Mehrphasige integrative Traumatherapie nach Vergewaltigung

Markos Maragkos, Willi Butollo

Multiphasic integrative psychotherapy for victims of rape

Abstract

Experiencing rape exerts a grave impact on the life of a person. Basic assumptions concerning the self, the world and one's being in this world and above all, the sense of safety can be disrupted seriously. Spontaneity and curiosity give way to wariness, distrust and anxiety, so reducing one's range of action, shifts the partnership and forcing into retreat or even isolation. The self of a rape victim was forced to experience chaos and as a result psychological disorders can occur, one of which is Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

This article delineates an integrative psychotherapeutic proceeding for the treatment of rape victims. Core features are the stabilization of the self and the reestablishment of one's capability to connect to the world and to oneself. The therapeutic model is based on process-experiential and Gestalt elements and integrates cognitive-behavioural techniques.

Keywords: Integrative Psychotherapy, Emotional Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, Rape

Zusammenfassung

Eine Vergewaltigung verändert das Leben des betroffenen Menschen auf gravierende Weise. Seine Annahmen über sich, die Welt und über sich in der Welt, aber vor allem sein implizites Sicherheitsgefühl können eine massive Beeinträchtigung erfahren. Spontaneität und Neugier weichen, Vorsicht, Misstrauen und Ängstlichkeit treten hervor, verringern seinen Aktionsradius, verändern die Partnerschaft und zwingen ihn zum Rückzug oder gar zur Isolation. Das Selbst des vergewaltigten Menschen ist chaotisiert und es können psychische Störungen auftreten, unter denen die Posttraumatische Belastungsstörung die häufigste ist.

In dieser Arbeit wird ein integratives psychotherapeutisches Vorgehen für Patienten, die Opfer einer Vergewaltigung geworden sind, vorgestellt. In dessen Kern stehen die Wiederherstellung eines stabilen Selbst und der Beziehungsfähigkeit zu sich und seiner Umwelt. Das Modell basiert auf prozess-erfahrungsorientierten, gestalttherapeutischen Elementen und wird durch verhaltenstherapeutische Interventionen ergänzt.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie; Trauma; posttraumatische Belastungsstörung, Vergewaltigung

Einleitung

Zu den grausamsten Handlungen, deren ein Mensch fähig ist, gehören zweifelsfrei sexualisierte Gewalttaten. Epidemiologische Studien zeigen, dass zwischen 6%–25% der Frauen und 2%–8% der Männer in Deutschland Opfer sexuellen Missbrauchs werden (Engfer 2005). 9,2% der Frauen und 0,7% der Männer werden hingegen zum Opfer von Vergewaltigungen (Kessler et al. 1995).

Neben den körperlichen Verletzungen, den möglichen negativen Auswirkungen auf die Bereiche Partnerschaft und Intimität, können im Gefolge einer Vergewaltigung auch massive psychische Auffälligkeiten auftreten, die mit starken Lebenseinschränkungen verbunden sind. Neben anderen möglichen Diagnosen (bspw. Affektive Störungen, Somatoforme Störungen, Angststörungen, etc.) ist hier vor allem die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) zu nennen. Epidemiologische Studien berichten, dass ca. 46% der weiblichen und 65% der männlichen Vergewaltigungsopfer

eine PTB entwickeln (Kessler et al. 1995). Von allen potentiell traumatisierenden Ereignissen, die eine PTB nach sich ziehen können, steht diese Art der sexuellen Grenzverletzung bei den Männern an erster Stelle. Bei den Frauen wird die Vergewaltigung, hinsichtlich Häufigkeit, nur vom körperlichen Missbrauch in der Kindheit übertroffen (ebd., s.a. Butollo & Hagl 2003).

Bei diesen hohen Prävalenzraten stellt sich die Frage nach den (psycho- oder sexual-)therapeutischen Möglichkeiten, um betroffenen Menschen eine adäquate Hilfestellung zu geben. Eine sinnvolle Option stellt bei Bestehen einer tragfähigen Partnerschaft die Miteinbeziehung des Partners dar (bspw. im Rahmen einer Syndyastischen Sexualtherapie), sofern der Therapeut über Erfahrung in spezifisch paarbezogenen Interventionen verfügt (Beier & Loewit 2004).

Im Rahmen dieser Arbeit wird ein integratives psychotherapeutisches Vorgehen auf der Basis einer Kombination von prozess-/erfahrungsorientierter Gestalttherapie und Verhaltenstherapie für Patienten mit ein- bzw. erstmaliger Vergewaltigungserfahrung im Erwachsenenalter vorgestellt.

Die PTB als eine mögliche psychische Folgeraktion nach Vergewaltigung

Im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (aktuell das DSM-IV-TR; APA 2000) erstmals 1980 aufgeführt, ist die PTB die einzige Diagnose, für die ein klares ätiologisches Moment notwendig ist: Der Betroffene muss direkt oder indirekt ein Ereignis erlebt haben, das durch drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung gekennzeichnet war (so genanntes „A1-Kriterium“; objektiv) und darauf mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagieren (so genanntes „A2-Kriterium“; subjektiv). Zudem muss eine bestimmte Anzahl von Symptomen aus den folgenden drei Symptomclustern vorhanden sein, damit die PTB als Diagnose vergeben werden kann:

- Wiedererleben. Bspw. durch ereignisbezogene, sich aufdrängende intrusive Gedanken, Gerüche, Bilder, Träume, etc.
- Vermeidung von Situationen, die mit dem traumatischen Ereignis direkt oder indirekt assoziiert sind (bspw. der Ort des Geschehens, Gespräche über bzw. Gedanken an das Ereignis selbst, etc.).
- Übererregung, die sich in Konzentrationsstörungen, erhöhter Wachsamkeit (Hypervigilanz), Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit äußern kann.

Fallbeispiel

Frau W. sei spät abends von einem Besuch bei ihrer Freundin auf dem Weg nach Hause gewesen. Das Angebot, bei dieser zu übernachten, habe sie ausgeschlagen. Den vorletzten Zug habe sie knapp verpasst und somit auf den nächsten 40 Minuten, im fast menschenleeren Bahnhof, warten müssen. Auf dem gegenüber liegenden Gleis sei ihr ein Mann aufgefallen, weil er sie immer wieder angeschaut und – wohl absichtlich – seinen Zug nicht genommen habe. Sie habe sich nichts dabei gedacht, als er sich auf dem Weg zu ihrem Gleis machte. Er stellte sich einige Meter daneben und habe sie weiterhin angeschaut. Plötzlich sei er, aufgeregt umherblickend, auf sie zugekommen, habe sie mit der einen Hand an den Haaren gepackt und mit der anderen ihren Mund zu gehalten. Versuche, sich zu wehren, seien erfolglos gewesen. Zielstrebig habe er sie an eine dunkle Stelle am Ende des Gleises geschleppt, wo er sie dann vergewaltigt habe. Weiters könne sie sich an das Geräusch eines Klapp-Messers erinnern, den Geruch seines Schweißes und an einen stechenden Schmerz am Hals. Sie habe den Mann sagen hören „Sei still, dann passiert dir nichts!“ Sie erinnere sich, dann gedacht zu haben, dass es wohl besser sei, wenn sie „es über sich ergehen lasse“, in der Hoffnung, dass er dann von ihr ablässt. So sei es dann auch gewesen. Während der gesamten Situation, die ca. 20 Minuten gedauert habe, habe sie den Mann innerlich beschimpft.

Seit dem Ereignis könne sie nur jeweils ein paar Stunden in der Nacht schlafen, würde immer wieder schweißgebadet aufwachen, weil sie von dunklen Gestalten, die ein Messer in der Hand halten, träume. Manchmal träume sie auch von dem Ereignis selbst. Einen Bahnhof aufzusuchen oder in einen Zug zu steigen, sei ihr kaum möglich. Ihre Wohnung verlasse sie nur dann, wenn es absolut notwendig sei. Das Geschehen erlebe sie täglich wieder, in Form von Bildern, die teilweise so deutlich seien, dass sie den Eindruck habe, als ob sie die Situation in der Realität wieder erleben würde. Ihre Konzentrationsfähigkeit habe deutlich nachgelassen. Ein Buch lesen, um sich von den Bildern abzulenken, sei nicht möglich. Sie sei auch deutlich reizbarer geworden. Geräusche, ganz besonders klickende, würden sie stark erschrecken. In der Nacht stehe sie mehrmals auf, um zu überprüfen, ob ihre Wohnungstür auch wirklich abgeschlossen sei. Von ihren Freunden und vor allem von ihrem Partner fühle sie sich entfremdet. Intimität sei ihr nicht mehr möglich. Seit dem Ereignis gäbe es in der Partnerschaft keine Sexualität mehr, da entsprechende Annäherungsversuche ihres Partners sie an die Vergewaltigung erinnern.

Das eben beschriebene Fallbeispiel, welches aus Gründen der Anonymität hinsichtlich Namen und Inhalt verändert wurde, stellt typische Symptome einer PTB dar. Des Weiteren können Zustände emotionaler Taubheit (das Gefühl der Gefühllosigkeit; *numbing*) auftreten wie auch dissoziative Symptome, die sich u.a. in fehlende Zeitfenster und Zustände der Irrealität (bspw. neben sich stehen oder die Welt wie durch einen Schleier wahr zu nehmen) äußern. Zudem sind bei Vergewaltigungsopfer in vielen Fällen lückenhafte Erinnerungen an das Ereignis selbst (peritraumatische Dissoziation) zu beobachten.

Innerhalb der ersten 30 Tage wird, bei Vorliegen der entsprechenden Kriterien, die Diagnose einer „Akuten Belastungsstörung" vergeben (ICD-10, WHO 2004; DSM-IV, APA 2000). Eine PTB ist dann zu diagnostizieren, wenn die Symptome einen Monat nach dem Ereignis noch andauern. Nach weiteren drei Monaten kann die Diagnose einer „chronischen PTB" vergeben werden. Sollten die Symptome nicht gleich nach Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis auftreten, ist diagnostisch an eine „PTB mit verzögertem Beginn" zu denken.

Einfluss einer Vergewaltigung auf die Partnerschaft

Eine Vergewaltigung kann zu massiven Störungen in der partnerschaftlichen Beziehung führen, besonders in den Bereichen Intimität und Sexualität. Die Qualitäten, welche die Partnerschaft einem Menschen bietet, scheinen den Veränderungen, die eine Vergewaltigung nach sich ziehen kann, diametral entgegen gesetzt zu sein. Partnerschaft kann als Befriedigung des menschlichen Grundbedürfnisses nach Sicherheit, Nähe, Geborgenheit, Akzeptanz und Bestätigung der eigenen Wertigkeit aufgefasst werden (s.a. Beier & Loewit 2005).

Eine Vergewaltigung stellt den Gegenpol dieser Qualitäten dar und kann zu einer Destabilisierung dieser Grundbedürfnisse führen: Distanzierung vom Partner, da die eigene Person, nach dem Ereignis, als „befleckt" und „dreckig" betrachtet wird. Distanz kann jedoch auch zu anderen, nahe stehenden Menschen aufgebaut werden, entweder aus dem gleichen Grund oder weil der betroffene Mensch sich entfremdet und nicht verstanden fühlt. Weil er sich den Anderen „nicht antun möchte", kann es in extremen Fällen zur Isolation kommen. Nähe ist nicht mehr mit Sicherheit und Geborgenheit, sondern mit Unsicherheit und Angst assoziiert, weil sie – besonders dann, wenn damit Sexualität verbunden ist – an das Ereignis erinnert. Die Hingabefähigkeit und die damit verbundene Lust können leiden, ganz besonders, wenn der Partner äußere Merkmale aufweist, die an den Täter erinnern (bspw. körperliche Merkmale, wie Bart, Frisur, etc.).

Die identitätsstiftende und -stabilisierende Funktion einer Partnerschaft kann verloren gehen, denn eine Traumatisierung kann die Identität des Betroffenen destabilisieren oder in extremen Fällen zerstören. Dies äußert sich in dem Eindruck, sich nicht wieder zu erkennen, nicht mehr der Alte zu sein, etc.

Fallbeispiel

Fr. W. berichtete, dass sie die Annäherungsversuche ihres Partners nicht mehr ertragen könne. Obwohl ihre Partnerschaft vorher ein sehr erfülltes Sexualleben auszeichnete und obwohl sie wisse, dass ihr Partner ein sehr verständnisvoller und warmer Mann sei, müsse sie sich dabei immer an das Vergewaltigungsereignis erinnern, was es ihr unmöglich mache, Nähe herzustellen und sie auszuhalten. Seine Unterstützung während der Zeit danach tue ihr dennoch sehr gut. Gleichzeitig habe sie jedoch Angst davor, die Liebe und Zuneigung ihres Partners durch ihre Rückzugstendenz zu verlieren.

Letztendlich kann es zu einem Teufelskreis kommen: Die Traumatisierung (Vergewaltigung) macht Unterstützung und Nähe notwendig, die wiederum als mögliche Wiederholung des Ereignis missverstanden und dadurch vermieden wird. Das verstärkt Isolationsimpulse, in deren Gefolge sich die traumabedingten Symptome verstärken können.

Mehrphasige integrative Traumatherapie

Die Klinische Psychologie verfügt mittlerweile über zahlreiche Interventionsmethoden, die bei PTB nach sexualisierten Gewalttaten zur Anwendung kommen können. Dazu gehören verhaltenstherapeutische, psychoanalytische/tiefenpsychologische, psychodynamisch-imaginative Methoden, um nur einige zu nennen (s. Egle et al. 2005). Im Folgenden wird ein integratives Therapiekonzept anhand des Fallbeispiels vorgestellt. Das therapeutische Vorgehen findet ausführlich beschrieben in: Butollo (2000), Butollo et al. 2002, Butollo 2003; Butollo & Hagl 2003, Butollo & Maragkos 2005, Butollo & Maragkos (in Vorb.).

Grundannahmen und Störungsmodell: Das traumatisierte Selbst

Das normale (dialogische) Selbst

Das Selbst des Menschen wird als kognitiv-emotionaler Zustand verstanden, der sich als Ergebnis der im Leben gemachten Interaktionserfahrungen mit sich, der Umwelt und den äußeren und inneren Wahrnehmungen im aktuellen Kontakt bildet. Diese Erfahrungen können als **Dialoge** bezeichnet werden. Als System, in dem die Welt als Abbildung (Repräsentanz) symbolisiert ist, beinhaltet es verbale und nicht-verbale, explizite und implizite Botschaften (Bedeutungen) und die ihnen zugeordneten Reaktionen des Menschen darauf (**Selbst-Antworten**).

Das Modell nimmt weiterhin an, dass das Selbst kein endgültiger Zustand ist, sondern in einem ständigen, sich selbst aktualisierenden Prozess begriffen ist (**Selbstaktualisierungstendenz**). Von Moment zu Moment im aktuellen Kontakt, erschafft und bestätigt es sich selbst neu. Insofern ist es angemessener von **Selbstprozessen**[1] zu sprechen. Diese Kontinuität der Selbstprozesse empfindet der Mensch als seine eigene, persönliche Identität.

Innerhalb einer Person werden nicht nur ein Selbst, sondern mehrere Selbste (**Selbst-Anteile**) postuliert (s.a. Hermans et al. 1992). Ist der Mensch in Interaktion mit sich oder seiner Umwelt, dann stehen seine Selbst-Anteile untereinander in einem Dialog. Findet gerade keine Interaktion statt, dann ist das Selbst gleichsam deaktiviert. Es wird dann wieder aktiviert, wenn sich eine interne oder externe Interaktion anbietet.[2]

Eine der Hauptaufgaben des Selbst ist die Integration von neuen Erfahrungen bzw. Informationen, wodurch es seine Kontinuität und Stabilität aufrechterhält. Da der Mensch – so die Annahme dieses Modells – ein Konstruktivist ist, d.h. jeden Moment aktiv seine „Realität" selbst konstruiert, der eine „Wirklichkeit" entgegengesetzt werden kann, verläuft die Integration von Neuem vergleichsweise mechanisch: Neue Erfahrungen werden nicht „wirklich", sondern nach den eigenen Vorgaben verändert wahrgenommen und in das bestehende Selbst integriert. Dadurch wird das bereits bestehende Gebäude von Selbst-Annahmen bestätigt und dadurch gefestigt.

Das traumatisierte (chaotisierte) Selbst

Eine Traumatisierung kann (neutral) ebenfalls als Information bzw. Erfahrung verstanden werden, die es im Selbst zu integrieren gilt. Hinsichtlich ihrer Natur ist sie jedoch extrem und, bei erst- bzw. einmaliger Traumatisierung, nicht mit vorbestehenden Erfahrungen zu verbinden. Dem traumatisierten Menschen ist es dadurch nicht möglich, wie gewohnt, mechanisch seine Realität zu bestätigen, weil eine Integration, aufgrund der Stärke der Erfahrung, nicht möglich ist. Dieser Information fehlt gleichsam der Sinn und der Betroffene hat keine (übliche) Selbst-Antwort.[3] Als Reaktion darauf stellen sich häufig die verzweifelte und immer wiederkehrende Frage nach dem Warum und der ebenso verzweifelte Wunsch, wieder der Alte zu werden, ein. Die extreme Erfahrung sprengt die Aufnahmekapazität des Selbst, wodurch es zu Vermeidung und Dauererregung kommen kann. Der Betroffene fühlt sich instabil, hilflos und entwurzelt. Auch der innere Dialog verändert sich: Selbstvorwürfe und wiederholtes mentales Durchspielen des Ereignisses können die Folge sein.

Fallbeispiel

Frau W. wurde zu Beginn der Therapie durch die Frage nach dem „Warum" gequält: „... ich frage mich immer wieder, warum mir das passieren musste ... In meinen Gedanken spiele ich die Situation immer wieder durch und stelle mir vor, wie es wohl wäre, wenn ich den ersten Zug nicht verpasst hätte oder auf das Angebot meiner Freundin, bei ihr zu übernachten, eingegangen wäre ...", auf der anderen Seite entschuldigte sie sich dafür: „... woher sollte ich denn wissen, dass mir so was widerfahren würde ...?" Auf den Täter bezogen sagte sie: „... ich hab ja gesehen, wie er mich die ganze Zeit angeschaut hat, aber aus irgend einem Grund habe nicht weiter gedacht ..." und rechtfertigte sich ebenfalls dafür: „... aber auch hier hätte ich ja nicht wissen können, dass er sich dann über mich her macht ... es hätte ja auch sein können, dass er mich attraktiv fand ...". Bezüglich der Vergewaltigung selbst warf sie sich vor: „... vielleicht hätte ich ihn ja schlagen sollen ..." und relativierte anschließend: „... vielleicht war es auch ganz gut, dass ich ihn nicht geschlagen habe ... wer weiß, was dann passiert wäre ...".

Die therapeutische Erfahrung zeigt, dass bei einer Traumatisierung häufig nicht das Ereignis selbst im Mittelpunkt steht, sondern *wie* sich der Betroffene selbst währenddessen erlebt und wahrgenommen hat

[1] Im Folgenden werden beide Begriffe synonym verwendet.

[2] Dieser Zustand der Deaktivierung ist nur sehr selten der Fall (bspw. in meditativen Zuständen), da der Mensch gleichsam immer in einem inneren oder äußeren Dialog steht. Darin wägt er ab, versucht, für bestehende Schwierigkeiten eine Lösung zu finden, ärgert sich über sich und/oder einen anderen Menschen, rechtfertigt sich, wehrt sich, etc.

[3] Weiter unten im Text wird deutlich werden, dass es doch zu einer Selbst-Antwort kommt, jedoch nicht im gewohnten Sinn, sondern i.S. der posttraumatische Anpassung.

(vgl. Brewin 2005). Während des Traumas kann demnach ein Selbst-Anteil aktiviert worden sein, der bis dahin eher im Hintergrund stand (bspw. wenn sich ein Mann mit einem stark ausgeprägten Selbstanteil von „wehrhaft" und „stark", verängstigt und wehrlos erlebt). Zweifel, Verunsicherung und Selbst-Spaltung können die Folge sein.

Die posttraumatische Anpassung

Selbst-Spaltung bedeutet eine Veränderung des Selbst in Richtung einer Spaltung und Polarisierung. Um die prätraumatischen von den posttraumatischen Anteilen zu schützen, werden diese voneinander getrennt (**posttraumatische Anpassung**).

Dabei wird implizit (und fälschlicherweise) davon ausgegangen, dass das in einem Augenblick erfahrene Selbst das einzige und vollständige ist. Wird also der traumatisierte Selbstanteil aktiviert, hat der Betroffene den Eindruck, nur und für immer traumatisiert zu sein. Angenommene Ursache für diese Verabsolutierung ist ein psychischer Überlebensreflex, der das psychotische Auseinanderfallen von Erlebensinhalten verhindern soll: der **Reflex zur Selbst-Kohärenz**. Dies hat zur Folge, dass entweder bestimmte Selbstanteile nicht mehr wahrgenommen, d.h. nicht mehr aktiviert, oder ehemals verbundene Selbstanteile voneinander abgespalten werden. In jedem Fall stehen sie dem Betroffenen nicht mehr gleichzeitig zur Verfügung und vereinseitigen somit seinen Erlebenshorizont. Das normalerweise breite Spektrum emotionalen Erlebens wird eingeschränkt, so dass oftmals nur Trauer, Angst und Leid zu spüren sind, nicht aber mehr Freude, Neugier und Sicherheit.

Durch diese Spaltung wird ein großer Teil von Energie für das nach innen gerichtete Abschotten der bedrohlichen, d.h. traumatisierten Selbstanteile verwendet. Das ist gleichsam der Preis, den der Schutz nicht traumatisierter Selbst-Anteile kostet. Dieser Vorgang, so sinnvoll er auch sein mag, bindet psychische Energie, die nun nicht mehr für andere innere oder äußere Kontaktprozesse zur Verfügung steht. Oberstes Ziel des integrativen Ansatzes ist es, diese abgespaltenen Selbstanteile wieder zusammen zu führen.

Arbeitsprinzipien und Arbeitstechniken

Zusammenführen der getrennten Selbstanteile bedeutet, die Wiederherstellung der **Antwortbereitschaft** des Menschen. Er soll dabei unterstützt werden, auf das traumatische Ereignis mit seinem gesamten Selbst zu reagieren. Je mehr er dazu in der Lage ist, desto stabiler wird er werden, da er sich als aktiv handelnd und nicht, wie während des traumatischen Ereignisses, als passiv reagierend erlebt. Das therapeutische Vorgehen ist phasenhaft (s.u.) und orientiert sich immer an dem jeweiligen Status der posttraumatischen Anpassung beim Patienten. Die Schwerpunkte sind:

- Bearbeitung der **direkten Traumasymptomatik**, d.h. der traumatypischen Symptome, wie bspw. Vermeidung, Übererregung und Wiedererleben.
- Bearbeitung der **indirekten Traumasymptomatik**, d.h. der traumabedingten Veränderungen in den anderen Lebensbereichen des Betroffenen (Selbstwertveränderungen, partnerschaftliche Schwierigkeiten, Schuldgefühle, sozialer Rückzug, Angst etc.), wie auch **sekundäre Kollisionen** aufgrund des Ereignisses (bspw. gesundheitliche, familiäre, berufliche, finanzielle Schwierigkeiten, etc.).
- **Monitoring des Kontakt-Modus:** Der Therapeut beobachtet sehr genau, wie sich der Kontakt zwischen ihm und seinem Patienten während den Sitzungen gestaltet (bspw. wie der Patient bevorzugt Kontakt herstellt, Gegenübertragung, etc.) und teilt dies seinem Patienten vorsichtig und in angemessener Sprache mit. Durch dieses Spiegeln macht er die mit der Traumasymptomatik einhergehende Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Wahrnehmung zum Thema und durch die Benennung und Spiegelung der inneren Zustände, kann der Patient mehr Sicherheit hinsichtlich seiner Wahrnehmung gewinnen.
- Die **therapeutische Grundhaltung** ist eine „Ich-Du" -Haltung i.S. von Buber (Buber 1923). Diese Grundhaltung bedeutet, dass der Therapeut versucht, mit seinem Patienten eine Begegnung von Mensch zu Mensch und mit seinem **ganzen Wesen** herzustellen und keine i.S. der „Ich-Es"-Haltung, was keine gleichwertige Beziehung bedeuten würde.
- Dem gestalttherapeutischen Grundprinzip des „Hier-und-Jetzt" entsprechend, arbeitet der Therapeut phänomenologisch. D.h., er **orientiert sich am jeweils aktuellen Geschehen** und unterstützt den Patienten darin, es wertfrei zu beschreiben. Dies gilt auch für vergangene Inhalte, die jedoch in ihrer Wirkung im Jetzt interessieren. Da Traumatisierung mit einer Chaotisierung des Selbst einhergeht, bedeutet das Kennen-Lernen von neuen und Wieder-Erkennen von bereits bekannten innerpsychischen Zuständen eine nicht zu unterschätzende Stabilisierung.
- Arbeit am **Ausdruck der einzelnen Selbst-Anteile** (Angst, Wut, Verzweiflung, etc.). Dadurch verlässt der Patient die Ebene seiner inneren Welt, in der er sich gleichsam allein „in seinen Ge-

danken“ mit der Symptomatik auseinander gesetzt hat und wechselt auf die Ebene der Außenwelt (anfangs vielleicht nur durch seinen Therapeuten repräsentiert), der er – vielleicht zum ersten Mal – von diesen inneren Zuständen berichtet, d.h. mit ihr in Interaktion tritt.

- **Reaktivierung des Selbstunterstützungssystems** (Selbstsupport), sowohl i.S. einer Selbst-, aber auch Fremdunterstützung. Zur Selbstunterstützung gehören alltägliche Handlungsabläufe (bspw. Morgentoilette, Essen, Musik hören, Spazieren gehen), wie auch symptomspezifische Aspekte (bspw. eine bestimmte Zeit des Tages ausdrücklich dafür reservieren, um an das Ereignis zu denken oder den immer wiederkehrenden Gedanken freien Lauf zu lassen). Zur Fremdunterstützung gehört die Aktivierung des sozialen Systems (Partner, Familie, Freunde, etc.).
- **Strukturiert-direktives Vorgehen** unter Wahrung der Grenzen des Patienten. Der Therapeut wird zeitweilig zum Sicherheits-Ersatz für seinen Patienten. Für ein chaotisiertes Selbst wirken bspw. vom Therapeuten in Rückfragen umformulierte Fragen des Patienten oder eine neutrale, zurückhaltende und wenig spiegelnde Haltung bzw. unkonkrete Interventionen destabilisierend. Auch wenn der Therapeut auf einige Fragen keine konkrete Antwort weiß (bspw. „Wie lange dauert es, bis ich wieder gesund bin?“), sollte er konkret in seiner Unkonkretheit sein. Zum strukturiert-direktiven Vorgehen gehört es aber auch, dass der Therapeut pünktlich mit seinen Sitzungen ist, Hausaufgaben abfragt, konkrete Handlungspläne mit dem Patienten erarbeitet, usw. An diesem Punkt wird der verhaltenstherapeutische Teil des integrativen Ansatzes deutlich.
- **Arbeit auf allen drei Modalitäten des Erlebens** (Körper, Denken, Gefühl) gleichzeitig. Der Therapeut versucht, alle Bereiche des Erlebens in der therapeutischen Arbeit zu involvieren und deren Interaktion untereinander zu fördern. So kann es bei Vergewaltigungen bspw. sein, dass während die Kognition dem Patienten sagt, dass er eigentlich keine Angst mehr zu haben braucht und die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung so groß ist, wie für alle anderen Menschen auch, die Emotionen trotzdem mit starker Angst und Verunsicherung reagieren. Der Körper hingegen fühlt sich schwach und ausgelaugt, verlangt nicht nach Nahrung und reagiert zeitweilig mit ungewohnten Empfindungen oder Schmerzen.

Phasen der Therapie

Das integrative Modell für die Behandlung von PTB bei Vergewaltigungsopfer orientiert sich an den folgenden vier Phasen (vgl. Abb. 1):



Abb. 1 Mehrphasige, integrativen Traumatherapie (s.a. Butollo et al. 2002)

- Sicherheit
- Stabilität
- Konfrontation
- Integration

Im Folgenden wird das therapeutische Vorgehen unter Bezug auf das Fallbeispiel beschrieben.[4]

Sicherheit

Die Bedürfnisse des Menschen sind hierarchisch aufgebaut, wobei sein elementarstes Bedürfnis das nach Sicherheit ist. Sicherheit ist jedoch eine Konstruktion seines Gehirns. Dort, wo Unsicherheit herrscht, spielt ihm sein Gehirn einen Streich und lässt ihn in Sicherheit wiegen. Daraus entsteht für den Menschen ein Gefühl der Unverletzlichkeit, welches häufig nur nach Konfrontation mit massiven Gefahren in Frage gestellt ist. Ein Vergewaltigungserlebnis hat zur Folge, dass diese illusorische Sicherheit plötzlich massiv in Frage gestellt oder gar zerstört wird. Es kommt zu einem mehr oder minder starken Bruch im Vertrauen, sowohl hinsichtlich der zwischenmenschlichen Sicherheit, als auch bezogen auf die Sicherheit auf der Welt zu sein.

Der Therapeut muss zeitweilig, die verlorene Sicherheit substituieren. Dies tut er, in dem er bspw. für seinen Patienten interne oder externe Zustände verbalisiert. Sofern der Patient daran teilhaben kann, stabilisiert er sich und schafft sich somit eine temporäre Ich-Struktur, die er extern anzapfen kann. Damit kann der Therapeut gleich in der ersten Sitzung beginnen, in dem er sich, die Einrichtung und behandlungsrelevante Aspekte vorstellt. Hinzu kommen auch formale und inhaltliche Informationen zum Ablauf der Therapie, v.a. aber (als erste Intervention) die Psychoedukation, deren Ziel es ist, die Symptome zu entschärfen und sie als den Fachleuten bekannte, normale Reaktion auf eine anormale Situation zu erklären.

Redebeispiel

Th.: „Fr. W., ich möchte Ihnen einige Information zu den Beschwerden, die Sie mir berichtet haben, geben, weil es wichtig ist, dass Sie diese gut einordnen können. Als Erstes ist es sehr wichtig zu verstehen, dass diese Beschwerden sehr häufig nach einem solchen Ereignis bei den betroffenen Menschen zu beobachten sind. Sie stellen eine normale Reaktion des Menschen auf eine abnorme, außergewöhnlich belastende Situation dar und haben sogar eine sehr wichtige und schützende Funktion. Zunächst einmal haben Sie mir von den Bildern berichtet, die, ohne ihren Willen, vor Ihrem geistigen Auge immer wieder aufkommen. Dazu ist es wichtig zu wissen, dass Wiedererleben eine Funktion des Gedächtnisses ist, welche dann zum Vorschein kommt, wenn für ein schwerwiegendes Problem noch keine Lösung gefunden ist. Solange das der Fall ist, stellt sich das Problem immer wieder in den Vordergrund. Dieses Phänomen kennen Sie wahrscheinlich aus anderen Bereichen Ihres Lebens: Wenn Sie bspw. eine schwierige Zeit in Ihrer Partnerschaft oder in Ihrem Berufsleben durchmachen, dann denken Sie sehr häufig darüber nach, spielen vor Ihrem geistigen Auge verschiedene Szenarien durch, denken sich Möglichkeiten aus, usw. Sobald die Schwierigkeit bewältigt ist, steht das Thema auch nicht mehr im Vordergrund. Kennen Sie solche Situationen? ... Nun, ähnlich ist es auch jetzt. Für Ihren Organismus ist das Ereignis eine Schwierigkeit, ein Problem, dass er zu lösen versucht, in dem er es immer wieder durchspielt ... Des Weiteren haben Sie mir darüber berichtet, dass Sie seit dem Ereignis Schwierigkeiten haben, sich zu Konzentrieren, dass Sie reizbarer und schreckhafter geworden sind. Alle diese Phänomene sind Symptome der Übererregung, die ebenfalls nach einem solchen Ereignis häufig vorkommen. Die Übererregung ist ebenfalls eine normale und instinktive Reaktion des Menschen auf Gefahr. Um mögliche Wiederholungen zu vermeiden, wird die Sensibilität der Aufmerksamkeit verstärkt und jede Situation ständig hinsichtlich möglicher Gefahren überprüft. Aus diesem Grund erleben Sie sich als schreckhaft und reizbar. Obwohl Ihnen Ihre Vernunft vielleicht sagt, dass das Ereignis vorbei ist, ist Ihr Organismus immer noch in eine Art „Alarmbereitschaft“. Erfahrungsgemäß beruhigt sich dieser Zustand im Laufe der Zeit .... Dann haben Sie berichtet, dass Sie seit dem Geschehen bestimmte Situationen vermeiden (bspw. in einen Zug zu steigen). Vermeidung gehört ebenfalls zu den typischen und hilfreichen Reaktionen, die nach einem solchen Ereignis auftreten können. Sie soll den Betroffenen für die Zeit danach, in der er noch nicht seine volle Stabilität erreicht hat, schützen, bis er wieder mehr Boden unter den Füßen hat ... Haben Sie noch Fragen dazu ...?“

Um mehr Sicherheit zu entwickeln, wird der Patient dazu angehalten, den möglichen Wechsel in seiner Symptomatik zu beobachten. Dies stellt ihn aus der

[4] In dem Feilbeispiel wird davon ausgegangen, dass der Therapeut männlichen Geschlechts ist. Diese Geschlechterkonstellation kann zu Schwierigkeiten führen oder gar kontraindiziert sein. Deshalb ist es notwendig, gleich zu Beginn der Behandlung mit der Patientin darüber zu sprechen, ob es ihr möglich ist, mit einem Behandler gleichen Geschlechts wie der Täter zu arbeiten. Grundsätzlich sollte sie immer die Möglichkeit haben, diesen Aspekt zu thematisieren und sich ggf. anders zu entscheiden.

passiven Rolle des Opfers heraus und bringt ihn dazu, ein aktiver Beobachter seiner innerpsychischen Prozesse zu werden. Er kann somit Schritt für Schritt erkennen, dass sein Zustand Veränderungen unterliegt, was möglichen Phantasien, die Symptome würden für immer bleiben, entgegen wirkt. Zudem lernt der Betroffene, quasi als Vorgriff auf die bevorstehende Arbeit mit den Selbst-Anteilen, dass er und seine Symptome nicht unbedingt identisch sind.

Durch die Störung in seinem Sicherheitsempfinden, ist der traumatisierte Mensch häufig nicht mehr in der Lage, zwischen sicheren und potentiell unsicheren Reizen zu unterscheiden. Alles macht Angst und die Welt wird als unterschiedslos gefährlich erlebt. In der Phase der Sicherheit ist es also notwendig, die Reize, die Angst erzeugen, genau zu identifizieren und sie von denen, die nicht Angst erzeugend sind oder gar Sicherheit anzeigen, zu unterscheiden (Reizdifferenzierung i.S. der Verhaltenstherapie). Der Patient kann dadurch seine diffuse Angst in eine konkrete Furcht verwandeln.

Um die möglicherweise eingefrorenen psychischen Prozesse des vergewaltigten Menschen weiter aufzulockern, sollten während der Therapiesitzungen auch Diskussionen über Nebensächliches stattfinden (sei es das Wetter, die aktuelle politische Situation, etc.). Dadurch kann der Therapeut bei seinem Patienten wieder Alltäglichkeit verankern und dieser lernt zudem, den Fokus von der Traumatisierung und ihre Konsequenzen auf andere Bereiche seines (sozialen) Lebens zu verschieben, seien sie, vor dem Hintergrund der Traumaerfahrung, noch so nebensächlich. Auf diese Weise können prätraumatische bzw. nicht traumatisierte Selbstanteile langsam reaktiviert werden.

Für die Wiederherstellung der Antwort-Bereitschaft des Betroffenen kann es sehr hilfreich sein, wenn der Therapeut (sofern das in dieser Phase möglich ist) von seinem Patienten Reaktionen (Meinungen, Ansichten, etc.) einfordert. Diese können ereignisspezifisch oder ereignisunabhängig sein. Der Patient kann sich dadurch weiter stabilisieren, weil bei der Bildung einer subjektiven Meinung oder Ansicht bzgl. eines Themas, er auf sich und sein Glaubenssystem zurückgreifen muss. Bei Patienten, die eine gewisse Affinität dazu haben, kann es auch hilfreich sein, der Frage nachzugehen, ob sich die Biographie mit dem traumatischen Ereignis trifft.

In einigen Fällen wird es etwas „Typisches“ geben, was sich beim Patienten das ganze Leben hindurch zieht und sich auch wieder im traumatischen Ereignis zeigt. Das kann bspw. ein Kämpferherz sein, welches sich beim Vergewaltigungsereignis durch das innere oder äußere Wehren (erneut) gezeigt hat. In anderen Fällen wird sich zeigen, dass der Patient während des Ereignisses etwas getan, gesagt oder empfunden hat, was für ihn eigentlich untypisch und somit eher neu ist.

Eine weitere Intervention, die in der Phase der Sicherheit hilfreich sein kann, ist Einbettung des Ereignisses und die Reaktion des Patienten darauf, in die eigenen Selbstschemata. Er kann dadurch besser verstehen, warum er genau so auf das Ereignis reagiert hat und nicht anders, und wo die Wurzeln diesbezüglich sind. Die Arbeit an den Selbstschemata kann zudem aufzeigen, welche davon durch das Trauma angetastet sind und welche nicht. Die Tatsache, dass nicht alle dem Trauma zum Opfer gefallen sind, entlastet den Patienten. Er muss sich nun nicht mehr als „vollständig traumatisiert“ erleben.

Stabilität

Vordergründliches Ziel dieser Phase ist die Stabilität der erreichten Sicherheit auch in belastenden Situationen und das Zueinander von Sicherheit und Wahrnehmung. Der Patient soll mehr Toleranz gegenüber dem Gefühl der Unsicherheit entwickeln, in dem er es langsam zulässt und exploriert, ohne sich damit direkt zu konfrontieren.

Wenn er bspw. zum ersten Mal seit dem Ereignis in der Lage ist zu sagen „... ich bin vergewaltigt worden ...“, dann ist das auch eine (indirekte) Art der Konfrontation. „Ich bin vergewaltigt, erniedrigt, deprimiert, verängstigt, wütend ...“ etc. schafft eine Grenze zwischen „mir“ und „nicht-mir“. Der Patient kann zwischen sich und anderen Aspekten unterscheiden, d.h. er hat schon gewisse Grenzen entwickelt. M.a.W., er soll in dieser Phase lernen, sich mehr auf sein Erleben und seine Wahrnehmung zu verlassen und Unsicherheit als Kernposition des menschlichen Lebens als Möglichkeit zu akzeptieren.

Im Zuge dessen kann sich der Therapeut nun mehr der Vermeidung widmen. Dies tut er sowohl im verhaltenstherapeutischen Sinne (bspw. die symptomaufrechterhaltende Funktion von Vermeidung aufzeigen, eine Verhaltensanalyse erstellen, etc.), als auch erfahrungsorientiert/gestalttherapeutisch, denn was eigentlich vermieden wird, sind nicht äußere Begebenheiten, sondern bestimmte innerpsychische Reaktionen, die damit verbunden sind, m.a.W. die traumatisierten Selbst-Anteile.

Die Vermeidung spaltet die Welt in eine traumatisierte und eine nicht traumatisierte. Erstere ist nicht in die Persönlichkeit des Betroffenen integriert, so dass bei Reizen, die dem traumatischen ähnlich sind, sofort starke Erregung aufkommt. Diese wird anschließend bedrohlich, was wiederum zu einer Verbin-

dung zwischen bestimmten (erregungserzeugenden) Gedanken und der Erregung selbst führt. Die Gedanken müssen dann abgebrochen werden und somit hält sich das System selbst aufrecht, da nicht die Erfahrung einer Senkung der Erregung bei vollständiger Aussetzung an die Gedanken zugelassen wird. Die nichttraumatisierte Welt hingegen, muss, um intakt zu bleiben, von der traumatisierten Welt abgespalten werden. Die Strategie lautet: „Wenn ich mich nur noch unsicher und verletzlich fühle, minimiere ich das Risiko, erneut traumatisiert zu werden."

Für die Therapie ist ein Oszillieren zwischen diesen beiden Welten äußerst wichtig, weil dadurch der Patient lernen kann, dass beide in ihm existieren, unabhängig davon, welche jeweils aktiviert ist. In der Sprache des Selbst ausgedrückt: Ist der traumatisierte Selbst-Anteil und die damit verbundenen innerpsychischen Zustände aktiv, so bedeutet es, dass der nicht traumatisierte in den Hintergrund getreten und nicht, dass er für immer verloren ist.

Um das bewerkstelligen zu können, ist es notwendig, die hilflosen und ängstlichen Selbstanteile zu unterstützen.

Fallbeispiel

Th.: *„Fr. W., Sie haben erzählt, dass Sie vor dem Ereignis ein sehr lebenslustiger Mensch waren und „gerne gelebt" haben. Wenn Sie sich vorstellen, dass das ein Teil von Ihnen ist: Was ist nun damit geschehen?"*

Pat.: *„Hm, ich weiß nicht, er ist weg ... verschwunden ..."*

Th.: *„Können Sie sich vorstellen, wohin er gegangen ist?"*

Pat. (muss lange überlegen): *„Ich glaube er hat sich versteckt."*

Th.: *„Nun, wenn er sich versteckt hat, dann bedeutet das, er ist noch da, aber im Moment nicht sichtbar. Könnte man das so sagen?"*

Pat.: *„Eigentlich ja ..."*

Th.: *„Gut. Das ist eine wichtige Unterscheidung, denn die Erfahrung zeigt tatsächlich, dass nach einem solchen Ereignis die Lebensfreude, das Vertrauen usw. sich versteckt halten. D.h. aber nicht, dass sie verschwunden sind."*

Pat.: *„Hmmm ..."*

Th.: *„Können Sie sich vorstellen, wo er sich versteckt hat?"*

Pat.: *„Irgendwo, wo es sicher ist ..."*

Th.: *„Wie könnte dieser Ort aussehen?"*

Pat.: *„Es könnte eine abgelegene Festung sein ..."*

Th.: *„Eine Festung ist ein gut gewählter Ort, wenn man sich verstecken möchte ..."*

Pat.: *„Ja, ich habe den Eindruck, es ist eine Festung ..."*

Th.: *„Gibt es einen weg, der dorthin führt?"*

Pat.: *„Keinen klar erkennbaren, auch der ist versteckt ..."*

Th.: *„Aber es gibt ihn?"*

Pat.: *„Ja."*

Th.: *„Gut. Vergessen Sie das nicht, wenn Sie wieder die Bilder sehen und Angst bekommen. Ihre Lebensfreude ist noch da ... sie hat sich nur versteckt ... Möchten Sie versuchen, daran zu denken?"*

Pat.: *„Ja, ich werde es versuchen ..."*

Wie die Vermeidung, so sind auch die Intrusionen eine adaptive Funktion. Sie werden zum Problem, weil der Traumatisierte versucht, diese durch Vermeidung zu kontrollieren. Der Therapeut wirkt dem entgegen, in dem er das Wesen der Intrusionen aufzeigt: sie gehören zur Verarbeitung dazu, sind willentlich kaum zu beeinflussen und werden i.d.R. schwächer, wenn sie nicht vermieden werden. Der Patient soll lernen, einen „liebevollen" Umgang mit seinen Intrusionen zu pflegen. Schließlich sind sie – wenn auch schmerzhaft oder gar grässlich – sehr persönliche Erinnerungen an ein massives Erlebnis. Stellt man sich die gesamten Lebenserinnerungen eines Menschen als Bibliothek vor, so sind diese ein ganz besonderer Band mit einer ganz besonderen Bedeutung. Es ist nicht notwendig, ständig in diesem Band zu lesen, d.h. ständig an das Ereignis zu denken. Notwendig hingegen ist, zu akzeptieren, dass es diesen Band gibt und er möglicherweise mit viel Leid und Schmerz assoziiert ist. Wichtig zu wissen ist weiterhin, an welcher Stelle in der gesamten Bibliothek er seinen Platz hat.

Konfrontation

Die Phasen der Sicherheit und Stabilität sind eine Vorbereitung auf und gleichzeitig eine notwendige Voraussetzung für die Phase der Konfrontation. Auch wenn die beiden vorausgegangenen Phasen konfrontative Elemente enthielten, so war es doch stets so, dass jeweils nur eine Modalität des Erlebens aktiviert war. Bspw. hat der Patient „nur" das Ereignis berichtet oder „nur" ein Gefühl oder eine körperliche Empfindung exploriert. In dieser Phase wird es für den Patienten darum gehen, sich mit allen Modalitäten, d.h. Denken, Gefühl und Körper, dem Ereignis zu stellen. Grundsätzlich sind zwei Dimensionen der Konfrontation zu unterscheiden:

- Konfrontation mit realen Orten, Objekten und Situation, mit dem Ziel der Habituation (i.S. der Verhaltenstherapie).
- Konfrontation mit Selbst-Anteilen, d.h. verbalisierte, phantasierte, innerlich reale Objekten, Situationen und Personen (i.S. des gestalttherapeutisch/erfahrungsorientierten Vorgehens).

Umfassend formuliert bedeutet Konfrontation in diesem Modell sowohl die Auseinandersetzung mit den Inhalten des Traumas, als auch mit den Auswirkungen auf das gesamte Leben des Menschen.

Voraussetzung für diesen Behandlungsschritt ist das sichere Wissen des traumatisierten Menschen, dass seine Ich-Grenzen, Selbstachtung und Würde im Angesicht des Schreckens der traumatischen Erfahrung aufrechterhalten werden können. Ein wichtiger Indikator, der Bereitschaft für den Beginn dieser Phase aufzeigt, ist die Fähigkeit des Patienten, eigene Bedürfnisse zu spüren und aufrechterhalten zu können. Hinzu kann sich der Wunsch gesellen (wenn nicht bereits geschehen) detailliert über das Ereignis zu sprechen oder gar den Ort des Geschehens aufzusuchen. Auf Seiten des Therapeuten ist es wichtig, die Symptome, Beschwerden, aufkommende Gedanken, Gefühle usw. beim Patienten anzuerkennen, d.h. ihnen eine Existenzberechtigung zu geben. Dadurch normalisiert er sie gleichzeitig und nimmt ihnen den Charakter des „Besonderen".

Neben dem klassischen verhaltenstherapeutischen Vorgehen, kann die Konfrontation nach der gestalttherapeutischen Technik des „leeren Stuhls" vonstatten gehen. An die Bedürfnisse der Traumatherapie angepasst, wird diese Technik als **dialogische Exposition** bezeichnet. Ziel der dialogischen Exposition ist die Bearbeitung von internalisierten Selbst-Anteilen (bspw. traumatisiertes, wehrhaftes, verängstigtes Selbst, Täter-Introjekt, d.h. die internalisierte Repräsentanz des Täters, etc.) in der Außenwelt. Somit wird es möglich, Selbst-Anteile miteinander in einen imaginativen Dialog treten zu lassen und zu integrieren (bspw. den wehrhaften mit dem verängstigten, den vorwurfsvollen mit dem verständnisvollen Anteil, etc.). Dies ist auch mit Repräsentationen bestimmter Körperpartien möglich (bei Vergewaltigungen bspw. den Abdominal- mit dem übrigen Bereich des Körpers).

Im folgenden Fallbeispiel wird die dialogische Exposition angewandt, um eine Konfrontation mit dem Täter (besser: der Repräsentanz des Täters im Patienten) zu ermöglichen. Es ist wichtig voraus zu stellen, dass diese Art der Konfrontation, obwohl sie sehr einladend für den Therapeuten sein mag, negative Konsequenzen, bis zu einer Retraumatisierung, nach sich ziehen kann, wenn nicht vorausgesetzt werden kann, dass:

- eine sehr stabile und vertrauensvolle therapeutische Beziehung besteht,
- der Patient ausreichend stabilisiert ist und ein mehr oder minder stabiles Erwachsenen-Ich wieder sein Eigen nennen kann,
- keine dissoziativen Symptome bestehen, die für den Patienten unkontrollierbar sind.

Fallbeispiel

Th.: *„Fr. W., beschreiben Sie mir bitte den Täter, wie Sie ihn jetzt sehen. Wenn Sie können und wollen, fangen Sie mit den Augen an."*

Pat.: *„Seine Augen sind leblos, als wären Sie tot ..."*

Th.: *„Was lesen Sie darin?"*

Pat.: *„Ich bin ihm egal ... was mit mir ist, ist ihm egal ..."*

Th.: *„Möchten Sie ihm das sagen?"*

Pat. (zögert): *„Ich bin Ihnen egal, was mit mir ist, ist Ihnen einfach egal ..."*

Th.: *„Verändert sich etwas in Ihrem Zustand?"*

Pat.: *„Ich werde wütend ..."*

Th.: *„Können Sie ihm das sagen?"*

Pat.: *„Ich bin wütend auf Sie ..."*

Th.: *„Wenn Sie können, sagen Sie es ihm noch einmal."*

Pat. (nun lauter): *„Ich bin wütend auf Sie! Wütend, wütend, wütend ...!"*

Th.: *„Sie machen das sehr gut! Was verändert sich jetzt in Ihnen?"*

Pat.: *„Meine Wut wird mehr, aber gleichzeitig fühle ich mich etwas leichter ..."*

Th.: *„Was verändert sich beim Täter?"*

Pat.: *„Er wirkt nicht mehr so groß ..."*

Th.: *„... und seine Augen?"*

Pat.: *„Ich glaube, ich habe ihn etwas erschreckt."*

Th.: *„Sie haben ihn erschreckt?"*

Pat.: *„Ja, das erstaunt mich jetzt ..."*

Th.: *„Sehr gut! Sie sind in der Lage, den Täter zu erschrecken, wenn Sie ihn mit Ihrer Wut konfrontieren!"*

Integration

Hauptziel der letzten Phase ist die Integration der traumatisierten und nicht traumatisierten Selbst-Anteile und die Einbettung des Ereignisses in das persönliche Lebensskript.

Der Patient soll ein wieder stabiles und, im Idealfall, flexibleres Selbst sein eigen nennen können. Die Integration vollzieht sich auf zwei Ebenen:

- Auf der Erfahrungsebene (sensorisch, emotional, imaginativ und verbal-kognitiv).
- Auf der Ebene der isolierten und inselhaft entfremdeten Selbstanteilen.

Während bis jetzt das traumatische Ereignis auf jeweils nur einer Erfahrungsebene reaktiviert wurde (bspw. nur Erinnerungen ohne die begleitenden Gefühle; Ebene a), bzw. nur der traumatisierte Selbst-Anteil, getrennt vom nicht traumatisierten (Ebene b), lernt der Patient nun sowohl das Ereignis in all seinen Modalitäten zu erleben, als auch traumatische und nicht traumatische Selbst-Anteile zu aktivieren und diese Aktivierung zu halten. Das bedeutet aber, dass die traumatische Erfahrung, wie auch die daraus resul-

tierenden Veränderungen zu einem Faktum des Lebensskripts werden.

Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit des Betroffenen auf die inneren Abläufe, die ausgeblendet werden: Körperliche Empfindungen und Veränderungen können bspw. hinsichtlich der zu Grunde liegenden Gefühle und Ausdrucksqualitäten untersucht werden. Ist während einer therapeutischen Arbeit der traumatisierte Anteil aktiviert, lenkt der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auf den nicht traumatisierten und vice versa. Im folgenden Fallbeispiel wird wieder die Technik der dialogischen Exposition angewendet, um den traumatisierten und nicht traumatisierten Selbstanteil zusammen zu führen.

Fallbeispiel

Th.: *„Welchen Namen würden Sie dem Teil in Ihnen geben, der vom Ereignis nicht angetastet wurde?“*

Pat.: *„Ein Name fällt mir nicht ein ...“*

Th.: *„Vielleicht können Sie einen anderen Aspekt benennen? Form, Farbe ...?“*

Pat.: *„Er ist weiß.“*

Th.: *„An welcher Stelle Ihres Körpers können Sie ihn empfinden?“*

Pat.: *„... Er ist hinter mir ...“*

Th.: *„An Ihrem Rücken?“*

Pat.: *„Ja.“*

Th.: *„Wie fühlt sich dieser Teil an?“*

Pat.: *„Wie eine Art Säule ...“*

Th.: *„Können Sie diese Säule beschreiben?“*

Pat.: *„Sie ist ... weiß, glitzert, wie aus Metal l ...“*

Th.: *„Ist sie stabil?“*

Pat.: „Ja sehr!“

Th.: *„Und wie würden Sie den Teil beschreiben, der ängstlich und verletzt ist?“*

Pat.: *„Hm, er ist schwarz ... rau, auch wie eine Säule, aber verbogen, verknotet ...“*

Th.: *„Wo in Ihrem Körper können Sie diesen empfinden?“*

Pat.: *„Er ist hier ...“ (zeigt auf den Unterbauch)*

Th.: *„Wie fühlt sich dieser Teil an?“*

Pat.: *„... ängstlich, klein, hilflos ...“*

Th.: *„Kann die schwarze Säule der weißen sagen, was sie von ihr braucht?“*

Pat.: *„... ich möchte, dass Du da bist, wenn ich dich brauche ...“*

Th.: *„Was sagt die weiße Säule darauf?“*

Pat.: *„Ich bin da, Du kannst mich nur nicht sehen.“*

Th.: *„Machen Sie weiter ...“*

Pat.: *„Warum kann ich Dich nicht sehen? ... Ich habe mich versteckt gehalten ... Warum? ... Ich war schockiert, hatte Angst ... Ich brauche Dich aber ... Ich weiß ... Kannst du bitte wieder kommen? ... Ich war nie weg ... Komm bitte wieder ... Ja, ich denke, es ist Zeit, mich wieder zu zeigen ...“*

Th.: *„Sie haben das sehr gut gemacht! Wie fühlen Sie sich jetzt?“*

Pat.: „Irgendwie runder und ruhiger ...“

Th.: „Wie können Sie den stabilen Teil rufen, wenn Sie ihn brauchen?“

Pat.: „Ich glaube, ich muss mich auf meinen Rücken konzentrieren ...“

Die Rolle der Partnerschaft in der Bewältigung von Vergewaltigungstraumata

Positiv eingeschätzte soziale Unterstützung ist ein Aspekt, der beim Genesungsprozess traumatisierter Menschen im Allgemeinen und bei Vergewaltigungsopfern im Besonderen von größter Wichtigkeit ist. Zum sozialen Unterstützungssystem zählt in erster Linie der Partner des Betroffenen.

Das Besondere bei Vergewaltigungssituationen ist, dass der betroffene Mensch gezwungen wurde, eine Intimität mit einer fremden Person (Täter) einzugehen, die eigentlich nur für eben diesen Partner reserviert ist. Obwohl dieser intime Kontakt nicht freiwillig eingegangen wurde, kann es für den Partner schwierig sein, der Patientin die Unterstützung zu geben, die notwendig wäre, weil er sich bspw. betrogen fühlt, von seiner Aggression gegenüber dem Täter völlig eingenommen ist, seine Partnerin als „schmutzig“ o.ä. empfindet, etc.

Auf der anderen Seite kann es vorkommen, dass die betroffene Frau mit starken Schamgefühlen konfrontiert ist, weil sie sich als „befleckt“ empfindet. Um sich niemandem „anzutun“, kann sie sich anschließend in die Isolation zurückziehen.

Weiterhin gilt es für den Therapeuten zu berücksichtigen, wie die Qualität der Partnerschaft vor dem Vergewaltigungsereignis war. So kann es leicht zu einer Eskalation oder gar zu einem Bruch in der Beziehung kommen, wenn sich diese vor dem Ereignis bereits in einer Krise befunden hat.

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, wie ambivalent die Rolle der Partnerschaft bei Vergewaltigungsereignissen ist: Einerseits gehört sie zu den betroffenen Bereichen, andererseits zu den Faktoren, die dem betroffenen Menschen helfen können, sich wieder zu stabilisieren.

Der Therapeut ist angehalten, möchte er lege artis arbeiten, die Partnerschaft bei der Behandlung zu berücksichtigten und zwar unabhängig davon, in welcher der vier bereits beschriebenen Phasen sich die Patientin befindet. Als Thema kann sie nicht einer bestimmten Therapiephase zugeordnet werden.

Zu Beginn der Behandlung sollte der Behandler nach den Auswirkungen des Vergewaltigungsereignisses auf die Bereiche Partnerschaft und Intimität fragen. Dies kann im Rahmen der Psychoedukation geschehen. Nach einem Vergewaltigungserlebnis bekommen diese Bereiche einen anderen Geschmack und eine andere Färbung. Waren Partnerschaft, Intimität und Sexualität mit Freude, Lust, Hingabe assoziiert, so herrschen nun Angst, Gefahr, Ekel und Scham. Der betroffene Mensch kann nun entweder ganz auf diese Bereiche verzichten oder er erträgt sie unter intensiven Befürchtungen.

Hier gilt es Aufklärung zu leisten, d.h. die betroffenen von den nicht betroffenen Anteilen der Patientin zu differenzieren. Ein körperlicher Annäherungsversuch seitens des Partners kann von der betroffenen Frau als mögliche Wiederholung des Ereignisses missinterpretiert werden. Obwohl ihr kognitiv vielleicht klar ist, dass Partner und Täter nicht identisch sind, kann es zu einer Vermischung kommen, weil es in beiden Annäherungen um Körperlichkeit und Intimität geht.

Es wird in vielen Fällen auch notwendig sein, den Partner in die therapeutische Arbeit zu involvieren und auch hier Aufklärungsarbeit zu leisten. Der Partner, oftmals hilflos, wie die Patientin, sollte angehalten, nach dem Konzept des „in-der-Nähe-Bleibens“ zu handeln. D.h. er sollte signalisieren, dass er als Unterstützung anwesend ist, aber gleichzeitig in ausreichendem Abstand bleibt. Er bietet also Nähe an, die jedoch von der Patientin kontrolliert werden kann. Letztere wiederum sollte Schritt für Schritt lernen, dass ein Näheangebot des Partners nicht zu einer (wiederholten) Grenzverletzung führt.

Die Selbstverständlichkeit, mit der beide vor dem Ereignis möglicherweise umgegangen sind, wird häufig nicht mehr vorhanden sein, so dass Körperlichkeit, Intimität und Sexualität wieder neu erlernt werden müssen. Der Therapeut ist angehalten, beide Partner hinsichtlich dieser schrittweisen Annäherung zu beraten, bspw. mit ihnen eine Art Plan aufstellen, der zu Beginn gar keine oder wenig und im Laufe der Zeit immer mehr Körperlichkeit und Intimität beinhaltet. Die Patientin sollte lernen, dass die Nähe innerhalb der Partnerschaft Sicherheit bietet und nicht Gefahr bedeutet. Der Wunsch des Partners nach dieser Intimität hat einen völlig anderen Hintergrund, als der des Täters.

Zu beachten gilt, dass in der Phase der Konfrontation die Symptome wieder aufflackern können, was sich ebenso auf die Partnerschaft und die daran angeschlossenen Bereiche auswirken kann.

Diskussion

In dieser Arbeit wurde ein integratives, aus prozess-/erfahrungsorientiert-gestalttherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Elementen bestehendes, therapeutisches Vorgehen für Menschen mit Vergewaltigungserfahrung vorgestellt. Traumatisierung wird als Erfahrung mit einer existentiellen Dimension verstanden, in deren Folge es zu einer Chaotisierung des Selbst, aber auch zu Schwierigkeiten in anderen Bereichen, besonders in der Partnerschaft, kommen kann. Aufbauend auf den Phasen Sicherheit, Stabilität, Konfrontation und Integration lernt der Patient, sein durch die Traumatisierung gespaltenes Selbst, wieder aufzubauen. Während es in der ersten Phase um die Erhöhung, Differenzierung und Festigung der Wahrnehmung in Bezug auf eigene Prozesse aber auch in Bezug auf den Lebensraum geht, soll der Patient in der Phase der Stabilität mehr Toleranz gegenüber dem Gefühl der Unsicherheit entwickeln. Hauptziel der Konfrontation ist die Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Aspekten des Traumas, um in der Phase der Integration die traumatisierten und nicht traumatisierten Selbst-Anteile zusammen zu führen, so dass – wenn notwendig – beide gleichzeitig aktiviert sein können.

Die einzelnen Phasen bauen zwar aufeinander auf, lassen sich jedoch in der klinischen Praxis nicht strikt voneinander trennen. So ist es bspw. notwendig, die Phasen der Sicherheit und Stabilität ausreichend vertieft zu haben, um angemessen konfrontieren zu können, ohne eine Retraumatisierung zu erzeugen. Die Übergänge sind fließend und während der traumatisierte Mensch in der Pyramide immer weiter nach oben steigt, muss er, gleichsam als Vergewisserung, wieder auf bereits durchlaufene Phasen zurückgreifen.

In allen Phasen hat der Therapeut die Aufgabe auch einen Bezug zur partnerschaftlichen Situation herzustellen und die Veränderungen anzusprechen, zu denen es aufgrund des Vergewaltigungsereignisses gekommen ist.

In der eingangs erwähnten Syndyastischen Sexualtherapie (Beier & Loewit 2004) wird von Anfang an mit dem Paar an der Erreichung derselben Ziele gearbeitet, also mit beiden vom Trauma (direkt bzw. indirekt) Betroffenen. Die **gesunde posttraumatische Persönlichkeit**, die im Idealfall bei Beendigung der Therapie stehen soll, ist grundsätzlich entspannter, hat einen guten Kontakt zu den eigenen Bedürfnissen, akzeptiert die eigenen Grenzen und hat Frieden mit dem Faktum geschlossen, dass Unheil und Grausamkeit unter bestimmten Umständen und in bestimmten

Situationen Bestandteile des Lebens werden können. Das gesunde posttraumatische Selbst ist somit weniger schwärmerisch und weniger idealisierend. Es ist jedoch auch nicht übergeneralisierend pessimistisch und defensiv. Es kennt seine Möglichkeiten und Grenzen in der Gestaltung der eigenen Lebenssituation und ist auch in der Lage, diese Möglichkeiten umzusetzen.

Literatur

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR: Fourth Edition – Text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. (Deutsch: American Psychiatric Association. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe Verlag).

Beier K.M., Loewit K. (2004): Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin: Springer Verlag.

Brewin C. (2005): PTSD: Disorder of Memory or Disorder of Identity. Vortrag, gehalten auf der 9. European Conference on Traumatic Stress (ECOTS), Stockholm, 18.-21. Juni 2005.

Buber M. (1923): Ich und Du. Zit.n.: Ditzingen: Reclam (1995).

Butollo W. (2000): Therapeutic implications of a social interaction model of posttraumatic stress. Journal of Psychotherapy Integration 4: 357-374.

Butollo W. (2003): Integrative Therapie der Angst. In: Staemmler F.M., Merten R. (Hrsg.). Angst als Ressource und Störung. Paderborn: Junfermann Verlag, 80-109.

Butollo W., Hagl M. (2003): Trauma, Selbst und Therapie. Bern: Huber Verlag.

Butollo W., Krüsmann M., Hagl M. (2002): Leben nach dem Trauma. München: Pfeiffer Verlag.

Butollo W., Maragkos M. (2005): Angststörungen: Phänomenologie, Diagnostik und ein integrativer therapeutischer Ansatz. Psychotherapie im Dialog, 4: 353-361.

Butollo W., Maragkos M. (in Vorb.): Integratives Manual zur Behandlung von traumabedingten Störungen.

Egle U.T., Hoffmann S.O., Joraschky P. (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Engfer A. (2005): Formen der Misshandlung von Kindern. Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle U.T., Hoffmann S.O., Joraschky P. (Hrsg.). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer Verlag, 3-19.

Hermans H.J.M., Kempen H.J., van Loon R.J. (1992): The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. American Psychologist 1: 23-33.

Terr L.C. (1991): Childhood traumas: An outline and overview. American Journal of Psychiatry 148: 10-20.

World Health Organisation (2004): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Huber Verlag.

Adresse der Autoren
Dr. Markos Maragkos, Prof. Dr. Willi Butollo, Department Psychologie, Lehrstuhl Klinische Psychologie & Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Leopoldstr. 13, D-80802 München, maragkos@psy.uni-muenchen.de