

Traumaorientierung in der psychotherapeutischen Praxis

Nikola v. Saint Paul

Zusammenfassung

Was kann Traumaorientierung im Kontext von systemisch-familientherapeutischem Arbeiten leisten und wie lässt sich ein solcher Ansatz in die psychotherapeutische Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen integrieren? Dieser Frage geht der Artikel nach, der sich als Plädoyer für einen Perspektivenwechsel und für den Erwerb spe-

zieller traumatherapeutischer Techniken versteht, durch den hilfesuchenden Menschen viel unnötiges Leiden erspart werden kann. Die Autorin stellt beispielhaft ihren eigenen Entwicklungsweg zu diesem Perspektivenwechsel dar und veranschaulicht die konkreten Folgen dieser Umorientierung anhand von Fallbeispielen aus ihrer Praxis.

Ich werde zunächst meine Arbeitsweise sowie mein therapeutisches Menschenbild darstellen, dann werde ich auf die Autoren und die Literatur eingehen, die mit dem Weg zu einer Traumaorientierung hin geehmet haben. An Fallbeispielen werde ich anschließend die konkreten Folgen, die diese Überlegungen auf meine therapeutische Arbeit gehabt haben, veranschaulichen.

In meiner psychotherapeutischen Praxis ist der systemische Ansatz eingebettet in eine klientenzentrierte und wachstumsorientierte Haltung. Gleichzeitig nutze ich ein tiefenpsychologisches Verständnis, das ich in jahrelanger Tätigkeit in psychoanalytisch orientierten Kliniken (Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie) entwickelt habe. Ich schaue sozusagen gleichzeitig mit dem Herzen und mit einem tiefenpsychologischen und einem systemischen Auge. So wie die Denkmuster und Verständnisweisen ineinanderwirken und oszillieren, so wird auch in meiner Beschreibung ein tiefenpsychologisches und ein systemisches Sprachspiel wechselnde Anwendung finden.

Seit vielen Jahren beschäftige ich mich intensiv mit der Verarbeitung und mit den Folgen von Psychotraumata. Und so hat sich allmählich entwickelt, was ich, mit Ricky Greenwald (2001) Traumaorientierung nenne.

Unter Traumaorientierung verstehe ich also das Einnehmen der Perspektive, unter der die Folgen von seelischer Überforderung wahrgenommen werden können. Solche Überforderungserlebnisse entstehen typischerweise im Zu-

sammenhang mit Gewalterfahrungen, Unfällen oder Naturkatastrophen. Aber auch der plötzliche Verlust einer nahestehenden Person und Deprivationserfahrungen oder ein emotionaler Missbrauch können in ähnlicher Weise wirken.

Dissoziation als Leitmerkmal

Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass Menschen in Momenten akuter seelischer Überforderung Schutzmechanismen einsetzen, um die Situation durchzustehen. Der am häufigsten eingesetzte Schutzmechanismus ist die Dissoziation in ihren vielfältigen Formen. Man kann sich von seinen Gefühlen dissoziieren, das erscheint dann wie eine emotionale Betäubung, die, wenn sie nicht mehr aufgelöst wird, die Lebensqualität sehr beeinträchtigt. Man kann auch völlig erstarren bis hin zur sog. *out of body experience*. Der Totstellreflex ist ein soziobiologisch erklärbarer Vorgang, der in seinen Folgen sehr nachvollziehbar von Peter Levine (1998) beschrieben wird. Das Beutetier hat eine Chance dem Raubtier zu entkommen, wenn es seinen Jagdinstinkt nicht mehr durch Flucht anstachelt, auch gewährleistet diese Dissoziation wahrscheinlich Schmerzfreiheit im Falle des Gerissen-Werdens. Schließlich kann man sich vom ganzen Ereignis abtrennen, indem man in Form einer Amnesie die Erinnerung unzugänglich werden lässt.

Beim traumaorientierten Erstgespräch forsche ich also nach potentiell traumatischen Erlebnissen und erkunde, welche Auswirkungen diese auf die psychische Organisation, auf die Wahrnehmung, die Gefühle, auf das Denken

gehabt haben und wie sie sich immer noch auswirken.

Inbesondere das Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie konfrontiert einen mit schweren Schicksalen, und in den Genesen der Betroffenen fällt die Häufung von schweren und belastenden Lebensereignissen ins Auge. Während ich früher eher nach neurotischen Konflikten Ausschau gehalten (und entsprechend diagnostiziert) hatte, waren diese Belastungen mir wie zusätzliche Faktoren erschienen, die allenfalls eine bestehende Grundstörung zum krisenhaften Ausbruch kommen lassen. Zunehmend lernte ich, diese Ereignisse auch als selbständige oder eigentliche Auslöser oder sogar Ursachen von Störungen zu betrachten.

Der Tod von Nahestehenden als traumatisches Ereignis

Einen ersten Hinweis in dieser Richtung erhielt ich bei der Lektüre von Yalom's Werk: 'Existenzielle Psychotherapie' (1989), in dem die Bedeutung existentieller Themen bei der Entwicklung psychischer Störungen untersucht wird. In seinem dynamischen existentiellen Ansatz führt Yalom aus, dass es Momente von überwältigender Angst gibt, die unbedingt abgewehrt werden muss. Diese Angst rührt von existentiellen Themen, den sogenannten „letzten Dingen“ her. Diese sind die Furcht vor dem Tod, die Erkenntnis der Grundlosigkeit, der Isolation und der Sinnlosigkeit der menschlichen Existenz. Am Beispiel der Angst vor dem Tod rekonstruiert Yalom u.a. die Fallbeschreibung von Freuds Hysterie-Patientinnen. Er bemerkt, dass sie alle durch Todesfälle im engsten Umfeld betroffen waren und wie Freud diese Quelle der Angst systematisch vernachlässigte (Yalom 1989, 78 ff).

Ich will anhand einer Fallvignette diese Überlegungen in ihrer Bedeutung für die traumaorientierte Arbeit illustrieren:

Eine Mutter kommt mit ihrem 11-jährigen Sohn (ich werde ihn hier Roland nennen) zur Notaufnahme in die Kinderpsychiatrie. Berichtet wird eine rasch zunehmende Schulphobie nach Aufnahme des Gymnasiums-Besuches. Nun haben seit drei Nächten weder Roland noch seine Mutter viel schlafen können, weil dieser mit seinem angstvollen Weinen die Mutter völlig in Bann hielt.

Ausgelöst wurde die Entwicklung im Zusammenhang mit Hänseleien im Schulbus.

Dort habe Roland einmal weinen müssen und werde seither als „Heulsuse“ bezeichnet.

Im Anamnesegespräch erfahre ich, dass vor einem halben Jahr die Schwester der Mutter plötzlich gestorben ist, die der Mutter sehr nahegestanden hatte. Diese sei damit bis heute kaum fertiggeworden.

Auf diesem Hintergrund entstand mein Entschluss, das Geschehen als traumainduziert zu verstehen und zwar in dem Sinne der Traumadefinition von Fischer und Riedesser als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (1999, 79). Die bedrohliche Situation war zunächst der plötzliche Tod der Tante, das Miterleben des emotionalen Überfordertseins der Mutter. In engem zeitlichen Zusammenhang also mit einem Moment von Verunsicherung und mitschwingender Angst vor der Möglichkeit des Todes (des Verlusts auch der eigenen Eltern) erfolgte der Schulwechsel auf das Gymnasium. Dieser war mit gestiegenen Anforderungen an Selbständigkeit und Reife verbunden, die von außen an den Jungen herangebracht wurden und die er auch an sich selbst gestellt hatte. Das Weinen im Schulbus widersprach diesen Anforderungen und die darauf erfolgten Hänseleien sowie die damit verbundene Beschämung mögen das Fass zum Überlaufen gebracht haben. All diesen Ereignissen hat Roland sich schutzlos preisgegeben gefühlt, da seine Mutter aufgrund des eigenen Schmerzes den nötigen Rückhalt nicht geben konnte. Hier erfolgt dann der Zusammenbruch, der schließlich in die Klinik führte. Indem ich die Traumahypothese anlegte, lag auch der Versuch einer entsprechenden Interventionsweise nah: Eines der grundlegenden Prinzipien des traumaorientierten Ansatzes besteht im Informieren der Betroffenen über die Besonderheiten traumatischen Erlebens, über die Schwierigkeiten, es zu verarbeiten und die Möglichkeiten therapeutischer Hilfestellung.



Ich erklärte der Familie also das Geschehen aus dieser Sicht und erläuterte, dass Ereignisse wie die vorgefallenen manchmal

aufgrund emotionaler Überlastung nicht verarbeitet werden können, dass es dafür aber Hilfe gibt. Roland, der durch die drohende Notaufnahme beinahe panisch gewesen war, konnte dem gut folgen und wurde ruhiger und erklärte sich zu dem Versuch, „mit Augenbewegungen zu arbeiten, um ihm bei der Verarbeitung zu helfen und den nächsten Schritt zu machen“ bereit. Er konnte sogar für die Nacht in der Klinik bleiben, nachdem wir ihm wie auch der Mutter das gleiche leichte Beruhigungsmittel angeboten hatten (diese verstand dies sofort und stellte die Verbindung explizit her: „siehst du, da nehmen wir heute zusammen die gleiche Tablette, du hier und ich zuhause“). Dadurch war es ihm möglich, sich aus der Klammer der ängstlichen Vorstellung, die Trennung mit Tod assoziierte, zu lösen. Roland konnte in der Nacht gut schlafen. Am nächsten Morgen führte ich eine EMDR-Sitzung (siehe Kasten) mit ihm durch, in der sowohl die Schulbus-Situation als auch die Beerdigung der Tante als Ausgangserinnerungen bearbeitet werden konnten. In einem Familiengespräch, bei dem auch der Vater anwesend war, wurde darüber gesprochen, wer in der Familie wen auf welche Weise unterstützt hat und in Zukunft wird unterstützen können. Hier wurde deutlich, dass die Mutter sich niemandem in ihrem Schmerz hatte zumuten wollen. Der Vater erklärte, dass er sich dafür, seiner Frau zur Seite zu stehen, sowohl zuständig als auch in der Lage fühlt. Anschließend wurde Roland aus der stationären Behandlung entlassen. In einem Telefonat, das eine Woche später erfolgte, hörte ich, dass die Situation sich weitgehend beruhigt hatte. Roland besuchte die Schule, er konnte mit dem Schulbus fahren, hatte keine Angstanfälle mehr gehabt. Die Mutter zeigte sich entschieden, eine eigene Therapie aufzunehmen.

In der Erstsituation werden Weichen gestellt. Hier entscheidet sich, wie die Situation eingeschätzt wird im Hinblick auf die erwarteten Änderungsmöglichkeiten. Allein diese Erfolgserwartung macht schon viel aus: Nach Ergebnissen der Therapieforschung ist den Faktoren Erwartung, Hoffnung und Placebo immerhin ein Anteil von 15% am Therapieerfolg zuzuschreiben – ebensoviel wie den unterschiedlichen Behandlungstechniken (Miller et al. 2000, 46).

Beim systemisch-familiätherapeutischen Arbeiten sind wir darin geübt, die Wirkung von Handlungen und auch von Einstellungen zu beobachten. Probleme konstituieren sich in Wechselwirkung damit, wie sie betrachtet, wie sie „konstruiert“ werden. Wir schärfen den Blick für die *Unterschiede, die einen Unterschied machen* und ermutigen auch unsere Klientinnen dazu.

Im systemischen Denken ist man dessen gewahr, wie sich durch den Blick die wahrgenommene Wirklichkeit verändert, sogar wie sich die „wirkliche“ Wirklichkeit verändern kann. Eine Metapher, die ich während meiner familientherapeutischen Ausbildung am IFAK in Freiburg vernommen habe, hat sich mir sehr eingeprägt:

Auf einer Wanderkarte wird ein Weg eingezeichnet, der gar nicht existiert. Wandernde, die sich an dieser Karte orientieren, werden aber dadurch, dass sie versuchen, der angebotenen Richtung zu folgen, diesen Weg erschaffen: ein Trampelpfad entsteht und schließlich ist da ein Weg. So kann die Idee die Wirklichkeit verändern.

Die Wirkung der Traumaorientierung, d.h. der Unterschied, der dadurch hervorgerufen wird, dass wir eine Symptomatik als Folge eines noch unverarbeiteten Traumas betrachten, ist im beschriebenen Fall deutlich zu beobachten. Roland beruhigte sich beträchtlich, nachdem ihm die Ansicht vermittelt wurde, dass seine Angst ein verständlicher Ausdruck eines in der Familie noch nicht abgeschlossenen Prozesses ist, der darin besteht, den Tod der Tante zu verarbeiten.

Auch für die Eltern brachte diese Sichtweise Entlastung und neue Perspektiven.

Mit seiner Symptomatik hatte Roland etwas für die Mutter getan, indem er sie von der eigenen Trauer um den Verlust der Schwester abgelenkt und dadurch entlastet hatte, dass er viel an ihrer Aufmerksamkeit und Fürsorge beansprucht hatte. Gleichzeitig hatte er stellvertretend ihren Schmerz und ihre Verzweiflung ausgedrückt. Indem der Vater seine Zuständigkeit für die Unterstützung seiner Frau erklärt hatte, wurde Roland aus dieser Rolle entlassen. Durch das Angebot, die Erlebnisse, Gedanken und Gefühle mithilfe von EMDR noch einmal durcharbeiten, war es ihm möglich, tatsächlichen einen

wesentlichen Schritt weiter zu kommen und die Symptomatik zu überwinden.

Traumaorientierung bei Borderline-Symptomatiken

Judith Herman (1994) hat in ihrem bahnbrechenden Werk die Ergebnisse der Traumaforschung des 20. Jahrhunderts zusammengeführt. Sie beschreibt, wie die zunächst einzeln beschriebenen Syndrome, die viele Soldaten in den Weltkriegen entwickelten, die Holocaust-Opfer erlitten, die von den Veteranen des Vietnam-Krieges beschrieben wurden und die an Opfern von häuslicher und familiärer Gewalt und sexueller Traumatisierung beobachtet wurden, allmählich als ein gemeinsamer Komplex betrachtet wurden. Dieser Komplex fand unter der Bezeichnung Posttraumatische Belastungsstörung Eingang in die Klassifikationssysteme psychiatrischer Erkrankungen. Endlich konnten die vielfältigen Folgen traumatisierender Erlebnisse in ihrer Entstehungsgeschichte gesehen und verstanden werden. Auf der Ebene der Symptome werden drei große Gruppen beschrieben, die Herman unter den Begriffen Intrusion, Konstriktion und Übererregung zusammenfasst, die auch den in den Diagnosekatalogen genannten entsprechen.

Unter Intrusion werden sich aufdrängende oder einschleppende Erinnerungen verstanden, wobei sensorische und bildhafte Eindrücke vorherrschen.

Konstriktion bezeichnet all die Mechanismen, mit Hilfe derer man versucht, die Intrusionen unter Kontrolle zu halten. Man versucht sich zu betäuben, zu vergessen, man vermeidet alle Lebenssituationen, die an das traumatische Erlebnis erinnern könnten, die alte Bilder, Flash-Back-Erinnerungen triggern könnten.

Übererregung beschreibt eine chronische Stimulation des vegetativen Nervensystems, ein ständiges In-Alarmbereitschaft-Sein, was mit Schreckhaftigkeit, Überempfindlichkeit und Reizbarkeit einhergeht. Vielfältige körperliche Symptome, Schmerzen, Schlafstörungen können die Folge dieses Zustandes sein.

Herman geht noch einen Schritt weiter, indem sie die Folgen einer langandauernden traumatischen Lebenssituation herausarbeitet. Bei der von ihr sogenannten Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung kommt es zu Störungen der Affektregulation bis hin zu chronischen Suizidgedanken, zu Bewusstseinsveränderungen, zu einer gestörten Selbstwahrnehmung mit Ohnmachts-, Scham- und Schuldgefühlen, zu Beziehungsproblemen und zu einem

EMDR

Bei EMDR, einem der neuen Verfahren der Traumatherapie (SHAPIRO, 1998) werden innerhalb eines stark strukturierten Settings Erinnerungen an traumatische Erlebnisse durchgearbeitet. Dabei wird eine bilaterale Stimulation durchgeführt (typischerweise mittels geführter Augenbewegungen, woher die etwas ungeläufige Namensgebung rührt: Eye Movement Desensitization and Reprocessing, zu deutsch etwa: Augenbewegungsdesensibilisierung und Neuverarbeitung).

Das Verfahren zeichnet sich dadurch aus, dass kognitives, emotionales und körpergebundenes Erleben gleichermaßen angesprochen sind und in der Vorbereitungsphase exploriert und ins Gewahrsein gerückt werden. Durch das strukturierte Setting wird ein hohes Maß an Sicherheit, Kontrolle und Verankerung im Hier und Jetzt gewährleistet. Die Klientin ist gehalten, aus einer Beobachterperspektive „einfach alles wahrzunehmen“, was ihr an Bildern, Gedanken, Gefühlen etc. durch den Sinn geht. Der Verarbeitungsweg, die Assoziationsketten werden also nur angestoßen, um sich dann in ihrer Eigendynamik zu entwickeln. Nur wenn der Prozess ins Stocken gerät, darf durch unterstützende Anregungen nachgeholfen werden, um dann erneut die eigene Verarbeitung ge-

schehen zu lassen. Hierbei wird auf das Selbstheilungspotenzial vertraut. Vermutlich sowohl durch das stark fokussierte Vorgehen, wie auch durch die bilaterale Stimulation begünstigt, wird ein intensiver Verarbeitungsprozess beobachtet.

Die traumatischen Erinnerungen verblasen häufig in ihrer Eindringlichkeit und werden sehr viel weniger belastend erlebt. Die Erkenntnis, dass es vorüber ist, scheint tiefer zu sacken. Traumabedingte negative Glaubenssätze, wie „ich bin hilflos“, „ich bin wertlos“ können angemesseneren Überzeugungen weichen, wie: „heute kann ich mich wehren“, „ich bin genauso viel wert wie jeder andere“.

Der Zugang zu den eigenen Ressourcen wird möglich. Man kann sich das auch so vorstellen, dass bestimmte Ich-Zustände mit bestimmten Weisen zu denken und zu fühlen verknüpft sind. Im Zustand der traumatischen Identifikation mit dem verletzten, vielleicht kindlichen Teil, habe ich zunächst keinen Zugang zu dem Wissen und Selbstverständnis, das ich als Erwachsene habe. Diese Ressource ist dann versperert. Unter der bilateralen Stimulation wechseln die Zustände sehr schnell und ein ressourcenvolleres Erleben wird wieder zugänglich.

Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung (1994, 169f).

Sie zeigt auf, wie groß die Ähnlichkeiten dieses Syndroms mit dem als Persönlichkeitsstörung gefassten (insbesondere des Borderline-Syndroms und der abhängigen Persönlichkeitsstörung) sind. Von daher verlangt sie ein grundsätzliches Überdenken dieser Diagnosen und die erweiterte Formulierung einer „Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“.

Wo im tiefenpsychologischen Sprachspiel vielleicht noch von „strukturellen Defiziten“ die Rede war, mit entsprechenden Implikationen für die prognostische Einschätzung des Therapieerfolgs, wandelt sich das Störungsverständnis hier, wird gleichsam weicher wie klarer zurechenbar zu auslösenden Situationen und Ereignissen. Diese Überlegungen scheinen auch mit den Ergebnissen der psychoanalytischen Säuglingsforschung vereinbar zu sein. Hier wird angenommen, dass bei der Entstehung der Disposition zu einer Borderline-Erkrankung die Einwirkung zu starker äußerer Reize eine Rolle spielt, von denen der Säugling sich überfordert fühlt, denen er mit seinem noch schwachen Ich-Apparat nicht gewachsen ist (Dornes 1993, 89). Interessant ist auch, dass der Zeitpunkt der Entstehung als variabel betrachtet wird. Auch seelische relativ stabile, ich-starke Persönlichkeiten, so wird angenommen, reagieren bei einer Extremtraumatisierung mit „frühen Abwehrmechanismen“.

Dies konnte ich bei einer langjährig mit „Borderline-Syndrom“ diagnostizierten 17-jährigen Jugendlichen, deren Behandlerin sie mittlerweile als recht hoffnungslosen Fall von Klinik zu Klinik schoben, miterleben. Unter der neuen Perspektive wurde die Symptomatik unter der Diagnose „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ zunächst einmal neu „konstruiert“.

Deutlich wurde der Effekt der neuen Diagnose zunächst bei der Motivation der Behandelnden und der Betreuer auf Station, die bis dahin erheblicher Resignation und auch Ärger über die Patientin verfallen waren.

Dann stieg auch die Zuversicht der Patientin selbst, die sich wieder mehr angenommen fühlte und eine leise Chance des doch noch Verstanden-Werdens ahnte.

Danach erst kam es auch zum deutlich sichtbaren Behandlungserfolg (i. S. einer Zu-

nahme der Selbststeuerungsfähigkeit und größer werdenden Affektoleranz und Selbstakzeptanz).

Selbstverständlich hat die Traumaorientierung auch auf der Handlungsebene Konsequenzen: So kann z.B. klar werden, dass die äußeren Lebensumstände verändert werden müssen, um die Voraussetzung für eine Behandlung überhaupt zu schaffen, dass etwa eine Misshandlungssituation beendet werden muss, um die Sicherheit eines Kindes zu gewährleisten. (Unter der Auffassung, dass die Symptome des Kindes ein Zeichen seines schlechten Charakters sind, wären ganz andere Konsequenzen erfolgt).

Auch die Wahl der therapeutischen Mittel wird durch die Konstruktion einer Störung als traumabedingt beeinflusst, was wiederum Folgen im Hinblick auf die Prognose hat.

Als Therapierende sind wir zuversichtlich, mit EMDR eine kraftvolle und effektive Interventionsmethode anbieten zu können. Diese Zuversicht überträgt sich auf die Betroffenen, was wiederum bereits Selbstheilungskräfte mobilisieren und den Zugang zu eigenen Ressourcen fördern kann. So schließt sich der Kreis im Sinne eines durchaus gutartigen bzw. förderlichen Zirkels.

Die Erklärung von Hindernissen und Blockierungen beim therapeutischen Prozess in der systemischen Betrachtungsweise

Die Begründerin von EMDR, Francine Shapiro (1998) geht in ihren Ausführungen über Blockierungen des Traumaverarbeitungsprozesses auf Faktoren ein, die als technische Fehler der Behandelnden zu betrachten und durch variierte Interventionen zu beheben sind. Auch nennt sie Hindernisse, die im Individuum wirken, wie beispielsweise „Hintergründerinnerungen“ (1998, 239), die die Verarbeitung der aktuellen Dysfunktion blockieren. Diese müssen gefunden und zuerst bearbeitet werden.

Auch die systemische Betrachtungsweise ermöglicht es, Zusammenhänge ins Blickfeld zu bekommen, die die Arbeit mit EMDR behindern. Insbesondere können dies Faktoren innerhalb des größeren Systems sein.

Insbesondere bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann es sinnvoll sein, das Augenmerk auf das familiäre System zu richten. Hierdurch kann u.U. eine Blockie-

zung der Arbeit identifiziert und behoben werden.

Beispielsweise leiden Eltern von sexuell missbrauchten Kindern öfters unter den Folgen eigener Traumatisierung. Deren Umgangsweise mit ihrer Geschichte prägt und begrenzt das, was sie ihren Kindern an Verarbeitung zutrauen und zugestehen können.

Wenn eine Mutter mit der Vorstellung lebt, dass die Erinnerung an den eigenen sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit zu schmerzhaft ist, um sich an eine Therapie zu wagen, wird sie der Behandlung ihrer Tochter, die ein ähnliches Erlebnis hatte, mit großer Skepsis begegnen und die Tochter tendenziell nicht dazu ermutigen.

Hier würde ich zunächst eine Phase der therapeutischen Arbeit mit der Mutter durchführen, um zu ermöglichen, dass sie die Therapie der Tochter mit der nötigen Zuversicht unterstützen kann.

Auch die innere Erlaubnis zur Heilung kann durch innerfamiliäre Faktoren oder auch durch „systemische Verstrickungen“ i.S. von Bert Hellinger (Weber 1993) erschwert sein. Denkbar wäre auch zur Erklärung einer Therapieblockierung, dass die Tochter aus Gründen der Loyalität zur Mutter und der Identifikation mit deren Haltung, vieles zu erdulden, einer Verbesserung bzw. Heilung ihres Schmerzes zumindest ambivalent gegenübersteht (vgl. hierzu das Konzept der „Unsichtbaren Bindungen“ von Boszormenyi-Nagy & Spark (1981)).

Anerkennung im System

Die Anerkennung einer Traumatisierung im größeren System kann eine notwendige Voraussetzung für den Behandlungserfolg darstellen.

Ein 50-jähriger Arbeiter, der bei einem Arbeitsunfall schwer verletzt worden war und dessen körperliche Schädigung mittlerweile recht gut geheilt war, litt an einem chronifizierten Posttraumatischen Belastungssyndrom, das die Arbeitsfähigkeit zur Folge hatte. Die EMDR-Behandlung erschien zunächst erfolgreich, um dann zu stagnieren. Es stellte sich heraus, dass die von Seiten seines Arbeitgebers fehlende Anerkennung seiner Beschwerden als Folge des Arbeitsunfalles von ihm als eine so eklatante Ungerechtigkeit erlebt wurde, dass er

am Symptom festhalten musste, um nicht im Nachhinein als „Drückeberger“ dazuzuhängen.

Obwohl es im beschriebenen Fall nicht möglich war, Einfluss auf den Arbeitgeber zu nehmen, konnte dem Klienten die Dynamik deutlich werden. Im Zuge der Reflektion dessen (die auch durch Augenbewegungen unterstützt erfolgte), merkte er, dass er sich diese Anerkennung selbst geben konnte. Dadurch hatte er die Wahl, den Teil der Opfer- und Leidenshaltung aufzugeben, der für ihn selbst einen zu hohen Preis für das Erhalten der Anerkennung von außen darstellte.

Zu bedenken ist hier aus systemischer Sicht auch die Kehrseite der Diagnose einer Traumastörung. Mitunter kann sich eine solche Diagnose dysfunktional auswirken und einen Behandlungsfortschritt vereiteln. Dies kann vor allem dann auftreten, wenn die Traumatisierung absichtlich und nicht als Folge von einem Unfall oder einer Naturkatastrophe erfolgt ist.

Durch die Zuschreibung einer Störung von Krankheitswert wird der traumatisierte Mensch in einer Position der Schwäche verortet und auf die Opferrolle festgelegt. Dadurch, dass er sich in Psychotherapie begibt, wird die eigene Schwäche ein- und dem Täter gegenüber zugestanden. Der Geschädigte ist „krank“, muss Hilfe in Anspruch nehmen und „die Arbeit tun“, der Schädigende bleibt außerhalb des Blickfelds (vgl. zu dieser Problematik in politischer Hinsicht auch Becker (1997)). Ich halte es für wichtig, diese Dynamik mit im Blickfeld zu behalten. Wenn durch sie bedingte Blockierungen identifiziert werden, können sie möglicherweise im Sinne des kognitiven Einwebens während der Bearbeitung mit EMDR aufgegriffen oder aber in vor- und nachbereitenden Gesprächen behandelt werden.



EMDR im familientherapeutischen Setting

Die lösungsorientierte Haltung, die der Arbeit mit EMDR zugrunde liegt, gehört zu den Grundlagen auch des systemischen Arbeitens. Ebenso wird hier die „Achtung vor der Selbstorganisation“ (Schweitzer 2000, 232) beschrieben, die in faszinierender Weise bei den durch Augenbewegungen induzierten Prozessen mitverfolgt werden kann. Die Entscheidung, wann

Phasen der EMDR-Arbeit erfolgen und wer diese übernimmt (aus Gründen der Neutralität mag es angezeigt sein, eine andere Therapeutin hinzu zu ziehen), kann pragmatisch und in Übereinstimmung mit dem familientherapeutischen Entwicklungsprozess getroffen werden. Auf je-

den Fall scheint es mir nötig und sinnvoll (und aufgrund der beschriebenen Kompatibilität auch möglich) zu sein, traumatherapeutische Verfahren wie EMDR in familientherapeutischen Fachkreisen bekannt zu machen, um unnötiges Leiden verhindern zu helfen.

Summary

This article examines the contribution that trauma orientation can make in the context of systemic family therapy and how this approach can be integrated into psychotherapeutic practice with children, adolescents and adults. The author argues for a change of perspective and

the adoption of traumatherapeutic techniques, that spare the clients unnecessary suffering. She explains the reasons for her own change of perspective and illustrates the consequences of this reorientation with case studies from her practice.

Literatur

Becker, David (1997): Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende „Trauma“-Konzept. In: *medico report* 20, 25-47

Boszormenyi-Nagy, Ivan & Geraldine Spark (1981): *Unsichtbare Bindungen*. Klett-Cotta, Stuttgart

Dornes, Martin (1993): *Der kompetente Säugling*. Fischer, Frankfurt

Fischer, Gottfried & Peter Riedesser (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhardt UTB, München

Greenwald, Ricky (2001): *EMDR in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Junfermann, Paderborn.

Herman, Judith Lewis (1994): *Die Narben der Gewalt*. Kindler, München

Levine, Peter A. (1998): *Trauma-Heilung*. Synthesis, Essen

Miller, Scott D., Barry L. Duncan & Mark A. Hubble (2000): *Jenseits von Babel*. Klett-Cotta, Stuttgart

Schweitzer, Jochen (2000): *Systemische Therapie*. In: Wolfgang Senf und Michael Broda (Hg., 2. neu bearb. und erw. Aufl.): *Praxis der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart 230-238

Shapiro, Francine (1998): *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Junfermann, Paderborn

Weber, Gunthard (Hg.) (1993): *Zweizelei Glück. Die systemische Psychotherapie*. Bert Hellingers, Carl Auer, Heidelberg

Yalom, Irvin D. (1989): *Existenzielle Psychotherapie*. Edition Humanistische Psychologie, Köln

Anschrift der Verfasserin

Praxis für Psychotherapie und Traumabehandlung
Poststr. 3
79098 Freiburg
Tel.: 0761/2854789
info@traumatherapie-freiburg.de

Kurzbiografie

Nikola v. Saint Paul (Jg. 1959), Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit eigener Praxis in Freiburg i. Brsg. Supervisorin und Lehrtherapeutin am Tiefenpsychologischen Institut Baden und EMDR-Supervisorin am Institut für Traumatherapie, Berlin.