

ELKE KÜGLER

Die Phobie vor dem Trauma

Ein traumatherapeutisches Dialogbeispiel

Die Phobie vor einem früher erlebten Trauma kann einer fruchtbaren Psychotherapie erheblich im Wege stehen (ich beziehe mich im Folgenden traumatherapeutisch auf den Ansatz der Strukturellen Dissoziation von Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2008); sie zählen wie Ellert Nijenhuis zu den weltweit führenden PsychotraumatologInnen). Die Entscheidung, wer nun wie über das Trauma sprechen soll, halte ich für eine der schwierigsten des gesamten Therapieprozesses. Soll die PatientIn von allein darüber sprechen, ist das Ingangsetzen und Begleiten im Sinne des hypnotherapeutischen Pacing und Leading (Milton Erickson) erlaubt, gar nötig? Die Entscheidung fällt umso schwerer, wenn das trau-

doch einer dissoziativen Amnesie unterliegt. Das folgende Beispiel erhebt keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Jede Situation ist anders.

Ich stelle hier eine Stunde mit einer Patientin im Alter von Ende 20 vor, die ich über etwa drei Jahren sporadisch sah. Sie kam erstmals nach einem glänzenden Examen, weil sie sich total unfähig fühlte, eine Stelle zu suchen. Die Diagnose lautete schwere strukturelle Dissoziation, ICD-10 F 44.8 nach F 62.0 (lange zurückliegende schwere Traumatisierung mit diversen dissoziativen Folgestörungen), DDNOS (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified) in traumatherapeutischer Sprache. Die Patientin verfügt über mehrere Innenanteile, mindestens einen anscheinend Normalen Persönlichkeitsanteil (ANP), der Alltag und den Beruf regelt, und mehrere jüngere Emotionale Persönlichkeitsanteile (EP's), welche traumanah entstanden sind (Van der Hart et al., 2008).

Ein erster Therapiedurchlauf von regelmäßig stattfindenden 42 Sitzungen

war zunächst abgeschlossen worden, nachdem die Überlebende sich gut stabilisiert und eine Stelle gefunden hatte. Wir vereinbarten, dass sie bei Bedarf wiederkommen könne. Das

tat sie, kam über zehn Stunden, blieb wieder weg, kam erneut. Sie suchte offensichtlich Hilfe und hatte Angst. Vor diesem Dialog hatte ich nach Suizidgefährdung gefragt. Diese war nicht, manifest aber auch nicht ausgeschlossen worden, weshalb ich beschloss, den Stier bei den Hörnern zu packen. In dem folgenden Dialog bot ich therapeutische Unterstützung an, ergebnisoffen, das heißt, ich teilte mich gewissermaßen in eine Ja- und eine Nein-Seite, meine linke Seite war offen für ein Ja, die rechte Seite für ein Nein der Überlebenden. Ich kontrolliere das tatsächlich während der Sitzung, indem ich links und rechts in meinen Körper fühle. Es ist wichtig, dass die Patientin lernt, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu unterscheiden und dass die Therapeutin stets zum Präsens zurücklenkt, denn Veränderungen geschehen immer jetzt.

Therapeutin: Sie waren ja nun zwei Monate nicht hier.

Patientin: Ja, ich weiß auch nicht, warum.

Th: Das kann ich mir nicht vorstellen.

Pat: Ganz bestimmt, ich weiß es nicht.

Die Phobie vor einem früher erlebten Trauma kann einer fruchtbaren Psychotherapie erheblich im Wege stehen.

matisierende Geschehnis anhand erheblicher Traumafolgestörungen bei der überlebenden Betroffenen offensichtlich ist, das Ereignis selbst je-

Th: Sie haben sich aber doch sicherlich Gedanken gemacht, was **könnte** denn der Grund sein?

Pat: Ja, vielleicht – nein, es ist alles im Nebel.

Th: Soll das so bleiben? Ist das angenehmer als in die Therapie zu kommen?

Pat: Nein, daher bin ich ja wieder hier.

Th: Also soll sich der Nebel lichten? Oder was ist die Alternative?

Pat: Ich weiß keine, so kann es nicht weitergehen.

Th: Kann es sein, dass Sie Angst vor der Therapie haben?

Pat: Ja, ich habe sicherlich Angst (wendet den Blick ab), aber es ist auch so schwer mit den Terminen.

Th: Das stimmt sicher. Können wir einen Augenblick bei der Angst bleiben, ist das in Ordnung? Es fällt Ihnen sichtlich schwer. (Graduelle Angstkonfrontation, Boos)

Pat: Ja. (Schweigt)

Th: Können Sie sagen, was schlimmstenfalls herauskommen könnte, was könnte Ihnen am meisten Angst machen? Oder dem Patienten, den Sie da im Monitor sehen (Distanzierungsmöglichkeit nach Reddemann, nicht ich habe die Angst, sondern die Person auf dem Bildschirm dort)? Was ist einfacher?

Pat: Nein, es geht schon. Am meisten Angst macht mir, ach ich weiß nicht.

Th: Das ist aber auch schwer. – Wir sprachen vor einiger Zeit einmal darüber, dass Sie Angst haben, Sie könnten irgendein Trauma erinnern.

Pat: Jaja, genau, das ist das Schlimmste. Dass ich Gewalt erfahren haben könnte, als Kind oder so.

Th: Wir sprechen im Konjunktiv.

Pat: Ja, im Konjunktiv. (Pat versteht: Eine Vermutung muss keine Realität sein; dies ist auf dieser Stufe der Therapie 1.) korrekt, 2.) erträglich.)

Th: Es ist ja – wenn überhaupt passiert – vorbei und nur eine Erinnerung (erleichternde Unterschiedsbildung zwischen früher und heute, siehe Sachsse, 2008), soweit wir wissen (vielleicht findet noch Traumatisierung statt, Täterkontakt bleibt somit offen – EK).

Pat: (wirkt erleichtert, seufzt): Es ist gut, dass Sie das sagen, das erleichtert mich.

Th: Was könnte also schlimmstenfalls passieren? (Ich frage nach den Fantasien und veranlasse die Pat dadurch zu einer Überprüfung, wie realistisch die Angst in der Gegenwart ist.)

Pat: Am meisten fürchte ich, es wären Personen darin verwickelt, die ich noch heute kenne. (Endlich ist es raus ...)

Th: Das finde ich jetzt sehr mutig von Ihnen. Das sagen Sie jetzt zum ersten Mal. (Ich verstärke die Pat.) Offenbar beschäftigt Sie das ja schon länger?

Pat: Ich grübele seit langem daran herum, es fällt mir aber nichts Konkretes ein. (Dissoziative Amnesie; das Traumagedächtnis ist dem Cortex nicht zugänglich, s. Van der Hart et al., 2008; Hüther, 2002)

Th: Wenn Sie etwas dissoziiert haben, ist das auch nicht einfach so über das biografische Gedächtnis abrufbar, darüber sprachen wir ja bereits. Da brauchen Sie nicht zu grübeln, das hilft doch nicht. Das Grübeln machen Sie doch offenbar schon lange ohne Erfolg. Damit geht es Ihnen doch nicht besser, oder?

Pat: Nein. Ich bin unheimlich erleichtert, dass ich so offen darüber reden kann. Ich will aber niemand beschuldigen.

Th: Haben Sie irgendwas behauptet? Das habe ich bisher nicht gehört. Die Gedanken sind frei, wie in dem alten Volkslied.

Pat: (zögert) Das stimmt.

Th: Ist unser Gespräch so für Sie in Ordnung?

Pat: Ja, sehr.

Th: Wollen Sie noch weiterschauen?

Pat: Ja.

Th: Haben Sie denn Fantasien oder Vorstellungen oder Gefühle dazu, welche Personen verwickelt sein könnten? Was wäre das Schlimmste?

Pat: Meine Eltern. (Sieht panisch aus.)

Th: Wie fühlt sich das jetzt an?

Pat: (beginnt zu weinen): Furchtbar. – Pause.

Th: Reicht ein Taschentuch.

Pat: Es ist gut, darüber zu reden, lieber eine schlechte Gewissheit als dieser Nebel.

Th: Wer da drinnen ist denn jetzt so traurig?

Pat: Die Zehnjährige. Sie ist wie gelähmt vor Angst. (Die Zehnjährige ist ein traumanaher Emotionaler Persönlichkeitsanteil, entstanden unter Traumabedingungen, ein Angstannteil im Schockzustand, s. Van der Hart et al., 2008.)

Th: Wollen Sie sie erstmal trösten? Wir werden sie auch hören.

Pat: Ja, das ist schon in Ordnung, sie will auch, dass wir weiterreden. Sie kuschelt sich an ihren Hund. Es geht so nicht weiter. (Atmet tief.)

Th: Wenn Ihre Eltern in eine Traumatisierung verwickelt wären, wir sprechen im Konjunktiv! – was wäre daran das Schlimmste?

Pat: Ich müsste den Kontakt abbrechen.

Th: Und das wäre furchtbar?

Pat: Ja.



Abbildung 1: Zeitschiene

Th: Ein Kontaktabbruch läge ja in der Zukunft. Können Sie sich auch vorstellen, dass Sie Kontaktabbruch dann – Konjunktiv! wollen könnten? Denken Sie an die Zeitschiene: (Ich zeige auf den Flip Chart; die Zeitschiene dort ist der Pat. bekannt, da wir häufig damit arbeiten.)

Th: Wir sind in der Gegenwart, im Jahr 2008 (erläuternd für die Innenanteile, die das nicht wissen, sondern traumanah leben). Die Zukunft teilen wir in *nähere, mittlere, fernere* ein. Angenommen, Sie würden zu einem Zeitpunkt *Zukunft 2* erfahren, Ihre Eltern wären verwickelt, und Sie entschieden zum Zeitpunkt *Zukunft 3*, den Kontakt abubrechen, weil Sie es möchten. Sie würden doch bis dahin eine persönliche Entwicklung machen, oder?

Pat: Ja, das stimmt. Ich könnte mir das ja auch überlegen.

Th: Genau. Die Angst ist also jetzt da, in der Gegenwart.

Pat: Ja (seufzt erleichtert).

Th: Noch so schlimm wie vorhin? Wie viel Prozent weniger?

Pat: Na, so 30 Prozent weniger (Nijenhuis, 2006).

Th: Atmen Sie doch mal tief durch, pusten Sie den Rest mal weg.

Pat: (atmet erleichtert)

Th: (Ich leite das Ende der Stunde mit Positivem ein.) Und: wenn sich herausstellte, dass Ihre Eltern nicht verwickelt sind?

Pat: Das wäre das Beste (seufzt nochmals tief).

Th: Wie fühlt sich das gerade an?

Pat: Irgendwie viel besser.

Th: Jetzt sind Sie gerade erleichtert? Alles Weitere kann man ja abwarten?

Pat: (nickt)

Th: Und wo fühlen Sie das gerade in Ihrem Körper? (Verstärkung nach Eckers, 2008)

Pat: Antwortet, sie kennt das Prozedere.

Die Ressourceninstallation wurde breit ausgeführt, insgesamt über etwa zehn Minuten. Eckers: »Der Kern jeder Ressource ist ein positives Körpergefühl« (S. 98). Assoziationen von Farben, Klängen, schönen Gerüchen wurden mit der Butterfly-Wings-Methode (vom EMDR abgeleitet; Rost, 2008) und tiefem Durchatmen verstärkt. Damit ging die Stunde zuende. Das Thema Angst wurde in der Folgezeit mit unterschiedlichen Methoden weiter bearbeitet. Die Patientin kam danach regelmäßig und setzte die Therapie erfolgreich fort.

Die Angst, der »Nebel« hatte die Patientin so sehr gelähmt, dass sie trotz hohen Leidensdrucks zu sporadisch in die Therapie kam, um Fortschritte zu machen. Das Therapieziel war in der zitierten Stunde die Bewältigung der Angst in der Gegenwart, also die Kontaktaufnahme von einem erwachsenen Innenanteil mit dem Traumakind, der Zehnjährigen. Erst dadurch konnte die Pat. frei entscheiden, die Therapie fortzusetzen oder abubrechen.

Ich halte die Ergebnisoffenheit eines solchen Dialogs für entscheidend, um das Risiko von Suizidgefährdung zu minimieren.

Zur Person



Elke Kügler ist Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltens-, Hypno- und EMDR-Therapeutin, zertifizierte Traumatherapeutin DeGPT, Dozentin für Sexualtherapie (DGfS), Supervisorin BDP und EMDR-Coach, mit Schwerpunkt Sexualpsychologie; Niederlassung in Hamburg

Kontaktadresse

*Dipl. Psych. Elke Kügler
Klopstockplatz 1
22765 Hamburg
kuegler@emdrcoaching.de
www.emdrcoaching.de*

Literatur

- Boos, Anne (2005). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung – ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Eckers, Dagmar (2008). Ressourcenarbeit mit Kindern und Jugendlichen, in Rost, Christine: Ressourcenarbeit mit EMDR. Stuttgart: Thieme.
- Hüther, Gerald (2002). Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung, Verfügbar unter: www.agsp.de
- Nijenhuis, Ellert R. S. (2006). Somatoforme Dissoziation. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, Luise (2003). Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rost, Christine (2008). Ressourcenarbeit mit EMDR. Paderborn: Junfermann.
- Sachsse, Ulrich (2008). Imaginative Psychotherapie in der traumazentrierten Behandlung, Trauma & Gewalt, Heft 1/2008, S. 64 ff.
- Van der Hart, Onno, Nijenhuis, Ellert R. S. & Steele, Kathy (2008). Das verfolgte Selbst. Paderborn: Junfermann.