

Silke Birgitta Gahleitner
Gerhard Hintenberger
Barbara Pammer (Hg.)

Humanistische Traumatherapie in der Praxis

Biografische Verletzungen verstehen
und therapeutisch beantworten



Silke Birgitta Gahleitner/Gerhard Hintenberger/Barbara Pammer (Hg.):
Humanistische Traumatherapie in der Praxis



Silke Birgitta Gahleitner/Gerhard Hintenberger/Barbara Pammer (Hg.):
Humanistische Traumatherapie in der Praxis

Silke Birgitta Gahleitner/Gerhard Hintenberger/Barbara Pammer (Hg.):
Humanistische Traumatherapie in der Praxis

Silke Birgitta Gahleitner
Gerhard Hintenberger
Barbara Pammer (Hg.)

Humanistische Traumatherapie in der Praxis

Biografische Verletzungen verstehen
und therapeutisch beantworten

Mit einem Geleitwort von Jürgen Kriz

Vandenhoeck & Ruprecht

Mit 4 Abbildungen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2022 Vandenhoeck & Ruprecht, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen,
ein Imprint der Brill-Gruppe
(Koninklijke Brill NV, Leiden, Niederlande; Brill USA Inc., Boston MA, USA;
Brill Asia Pte Ltd, Singapore; Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Deutschland;
Brill Österreich GmbH, Wien, Österreich)
Koninklijke Brill NV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Hotei,
Brill Schöningh, Brill Fink, Brill mentis, Vandenhoeck & Ruprecht, Böhlau,
Verlag Antike und V&R unipress.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Susanne Frantal, Remembering

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-40861-3

Inhalt

Zum Geleit	7
Einleitung	11
Wurzeln humanistischer Verfahren	11
Humanistisches Verständnis von Trauma	13
Überblick über das Buch	15
1 Trauma »humanistisch« wahrnehmen	18
1.1 Die Interaktion zwischen Trauma und Bindung verstehen	19
1.2 ICD-Diagnostik und Kritik	21
1.3 Die Biografie- und Lebensweltperspektive	24
1.4 Strukturierung der diagnostischen Ergebnisse	27
2 Trauma »humanistisch« beantworten	29
2.1 Prozessmodelle	31
2.2 Risiko Traumaexposition und Alternativen	35
3 Arbeit am Trauma in der Praxis	38
3.1 »Das ist wirklich so was, was man sich eigentlich nur vorstellen kann, wenn man's [...] selber erlebt hat«: Integrative Traumatherapie in Aktion	38
3.2 Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie	50
3.3 Von Entsetzen, Verzweiflung, Mitgefühl und Trost ...	59
3.4 Der Körper als Ressource in der Traumatherapie	67

3.5 Szenisches Denken, Erzählen und Handeln: Psychodramatische Arbeit mit traumatisierten Menschen	73
3.6 »Sie haben mich einfach alle nicht gehört«: Personzentrierte Psychotherapie mit einer Frau nach traumatischer Geburtserfahrung	81
Schlussgedanken: Humanistisches Denken und Handeln – auch eine politische Frage?	91
Literatur	94
Zu den Autor:innen	108
Zur Künstlerin	111

Zum Geleit

Es ist mir eine große Freude, dieses Buch von drei Herausgeber:innen zur Theorie und Praxis von Traumatherapie aus der Perspektive der Humanistischen Psychotherapie vorliegen zu haben und ihm einige Worte zum Geleit auf den hoffentlich erfolgreichen Weg seiner Rezeption mitgeben zu dürfen. Diese Freude hat zwei zentrale Gründe: Zum einen ist die große Bedeutung von Traumatisierungen für unser menschliches Leben und Erleben – und damit auch für die Psychotherapie – in den letzten Jahren zunehmend ins Bewusstsein gerückt und hat die psychotherapeutischen Fachdiskurse bewegt. Zum anderen ist es immer noch sehr selten, dass sich Psychotherapeut:innen von unterschiedlichen Ansätzen innerhalb einer Grundorientierung hinsichtlich einer spezifischen Problematik – hier eben des Verständnisses und des therapeutischen Umgangs mit Traumata – zusammensetzen und die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Theorie und Praxis herausarbeiten. Weiß ich doch von Buchprojekten, bei denen diese wichtigen Diskurse auch innerhalb der anderen Grundorientierungen geplant waren, die aber letztlich aus diversen Gründen gescheitert sind. Die sehr große Heterogenität besonders psychodynamischer und (kognitiv-)behavioraler Ansätze macht ein solches Unterfangen auch recht schwierig, während man sich in der Humanistischen Psychotherapie bei aller Ausdifferenzierung in einzelne Ansätze wegen der gemeinsamen Wurzeln, Prinzipien und dem zugrunde liegenden Menschenbild offensichtlich leichter verständigen und die Synergien der Konzepte und Vorgehensweisen zum Wohl der Patient:innen nutzen kann.

Dabei kommt die Stärke der Humanistischen Psychotherapie besonders zum Tragen: dass sie nämlich weniger auf die Anwendung

manualisierter Vorgehensweisen setzt – auch wenn dies in Laborstudien unter artifiziell eingeschränkten Bedingungen die Beweisbarkeit von evidenzbasierten Effekten erleichtert –, sondern dass es um die Entfaltung von bestimmten erprobten und in ihrer Wirksamkeit nachgewiesenen therapeutischen Prinzipien geht. Diese Entfaltung (forschungstechnisch gesprochen: »Operationalisierung«) erfolgt seitens der unterschiedlichen Ansätze der Humanistischen Psychotherapie situationsspezifisch, d. h. in einem kleinschrittigen, sinnorientierten Prozess, dessen spezifisch dynamische Verstehensweisen seitens der Betroffenen eben nicht »objektiv« in einem Manual festgelegt und vorhergesagt werden können, sondern stets dialogisch und narrativ ausgehandelt werden müssen und auch können. Damit diese keineswegs schmerzlos zu vollziehenden Selbstorganisationsprozesse (»Selbstaktualisierung«) mit ihren verkörperten, emotional-psychischen, interpersonellen und kulturell-symbolischen Aspekten ihre heilsame Wirkung entfalten können, bedarf es einer klaren, haltgebenden, fördernden (und damit auch berechnete Abwehrtendenzen herausfordernden) therapeutischen Beziehung, wie sie als ein wesentlicher Kern seit jeher in der Humanistischen Psychotherapie erforscht und von allen Ansätzen konzeptionell betont und praktisch realisiert wird.

Entsprechend stimmen die Autor:innen in diesem Buch zur Behandlung traumatischer Belastungsfolgen auch darin überein, dem Beziehungsgeschehen in und außerhalb der Therapie zentrale Bedeutung für die psychotherapeutische Arbeit beizumessen. Auf der Basis dieses Grundpfeilers des humanistischen Ansatzes richten sie ihren Blick auf die immer wieder erstaunliche Überlebenskraft und Kreativität der Betroffenen. Diese setzt bei der essenziellen Fähigkeit des Menschen und seines »social brain« an, auch bei großen Belastungen und Widrigkeiten dem Leben einen Sinn abtrotzen zu können. Für die psychotherapeutische Arbeit ist es hier wichtig, den Menschen »das grundlegende Vertrauen in andere Menschen wieder zu vermitteln und ihnen dabei zu helfen, wieder arbeits- und auch liebesfähig zu werden, sich lebendiger zu fühlen und eine selbstfürsorgende Beziehung zu sich zu haben«, wie es in Kapitel 2.2 so treffend formuliert wird.

Diese Entfaltungspotenziale der traumatisierten Menschen sowie die Vorgehensweisen zu deren Förderung und Unterstützung wer-

den für die vorgestellten Ansätze sowohl im theoretischen wie auch im praktischen Teil anschaulich dargestellt. Dabei werden auch die Missverständnisse beseitigt, aufgrund derer der Humanistischen Psychotherapie oft eine grundsätzliche Ablehnung von »Störungsorientierung« unterstellt wird. Denn selbstverständlich macht es Sinn, den leidenden Menschen mit dem Wissen von weit über hundert Jahren diagnostischer Diskurse für bestimmte Fragen – z. B. Bedarfsprüfung einer Kassenfinanzierung, Forschung, Groborientierung für Überweisungen – bestimmte Kategorien zuzuordnen. Damit ist aber der Mensch, der vor mir in der Therapie sitzt, nicht hinlänglich beschrieben. Denn es sind nicht »Störungen«, die Menschen haben, sondern Menschen, denen man Störungskategorien zuordnen kann – wie eben auch Geschlecht, Hautfarbe, Nationalität, Berufsgruppe usw. Eine adäquate Erfassung der Leiden dieser Menschen – auch wenn wir sie als »traumatische Phänomene« korrekt kategorisieren – bedarf aus humanistischer Perspektive einer verstehenden Diagnostik, die die Biografie und Entwicklung eines Menschen samt seiner Umwelt lebens-, subjekt- und situationsnah erfasst. Diese Diagnostik ist prozessual orientiert und wirkt bereits als Intervention, sodass zwischen den beiden Prozessen nicht trennscharf zu unterscheiden ist, wie aus den Darstellungen in diesem Buch deutlich wird. Insgesamt wird gezeigt, wie der Therapieverlauf im humanistischen Ansatz als lebendiger und wechselvoller Prozess mit mannigfaltigen Ansatzpunkten für gelungenere Bewältigungsformen zu sehen ist.

Über den gemeinsam verfassten theoretischen Teil und die vielfältig angelegten Falldarstellungen im praktischen Teil entsteht für die Leser:innen ein lebendiges und anregendes Bild von den Möglichkeiten, die humanistische Ansätze im psychotherapeutischen Umgang mit solchen Menschen bereithalten, deren Leiden wir durchaus angemessen mit dem Konzept »Trauma« beschreiben können. Das Buch zeigt in anschaulicher Weise, wie eine konsequente humanistische Herangehensweise an die Therapie solcher Leiden gelingen kann. Deutlich werden dabei einerseits die gemeinsamen Wurzeln und großen Übereinstimmungen in den essenziellen Fragen und Konzepten der hier vorgestellten Ansätze Humanistischer Psychotherapie, andererseits auch deren Ausdifferenzierung in unterschiedlich zentrierten Vorgehensweisen. Dies mag helfen, nicht

nur innerhalb dieser psychotherapeutischen Grundorientierung die gemeinsame Arbeit über die unterschiedlichen Perspektiven der Ansätze weiter voranzutreiben, sondern vielleicht auch die in Deutschland erodierten Diskurse über Humanistische Psychotherapie insgesamt mit mehr Wissen und Fachlichkeit anzureichern.

Ich wünsche daher diesem Buch eine große Verbreitung mit entsprechender Aufmerksamkeit, sodass die Diskurse in unserer psychotherapeutischen Community durch diese Beiträge bereichert werden.

Prof. Dr. Jürgen Kriz
Universität Osnabrück

Einleitung

Silke Birgitta Gahleitner, Gerhard Hintenberger,
Barbara Pammer

Wurzeln humanistischer Verfahren

Vor fünf Jahrzehnten (1962) gründeten Charlotte Bühler, Abraham Maslow und Carl R. Rogers die »Gesellschaft für humanistische Psychologie« – mit dem Ziel, dem analytisch-kausalen, mechanistischen Verständnis der damaligen Psychoanalyse und der reizreaktions-mechanistischen Basis des Behaviorismus eine »»dritte Richtung« oder ›dritte Kraft«« (Kriz, 2014, S. 185) an die Seite zu stellen. Geprägt von Existenz- und Begegnungsphilosophie (vgl. u. a. den Dialog von Rogers u. Buber, 1957/1992), Phänomenologie und Humanismus ist der humanistische Ansatz neben naturwissenschaftlichen aber bereits durch weitreichende sozial- und geisteswissenschaftliche Überlegungen vor 1945 verwurzelt. Diese konnten jedoch wegen der nationalsozialistischen Vertreibung zentraler Vertreter:innen zunächst nicht in Deutschland Fuß fassen (Kriz, 2021). Aus dieser Bewegung ging eine große Zahl von Richtungen hervor. Neben der Personzentrierten Therapie sind dies u. a. die (Integrative) Gestalttherapie, die Logotherapie bzw. Existenzanalyse, das Psychodrama, die Transaktionsanalyse, humanistisch orientierte Körpertherapien und die Integrative Therapie. Allen gemeinsam sind das Verständnis einer wechselseitigen Bedingtheit von individueller, sozialer und gesellschaftlicher Entwicklung und das Prinzip der Ganzheitlichkeit des Lebens(bewältigungs)- und Wirkungsgeschehens.

Der Mensch wird entsprechend existenzphilosophischen Überlegungen in der humanistischen Grundorientierung als reflexives Wesen gesehen, das seine Existenz in dieser Welt definieren kann

und muss, um ihr einen Sinn zu verleihen. Das bedeutet, dass er in der Lage, jedoch auch gezwungen ist, sich selbst zu verwirklichen. Diese Annahme »steht im Widerspruch zu der bei Freud und bei Lerntheoretikern vertretenen Auffassung, daß Leben letztlich durch Mangel motiviert und vom Streben nach Spannungsausgleich [...] bestimmt sei. [...] Demgemäß erscheint als zentrale Aufgabe der Therapie, die Spontaneität, die aktualisierende Tendenz des Klienten zu befreien und wirksam werden zu lassen« (Pfeiffer, 1977/2019, S. 10). Humanistische Verfahren gehen demnach davon aus, dass die Möglichkeit besteht, sich unbewussten oder vorbewussten Inhalten ohne Deutungskonfrontation durch die Fachkraft zu nähern, und zwar durch Selbstexploration. Humanistisches Vorgehen ist also – auch das verbindet all diese Verfahren – ein grundsätzlich partizipatives Vorgehen – mit einer deutlichen Abkehr von Expertokratie. Es orientiert sich in erster Linie an den subjektiven Deutungskonzepten der Klient:innen.

Voraussetzung dafür ist allerdings, dass es einer bindungs- und beziehungssensiblen Fachkraft, die das Vertrauen der Klient:innen gewonnen hat, gelingt, »den Klienten in einer Haltung versuchsweiser Identifizierung auf dem Wege der Selbstexploration zu begleiten« (S. 10). Das bedeutet: Diese Entwicklung ist immer nur im Kontext ihrer Umwelt und ihres Umfelds, also in der Begegnung mit relevanten Anderen möglich. Moreno (1961) spricht von der »Interpsyche« (S. 234; vgl. auch Schacht, 2018, S. 174), Schmid (2002, S. 1) von »Beziehungsangewiesenheit«. Während die meisten Psychotherapieverfahren die Therapeut:in-Klient:in-Beziehung über spezielle Techniken für die Symptomreduktion zu »nutzen« versuchen, dient die »Beziehung [...] nicht nur dem psychotherapeutischen Geschehen (womit sie wiederum instrumentalisiert würde)« (S. 2), sondern Beziehung ist notwendig und hinreichend im helfenden Geschehen. Sie ist partizipativ, von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz geprägt und wirkt als korrigierende Beziehungserfahrung. »Diszipliniertes und professionelles Vorgehen ist dazu kein Widerspruch — im Gegenteil, eine solche Einstellung und ihre Verwirklichung bedürfen einer entsprechend sorgfältigen, ihrerseits auf Persönlichkeitsentwicklung beruhenden Ausbildung und beständigen Fortbildung« (S. 2).

Humanistisches Verständnis von Trauma

Bei der Arbeit an traumatischen Belastungen bzw. deren Folgeerscheinungen gilt dies in besonderem Maße. Traumatische Belastungsreaktionen entstehen nach humanistischem Verständnis fast immer im Zusammenhang mit negativen Bindungs- und Beziehungsenttäuschungen sowie -erfahrungen. Menschen, die traumatische Erfahrungen erlitten haben, sind deutlich stärker gefährdet als andere Menschen, aus sozialen Bezügen zu fallen, physisch wie psychisch zu erkranken und im Lebensverlauf vor gravierenden Beziehungsproblemen zu stehen (Felitti, 2002). Ob bei den Betroffenen angemessene Bindungs- und Beziehungsangebote sowie gesellschaftliche Anerkennung, Wertschätzung und Unterstützung statt Ausgrenzung, Abwertung und Tabuisierung ankommen, spielt für den Heilungsprozess daher eine ebenso entscheidende Rolle wie die Stabilität der prämorbidem Persönlichkeit. In den humanistischen Verfahren besteht daher immer ein Bindungs- und Beziehungsprimat vor dem Einsatz anderer Methoden und Vorgehensweisen. Die Integrative Gestalttherapie z. B. bezieht sich in ihrer Arbeit mit Traumafolgestörungen vor jeglichem Einsatz spezifischer Vorgangsweisen auf die Dialogphilosophie Bubers (1923/2017a) als Grundlage für ihr Verständnis der therapeutischen Beziehung.

Nach humanistischem Verständnis stellen zudem Traumafolgen eine adäquate Reaktion auf ein höchst abnormales Ereignis dar. »Traumatische Belastungen [...] sind daher nicht nur als Konsequenz traumatischer Ereignisse zu verstehen, sondern prinzipiell immer als Versuche, das traumatische Ereignis in der jeweiligen (Lebens-) Situation möglichst gut zu verarbeiten« (Gahleitner, 2018, S. 260). Der humanistisch geprägte Zugang setzt daher in Diagnostik wie Intervention statt bei einem eher pathogenetischen Verständnis am So-geworden-Sein sowie der Überlebenskraft und -kreativität, also einer Möglichkeit zur Entfaltung (Stumm u. Keil, 2018) Traumabetroffener an. Krankheit und Gesundheit werden dabei – entlang salutogenetischer Überlegungen (Antonovsky, 1979, 1987/1997) – als nichtlineares, komplexes Geschehen verstanden und weder in einzelne, disziplinar fixierte Bestandteile zerlegt noch als rein bio-

logisches Geschehen konzeptualisiert (vgl. auch Konzept der Physis bei Berne, 1972/2012, S. 78). Traumatische Symptome stehen aus dieser Perspektive bei aller scheinbaren Absurdität und Dysfunktionalität immer im Dienst des Lebens, oft sogar Überlebens. Mit diesen Überlebensstrategien begegnen Klient:innen sich selbst, uns als Therapeut:innen wie auch ihrem Umfeld. An zentraler Stelle in der Behandlung steht daher ein dialogisches, humanistisch orientiertes Nachvollziehen und Verstehen des So-geworden-Seins. Dazu gehört auch der bereits angesprochene Einblick in die Bezogenheiten der Klient:innen von der Beziehung zu sich, bis hin zu den umgebenden gesellschaftlichen Verhältnissen.

Traumatische Erfahrungen unterliegen zudem – insbesondere bei komplexen Traumata – nach humanistischem Grundverständnis lebenslang einem Prozesscharakter (vgl. z.B. Vaughn, Heller u. Bost, 2001/2012). Sie sind stetig im Fluss. Die damit verbundenen Erlebens- und Verhaltensmuster hängen neben individuell geprägten Umständen daher vor allem von den konkreten Erfahrungen ab, die Menschen mit anderen Menschen in ihrem Leben machen und die sich wie durch ein Prisma »aktiv wirkende[r] Biographie« (Röper u. Noam, 1999, S. 241) in ihre psychische und physische Struktur implementieren und so neue Narrationen entstehen lassen. Humanistische Verfahren greifen diesen Prozesscharakter und die damit verbundenen Entfaltungspotenziale der Klient:innen (Stumm u. Keil, 2018; Swildens, 1997/2015) im therapeutischen Geschehen auf und betrachten auch den therapeutischen Verlauf als einen lebendigen und wechsellvollen Prozess. Dies gilt für die Diagnostik wie für die Intervention. In der Integrativen Therapie wird Diagnostik z. B. nicht als eine einmalige und sozial isolierte Angelegenheit verstanden, sondern verläuft ebenfalls prozessual wie auch dialogisch und ist zudem immer zugleich schon Intervention, da sie dem Selbstverstehen dient (Petzold, 2003a, S. 501–507). Auch in der Behandlung gilt es, den Prozess auf verschiedenen Ebenen – z. B. nach psychodramatischem Verständnis – auf drei »Bühnen« zu beobachten und zu begleiten: auf der Begegnungsbühne (Arbeit an der therapeutischen Beziehung), der Spiel-Aktionsbühne (Raum für aktionale Arbeit am Thema) und der Sozialen Bühne (Arbeit mit den Menschen aus dem sozialen Umfeld; Pruckner, 2002, 2012, 2014).

Überblick über das Buch

Dieses Buch greift auf Basis dieser einführenden Grundaussagen humanistisch therapeutisches Handeln mit traumatisierten Klient:innen auf und versucht, dazu zahlreiche Anregungen aus wissenschaftlicher wie praktischer Sicht gleichermaßen zu vermitteln. Es beginnt zu diesem Zweck mit einer Einführung in traumatische Belastungen, diagnostisches Vorgehen und therapeutisches Handeln aus humanistisch-theoretischer Sicht (Kapitel 1 und 2) und ergänzt dies mit einem Ausflug in die jeweils konkreten therapeutischen Vorgehensweisen einiger beispielhafter Verfahren in der praktischen Arbeit vor Ort (Kapitel 3). Unter dem Titel »Das ist wirklich so was, was man sich eigentlich nur vorstellen kann, wenn man's [...] selber erlebt hat«: Integrative Traumatherapie in Aktion« (Kapitel 3.1) beschreiben *Barbara Pammer*, *Cornelia Cubasch-König* und *Silke Birgitta Gahleitner* entlang zweier Forschungsinterviews einen langjährigen Therapieprozess aus der Perspektive der Akteur:innen selbst. Darüber entsteht ein anschauliches Bild der Innenwelten behutsamer humanistischer Traumaarbeit. Im Beitrag »Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie« (Kapitel 3.2) von *Herta Hoffmann-Widhalm* wird die Möglichkeit der Verknüpfung von integrativ-gestalttherapeutischen Methoden und Techniken mit traumaspezifischen Behandlungsansätzen vorgestellt. Neben dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als Halte- und Containerfunktion liegt der Schwerpunkt auf der Aktivierung von Ressourcen. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Hoffmann, 2014) und Brainspotting als traumafokussierte Methoden finden darin einen sinnvollen Platz, ebenso kreative Medien und Symbolarbeit.

Unter dem Titel »Von Entsetzen, Verzweiflung, Mitgefühl und Trost« (Kapitel 3.3) skizzieren *Renate Bukovski* und *Lilo Tutsch* einen Therapieprozess nach mehrfacher Traumatisierung aus dem Blickwinkel einer existenzanalytischen Vorgehensweise. Schwerpunktmäßig geht es um die Mobilisierung personaler Kompetenzen, um in eine aushaltbare Begegnung mit dem Schrecken und darum, in einen Dialog mit sich zu kommen. Es gilt, die »unwirkliche Wirklichkeit« zu begreifen, anzunehmen und als dem eige-

nen Leben zugehörig anzunehmen, zu betrauern und Stellung zum Unrecht zu nehmen. Im Trost kann das Entsetzliche letztlich zur Ruhe kommen und auch die »Exterritorialität« des Geschehenen einen Ort im Lebenszusammenhang finden. Unter dem Titel »Der Körper als Ressource in der Traumatherapie« (Kapitel 3.4) beschreibt *Anna Willach-Holzapfel*, wie sich aus – mit der traumatischen Erfahrung verbundenen – Erregungsmustern vielfältige körperliche Symptome entwickeln können, die dem traumatischen Geschehen unter Umständen nicht mehr zugeordnet werden können. In diesen Symptomen wird sozusagen die Erinnerung an den erlebten Schrecken mit seiner Erregung aufbewahrt, oft verbunden mit der Überzeugung, nichts dagegen machen zu können. Anhand des Zugangs über Somatic Experiencing beschreibt die Autorin, wie es gelingen kann, den Körper in die traumatherapeutische Behandlung einzubeziehen.

Hildegard Pruckner wiederum gibt in ihrem Beitrag »Szenisches Denken, Erzählen und Handeln: Psychodramatische Arbeit mit traumatisierten Menschen« (Kapitel 3.5) Einblick in szenisches Arbeiten mit Trauma. Bei Beschreibungen von Symptomen traumatisierter Menschen hört und liest man immer wieder von zersplitterten Szenen, zerbrochenen Erzählungen und fragmentierten Berichten. In der Akutintervention geht es um das Komplettieren der Szene bzw. den Punkt in der Szene, wo das Opfer zum Survivor wurde. In der monodramatischen Arbeit mit Traumafolgestörungen wird großer Wert auf die grundlegende Wiederherstellung der Fähigkeit zu einer geschlossenen, stringenten Erzählung gelegt. In der Gruppentherapie kann das Durchspielen von alltags- bzw. ressourcenorientierten Szenen hilfreich sein. Auch für Begleitungen im Hier und Jetzt bzw. von Zukunftsszenen bietet die szenische Arbeit des Psychodramas eine Fülle von Möglichkeiten. Unter dem Titel »Sie haben mich einfach alle nicht gehört: Personenzentrierte Psychotherapie mit einer Frau nach traumatischer Geburtserfahrung« (Kapitel 3.6) beschreiben *Lena Staudigl* und *Marilena de Andrade* eine Thematik, die noch viel zu wenig Aufmerksamkeit bekommt: Frauen, deren Leben sich grundlegend über eine traumatische Geburtserfahrung verändert. Der Beitrag stellt das therapeutische Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie nach dieser Erfahrung vor. Offenheit, Prä-

senz und ein unbedingtes, einführendes Verstehenwollen sind die grundlegenden Bausteine für eine wachsende positive Beziehung und eine Therapieatmosphäre, die tiefgreifende Veränderung ermöglicht. Zugleich demonstriert der Fall auf anschauliche Weise die Möglichkeit »weicher Traumaexposition«.

Ein kurzes Resümee (»Schlussgedanken: Humanistisches Denken und Handeln – auch eine politische Frage?«) schließt den Band ab. Über den gemeinsam verfassten theoretischen Teil und den vielfältig angelegten praktischen Teil erhoffen wir uns als Herausgeber:innen und Autor:innen, für Leser:innen ein kaleidoskopartiges Gesamtbild¹ von den Möglichkeiten zu entfalten, die humanistische Verfahren therapeutisch im Umgang mit Trauma bereithalten.

Berlin, Langenlois und Graz

Silke Birgitta Gahleitner, Gerhard Hintenberger und Barbara Pammer

-
- 1 Das Buch ist in intensiver interdisziplinärer und kollegialer Zusammenarbeit entstanden. Dies hat auch bedeutet, über verschiedene Zusammenhänge zu diskutieren und verschiedene Positionen gelten zu lassen. So gibt es z. B. zur Polyvagaltheorie in der Autor:innenschaft unterschiedliche Positionen. Grossman und Taylor (2007) verweisen einerseits darauf, dass es keine direkten Beweise für die Prämissen polyvagaler Hypothesen gibt. Andererseits gibt es eine Reihe von Therapeut:innen, die die Polyvagaltheorie als äußerst nützlich für ihre Praxis empfinden, und ebenso Kolleg:innen aus dem wissenschaftlichen Feld, die das Konzept als hilfreich zum Verständnis nutzen. Wir wollten diesen Diskurs daher so authentisch führen, wie er sich momentan in der Community zeigt (Gesamtdiskurs vgl. www.researchgate.net/project/Examining-Porges-Polyvagalsuppositions; Zusammenfassung bei Liem u. Neuhuber, 2021). Dies sei als nur ein Beispiel von mehreren divergierenden Konzepten genannt, die an verschiedenen Stellen im Buch deutlich werden.

1 Trauma »humanistisch« wahrnehmen

Silke Birgitta Gahleitner, Gerhard Hintenberger,
Liselotte Nausner, Barbara Pammer, Hildegard Pruckner,
Lilo Tutsch, Anna Willach-Holzapfel

Ein Trauma kann als ein »vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten« (Fischer u. Riedesser, 2020, S. 88) verstanden werden, ausgelöst durch ein erschütterndes Ereignis, verbunden mit Kontrollverlust, Entsetzen und (Todes-)Angst. Das Ausmaß traumatischen Erlebens ist jedoch abhängig von der Art, den Umständen und der Dauer des Ereignisses sowie vom Entwicklungsstand, in dem sich das Opfer zu diesem Zeitpunkt gerade befindet. Die ursprünglichen Reaktionen – Flucht, Kampf, Erstarrung – auf das Erleben akuter Bedrohung werden als natürlich und überlebenssichernd gesehen, problematisch ist lediglich ihre unvollständige Verarbeitung nach dem traumatischen Erlebnis. Später ist es daher oft schwierig, die traumabedingten körperlichen Prozesse von Aktivierung einerseits und Erstarrung andererseits zuzuordnen und zu regulieren. Viele Symptome werden zudem körperlich erlebt. In der Integrativen Therapie ist es daher unabdingbar, auf die Archive des Leibes (Hofer-Moser, 2018, S. 44–60; Petzold u. Orth, 2017, S. 20; Petzold u. Sieper, 2012, S. 303 f.) zu achten, ein Verständnis über leiblich memorierte und zum Ausdruck gebrachte Erregungszustände zu entwickeln und Fähigkeiten zur Selbstregulation zu stärken. Denn eine unvollendete und unabgeschlossene Antwort auf die bedrohliche Erfahrung ist die Grundlage für die sich entwickelnden Traumafolgesymptome.

Einen wesentlichen Unterschied für die Schwere der Auswirkungen macht es, ob das traumatische Geschehen durch ein Ereignis (z. B. eine Naturkatastrophe) ausgelöst wird oder durch Personen – mit ihrer jeweiligen Nähe bzw. Distanz zum Traumaopfer (sog. »man-made disaster«, von Menschen verursachte Katastro-

phen). In allen Fällen ist zu beachten, ob es vor, während oder nach der Traumatisierung schützende Faktoren gegeben hat. In den mit der traumatischen Erfahrung verbundenen körperlichen Erregungsmustern wird die Erinnerung an den erlebten Schrecken aufbewahrt. Für die Integrative Gestalttherapie ist daher die aus dem Perls'schen Modell des Kontaktzyklus (vgl. Perls, Hefferline u. Goodman, 1951/2019, Kap. 12, 13) ableitbare Arbeit an der Erregungsregulation ein wichtiger Aspekt traumaspezifischer Arbeit. Berne (1972/2012) spricht von Überlebensstrategien im unbewussten Lebensplan, dem Skript (S. 43–46). Die Inhalte des Skripts werden bestimmt von dem, was ein Mensch mit auf die Welt bringt, von den Einflüssen durch die Bezugspersonen und den äußeren Umständen. »Je abhängiger der Mensch von seinen traumatisierenden Bindungspersonen ist, je früher und häufiger die verletzenden Erfahrungen gemacht werden, umso schlimmer sind die Auswirkungen auf die Gehirnreifung, auf die Entwicklung eines Körperselbst, auf Emotionsentwicklung und auf die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit« (Willach-Holzapfel, 2013, S. 130).

1.1 Die Interaktion zwischen Trauma und Bindung verstehen

Der zentrale Schutzfaktor zur Vorbeugung von Traumafolgesymptomen sind stabile Bindungs-, Beziehungs- und Einbettungsverhältnisse, da sie zugleich Voraussetzungen für die Entwicklung eines Umgangs mit traumatischen Erfahrungen sind. Eben diese stabile Einbindung jedoch fehlt insbesondere bei frühen und wiederholten traumatischen Erfahrungen, z. B. bei der Erfahrung von früher Gewalt und Missbrauch. Frühe und anhaltende Traumata im sozialen Nahraum verursachen daher Phänomene psychischer Fragmentierung und Desintegration, erschüttern das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in die Welt grundlegend und beeinträchtigen die Entwicklung von Ich-Stärke. Die Nichtverfügbarkeit stabiler Bindungspersonen erhöht damit nicht nur das Traumarisiko, sie stellt auch selbst ein Traumarisiko dar und erschwert zusätzlich viele Bewältigungschancen im weiteren Leben. Ein destruktiver Teufelskreis entsteht, der auch in die Identität der Betroffenen eingreift. Schließlich

formt sich unsere Identität durch Identifikation (eigene Ansichten zu sich selbst) und durch Identifizierungen, also Zuschreibungen von anderen. Fehlen diese Fremdattributionen, kann es zu keinem Korrektiv kommen, sind die Zuschreibungen von außen überrepräsentiert, z. B. aufgrund einer großen inneren Erschütterung, kann sich ebenfalls keine reife, stabile, sich selbst achtende Identität bilden (Petzold, 2012b, S. 453 f., S. 467 f.).

Tatsächlich finden sich auch desorganisierte, bindungsauffällige Verhaltensweisen gehäuft bei früh, d. h. in den ersten Lebensjahren traumatisierten bzw. misshandelten und vernachlässigten Kindern (Ziegenhain u. Fegert, 2012/2020). Die Veränderungen manifestieren sich bis hinein in neurophysiologische Strukturen (Perry u. Pollard, 1998; Yehuda, 2002) und führen zu gravierenden Langzeitfolgen (Stichwort Persönlichkeitsstörungen), die transgenerational weitergegeben werden können (Frommer u. Trobisch-Lütge, 2010; Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert u. Muhtz, 2011).

Ähnliche Beobachtungen machte bereits der Psychoanalytiker, Kinderarzt und -psychiater John Bowlby (2006), der bei sozial benachteiligten Kindern immer wieder auf frühkindliche Vernachlässigung und Trennungen sowie auf Traumata stieß. Aus der Arbeit mit verelendeten Familien heraus entwickelte Bowlby in der Trilogie »Bindung«, »Trennung« und »Verlust« (englische Originale 1969, 1973, 1980, deutsch 2006) die Bindungstheorie. Diese Schnittstelle ist von großer Bedeutung für das Verständnis und die Behandlung insbesondere komplex traumatisierter Menschen im humanistischen Bereich (Biermann-Ratjen, 2006). Janoff-Bulman (1985, 1992) beschreibt dieses Phänomen als »shattered assumptions«: eine fundamentale Erschütterung grundlegender Überzeugungen wie positive Selbstwahrnehmung, positive Erwartungen in Bezug auf die Welt – sowie des Gefühls der Sicherheit und Geborgenheit darin – und wie Vertrauen in zwischenmenschliche Interaktionen. Der Theorie der Persönlichkeitsentwicklung der Integrativen Therapie zufolge können frühe Traumatisierungen mangelnde Daseins- bzw. Selbstgewissheit verursachen. Die Fähigkeit, eine Bezogenheit zur Umwelt, zu Mitmenschen und zu sich selbst aufzubauen, Empathiefähigkeiten oder das Selbstgefühl zu entwickeln, sind beeinträchtigt (Petzold, 2003a, S. 469–475).

In der Existenzanalyse beschreibt Längle (2007) die Erschütterung aller existenziellen Ebenen: des Vertrauens in die Welt und in sich, den Verlust der Lebendigkeit und der Beziehung zu Wertvollem, die Erschütterung des Selbstbezugs und der Identität wie auch der Sinnhaftigkeit des Lebens. Das Traumaerleben wirkt sich daher auch erschütternd auf sicher gebundene Eltern-Kind-Beziehungen aus. Ist ein Kind von lebensbedrohlicher Krankheit betroffen oder Opfer eines Unfalls oder Überfalls, so sind die Eltern meist ebenso getroffen und sprachlos. »Menschen mit schweren psychischen Verletzungen ist häufig gar nicht bewusst, wie tief sie verwundet wurden, oder sie wissen es, sind aber nicht in der Lage, irgendetwas davon zu erzählen« (Fietzek, 2006, S. 37). Dies gilt sowohl für die Kinder als auch die Eltern. Durch diese Verdrängungsmechanismen besteht die Gefahr der Retraumatisierung. Kinder erleben zusätzlich zum Trauma einen Verlust der Sicherheit durch die Eltern.

1.2 ICD-Diagnostik und Kritik

Von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (abgekürzt PTBS; englisch PTSD: post-traumatic stress disorder) wird in der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; WHO, 2014) gesprochen, wenn eine Belastung durch sich aufdrängende Erinnerungen (Intrusionen), Vermeidung aller Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen (Konstriktion), und physiologischer Übererregung über einen längeren Zeitraum anhält (in der ICD-10 verschlüsselt als F43.1, in der ICD-11 als 6B40, 6B41). Beginnt die Traumatisierung sehr früh und setzt sich über lange Zeit fort, kommt es jedoch zu einer Reihe weiterer Symptome, z. B. zu dissoziativen Erscheinungen und Abspaltungstendenzen. In Fachkreisen spricht man daher von der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (Sack, Sachsse u. Schellong, 2013/2018), die in der ICD-11 bereits formuliert ist und in Kürze auch als Diagnose zur Verfügung stehen wird. Für eine adäquate Diagnostik ist es daher bereits jetzt sinnvoll, auf die ICD-11 zu verweisen (siehe Übersicht »Posttraumatische Belastungsstörung und Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung«; vgl. u. a. Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant u. Maercker, 2013; Gysi, 2018). Die kom-

plexe posttraumatische Belastungsstörung erfasst danach Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus (z. B. chronische Affektdysregulationen wie selbstdestruktives Verhalten, impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen), chronische Persönlichkeitsveränderungen (z. B. Änderungen der Selbstwahrnehmung) sowie die Unfähigkeit zu vertrauen, also starke Probleme im Beziehungsbereich.

Posttraumatische Belastungsstörung und Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Stress-assoziierte Störungen (6B4) in der ICD-11

- Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)
- Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)

Trauma-Definition in der ICD-11

- ICD-11 PTBS: ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen
- ICD-11 Komplexe PTBS: ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen, meistens längerdauernde oder wiederholte Ereignisse, bei denen Flucht schwierig oder unmöglich war (z. B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).

Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)

Sie kann nach Exposition mit einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen auftreten und ist charakterisiert durch:

1. Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften intrusiven Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen, typischerweise verbunden mit starken und überflutenden Emotionen wie Angst oder Horror und starken körperlichen Empfindungen oder Gefühlen von Überflutung oder Versunkensein mit den gleichen intensiven Emotionen wie während des traumatischen Ereignisses.
2. Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Menschen in Verbindung mit dem Ereignis oder den Ereignissen.
3. Persistierende Wahrnehmung erhöhter gegenwärtiger Gefahr, z. B. mit Hypervigilanz oder verstärkter Schreckhaftigkeit auf Reize wie unerwartete Geräusche.

Die Symptome müssen mindestens über mehrere Wochen auftreten und wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten (z. B. persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit).

Zusätzlich ist die kPTBS charakterisiert durch

1. schwere und tiefgreifende Probleme der Affektregulation,
2. andauernde Ansichten über sich selbst als vermindert, unterlegen oder wertlos, verbunden mit schweren und tiefgreifenden Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen in Verbindung mit dem traumatischen Ereignis,
3. andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen oder im Gefühl der Nähe zu anderen.

Die Symptome müssen mindestens über mehrere Wochen auftreten und wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten (z. B. persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit).

(eigene Darstellung, nach Gysi, 2018, S. 1 f.)

Aus humanistischer Perspektive, die psychische, interpersonelle, kulturelle und körperliche Aspekte zusammendenkt, ist dabei zudem zu berücksichtigen, dass (traumatische) Verletzungen sich stets in dynamischer Veränderung befinden und dies über die ganze Lebensspanne hinweg (»life span development approach«, Petzold, 2003a, S. 438 f.). Die Existenzanalyse z. B. betont die Bedeutung des inneren Dialogs (Tutsch u. Bukovski, 2016, S. 11–14). Auch im Prozess des Selbstverstehens, gefördert mithilfe des Persönlichkeitsmodells der Transaktionsanalyse – der Ichzustände –, wird der Charakter dieses prozessualen Verstehens hervorgehoben (Berne, 1961/2006, S. 37 f.). Symptomklassifizierende und -fixierte Herangehensweisen reichen daher nicht aus. Multimodale Zugänge sind notwendig, z. B. körperorientierte Herangehensweisen (Willach-Holzapfel, 2013). Gerade das umfassende Leibkonzept der Integrativen Therapie (Hofer-Moser, 2018; Petzold u. Sieper, 2012) liefert auch zur Diagnostik eine Vielzahl an Perspektiven, z. B. Entfremdungsphänomene oder Embodiment-Konzepte, die es zu beachten gilt (vgl. zur Praxis ätiologischer Diagnostik – z. B. longitudinale Akkumulation, Attributionen oder subjektive Krankheitstheorien – und zur Analyse von Ressourcen, Potenzialen und Resilienzfaktoren Osten, 2019). Das Trauma entfaltet sich also in einem Spannungsfeld zahlreicher weiterer Entwicklungsfaktoren. In der Diagnostik muss daher vor allem versucht werden, dialogisch orientiert zahlreiche verstehende Aspekte der Biografie und der Lebenswelt sowohl aus pathogenetischer als auch salutogenetischer Sicht zusammenzutragen (vgl. Gahleitner u. Weiß, 2016b).

1.3 Die Biografie- und Lebensweltperspektive

Zur adäquaten Erfassung traumatischer Phänomene aus humanistischer Perspektive bedarf es daher einer verstehenden Diagnostik, die die Biografie und Entwicklung eines Menschen samt seiner Umwelt lebens-, subjekt- und situationsnah erfasst (vgl. Abb. 1, 2 und 3; vgl. mit konkreten Fallbeispielen u. a. Gahleitner, Hintenberger, Kreiner u. Jobst, 2014; Gahleitner u. Kreiner, 2015; Tutsch, 2011). In der Biografie- und Lebensweltdiagnostik bieten sich dafür verstehensorientierte Modelle aus der Biografieforschung und angrenzenden Bereichen an (vgl. u. a. Krautkrämer-Oberhoff, 2013, S. 126; Petzold, Wolf, Landgrebe, Josić u. Steffan, 2000, S. 463–472; zum Einsatz

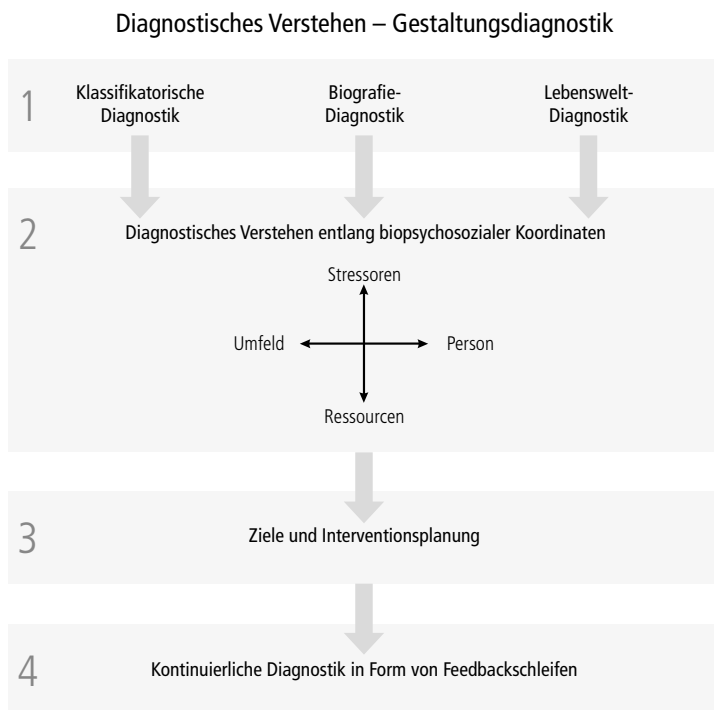


Abbildung 1: Diagnostisches Verstehen im Überblick (eigene Darstellung, nach Gahleitner et al., 2014, S. 139)

kreativer Medien in diesem Prozess vgl. Jobst, 2013; Nitsch-Berg u. Kühn, 2000). Die Theorie der Entwicklung des Lebensplans ermöglicht dabei z. B., kontinuierliche Lebenseinflüsse in ihrer Wirkung zu beschreiben und Veränderungsprozesse zu begleiten (Jecht u. Kauka, 2017). Auch eine ich-strukturelle Diagnostik zur Einschätzung der Verarbeitungskapazität von traumatischen oder stark belastenden Inhalten entlang der Existenzanalyse kann hilfreich sein (Längle, 2007, 2014).

Bei der Einschätzung des traumatischen Erlebnisses sind z. B. auch die Beachtung der Entwicklungsstufe (Levin-Landheer, 1982) und die gelebte Spielphase des Kindes wichtig. Dies hilft zu verstehen, welche sicherheitsspendenden Bedürfnisse das Kind unmittelbar hat (Jecht u. Kauka, 2017). Berne (1972/2012) spricht, wie bereits erwähnt, vom Skript (S. 43–46). Die Inhalte sind in der therapeutischen Situation wahrnehmbar und bedürfen der diagnostischen Beachtung. Besondere Relevanz haben dabei stets Selbstdeutungen (Hanses, 2008). Von zentraler Bedeutung ist darüber hinaus stets,

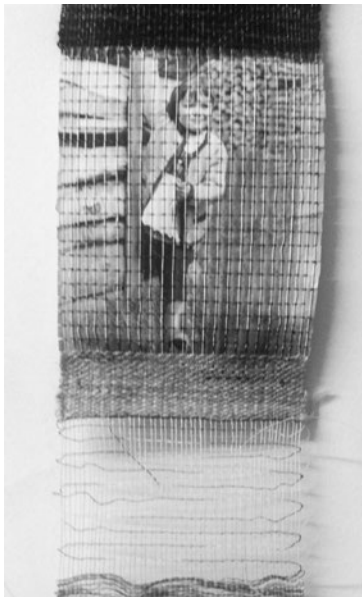


Abbildung 2: Susanne Frantal: Lebensband (handgewebtes Band und bedruckte Papierstreifen, 2013). »Ein persönlicher Code wurde durch Farben und Materialität entsprechend den Erinnerungen und Emotionen zwischen Abschnitten aus Papierstreifen eingewebt. Das Lebensband lässt sich beliebig oft aufrollen [...], ein sich fortwährendes Wiederholen von Geburten, Wachstum, Arbeitsleben, Altern und dem unbekannten Ende – unterschiedlich gefärbte Lebensereignisse aus fragmentarischen Erinnerungen als Beispiel eines Lebenszeitabschnitts« (Frantal, persönlicher Kommentar).