abb. 1: Trauma-Kontakt-Schema

Oder anders formuliert: Durch das traumatische Ereignis kommt es zu einer Unterbrechung des Kontaktzyklus und eine un abgeschlossene Gestalt entsteht, wobei der Organismus – aufgrund des Zeigarnik-Effektes – auf Fortsetzung des Kontaktzyklus drängt (Wolf 2001, 831). Die offene Gestalt tritt immer wieder in den Vordergrund (und dadurch ins Bewusstsein), wodurch der Betroffene die Traumatisierung immer wieder erlebt, und zwar in Form von Gedanken, Intrusionen und Flashbacks (Butollo/Maragos 2008, 313). Das bisherige Figur-Hintergrund-Gefüge ist gesprengt. Der Organismus gerät in eine innerpsychische Ausnahmesituation, die bestehen bleibt. Dissoziative Phänomene können ebenfalls als Störung des normalerweise natürlichen Figur-Hintergrund-Wechsels aufgefasst werden (ebd.). Die Erinnerung an das, was geschehen ist, kann nicht in die eigenen Schemata integriert werden. Sie wird von den anderen Erfahrungen abgespalten. Es entstehen Gefühle existenzieller Unsicherheit und großer Angst vor allem, was an diese Erfahrung erinnert. Dies kann Meideverhalten und sozialen Rückzug verständlich machen (vgl. Wolf 2001, 832).

Mehr oder weniger schnell setzen Bewältigungsmechanismen ein, die sich in Form der bekannten Symptome einer akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung zeigen. Dieser Prozess des Versuchs einer Integration der traumatischen Erfahrung in das bereits bestehende Selbstmodell wird als »posttraumatische Anpassung« bezeichnet (Butollo/Maragos 2008, 311). So können Folgeprozesse ausgelöst werden, welche sich auch in einer Vielzahl von psychiatrischen Störungsbildern zeigen können, wie z. B. Depression oder Pa-

nikstörungen. Auch Sucht kann als Folge und Bewältigungsversuch traumatischer Erfahrung gesehen werden (Wirth 2008, 56). Es ist belegt, »dass traumatisierte Menschen sich eindeutig schlechter um ihren Körper und um ihre Gesundheit kümmern (Alkohol, Medikamente, Drogen, Schlaf) ...« (Gschwend 2004, 120).

Die Phasen der physischen und psychischen Anpassung und Verarbeitung des Erfahrenen laufen bei verschiedenen Menschen unterschiedlich ab, sowohl hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs als auch bezüglich des Inhaltes. Dem muss sich die Traumatherapie anpassen (Butollo/Hagl 2003, 166). Wolf (2001, 834) erklärt die posttraumatische Belastungsstörung aus gestalttherapeutischer Sicht wie folgt:

»Die Symptomatik der PTBS ist eine Form chronisch dysfunktionalen Retroflekterens, [...] die durch eine »objektive« Blockade der vitalen Impulse, durch die von außen kommende Gewalt eingeleitet wurde und jetzt zwanghaft ständig wiederholt wird. Ziel der psychotherapeutischen Arbeit muss es daher sein, wieder in Kontakt mit den vitalen, aggressiven Impulsen zu kommen, die im Trauma höchst schmerzhaft blockiert wurden und zu denen meist kein bewusster Kontakt mehr besteht.«

In gestalttherapeutischem Sinne sind der Umgang mit dem Trauma und die psychologischen Reaktionen darauf eine schöpferische Anpassungsleistung. Der Moment ist vergangen, doch für den betroffenen Menschen ist dies noch nicht Realität geworden. In seiner psychologischen Wirklichkeit besteht diese Situation weiter fort bzw. kann jeden Moment wieder eintreten. Es ist ein Verhaftetsein in einem vergangenen Augenblick oder einer vergangenen Zeitspanne (Wirth 2008, 41 f.).

Darüber hinaus hat die neurophysiologische Forschung gezeigt, dass es sich bei der PTBS nicht nur um ein rein psychologisches Phänomen handelt (Wolf 2001, 832). Traumatische Erfahrungen beeinflussen das Gedächtnis und die Reizverarbeitung. Oft werden vor allem die sensorischen oder emotionalen Anteile der Ereignisse erinnert. Das bewusst steuerbare hippocampale Gedächtnis steht nicht mehr ausreichend zur Verfügung, dafür ist das prozedurale Gedächtnis übersensibilisiert. »Die Betroffenen sind also in einen Schrecken ohne Sprache eingeschlossen, der in vollem Ausmaß wieder erlebt wird, zu dem aber kein Kontakt herstellbar ist« (Wirth 2008, 25). In der Therapie muss daher auch an der Integration von kognitiven, emotionalen und sensorischen Funktionen gearbeitet werden, so dass die traumabedingten neuronalen Verknüpfungen wieder normalisiert werden können.

(Gestalt-) Traumapsychotherapie

Für die Praxis der Psychotherapie ist die Situation oft so, dass das Ereignis schon länger zurückliegt und sich vielleicht erst im Verlauf der Behandlung herausstellt, dass eine PTBS vorliegt (Wolf 2001, 833).

Es gibt einige Kernkonstanten der Trauma-Psychotherapie. Einigkeit besteht darüber, dass die Behandlung mehrstufig erfolgt und mit einer integrativen (gestalt-) therapeutischen Methodik (vgl. Gschwend 2004; Wolf 2001; Butollo/Maragos 2008). Dass sich ein integrativer Therapieansatz anbietet, ergibt sich daraus, dass durch eine Traumatisierung das gesamte Spektrum des menschlichen Bewusstseins betroffen und verletzt ist. Butollo/Hagl (2003, 176) umschreiben das therapeutische Vorgehen wie folgt:

»Als roter Faden in den Bemühungen bleibt die Wiederherstellung der Kontaktprozesse im Hinterkopf der Therapeuten durchgängiges Thema. Diese Prozesse sind immer dann wiederherzustellen, wenn sie vom Klienten zur Vermeidung intensiver posttraumatischer Gefühle unterbrochen wurden.«

Eines der Hauptziele der Traumatherapie ist es also, die prätraumatischen Selbstanteile, die durch das Trauma zerstört oder abgespalten wurden, wieder wahrzunehmen oder wieder aufzubauen (Hoffmann-Widhalm 2005, 85 f.), wobei der Fokus »zunächst immer auf die Problematik der fehlenden oder bedrohten psychischen Stabilität ausgerichtet ist« (Gschwend 2004, 27). Da jedes Trauma eine massive Grenzüberschreitung darstellt, ist der Rahmen der Behandlung von großer Bedeutung (Hoffmann-Widhalm 2005, 98). Butollo/Hagl (2003, 137 f.) sehen ein stationäres Setting vor allem dann als indiziert, »wenn schwere Symptomatik (z. B. Suizidalität) zusätzlichen Halt für den Patienten nötig machen, oder wenn eine Beschäftigung mit den traumatischen Inhalten nur im Abstand vom belastenden Alltag gelingt.« Anschließend geht die Behandlung im ambulanten Setting weiter. Bei meinem therapeutischen Arbeiten habe ich mich am Therapiekonzept von Gschwend (2004) und dem von Hoffmann-Widhalm (2005) orientiert. Gschwend (2004, 27) beschreibt ein Drei-Phasen-Modell der Behandlung und Traumaverarbeitung:

»Die erste Phase einer Traumatherapie ist ganz an der Gegenwart und deren Bewältigung in Innen- und Außenwelt orientiert. Es geht darum, den Patienten aus seiner Ohnmacht und Defensivität heraus zu führen und um den Umgang mit belastenden Symptomen. [...] Die zweite Phase der Therapie hat zum Ziel, eine kontrollierte und dosierte Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen herbeizuführen [...]. Die Konfrontation ermöglicht es, die traumatische Erfahrung, die vorher »autonom« und abgespalten vom Rest der Erfahrungen unbeeinflussbar wirksam war, in ein Gesamtleben bewusst aufzunehmen und zu integrieren. So dass schließlich, in einer dritten Phase der Therapie, die innere und äußere (Wieder-) Anknüpfung an eine sinnvoll erlebte, nicht primär traumagestörte Gegenwart und Zukunft möglich wird.«

Auch wenn die (Etappen-) Ziele einer Trauma-Psychotherapie grundsätzlich immer die gleichen sind, sollte klar sein, dass »diese Stadien und Übergänge in der therapeutischen Realität fließend sind, sich

manchmal sogar innerhalb einer Sitzung ändern« (Hoffmann-Widhalm 2005). Entscheidend für eine hilfreiche Traumatherapie ist, dass die jeweiligen Interventionen zum jeweiligen Zeitpunkt für den jeweiligen Patienten »passen« (Gschwend 2004). Es gilt dem Rhythmus des Patienten zu folgen (Butollo/Hagl 2003).

An dieser Stelle möchte ich einige Regeln und Prinzipien der Traumabehandlungs-Praxis darstellen. Ich nehme dabei Äußerungen von Gschwend (2004) auf, erwähne Gedanken von anderen Autoren im Text, wo sie vorkommen. Dies geschieht aus dem Blickwinkel, welche Prozesse bei der Behandlung von Herrn B. wesentlich waren.

a) Prinzipien und Leitlinien des therapeutischen Vorgehens:

Der Therapieansatz ist partnerschaftlich, transparent. Es ist ein aktiver, begegnungsorientierter Interaktionsstil notwendig, da traumatisierte Menschen massive Ohnmachtserfahrungen gemacht haben. Hoffmann-Widhalm (2005, 91) spricht von einer Haltung der »parteilichen Abstinenz« und gibt zu bedenken, dass eine neutrale Haltung der TherapeutIn unbewusst Selbstbeschuldigungstendenzen verstärken und eine ohnmächtige Retraumatisierung provozieren könnte. Psychoedukation ist ein Bestandteil der Therapie. Daneben ist Traumatherapie in allen Phasen ressourcenorientiert und autonomiestärkend. Der Fokus liegt auf der realen Erwachsenenbeziehung.

Zu beachten ist weiter eine Balance von »Führen und Folgen«. Der Therapeut muss einerseits Struktur geben und Grenzen abstecken können, aber auch den psychischen Bedürfnissen des Patienten folgen und die Bedeutung von Symptomen und Verhalten einfühlsam einordnen können. Da jedes Trauma eine massive Grenzüberschreitung darstellt, ist das Einhalten von Grenzen von großer Bedeutung (Hoffmann-Widhalm 2005, 98). Vertrauen kann nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern die Patienten müssen erst wieder lernen zu vertrauen (Gschwend 2004). Daher sollte man als Therapeut von Beziehungstests nicht überrascht sein.

Es sind starke (traumatypische) Übertragungsreaktionen zu erwarten. Sie werden berücksichtigt, aber keinesfalls gefördert. Häufig haben Traumapatienten eine geringe Frustrationstoleranz, so dass schon kleine Belastungen und Enttäuschungen großen Zorn oder (hülllose) Wut auslösen können. Dass der Umgang mit Wut ein wesentlicher Bestandteil einer Traumatherapie ist, sagt auch Hoffmann-Widhalm (2005, 90), wobei drei Aspekte zu beachten sind: 1) Der Therapeut sollte zeigen, wie man damit umgeht, nicht wie man Wut vermeidet. 2) Der Therapeut sollte nicht vorgeben, dass die Wut des Klienten ihn unberührt lässt. 3) Der Therapeut sollte zeigen, welche anderen Umgangsformen es gibt.

b) Merkmale der 1. Phase

Ziel der ersten Phase ist, ein vertrauensvolles und stabiles Arbeitsbündnis zu etablieren, sowie das (Wieder-) Herstellen von Sicher-

heit und Stabilität. Das Erleben von Sicherheit basiert auf Vertrauen. Gschwend (2004, 45) sagt, dass die Initialphase im Allgemeinen krisenorientiert ist und es zu beachten gilt, dass ein Patient nicht mit einem kohärenten Selbst, sondern mit verschiedenen Selbstanteilen in die Behandlung kommt. Da die etablierten Abwehrformen und Schutzmechanismen in der Therapie nicht länger aufrecht erhalten werden können, kann es initial zu einer Aktivierung von Erinnerung und somit zunächst zur Verstärkung der Symptome kommen. Durch Vorarbeit muss ausreichend Selbstunterstützung geschaffen werden (vgl. L. Perls 1989). Dies bildet die Basis, um zu einem späteren Zeitpunkt der dosierten Begegnung mit traumatischen Bildern standhalten zu können (Wolf 2001, 832).

Die therapeutische Haltung ist durch einen Hier-und-Jetzt-Fokus geprägt. Dieser Fokus bildet das aktuelle Ausdrucksfeld und dient gleichzeitig als Anker gegenüber dem Sog des Vergangenen (Wirth 2008, 33 f.). Mittels der phänomenologischen Haltung wird ein unspezifisches supportives Feld geschaffen, das genau auf die aktuelle Befindlichkeit des Patienten ausgerichtet ist. Dadurch können die jeweiligen Unterbrechungs- und Erstarrungsreaktionen erfahrbar gemacht werden und gelangen so wieder in den Erlebens- und Zugriffsbereich des Individuums (ebd.). Der Einbezug der Ebene der körperlichen Phänomene unterstützt diese Bewusstseinsbildung. Das Wissen um die Feldeinflüsse bedingt, dass auch das Umfeld (z. B. Angehörige) in das therapeutische Vorgehen mit einbezogen werden müssen.

Neben der Ressourcenstärkung geht es in dieser Phase auch darum zu lernen, mit akut bedrängenden und belastenden Symptomen und Gefühlen aktiv umzugehen. Dies wirkt dem Ohnmachtgefühl entgegen und hilft Symptomdruck abzubauen. Der Patient gewinnt wieder Kontrolle über sich und seine Reaktionen (Gschwend 2004, 54).

Anzeichen, dass die Zeit für eine inhaltliche Konfrontation und Auseinandersetzung mit traumatischen Erinnerungen gekommen ist, gehen vom Patienten aus. Anzeichen können z. B. sein, dass sich wieder ein gewisses Gefühl von Berechenbarkeit im Leben eingestellt hat oder dass das Grundgefühl von »Gefahr« einem gewissen Gefühl von Sicherheit und Kontrolle über die schlimmsten Symptome und über belastende emotionale Reaktionen gewichen ist (ebd., 68).

c) Merkmale der 2. Phase

Der Schwerpunkt der Behandlung verschiebt sich nun. Jetzt geht es um eine aktive, direkte und bewusste Rekonstruktion und Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung und ihren Auswirkungen unter kontrollierten Bedingungen (ebd., 75). Der Fokus wird nun auf die Aspekte der traumatischen Erfahrungen gerichtet, welche für die Deformation des Selbst verantwortlich sind (Butollo/Hagl 1998, 190). Wobei »grundsätzlich gilt: Der Kontakt mit dem Trauma und den begleitenden Affekten muss sehr dosiert erfolgen, in einer derart kleinen Dosis, dass die Menge an Schmerz seelisch verkräft-

bar bleibt« (Wolf 2001, 832). Dabei ist wesentlich, dass im Rahmen der Konfrontation auch emotionale Prozesse wahrgenommen und benannt werden, da eine rein kognitive Auseinandersetzung für eine verarbeitende Integration nicht ausreicht (Gschwend 2004). Ziele dieser zweiten Phase sind nach Gschwend (2004, 78ff.) unter anderem, die Erfahrung zu machen, dass die Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen bewältigt werden kann und dass man mit den ausgelösten Gefühlen zurechtkommen kann. Dadurch wird es möglich, die traumatische Erinnerung in der Vergangenheit zu platzieren, die Verbindung zwischen Trauma und Gegenwart herzustellen und die Erfahrung in die Lebensgeschichte zu integrieren (dritte Phase). Dann kann geschehen, was bis dahin blockiert war bzw. vermieden wurde: ein Trauerprozess.

Der Therapeut hat hier in erster Linie eine empathisch leitende und begleitende sowie eine unterstützende Rolle. Das Vorgehen ist durch ein Pendeln zwischen erlebnisaktivierenden und stabilisierenden Interventionen gekennzeichnet, wobei der Patient jederzeit das Recht hat, »Stop« zu sagen. Wirth (2008, 39) beschreibt das gestalttherapeutische Vorgehen wie folgt:

»Gestalttherapeutische Methoden wie Stuhlarbeit oder Dialog können helfen, die massiv geschädigten Kontaktgrenzen und damit auch Selbstgrenze wieder zu flexibilisieren und den aktuellen Motiven und Handlungsmöglichkeiten der Person anzupassen.«

Butollo und Hagl (1998, 190f.) sehen in der Wiederaufnahme des inneren und äußeren Kontaktes mit den Erinnerungen eine zentrale Aufgabe. Butollo und Maragos (2008, 313) arbeiten dazu mit »dialogischer Exposition«, mit deren Hilfe die durch die Traumatisierung abgespaltenen Selbstanteile wieder zusammengeführt werden können.

Im Fokus der gestalttherapeutischen Herangehensweise stehen auch Körperhaltung, Bewegung oder Atmung. Der Einsatz von kreativen Medien kann die Bearbeitung von Kriegs- und Fluchttraumata erleichtern (Hoffmann-Widhalm 2005, 86). Diese kreativen Medien sowie körperorientierte Aktivierungsarbeit helfen bei der Unterbrechung des (traumatischen) Bilderflusses und bei der Wiederherstellung von Eigenkontrolle. Das Leben kann wieder aktiver gestaltet werden, wodurch auch die zuvor retroflektierte Energie wieder vermehrt zur Verfügung steht (Wolf 2001, 836).

Als Anhaltspunkte für einen Übergang in die dritte Phase nennt Gschwend (2004, 92f.), dass die Themen und Prioritäten des Patienten sich zunehmend verschieben. Das Trauma ist nicht vergessen. Die Erinnerung daran kann nun als zusammenhängende Geschichte erzählt werden und hat nicht mehr oberste Priorität. Gegenwart und Zukunft werden wichtiger als die Vergangenheit. Trauer und Schmerz über Geschehenes und Verlorenes können nun zugelassen werden.

d) Merkmale der 3. Phase

In der dritten Phase geht es um die Integration der traumatischen Erfahrung und der dadurch entstandenen Selbst- und Erlebensstücke und der Anknüpfung an ein »alltagsnormales« Leben. Offene Figuren werden geschlossen und die Prozesse laufen wieder nach dem Prinzip der organismischen Selbstregulation und dem vollständigen Figur-Grund-Zyklus. Das traumatische Material steht zunehmend weniger im Vordergrund der Erfahrung. Die Themen sind nun vermehrt gegenwartsorientiert und betreffen Alltagsleben und persönliche Beziehungen. Die Behandlung nimmt zunehmend Züge einer gewöhnlichen Psychotherapie an. Dies heißt nicht, dass die seelischen Wunden unter speziellen Bedingungen nicht wieder aufbrechen könnten. Allerdings stehen Ressourcen zur Verfügung, um mit dieser Krise ausreichend gut umgehen zu können.

Butollo und Maragos (2008, 213f.) sagen, dass die Integration über das Annehmen des Faktums des Traumas und der durch das Trauma ausgelösten Veränderungen vorbereitet wird. Die Realität des Traumas muss nicht mehr abgewehrt werden, stattdessen wird die bisher dafür verwendete Kraft frei für die Auseinandersetzung mit Gegenwärtigem. Von Seiten des Therapeuten wird kein »besonderer Aktionismus« benötigt, vielmehr bringen die Patienten selber Angebote, diesen Prozess voranzutreiben. Der Therapeut hat die Rolle, diese Hinweise zu hören und zu unterstützen. Auch Integration geht mit Trauerprozessen einher. »Diese Trauer hat dann jedoch eher die Kennzeichen eines Abschiedes, vielleicht des Loslassens von der prätraumatischen Unbeschwertheit oder der nicht voll gelebten Zeit der Verstrickung in das Trauma und seiner Abwehr« (ebd., 215).

Weiterhin zentral bleiben Aspekte der Selbstachtung, Konfliktfähigkeit und Integration von Aggression (Gschwend 2004, 103f.). Diese ersten Erfahrungen z. B. mit der eigenen Aggression sind nicht immer leicht, so dass von Seiten des Therapeuten weiter gestützt werden muss. Auf dieser Basis wird eine größere Toleranz für innere Konflikte möglich, so dass mit der Zeit auch das eigene aggressive Potenzial reintegriert werden kann. Es gilt wieder zu lernen, wirksam Grenzen zu setzen und Konflikte und Situationen, in denen Druck ausgeübt wird, zu meistern. Dabei geht es auch um die Integration von Selbstanteilen des Aggressors.

Butollo und Maragos (2008, 214) sagen dazu:

»Nach einer erfolgreichen Traumatherapie wird die »post-posttraumatische« Persönlichkeit dennoch entspannter sein, mit einem wieder besseren Kontakt zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen. Sie wird die eigenen Grenzen akzeptieren und erlebtes Unheil als einen zwar dunklen, aber nicht mehr unmittelbar bedrohlichen Teil des eigenen Lebens abspeichern. Er wird in vieler Hinsicht nüchterner und desillusionierter sein [...] Allerdings wird er auch nicht ins Gegenteil kippen, also seinen Mitmenschen nicht übermäßig pessimistisch und defensiv gegenüberreten.«

Diagnostische Überlegungen

Die WHO hat mit der »International Classification of Diseases« (ICD) ein kategoriales Diagnostik-System entworfen. Diese Art von Diagnostik hat den Vorteil einer hohen Interraterreliabilität. Jedoch sagt sie nichts aus über Ätiologie und psychische Dynamiken, welche den Störungsbildern zugrunde liegen. Die Diagnoseansätze aus der Gestalttherapie stellen für meine therapeutische Arbeit eine unentbehrliche Ergänzung dar.

Ich beziehe mich auf Hartmann-Kottek (2008), Schneider (2005) und Dreitzel (2004), deren Konzeptualisierungen ich für meine Arbeitsweise als hilfreich erachte. Dreitzel (2004) erachtet psychotherapeutische Diagnosen grundsätzlich als Sonderfall der alltäglichen Typisierungsleistungen, welche sich dadurch auszeichnen, dass sie nicht-alltägliche Typisierungsschemata benutzen (26). Den Zweck der Diagnostik sieht er darin, dass diagnostische Landkarten angeben sollten, welche Wege in (neurotische) Sümpfe führen und wie man aus ihnen wieder herausfindet (31). Ausgangspunkt bilden dabei die beobachtbaren Phänomene. Hartmann-Kottek (2008, 161) bringt dies prägnant auf den Punkt, indem sie sagt: »Die via regia in der Gestalttherapie ist das Offensichtliche im Symptom. Dieses verdichtet einen Konflikt oder es weist auf den erlebten Mangel oder ein Trauma hin.« Und weiter sagt sie:

»Gestalttherapeuten bleiben [...] auf der phänomenologisch bedeutsamen Spur in der individuellen Welt, sie stimulieren die Selbstdeutung und fragen das innere Wissen an (wie es schon Sokrates tat). Sie suchen nach Bedeutung des jeweiligen Phänomens in den verschiedenen persönlichen Bezugsrahmen. [...] Sie suchen also nach der krankmachenden Einheit, nach der pathogenen Gestalt im inneren Kräftespiel, die nicht aufgelöst werden konnte.« (ebd.)

Wobei weiter grundlegend für die gestalttherapeutische Diagnostik ist, dass

»das wichtigste diagnostische Instrument in der Psychotherapie [...] der Psychotherapeut selber [ist], beziehungsweise das, was er ohne andere eigene Zutat als sein Interesse am Wachstumspotenzial des Patienten und seine Fähigkeit zur Empathie an der Kontaktgrenze zwischen sich und dem Patienten erlebt.« (Dreitzel 2004, 21)

Gestalttherapeutische Diagnostik ist prozessual, verhält sich dialogisch und verweigert sich abschließenden Festschreibungen (vgl. Dreitzel 2004; Schneider 2005). Sie ist gekennzeichnet durch eine Doppelperspektive auf das WAS des Materials und das WIE der Repräsentation (Schneider 2005, 43). Dies ermöglicht einen Behandlungsentwurf festzulegen, der die Funktion eines Rahmens der Behandlung hat und der in der Prozessorientierung vorläufig bleibt.

Reflexion der Therapieprozesse

Herr B. kam zu uns in Behandlung mit einem hochakuten Zustandsbild, welches durch eine Vielzahl von Symptomen geprägt war. Das Behandlungsteam war auf mehreren Ebenen gefordert, und er löste Angst aus. Das phänomenologisch Sichtbare stand im Kontrast zum im Zuweisungsschreiben geäußerten Ziel der Behandlung.

Meine ersten therapeutischen Schritte nach der Fallübernahme hatten daher einerseits zum Ziel, eine Beziehung aufzubauen und andererseits die große Flut an Informationen, Symptomen und Reaktionen zu sortieren. Ähnlich wie bei Patienten mit einer strukturellen Störung begann ich einen Behandlungsplan aufzubauen, welcher sowohl mir und dem Team als auch dem Patienten Orientierung geben konnte (vgl. Schneider 2005). Ich mache immer wieder die Erfahrung, dass es hochakuten Patienten hilft, wenn sie therapeutisch erklärende Strukturen entgegengehalten bekommen. Wobei diese nicht im Sinne eines dogmatischen »so ist es« zu verstehen sind, sondern eher als Orientierungshilfen. Konkret hieß dies, dass ich die PTBS-Diagnose wieder in den Vordergrund rückte, obwohl die traumatisierenden Ereignisse schon Jahre zurücklagen. Dies bedeutete auch, dass ich mich grundlegend am integrativen Trauma-Psychotherapie-Konzept orientierte (vgl. Gschwend 2004; Wolf 2001; Butollo/Maragkos 2008). Aus gestaltdiagnostischer Sicht orientierte ich mich an Dreitzels (2004) sieben Grundfragen, wobei ich in der intensiven Arbeitspraxis oft eher intuitiv als explizit darauf Bezug genommen habe. Es war klar nachzuvollziehen, dass es Ereignisse gab (die Kriegserfahrung und die Ermordung des Vaters), welche die Selbst-Integrationsfähigkeit und Selbststützung des Herrn B. überfordert hatten. Durch den Krieg kam es zu einem Bruch in der bisherigen Lebensgeschichte. Diese Erfahrungen waren als Introjekte im Körper gespeichert und traten in der Folge immer wieder als offene Gestalten ins Bewusstsein. Herr B. war in einem innerpsychischen Ausnahmezustand gefangen, welcher u. a. durch existenzielle Unsicherheit und Angst gekennzeichnet war (vgl. Butollo/Maragkos 2008) und zu sozialem Rückzug führte. Die Suchtentwicklung kann als Bewältigungsversuch gegen das Wiederauftauchen der traumatischen Erinnerungen verstanden werden. Butollo (2003, 44) verweist auf Untersuchungen, die belegen, dass bei vorliegender PTBS das Risiko, auch noch eine Sucht zu entwickeln, um den Faktor 4.5 erhöht war. Bemerkenswert scheint mir daneben ein weiterer Aspekt: »Das Risiko eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit war vor allem für *verschriebene* psychoaktive Substanzen erhöht!« (ebd.). Eine weitere therapeutische Konsequenz war daher, dass der Benzodiazepin-zug nach hinten geschoben werden musste. Zunächst brauchte Herr B. Stabilisierung, Verarbeitung und andere Bewältigungsstrategien, bevor ans Loslassen von etwas so »Schützendem« wie den Benzodiazepinen zu denken war.

Auf der Beziehungsebene zeigten sich zunächst ambivalente Muster, wobei meine Gegenübertragung von Beginn an eine positive Färbung annahm. Auch Herr B. entwickelte innerhalb weniger Tage Vertrauen zu mir und empfand die Klinik als sicheren Ort. Er war mir z. B. sehr dankbar, dass ich die Geschichte mit seinem Freund nicht als wahnhaftes Erleben entwertet hatte, sondern seine Not und den Verlust dahinter erkennen konnte. Somit war ein wesentliches Ziel der Einleitungsphase, nämlich der Aufbau eines stabilen Arbeitsbündnisses, erreicht (vgl. Gschwend 2004). Ein weiterer Grund für die längere und intensive Therapie war sicher die große Motivation des Patienten, sich mit dem Erlebten auseinanderzusetzen. Auch hatte er eine gute Introspektionsfähigkeit und konnte recht differenziert und feinfühlig wahrnehmen und beschreiben.

Auf der Ebene der Kontaktunterbrechungen imponierte Herr B. durch ausgeprägte Retroflexion und Introjektion. Das Gegen-sich-selbst-Richten der Energie zeigte sich beispielsweise darin, dass er sich die ersten Monate nicht getraute, alltägliche Beziehungskonflikte offen anzusprechen. Vielmehr richtete er die Energie (z. B. den Ärger) gegen sich, und dann bestand die Gefahr, dass er zur Dämpfung wieder mehr Reservemedikamente einnahm oder die Energie impulsiv abführte. Erst nach einer ersten Stabilisierung sprach er selber das Thema Beziehungskonflikte an, so dass ich ihn ermunterte, dies wieder an Ort und Stelle anzusprechen. Ich zeigte Herrn B. immer wieder auf, wie ein gutes Mittelmaß an Reaktion etwa aussehen könnte. Öfters konnte er dann die Erfahrung machen, dass seine Mitteilungen und sein trockener Humor auf positive Resonanz stießen. Manchmal traf er den richtigen Ton auch nicht, und es kam vereinzelt zu Eskalationen.

Introjekte zeigten sich z. B. in der Form, dass er in den ersten Wochen der Behandlung ständig die Rollläden in seinem Zimmer geschlossen hatte und auch im Gesprächszimmer auf zugezogenen Vorhängen bestand. Während der Belagerung von Bihac hätten sie ständig die Jalousien geschlossen haben müssen, da feindliches Feuer zu befürchten war. Diese introjizierte Erfahrung steuerte dann in gegenwärtigen Kontaktprozessen sein Verhalten aus dem Hintergrund heraus. Allgemein war seine Wahrnehmung von einem massiven Introjekt bestimmt, nämlich, dass er sich noch unmittelbar im Krieg wähnte. Dies zeigte sich unter anderem in seiner Kampfmontur. Erst gegen Ende der Behandlung war eine Integration der traumatischen Ereignisse so weit erarbeitet worden, dass er nun klar sagen konnte, dass die Erinnerungen an 1994 ihn aktuell noch belasteten, dass er jedoch jetzt im Jahr 2012 und sicher sei.

Auch auf der sozialen Ebene war Herr B. bei Eintritt schwer belastet. Zur Hospitalisation kam es nicht zuletzt, da absehbar war, dass er auch seinen letzten Stützpfeiler, seine Arbeitsstelle, verlieren würde. Bereits zuvor war die Ehe in die Brüche gegangen, und auch auf finanzieller Ebene war er in einer prekären Lage. Herr B. war auf

dem Weg in eine existenzielle Sackgasse, wobei er dies spürte, jedoch alleine dort nicht herauskam. Er identifizierte sich sehr deutlich mit seiner Krankenrolle, gleichzeitig war auch ein sehr starker Wunsch nach einem Ausweg und nach Normalität spürbar.

Auf der emotionalen Ebene war in der ersten Zeit Wut der vorherrschende Affekt. Die Emotionalität änderte sich im Verlauf deutlich. Er wurde weicher, war affektiv besser spürbar und weinte eine Zeit lang ununterbrochen in den Einzelgesprächen. In dieser Phase der Behandlung begann er dann auch offener und direkt über kriegstraumatische Erfahrungen zu erzählen. Es fanden intensive Trauerprozesse statt. Obwohl zu diesem Zeitpunkt Stabilisierung weiterhin eine wichtige Aufgabe war, befanden wir uns damit in der zweiten Phase der Behandlung (vgl. Gschwend 2004). Er steuerte die Dosis der Konfrontation zu einem großen Teil selber. Ich war vor allem durch mein »being with« gefragt und schaute, dass er sich auch erholen konnte. Während dieser Phase der Behandlung übernahm ich die Funktion als »holder of hope« und zeigte ihm immer wieder Ansatzpunkte, wo er kleine Schrittlchen in diese Richtung gemacht hatte oder machen konnte. Mit der Zeit und mit vermehrt positiven Rückmeldungen konnte er wieder häufiger Selbstwirksamkeit erfahren. Mit dem Bild des »neuen Weges« betonte ich eine Ressourcenaktivierung, welche ein weiteres wesentliches Ziel einer Traumapsychotherapie ist (vgl. ebd.). Weiter bewährten sich metaphorische Therapierationale sehr gut, helfen sie doch, »unsichtbare« Zustände sichtbarer und somit fassbarer zu machen. Dann kann in einem nächsten Schritt nach Veränderungsmöglichkeiten gesucht werden.

Eindrücklich für mich war, dass diese Änderung in der Beziehungsqualität und den Themen scheinbar von alleine auftauchte. Vertrauen auf die Weisheit der Seele und die Figur-Grund-Prozesse waren zwei wertvolle Erkenntnisse für mich. Ein Thema wird auftauchen, wenn Zeit und Umstände passen. Eine weitere Erfahrung war, dass ich der Versuchung widerstand, Techniken einzubringen, welche zwar bewährt sind, die den Patienten allerdings nicht ansprechen oder wegen meines »being with« überflüssig geworden waren. Die Sicht, dass die Patienten oft selber recht genau wissen, was sie brauchen, kann mit den gestalttherapeutischen Grundannahmen der organismischen Selbstregulation und der Selbstaktualisierung gut verstanden werden. Auch deckt es sich mit der Aussage von Butollo und Hagl (2003, 176), dass einem traumatisierten Klienten dort zu begegnen sei, wo dieser gerade stehe. Eine wichtige therapeutische Aufgabe sehe ich daher darin, ein Umfeld zu schaffen und mitzugestalten, in dem der Patient sich ausreichend sicher und gestützt erleben kann, so dass seine Selbstheilungskräfte aktiv werden können. Daneben sehe ich es auch als therapeutische Aufgabe, Raum für das Entstehen eines »Zwischen« im Sinne von Buber zu schaffen, wo der Patient korrektive emotionale Erfahrungen machen kann. Veränderung geschieht dann eher nebenbei als gezielt und direkt angesteuert.

Natürlich lief nicht alles optimal. Einmal konfrontierte ich Herrn B. zu stark und zu direkt, so dass er die Kontrolle über sich verlor und fast auf mich losgegangen wäre. Bei einer körpernahen Übung brachte ich den Patienten einmal in eine Überforderungssituation, so dass er im Verlauf der Übung kurz zusammensackte. Dies führte dazu, dass ich die Intervention gründlicher überdachte. Unterschätzen darf man die Auswirkungen psychotherapeutischer Interventionen nicht, gleichzeitig fühle ich mich von Zinkers (2005) Credo von Gestalttherapie als kreativem Prozess angesprochen, so dass zu erwarten ist, dass zwischendurch auch etwas nicht wie gewünscht laufen wird. Wichtig scheint mir, bei einer ungünstigen Entwicklung zügig zu reagieren.

Eine weitere Schwierigkeit war, dass belastende Symptome, insbesondere die Hypererregung und die Alpträume, während des gesamten Therapieverlaufs bestehen blieben, wenn auch in abnehmendem Ausmaß. Es stellte sich daher die Frage, ob ich nicht ergänzend eine spezifische Technik benötige, um auf neuronaler Ebene die traumabedingten Verknüpfungen lösen zu können. Ich gedenke daher, wie Hoffmann-Widhalm (2005) es empfiehlt, bei Gelegenheit noch ein Verfahren wie EMDR zu lernen. Weiter musste ich auch für »Goodwill« im Team sorgen, da zwischendurch Stimmen laut wurden, welche keinen akuten Behandlungsbedarf mehr sahen. Da ich von meiner Oberärztin keinen Druck hatte und es therapeutisch ausreichend Argumente für die Weiterbehandlung gab, blieb es bei diesen vereinzelt »Störfeuern«. Eine Behandlung findet in vielschichtigen Spannungsfeldern statt, so dass viele Aspekte zu beachten sind, um das Feld für eine hilfreiche Behandlung bereitzustellen. Gleichzeitig ergeben sich durch die interdisziplinäre Behandlung auch viele Synergien. Zum Beispiel war die Unterstützung durch den Kollegen vom Sozialdienst sehr hilfreich. Auch vom spezialisierten Angebot der Kunsttherapeutin konnte der Patient profitieren. Daneben ermöglichte mir der stationäre Rahmen eine recht große Flexibilität im Umgang mit der Gesprächsfrequenz. Insgesamt denke ich, dass dies eine hilfreiche Behandlung war, auch wenn die Verarbeitung des Erlebten für Herrn B. mit dem Austritt aus der Klinik nicht abgeschlossen ist.

Schluss – Gestalt schließen

Dass Traumata psychotherapeutisch behandelt werden können, erachte ich weiterhin nicht als selbstverständlich, worauf auch Ladisich-Raine (2008, 95) hinweist:

»Jeder Krieg führt zwangsläufig zu PTBS, nicht nur bei Soldaten, sondern natürlich auch bei der Zivilbevölkerung. Diese selbstverständliche Wahrheit wird allerdings erst seit dem Vietnamkrieg von offizieller Stelle, also auch von Medizinern, Psychologen und Sozialversicherungsträgern

Anschrift des Autors:

Roland Weber

roland.weber
@psychologie.ch

anerkannt. Durch Kriege wurden schon immer ganze Nationen und Volksgruppen nachhaltig traumatisiert, und zwar über Generationen hinweg, sozusagen als Auslöser und Bewahrer der »Erbsünde«, wenn man so will.«

Aus meiner Sicht ist eine (gestalt-)psychotherapeutische Behandlung ein gangbarer Weg, um den Kreislauf von menschlicher Destruktivität und deren Folgeschäden unterbrechen zu können. Im Sinne von Camus finde ich, dass therapeutisches Arbeiten oft Sisyphos-Arbeit ist, dass man sich diesen Sisyphos aber auch als glücklich vorstellen kann.

Literatur

- BUTOLLO, W./HAGL, M. (Hrsg.) (2003): Trauma, Selbst und Therapie. Bern (Hans Huber)
- BUTOLLO, W./MARAGKOS, M. (2008): Gestalttherapeutische Traumatherapie. In: L. Hartmann-Kottek (2008): Gestalttherapie. Berlin (Springer), 310-314
- DREITZEL, H. P. (2004): Gestalt und Prozess. Bergisch Gladbach (EHP)
- GSCHWEND, G. (2004): Trauma – Psychotherapie. Ein Manual für die Praxis. Bern (Hans Huber)
- HARTMANN-KOTTEK, L. (2008): Gestalttherapie. Berlin (Springer)
- HOFFMANN-WIDHALM, H. (2005): Traumatherapie in der Integrativen Gestalttherapie. In: *Gestalttherapie*, 19 (2), 82–100
- LADISICH-RAINE, A. (2008): »Quälende Erinnerungen«. Gedanken zum Thema Kriegstraumatisierungen. In: H. Anger / P. Schulthess (Hrsg.): Gestalt-Traumatherapie. Bergisch Gladbach (EHP)
- MAERCKER, A. (2006): Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. online: www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/Servicepublique/Fachwiss/DGPPN06.pdf (15.12.2013)
- NIJENHUIS, E. (2008): Traumabezogene strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit: Theorie und Behandlung. Kursunterlagen
- PERLS, L. (1989): Leben an der Grenze. Köln (EHP)
- SCHNEIDER, K. (2005): Grenzerlebnisse. Zur Praxis der Gestalttherapie. Bergisch Gladbach (EHP)
- WHEELER, G. (1993): Kontakt und Widerstand – Ein neuer Zugang zur Gestalttherapie. Köln (EHP)
- WIRTH, W. (2008): Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Perspektiv. In: H. Anger / P. Schulthess (Hrsg. 2008): Gestalt-Traumatherapie. Bergisch Gladbach (EHP)
- WOLF, U. (2001): Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt. In: R. Fuhr / M. Sreckovic / M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen (Hogrefe), 827–837
- ZINKER, J. (2005): Gestalttherapie als kreativer Prozess. Paderborn (Junfermann)