

Judith Herman

Die Narben der Gewalt

**Traumatische Erfahrungen
verstehen und überwinden**

JUNFERMANN

KONZEPTE
der Psychotraumatologie

KAPITEL 7

Eine heilende Beziehung

Ohnmacht und Isolation sind die Grunderfahrungen des psychologischen Traumas. Wichtigste Voraussetzung für seine Überwindung ist daher die Stärkung der Persönlichkeit und die Schaffung neuer Kontakte. In sozialer Isolation ist keine Genesung möglich. Mit den neuen Beziehungen zu anderen Menschen wachsen beim Opfer die psychologischen Fähigkeiten wieder neu, die durch die traumatische Erfahrung verstümmelt oder deformiert wurden. Das Opfer muß unter anderem wieder lernen zu vertrauen, autonom zu handeln, selbst die Initiative zu ergreifen, lebens-tüchtig zu werden, eine eigene Identität zu entwickeln und enge Beziehungen einzugehen.¹ Diese früher schon im Umgang mit anderen Menschen erworbenen Fähigkeiten müssen in neuen Beziehungen wiedererlangt werden.

Zunächst gilt es, die Persönlichkeit des Opfers zu stärken und zu festigen. Es muß eigenverantwortlich auf seine eigene Genesung hinarbeiten. Andere können ihm Rat, Hilfe, Sympathie und Solidarität anbieten, aber heilen können sie es nicht. Viele wohlwollende, gutgemeinte Versuche zu helfen scheitern, weil das grundlegende Prinzip der Persönlichkeitsstärkung außer acht gelassen wird. Jede Einmischung, die dem Opfer die Entscheidung und die Eigenverantwortung abnimmt, kann die Überwindung des Traumas vereiteln, auch wenn sie eindeutig nur sein Bestes im Auge zu haben scheint. Um es mit den Worten eines Inzestopfers auszudrücken: »Die guten Therapeuten waren die, die meine Erfahrung wirklich ernst nahmen

und mir halfen, mein Verhalten zu kontrollieren, also nicht versuchten, mich zu kontrollieren.«²

Die Betreuer wurden in der Regel für die medizinische Pflege ausgebildet und haben oft Schwierigkeiten, dieses wichtige Prinzip zu begreifen und in die Tat umzusetzen. In den seltenen Fällen, in denen das Opfer die Verantwortung für sein Wohlergehen gänzlich aufgegeben hat oder sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen droht, muß zwar notfalls auch ohne seine Zustimmung schnell eingegriffen werden, dennoch braucht man auch dann nicht gänzlich auf seine Mitarbeit zu verzichten. Man sollte das Opfer stets nach seinen Wünschen fragen und ihm jede Entscheidungsfreiheit lassen, die seine Sicherheit nicht gefährdet.

Inzwischen herrscht weitgehend Einigkeit darüber, daß in erster Linie die Eigenverantwortlichkeit der traumatisierten Person gefördert und wiederhergestellt werden muß. Abram Kardiner definiert die Rolle des Therapeuten als die eines Helfers, der den Patienten lediglich dabei unterstützen will, seine spontan begonnene Entwicklung erfolgreich zu Ende zu führen und sein Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen.³ Martin Symonds, der Opfer von Geiselnahmen betreut, nennt als wichtigste Behandlungsprinzipien, die Persönlichkeit des Opfers wieder aufzubauen und zu stärken, die Isolation aufzuheben, seine Hilflosigkeit durch eine Erweiterung der Entscheidungsmöglichkeiten zu verringern und zu vermeiden, daß das Opfer in der therapeutischen Situation erneut zum Unterlegenen wird.⁴ Evan Stark und Anne Flitcraft geben als therapeutisches Ziel bei der Behandlung mißhandelter Frauen die Wiederherstellung der Autonomie und die Stärkung der Persönlichkeit an. Autonomie beinhaltet für sie »das Gefühl des Getrenntseins, Flexibilität sowie ein Maß an Selbstbeherrschung, das es möglich macht, die eigenen Interessen zu definieren ... und wichtige Entscheidungen zu treffen«. Unter Persönlichkeitsstärkung verstehen sie »das Zusammenwirken von gegenseitiger Unterstützung und individueller Autonomie«.⁵ Aus ihrer Sicht kann eine Frau, die in einem herkömmlichen Krankenhaus oder einer herkömmlichen psychiatrischen Klinik als hilflose Patientin »in schlechter Verfassung« erscheint, in einer geschützten Umgebung, in der ihre Erfahrungen ernstgenommen und ihre Stärken erkannt und gefördert werden, als starke Persönlichkeit wirken und auch so handeln.

Die Beziehung zwischen Opfer und Therapeut ist nur eine unter vielen. Sie ist keineswegs der einzige Kontakt und oft nicht einmal die Beziehung, die am meisten zur Genesung des Opfers beiträgt. Traumatisierte Menschen scheuen sich häufig, um Hilfe zu bitten, insbesondere um psychotherapeutische Hilfe. Dennoch wenden sich viele Menschen mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung schließlich doch an therapeutische Institutionen. So ergab zum Beispiel eine amerikanische Studie über Vietnamveteranen, daß die meisten Kriegsveteranen mit einem posttraumatischen Syndrom nach ihrer Rückkehr aus dem Krieg mindestens einmal um eine Behandlung ihrer psychischen Probleme nachsuchten.⁶

Die therapeutische Beziehung ist in vielerlei Hinsicht einzigartig. Erstens einmal ist ihr alleiniger Zweck die Genesung des Patienten. Um dieses Ziel zu erreichen, macht sich der Therapeut zum Verbündeten des Patienten und stellt ihm all sein Wissen, all seine Fähigkeiten und seine ganze Erfahrung zur Verfügung. Zweitens ist der Umgang mit der Macht zwischen dem Patienten und dem Therapeuten gewissermaßen vertraglich geregelt. Der Patient beginnt eine Therapie, weil er Hilfe und Fürsorge braucht. Er geht freiwillig eine ungleiche Beziehung ein, in welcher der Therapeut den höheren Status und die größere Macht besitzt. Dadurch werden zwangsläufig Gefühle wachgerufen, die sehr stark den Abhängigkeitsgefühlen eines Kindes gegenüber seinen Eltern ähneln. Diese als Übertragung bezeichneten Gefühle verstärken das in der therapeutischen Beziehung von vornherein angelegte Ungleichgewicht der Macht noch weiter und haben zur Folge, daß jeder Patient anfällig für Ausbeutung wird. Der Therapeut hat die Verantwortung, die ihm verliehene Macht einzig und allein für die Genesung des Patienten zu nutzen und der Versuchung des Machtmißbrauchs unbedingt zu widerstehen. Dieses Versprechen, die Basis jeder integren therapeutischen Beziehung, ist insbesondere dann von sehr großer Bedeutung, wenn das Leiden des Patienten durch den willkürlichen und ausbeuterischen Machtmißbrauch einer anderen Person verursacht wurde.

Am Anfang der Therapie verspricht der Therapeut, die Autonomie des Patienten zu respektieren, indem er sich abstinert und neutral verhält. »Abstinert« bedeutet, daß der Therapeut seine Macht über den Patienten nicht mißbraucht, um eigene Bedürfnisse zu befriedigen. »Neutral« heißt

daß der Therapeut bei inneren Konflikten des Patienten unparteiisch bleibt und nicht versucht, dessen Lebensentscheidungen in eine bestimmte Richtung zu lenken. Der Therapeut hält sich stets vor Augen, daß der Patient selbst über sein Leben bestimmt, und verzichtet daher darauf, ein eigenes Konzept vorzuschlagen. Diese abstinente und neutrale Haltung ist natürlich ein Ideal, das zwar angestrebt, aber nie ganz erreicht wird. Die technische Neutralität des Therapeuten ist nicht mit moralischer Neutralität gleichzusetzen. Die Behandlung von Opfern setzt eine engagierte moralische Position voraus. Der Therapeut wird zum Zeugen eines Verbrechens und muß dem Patienten gegenüber eine solidarische Haltung einnehmen, was jedoch nicht bedeutet, daß er von der Unfehlbarkeit des Opfers ausgeht. Er muß die fundamentale Ungerechtigkeit der traumatischen Erfahrung nachvollziehen können und sich konsequent um eine Lösung bemühen, die das Gefühl einer gewissen Gerechtigkeit wiederherstellt. Diese Grundeinstellung prägt den täglichen Umgang des Therapeuten mit seinen Patienten ebenso wie seine Sprache, durch die er seine moralische Absicht zum Ausdruck bringt, die volle, ungeschminkte Wahrheit zu sagen. Die Psychologin Yael Danieli, die Überlebende des Nazi-Holocausts behandelt, nimmt diese moralische Haltung selbst dann ein, wenn sie routinemäßig die Familiengeschichte notiert. Wenn die Opfer »verstorbene« Familienmitglieder erwähnen, dann spricht sie aus, daß diese »umgebracht« wurden: »Therapeuten und Forscher, die mit Familienangehörigen von Opfern arbeiten, begegnen vielen Menschen, die durch den Holocaust aus dem normalen Generations- und Alterszyklus herausgerissen wurden. Der Holocaust brachte sie – und bringt sie noch heute – um einen natürlichen, individuellen Tod ... und damit um einen normalen Trauerprozeß. Die Opfer, die das Wort ›Tod‹ gebrauchen, wenn sie vom Schicksal ihrer Verwandten, Freunde, Nachbarn und Glaubensgenossen sprechen, wollen auf diese Weise offensichtlich die Anerkennung der Tatsache vermeiden, daß Mord zur schrecklichen Realität des Holocausts gehörte.«⁷

Der Therapeut erfüllt jedoch nicht nur eine intellektuelle, sondern auch eine emotionale Rolle. So schreibt Kardiner, daß der zentrale Teil der Therapie zwar stets darin bestehen solle, dem Patienten Einsichten in die Natur und Bedeutung seiner Symptome zu vermitteln, daß jedoch die Rolle eines Arztes, der solche Fälle behandle, gleichzeitig auch die eines

beschützenden Elternteils sei. Er müsse dem Patienten helfen, mit der Welt draußen wieder zurechtzukommen, und das lasse sich durch eine oberflächliche Haltung des mechanischen Pillenverschreibens nicht erreichen.⁸ Ähnliches schreibt der Psychoanalytiker Otto Kernberg über die Behandlung von Borderline-Patienten: »Die empathische Haltung des Therapeuten, die aus dem emotionalen Verständnis seiner selbst und aus der vorübergehenden Identifizierung mit dem Patienten herrührt, enthält Elemente, die auch zur Empathie der ›ausreichend guten Mutter‹ mit ihrem Kleinkind gehören (Winnicott). Es besteht allerdings auch ein vollkommen rationaler, kognitiver, beinahe asketischer Aspekt der Arbeit des Therapeuten mit dem Patienten, der ihrer Beziehung eine vollkommen andere Qualität gibt.«⁹

Das Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient ist nicht von vornherein selbstverständlich. Es muß von beiden Parteien im Verlaufe der Therapie mühsam und gemeinsam erarbeitet werden. Die Grundvoraussetzung für jede Therapie ist das ausdrückliche Vertrauen beider Partner in den Sinn und Erfolg einer Beziehung, in der man nicht gezwungen, sondern überzeugt wird und in der Probleme nicht durch Gewalt und einseitige autoritäre Kontrolle, sondern durch gemeinsame Gespräche und partnerschaftliche Zusammenarbeit gelöst werden. Genau diese Gewißheiten wurden durch die traumatische Erfahrung erschüttert. Jedes Trauma zerstört die Fähigkeit des Patienten, eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen; so bekommt auch der Therapeut die Auswirkungen des Traumas zwar indirekt, aber doch deutlich zu spüren. Es ist daher nicht erstaunlich, daß es weder dem Patienten noch dem Therapeuten leicht fällt, ein solidarisches Arbeitsbündnis aufzubauen. Diese Schwierigkeiten müssen vor Beginn der Therapie verstanden und einbezogen werden.

TRAUMATISCHE ÜBERTRAGUNG

Patienten, die an einem posttraumatischen Syndrom leiden, entwickeln in der therapeutischen Beziehung eine ganz typische Art der Übertragung. Ihre emotionalen Reaktionen auf Autoritätspersonen sind durch die Erfahrungen des Terrors geprägt und gestört. Deshalb sind traumatische

Übertragungsreaktionen so intensiv, als ginge es um Leben oder Tod; sie unterscheiden sich sehr stark von der Übertragung, die der Therapeut von anderen Patienten gewohnt ist. In Kernbergs Worten: »Es ist, als hinge das Leben des Patienten davon ab, den Therapeuten unter Kontrolle zu halten.«¹⁰ Schon in den klassischen Arbeiten über die Behandlung von Borderline-Patienten sind die Tücken der traumatischen Übertragung sehr scharfsichtig beschrieben, obwohl damals der traumatische Ursprung dieser Verhaltensstörungen noch gar nicht bekannt war. In den Fallberichten ist wiederholt davon die Rede, daß eine destruktive Kraft die Beziehung zwischen Patient und Therapeut immer wieder erheblich störe. Früher brachte man diese Kraft mit unterdrückten Aggressionen des Patienten in Verbindung, inzwischen konnte man sie jedoch als die Gewalttätigkeit des Täters entlarven. Der Psychiater Eric Lister bemerkt, daß die Übertragung traumatisierter Patienten nicht der Zweierbeziehung zwischen Patient und Therapeut entspringt, sondern einer Dreierbeziehung: »Der Terror entsteht dadurch, daß außer dem Patienten und dem Therapeuten noch eine dritte Person anwesend zu sein scheint. Diese dritte Person ist der Täter, der ... Stillschweigen forderte und dessen Befehl nun mißachtet wird.«¹¹

Die traumatische Übertragung spiegelt nicht nur die Erfahrung von Gewalt wider, sondern auch die Erfahrung von Hilflosigkeit. Im Augenblick des Traumas ist das Opfer ganz und gar hilflos. Unfähig, sich zu verteidigen, schreit es nach Hilfe, aber niemand kommt. Es fühlt sich völlig verlassen. Die Erinnerung an diese Erfahrung prägt alle späteren Beziehungen. Je mehr das Opfer gefühlsmäßig von seiner Hilflosigkeit und Verlassenheit überzeugt ist, desto stärker sehnt es sich nach einem allmächtigen Retter. Diese Rolle wird oft dem Therapeuten zugewiesen, und bisweilen werden höchst idealisierte Erwartungen an ihn gerichtet. Die Idealisierung des Therapeuten schützt den Patienten in der Phantasie davor, den Schrecken des Traumas noch einmal durchleben zu müssen. Im Verlauf einer erfolgreichen Behandlung erkannten Patient und Therapeut, daß die Sehnsucht des Patienten nach Rettung der Furcht entsprang: »Der Therapeut sagte: ›Es macht angst, wenn man jemanden so sehr braucht und gleichzeitig keinerlei Kontrolle über ihn hat.‹ Bewegt führte der Patient den Gedankengang fort: ›Es macht angst, weil Sie mich durch das, was Sie sagen ...

oder durch Ihre Gleichgültigkeit oder Ihr Weggehen töten können.« Der Therapeut fügte dann hinzu: »Jetzt wissen wir, warum ich für Sie unbedingt perfekt sein muß.«¹²

Wenn der Therapeut die idealisierten Erwartungen nicht erfüllt – was zwangsläufig irgendwann der Fall ist –, reagiert der Patient häufig mit Wut. Da er das Gefühl hat, daß sein Leben von seinem Retter abhängt, kann er sich Toleranz nicht leisten; menschliche Irrtümer dürfen nicht vorkommen. Die hilflose, verzweifelte Wut des traumatisierten Opfers auf den Retter, wenn dieser nur einen Moment lang »aus der Rolle fällt«, verdeutlicht der Fall des Vietnamveteranen Tim O'Brien. Er schildert, was für Gefühle er hatte, nachdem er im Krieg verwundet worden war:

Ich war wie besessen von dem Wunsch, mich zu rächen. Abends trank ich manchmal zuviel. Dann erinnerte ich mich daran, wie ich angeschossen wurde und nach einem Sanitäter schrie, wie ich wartete und wartete und wartete, wie ich einmal das Bewußtsein verlor, wieder erwachte und erneut schrie und wie das Schreien mir neue Schmerzen zu bereiten schien. Ich erinnerte mich auch an meinen eigenen, schrecklichen Gestank, an den Schweiß und die Angst und an Bobby Jorgensons ungeschickte Hände, als er endlich kam und sich an mir zu schaffen machte. Ich führte mir alles immer wieder vor Augen, jedes kleinste Detail ... Ich wollte schreien: »Du Blödmann, das ist ein Schock – ich sterbe!« Aber ich konnte nur wimmern und schreien. An all das konnte ich mich noch genau erinnern, auch an das Krankenhaus und an die Schwestern, sogar an meine Wut, aber fühlen konnte ich sie nicht mehr. Schließlich spürte ich nur noch diese Kälte, die meine Brust innen hinunterlief. Erstens: Der Kerl hatte mich fast umgebracht. Zweitens: Das hatte für ihn keinerlei Konsequenzen.¹³

Dieser Bericht enthüllt nicht nur die hilflose Wut des Opfers angesichts des Todes, sondern zeigt auch, wie die Wut vom Täter auf den Helfer verlagert wird. Tim O'Brien erscheint es so, als hätte der Sanitäter ihn beinahe getötet und nicht der Feind. Das Gefühl von Demütigung und Scham verstärkt seine Wut noch. Obwohl er die Hilfe des Retters dringend benötigt, ist es ihm

peinlich, in dieser erbärmlichen körperlichen Verfassung angetroffen zu werden. Während seine Wunden im Krankenhaus verheilen, grübelt er über einen Racheplan nach, der sich nicht gegen den Feind, sondern gegen den unfähigen Retter richtet. Viele traumatisierte Menschen empfinden eine ähnliche Wut auf Helfer und malen sich in ganz ähnlichen Rachephantasien aus, wie sie den enttäuschenden, aber auch beneideten Therapeuten in die gleiche unerträgliche, angstmachende, hilflose und beschämende Lage versetzen wollen, in der sie sich befunden haben.

Obwohl der traumatisierte Patient sich verzweifelt danach sehnt, auf die Integrität und die Kompetenz des Therapeuten vertrauen zu können, ist er nicht dazu in der Lage, weil seine Fähigkeit zu vertrauen durch die traumatische Erfahrung verstümmelt wurde. In anderen therapeutischen Beziehungen kann man ein gewisses Maß an Vertrauen von vornherein voraussetzen, bei der Behandlung traumatisierter Patienten dagegen niemals.¹⁴ Zu Beginn der therapeutischen Beziehung ist ein solcher Patient voller Zweifel und Mißtrauen. Er nimmt im allgemeinen an, daß der Therapeut entweder nicht fähig oder nicht willens ist, ihm zu helfen. Solange man ihm nicht das Gegenteil beweist, geht er davon aus, daß der Therapeut es nicht ertragen kann, die wahre Geschichte seines Traumas zu hören. Kriegsveteranen entwickeln erst dann eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Therapeuten, wenn sie wirklich davon überzeugt sind, daß er jedes Detail der Kriegsgeschichte verkraftet.¹⁵ Vergewaltigungsopfer, Geiseln, politische Gefangene, mißhandelte Frauen und Überlebende des Holocaust haben ebensowenig Vertrauen in die Fähigkeit des Therapeuten, ihnen zuzuhören. Ein Inzestopfer formulierte das so: »Diese Therapeuten hören sich an, als wüßten sie alle Antworten, aber vor den wirklich beschissenen Sachen schrecken sie zurück.«

Andererseits jedoch ist der Patient mißtrauisch, wenn der Therapeut vor seiner Geschichte nicht zurückschreckt. Es kommt vor, daß er dem Therapeuten die gleichen Beweggründe unterstellt wie seinem Verfolger. Oft wird der Therapeut ausbeuterischer oder voyeuristischer Absichten bezichtigt.¹⁶ Nach einem wiederholten oder langanhaltenden Trauma kann sich die Überzeugung des Patienten, daß auch der Therapeut perverse oder böswillige Absichten verfolgt, als besonders hartnäckig erweisen. Patienten mit einem chronischen Trauma leiden unter einer entsprechend komplexen

posttraumatischen Störung und zeigen sehr komplexe Übertragungsreaktionen. Das Opfer war dem Täter so lange ausgeliefert, daß sich sein Verhalten in Beziehungen vollkommen verändert hat. Es hat nicht nur ständig Angst, erneut zum Opfer gemacht zu werden, sondern es kann sich anscheinend davor auch nicht schützen oder fordert eine entsprechende Entwicklung geradezu heraus. Die Dynamik von Beherrschung und Unterwerfung wird in allen nachfolgenden Beziehungen wiederholt – auch in der Therapie.

Patienten mit einem chronischen Trauma haben besonders feine Antennen für unbewußte und nonverbale Kommunikation. Über einen langen Zeitraum hinweg haben sie sich darin geübt, die geistige und emotionale Verfassung ihres feindlichen Gegenübers zu erraten; diese Fähigkeit bringen sie auch in die therapeutische Beziehung mit. Kernberg spricht von der geradezu unheimlichen Fähigkeit des Patienten, den Therapeuten zu durchschauen und seine verwundbaren Punkte zu erkennen.¹⁷ Emmanuel Tanay beschreibt die »Sensibilität und das intensive Wahrnehmungsvermögen« von Überlebenden des Nazi-Holocaust, die jede Schwankung in der Aufmerksamkeit des Therapeuten sofort mit einer pathologischen Überempfindsamkeit registrieren.¹⁸

Um sich vor den erwarteten feindseligen Reaktionen zu schützen, studiert der Patient jede Geste und jedes Wort des Therapeuten. Da er kein Vertrauen in die wohlmeinenden Absichten des Therapeuten hat, mißdeutet er dessen Motive und Reaktionen ständig. Unter Umständen lösen solche Unterstellungen einer feindseligen Absicht schließlich auch beim Therapeuten ungewöhnliche Verhaltensweisen aus. Wenn er in die Dynamik von Beherrschung und Unterwerfung hineingezogen wird, wiederholt er möglicherweise unbeabsichtigt bestimmte Muster der Täter-Opfer-Beziehung. Diese Dynamik zwischen Patient und Therapeut hat man anhand von Borderline-Fällen ausgiebig studiert und auf den für solche Patienten typischen Abwehrmechanismus der »projektiven Identifikation« zurückgeführt. Auch bei dieser Art von Interaktion ist der Schatten des Täters gegenwärtig. Wenn das ursprüngliche Trauma endlich aufgedeckt ist, stellt der Therapeut möglicherweise fest, daß bestimmte Vorfälle in der Therapie dem Trauma so verblüffend ähnlich sind, daß man von einer Wiederholung sprechen kann. So schildert Frank Putnam den folgenden

Fall einer Patientin mit multipler Persönlichkeitsstörung: »Die Patientin war als Kind wiederholt gefesselt und anschließend gezwungen worden, ihren Vater oral zu befriedigen. Während ihres letzten Klinikaufenthalts war sie stark selbstmordgefährdet und hatte keinen Appetit mehr. Das Klinikpersonal versuchte, sie über einen durch die Nase in den Magen eingeführten Schlauch zu ernähren, doch sie zog ihn ständig wieder heraus. Um sie am Leben zu erhalten, sah man sich schließlich dazu gezwungen, sie mit Fesseln an Händen und Füßen zu fixieren und ihr gewaltsam einen Schlauch in den Rachen einzuführen. Erst als man allen Beteiligten vor Augen geführt hatte, wie genau diese ›therapeutischen‹ Maßnahmen den Mißhandlungen glichen, die sie als Kind erdulden mußte, wurde es möglich, die Zwangsernährung einzustellen.«¹⁹

Bei Patientinnen, die in der Kindheit über einen langen Zeitraum hinweg sexuell mißbraucht wurden, kommt es manchmal zu einer sexualisierten Übertragung, an der die Wiederholung der Täter-Opfer-Beziehung besonders deutlich wird. Die Patientin geht möglicherweise davon aus, daß sie für andere, insbesondere für Personen in Machtpositionen, einzig und allein als Sexualobjekt einen gewissen Wert besitzt. So beschreibt ein Therapeut die letzte Sitzung mit einer Frau, Opfer eines Inzests, der man eine Borderline-Störung attestiert hatte und die sich einer langen und erfolgreichen Behandlung unterzogen hatte: »Sie fühlte sich jetzt wie eine erwachsene Tochter. Aber sie fragte sich dennoch, ob sie vielleicht deshalb bisher keinen Geschlechtsverkehr mit mir gehabt hatte, weil sie einfach nicht sexy genug war. In der letzten Sitzung überlegte sie, ob ich wohl begreifen würde, wieviel ihr die Therapie geholfen hatte, wenn sie ihren Dank lediglich verbal zum Ausdruck brachte. An der Tür kam ihr dann die Erkenntnis, daß es vielleicht doch ausreichte, sich bei mir zu bedanken. Das war sieben Jahre nach unserer ersten Begegnung.«²⁰

Der Wunsch solcher Patientinnen nach einer sexuellen Beziehung kommt manchmal recht unverblümt zum Ausdruck. Manche Patientinnen verlangen sogar vom Therapeuten, daß er sie durch eine solche Beziehung von der Aufrichtigkeit seines Interesses überzeugen soll. Gleichzeitig fürchten sie eine Wiederholung der sexuellen Beziehung in der Therapie, denn dies würde lediglich ihre feste Überzeugung bestätigen, daß alle menschlichen Beziehungen korrupt sind.

Am kompliziertesten ist die traumatische Übertragung bei Patienten mit multipler Persönlichkeitsstörung. Die Übertragung kann sehr fragmentiert sein, dann entfallen die einzelnen Bestandteile auf unterschiedliche Persönlichkeiten des Patienten. Putnam rät Therapeuten, die mit solchen Patienten arbeiten, äußerst feindselige und hochgradig sexualisierte Übertragungsreaktionen als selbstverständlichen Bestandteil der Behandlung zu erwarten.²¹ Selbst bei Patienten, die keine dieser extremen Erscheinungsweisen von Dissoziation an den Tag legen, kann die Übertragung chaotisch und bruchstückhaft erfolgen und den häufigen Schwankungen unterliegen, die für traumatische Störungen so charakteristisch sind. Die während der therapeutischen Beziehung zwangsläufig auftretenden emotionalen Wechselbäder sind für Patient und Therapeut gleichermaßen unberechenbar und verwirrend.

TRAUMATISCHE GEGENÜBERTRAGUNG

Trauma ist ansteckend. Der Therapeut wird in seiner Rolle als Zeuge einer Katastrophe oder eines abscheulichen Verbrechens von seinen Gefühlen oft geradezu überwältigt. Etwas weniger intensiv als der Patient lebt er dessen Gefühle von Angst, Wut und Verzweiflung ebenfalls durch. Dieses Phänomen ist als »traumatische Gegenübertragung« oder als »Traumatisierung aus zweiter Hand«²² bekannt. Unter Umständen zeigt auch der Therapeut im Laufe der Zeit Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Hat der Therapeut selbst eine traumatische Erfahrung gemacht, werden in ihm zwangsläufig Erinnerungen daran wach, während der Patient die Geschichte seines Traumas erzählt. Unter Umständen tauchen in seinen Tag- oder Nachträumen Bilder auf, die mit der Geschichte des Patienten in Zusammenhang stehen. In einem Fall hatte eine Therapeutin die gleichen grotesken Alpträume wie ihr fünfunddreißigjähriger Patient Arthur, der als Kind von seinem Vater sadistisch mißbraucht worden war:

Arthur erzählte der Therapeutin, daß er immer noch Angst vor seinem Vater habe, obwohl er schon seit zehn Jahren tot sei. Er habe das Gefühl, sein Vater würde ihn nach wie vor beobachten und vom

Grab aus weiterhin kontrollieren. Er glaubte, die dämonische Kraft seines Vaters würde sich nur überwinden lassen, wenn man ihn ausgraben und ihm einen Pfahl ins Herz stoßen würde. Daraufhin hatte die Therapeutin Alpträume, in denen Arthurs Vater als wieder ausgegrabener, verwesender Leichnam in ihrem Zimmer erschien.

Die engagierte Arbeit mit traumatisierten Patienten kann die psychische Gesundheit des Therapeuten gefährden. Seine Gegenübertragung kann wiederum zu Konflikten in der therapeutischen Beziehung zum Patienten und zu Spannungen mit Berufskollegen führen, wenn er sie nicht rechtzeitig durchschaut und kontrolliert. Damit Therapeuten mit diesen intensiven Reaktionen auf traumatisierte Patienten umgehen können, brauchen sie ein soziales Bezugssystem, das sie in ihrer Arbeit kontinuierlich unterstützt. Wie kein Überlebender ganz auf sich gestellt genesen kann, so kann auch kein Therapeut ein Trauma alleine behandeln.

Zur traumatischen Gegenübertragung gehört die gesamte Palette der emotionalen Reaktionen des Therapeuten auf das Opfer und auf das traumatische Erlebnis. Danieli stellt fest, daß sich die emotionalen Reaktionen von Therapeuten, die Überlebende des Holocausts behandeln, in erstaunlicher Weise gleichen. Sie nimmt an, daß der Hauptgrund dafür nicht in den individuellen Persönlichkeiten der Therapeuten oder der Patienten liegt, sondern im Holocaust selbst.²³ Damit erkennt sie die schemenhafte Allgegenwart des Täters in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut an und führt die Gegenübertragung ebenso wie die Übertragung auf ihre eigentliche Ursache zurück, die außerhalb der therapeutischen Zweierbeziehung liegt.

Der Therapeut beobachtet mitunter nicht nur an sich selbst Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, sondern hat mit denselben Konflikten in der therapeutischen Beziehung zu kämpfen wie der Patient. Die ständige Konfrontation mit Schilderungen mörderischer Grausamkeit erschüttert das Grundvertrauen des Therapeuten und hat zur Folge, daß er sich seiner eigenen Verwundbarkeit stärker bewußt wird. Möglicherweise wird er sich anderen Menschen gegenüber insgesamt vorsichtiger verhalten als bisher und selbst in engen Beziehungen mehr Mißtrauen an

den Tag legen. Oder aber er stellt fest, daß er die Motive seiner Mitmenschen auf einmal viel zynischer hinterfragt und die *Conditio humana* insgesamt wesentlich pessimistischer beurteilt.²⁴

Auch die vom Patienten erlebte Ohnmacht wird vom Therapeuten nachempfunden, und das kann dazu führen, daß er den Wert seiner eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten zunehmend unterschätzt oder die Stärken und Möglichkeiten des Patienten allmählich aus dem Blick verliert. Das Gefühl von Ohnmacht in der Gegenübertragung kann schließlich sogar zur Folge haben, daß der Therapeut den Glauben an Sinn und Erfolg der psychotherapeutischen Beziehung verliert. Selbst erfahrene Therapeuten fühlen sich in Gegenwart eines traumatisierten Patienten oft plötzlich unfähig und hoffnungslos. Putnam sagt, der Therapeut fühle sich eingeschüchtert und »seiner Fähigkeiten beraubt«, wenn er einen Patienten mit multipler Persönlichkeitsstörung vor sich habe.²⁵ Ähnliches berichten auch Menschen, die Opfer von politisch motivierten Gewalttaten und politisch motivierter Unterdrückung betreuen.²⁶ Wie eine Therapie zeitweilig in eine Sackgasse geraten kann, weil der Therapeut das Vertrauen in seine Fähigkeiten verliert, zeigt der Fall von Irene, Opfer sexueller Gewalt:

Die fünfundzwanzigjährige Irene entschloß sich zu einer Behandlung, weil sie nach eigenen Angaben unter einem posttraumatischen Syndrom mit starker Übererregtheit, intrusiven und konstriktiven Symptomen litt. Die einst kontaktfreudige junge Frau hatte sich aus fast allen Beziehungen zurückgezogen und lebte nun buchstäblich wie eine Gefangene in ihrer eigenen Wohnung. Ein Jahr zuvor hatte sie während einer Verabredung einen Vergewaltigungsversuch abgewehrt; seitdem schikanierte der Täter sie nicht nur mit obszönen Anrufen mitten in der Nacht, sondern schlich auch hinter ihr her und belauerte ihr Haus; außerdem hatte sie ihn im Verdacht, ihre Katze getötet zu haben. Sie war bereits bei der Polizei gewesen, hatte dort jedoch den Eindruck gewonnen, daß man ihrem Problem nicht viel Aufmerksamkeit schenkte, da ja »nichts Konkretes vorgefallen« sei.

Der Therapeut identifizierte sich mit Irenes Frustration und Hilflosigkeit. Da er bezweifelte, daß Irene mit einer Psychotherapie gehol-

fen werden könnte, ging er dazu über, ihr praktische Ratschläge zu erteilen. Irene lehnte alle seine Vorschläge ebenso resigniert und verzweifelt ab wie die ihrer Freunde, ihrer Familie und der Polizei. Sie war fest davon überzeugt, daß der Täter immer die Oberhand behalten würde, was sie auch unternehmen mochte. Die Therapie half auch nichts; ihre Symptome verschlimmerten sich, und sie äußerte inzwischen sogar Selbstmordgedanken.

Als der Therapeut den Fall in der Supervision vorstellte, merkte er, daß er genau wie Irene von einem Gefühl vollkommener Ohnmacht überwältigt worden war. Dadurch hatte er jegliches Vertrauen in die Nützlichkeit seiner wichtigsten Fähigkeit, des Zuhörens, verloren. In der nächsten Sitzung fragte er Irene, ob sie außer ihm noch irgend jemandem die ganze Geschichte erzählt habe. Irene antwortete, daß niemand etwas davon hören wolle; alle wollten lediglich, daß sie sich zusammenriß und wieder ein normales Leben führte. Der Therapeut sagte daraufhin, daß sie sich dann ja wirklich sehr allein fühlen müsse. Insgeheim fragte er sich, ob sie wohl spürte, daß sie sich auf ihn auch nicht verlassen konnte. Irene brach in Tränen aus. Sie hatte tatsächlich gespürt, daß auch der Therapeut ihr nicht zuhören wollte.

In den darauffolgenden Sitzungen erzählte Irene ihre Geschichte weiter, und ihre Symptome klangen allmählich ab. Sie begann selbst die Initiative zu ergreifen, traf Vorkehrungen zu ihrem eigenen Schutz, mobilisierte ihre Freunde und ihre Familie und bemühte sich um wirkungsvollere Hilfe von seiten der Polizei. Ihre neuen Strategien besprach sie zwar mit ihrem Therapeuten, aber sie entwickelte sie überwiegend selbst.

Um das unerträgliche Gefühl völliger Hilflosigkeit abzuwehren, versucht der Therapeut möglicherweise, in die Rolle des Retters zu schlüpfen, oder er macht sich zum Anwalt des Patienten und drückt damit implizit aus, daß der Patient nicht in der Lage ist, selbst zu handeln. Wenn der Therapeut sich mit der Hilflosigkeit seines Patienten abfindet, erhält er damit die traumatische Übertragung aufrecht und macht den Patienten noch ohnmächtiger.

Viele Therapeuten mit langer Berufserfahrung, die normalerweise die Grenzen der therapeutischen Beziehung respektieren, stellen fest, daß sie unter dem intensiven Druck der traumatischen Übertragung und Gegenübertragung die Grenzen verletzen und die Rolle eines Retters übernehmen. Der Therapeut fühlt sich unter Umständen gezwungen, die Therapiestunden zu verlängern, oder er erlaubt dem Patienten, in dringenden Fällen zwischen den Sitzungen bei ihm zu erscheinen oder ihn spät in der Nacht, an Wochenenden oder sogar in den Ferien anzurufen. Diese außerordentlichen Maßnahmen bringen jedoch selten den gewünschten Erfolg, sondern bewirken eher das Gegenteil. Je hilfloser, abhängiger und unfähiger der Patient sich fühlt, desto mehr verschlimmern sich in der Regel seine Symptome.

Im Extremfall entwickelt der Therapeut als Abwehr gegen seine Ohnmachtsgefühle eine Haltung der Grandiosität oder Allmacht. Wenn diese Entwicklung nicht erkannt und in Schach gehalten wird, kann sie sehr leicht die therapeutische Beziehung korrumpieren. Alle Arten von Grenzüberschreitungen bis hin zu sexuellen Kontakten werden dann mit dem verzweifelten Bedürfnis des Patienten nach Rettung und den außergewöhnlichen Retterqualitäten des Therapeuten gerechtfertigt. Henry Krystal, der Überlebende des Holocaust behandelt, schreibt, der Impuls des Therapeuten, Gott zu spielen, sei ebenso allgegenwärtig wie schädlich.²⁷ Die Psychoanalytiker John Maltzberger und Dan Buie äußern eine ähnliche Warnung: »Die drei häufigsten narzißtischen Fallen sind der Ehrgeiz, alles heilen zu können, der Ehrgeiz, alles wissen zu können und der Ehrgeiz, alles lieben zu können. Da die heutigen Therapeuten ebensowenig über diese Fähigkeiten verfügen wie seinerzeit Faust ... wird der Therapeut ein faustisches Gefühl der Ohnmacht und Entmutigung verspüren, und solange er das Dilemma nicht durchschaut, wird er versucht sein, es durch magische und destruktive Handlungen aufzulösen.«²⁸

Der Therapeut identifiziert sich nicht nur mit der Ohnmacht des Opfers, sondern auch mit dessen Wut, und die Wut kann extreme Ausmaße annehmen. So verspürt der Therapeut möglicherweise eine unsägliche Empörung, oder aber er reagiert mit Frustration, Gereiztheit oder einem unbestimmten heiligen Zorn. Seine Wut richtet sich unter Umständen nicht nur auf den Täter, sondern auch auf Taten, die nicht eingegriffen

haben, auf Kollegen, die kein Verständnis zeigen, oder auf die Gesellschaft im allgemeinen. Durch die empathische Identifikation mit dem Patienten bekommt der Therapeut eine Vorstellung vom Ausmaß seiner Wut und beginnt eventuell sogar, ihn zu fürchten. Solche Gegenübertragungsreaktionen können, sofern sie nicht bewußt gemacht werden, ebenfalls dazu führen, daß der Patient ohnmächtig gemacht wird. Entweder unterläuft der Therapeut die Wut des Patienten mit seiner eigenen, oder er verfällt in das andere Extrem und entwickelt einen allzu großen Respekt vor der Wut des Patienten. Der Fall der als Kind mißhandelten Kelly verdeutlicht, wie falsch es sein kann, wenn der Therapeut dem Patienten gegenüber eine beschwichtigende Haltung einnimmt:

Kelly, eine vierzigjährige Frau mit einer langen Vorgeschichte stürmischer Beziehungen und erfolgloser psychotherapeutischer Behandlungen, hatte sich vorgenommen, in einer neuen Therapie »ihre Wut loszuwerden«. Es gelang ihr, ihren Therapeuten davon zu überzeugen, daß sie nur Vertrauen entwickeln könne, wenn er ihre Wut bedingungslos akzeptierte. Sitzung für Sitzung beschimpfte sie ihn, er fühlte sich eingeschüchtert und außerstande, Grenzen zu ziehen. Anstatt Vertrauen zu entwickeln, betrachtete Kelly ihren Therapeuten zunehmend als unfähig und unqualifiziert. Sie beschwerte sich, der Therapeut verhalte sich wie ihre Mutter, die die Gewalt des Vaters in der Familie einfach hilflos hingenommen hatte.

Der Therapeut identifiziert sich auch insofern mit dem Patienten, als er dessen tiefen Schmerz nachempfindet. Unter Umständen fühlt er sich, als trauerte er selbst. Leonard Shengold nennt die Psychotherapie mit traumatisierten Patienten eine »via dolorosa«, einen schmerzreichen Kreuzweg.²⁹ Therapeuten von Überlebenden des Nazi-Holocaust berichten immer wieder, »von Angst oder Verzweiflung regelrecht übermannt« worden zu sein.³⁰ Ohne fachkundige Unterstützung könnte kein Therapeut das Leid ertragen und die versprochene Zeugenrolle übernehmen, sondern er müßte sich gefühlsmäßig aus dem eingegangenen Arbeitsbündnis zurückziehen. Der Psychiater Richard Mollica beschreibt, wie das Personal seiner Klinik für Flüchtlinge aus Indochina von der Verzweiflung der Patienten

beinahe überwältigt wurde: »Während des ersten Jahres sahen wir uns bei der Behandlung unserer Patienten vor allem vor die Aufgabe gestellt, mit ihrer Hoffnungslosigkeit zurechtzukommen. Wir merkten, daß die Hoffnungslosigkeit sehr ansteckend war.« Die Situation wurde besser, als die Mitarbeiter sich bewußt machten, daß sie von den Geschichten der Patienten überwältigt wurden: »Im Laufe der Zeit wuchs unsere Erfahrung, und wir entwickelten im Umgang mit unseren Patienten einen gesunden Humor. Die Friedhofsatmosphäre verflüchtigte sich endlich – nicht nur, weil wir miterlebten, daß es einigen Patienten zusehends besser ging, sondern auch weil wir Betreuer verstanden, daß die Hoffnungslosigkeit vieler Patienten auf uns übergegriffen hatte.«³¹

Die traumatische Gegenübertragung des Therapeuten beschränkt sich nicht allein auf die gefühlsmäßige Identifikation mit der Erfahrung des Opfers, denn durch seine Zeugenrolle wird er in den Konflikt zwischen Opfer und Täter hineingezogen. Mit der Zeit identifiziert er sich nicht nur mit den Gefühlen des Opfers, sondern auch mit den Gefühlen des Täters. Kann schon die Identifikation mit den Gefühlen des Opfers für den Therapeuten äußerst schmerzvoll sein, so löst die Identifikation mit dem Täter unter Umständen noch viel stärkere Angstgefühle aus, da sie seine Identität als fürsorgliche Person in Frage stellt. Die Sozialarbeiterin Sarah Haley beschreibt ihre Arbeit mit Kriegsveteranen folgendermaßen: »Die erste Aufgabe, die sich dem Therapeuten oder der Therapeutin stellt, ist die Bewältigung der eigenen sadistischen Impulse, und zwar nicht nur im Umgang mit dem Patienten. Man muß sich des Gewaltpotentials bewußt werden, das in einem selbst schlummert, und sich mit der Möglichkeit auseinandersetzen, daß man unter extremem physischem und psychischem Streß oder in einer Umgebung, die derartige Übergriffe nicht nur duldet, sondern sogar gutheißt, ebenfalls zum Morden fähig sein könnte.«³²

Die Identifikation mit dem Täter kann viele Formen annehmen. Der Therapeut stellt unter Umständen fest, daß er auf die Geschichte des Patienten zunehmend skeptisch reagiert oder den Mißbrauch herunterspielt oder rationalisiert. Möglicherweise fühlt sich der Therapeut vom Verhalten des Patienten abgestoßen oder angeekelt, oder aber er legt an den Patienten äußerst kritische Maßstäbe an, wenn dieser sich nicht so

verhält, wie er es aufgrund seiner idealisierten Vorstellungen vom »guten« Opfer von ihm erwartet. Vielleicht spürt er, daß er die Hilflosigkeit des Patienten im Grunde verachtet, oder er empfindet eine paranoide Angst vor einer nachträglichen Rache des Patienten. Es kann Momente geben, in denen er den Patienten regelrecht haßt und ihn am liebsten loswerden möchte. Es kann aber auch sein, daß der Therapeut von der Geschichte oder vom Verhalten des Patienten fasziniert ist und mit voyeuristischer oder gar sexueller Erregung reagiert. Nicht selten kommt es zu einer sexualisierten Gegenübertragung, besonders bei männlichen Therapeuten, die weibliche Opfer sexueller Gewalt behandeln.³³ Krystal schreibt, die Konfrontation mit traumatisierten Patienten zwingt jeden Therapeuten, sich damit auseinanderzusetzen, daß auch er zum Bösen fähig sei: »Was wir an uns selbst nicht akzeptieren können, müssen wir möglicherweise auch an anderen Menschen ablehnen. So kann die als besonders hilfreich erachtete, freundliche und mitfühlende Haltung des Therapeuten plötzlich in Wut, Ekel, Verachtung, Mitleid oder Scham umschlagen. Wenn ein Therapeut seiner Wut freien Lauf läßt ..., dann gibt er damit ebenso eigene Schwierigkeiten zu erkennen wie ein anderer Therapeut, der sich deprimiert fühlt oder das Bedürfnis verspürt, den Patienten allzu nachsichtig zu behandeln oder zu verführen. All das ist natürlich längst hinlänglich bekannt, jedoch muß man diesem Problem bei der Behandlung massiv traumatisierter Patienten ganz besondere Aufmerksamkeit schenken ..., da ihre Lebensgeschichte [auf den Therapeuten] eine ganz besonders starke Wirkung ausübt.«³⁴

Die emotionalen Reaktionen des Therapeuten beschränken sich nicht auf Empfindungen, die denen des Opfers oder des Täters gleichen, denn er erlebt den Konflikt zudem auch aus der Perspektive des unverletzten Zuschauers, und diese Position kann ebenfalls intensive Reaktionen auslösen. Oft empfindet der Therapeut eine Art »Schuldgefühl des Zeugen«, das wiederum dem bei vielen Patienten zu beobachtenden »Schuldgefühl des Überlebenden« ähnelt. Schuldgefühle sind eine der häufigsten Gegenübertragungsreaktionen bei Therapeuten, die Überlebende des Nazi-Holocaust behandeln.³⁵ Der Therapeut fühlt sich schuldig, weil ihm all das vom Patienten erfahrene Leid erspart blieb, und das kann zur Folge haben, daß er zunehmend Schwierigkeiten hat, die alltäglichen Annehmlichkeiten

verhält, wie er es aufgrund seiner idealisierten Vorstellungen vom »guten« Opfer von ihm erwartet. Vielleicht spürt er, daß er die Hilflosigkeit des Patienten im Grunde verachtet, oder er empfindet eine paranoide Angst vor einer nachträglichen Rache des Patienten. Es kann Momente geben, in denen er den Patienten regelrecht haßt und ihn am liebsten loswerden möchte. Es kann aber auch sein, daß der Therapeut von der Geschichte oder vom Verhalten des Patienten fasziniert ist und mit voyeuristischer oder gar sexueller Erregung reagiert. Nicht selten kommt es zu einer sexualisierten Gegenübertragung, besonders bei männlichen Therapeuten, die weibliche Opfer sexueller Gewalt behandeln.³³ Krystal schreibt, die Konfrontation mit traumatisierten Patienten zwingt jeden Therapeuten, sich damit auseinanderzusetzen, daß auch er zum Bösen fähig sei: »Was wir an uns selbst nicht akzeptieren können, müssen wir möglicherweise auch an anderen Menschen ablehnen. So kann die als besonders hilfreich erachtete, freundliche und mitfühlende Haltung des Therapeuten plötzlich in Wut, Ekel, Verachtung, Mitleid oder Scham umschlagen. Wenn ein Therapeut seiner Wut freien Lauf läßt ..., dann gibt er damit ebenso eigene Schwierigkeiten zu erkennen wie ein anderer Therapeut, der sich deprimiert fühlt oder das Bedürfnis verspürt, den Patienten allzu nachsichtig zu behandeln oder zu verführen. All das ist natürlich längst hinlänglich bekannt, jedoch muß man diesem Problem bei der Behandlung massiv traumatisierter Patienten ganz besondere Aufmerksamkeit schenken ..., da ihre Lebensgeschichte [auf den Therapeuten] eine ganz besonders starke Wirkung ausübt.«³⁴

Die emotionalen Reaktionen des Therapeuten beschränken sich nicht auf Empfindungen, die denen des Opfers oder des Täters gleichen, denn er erlebt den Konflikt zudem auch aus der Perspektive des unverletzten Zuschauers, und diese Position kann ebenfalls intensive Reaktionen auslösen. Oft empfindet der Therapeut eine Art »Schuldgefühl des Zeugen«, das wiederum dem bei vielen Patienten zu beobachtenden »Schuldgefühl des Überlebenden« ähnelt. Schuldgefühle sind eine der häufigsten Gegenübertragungsreaktionen bei Therapeuten, die Überlebende des Nazi-Holocaust behandeln.³⁵ Der Therapeut fühlt sich schuldig, weil ihm all das vom Patienten erfahrene Leid erspart blieb, und das kann zur Folge haben, daß er zunehmend Schwierigkeiten hat, die alltäglichen Annehmlichkeiten

und Freuden seines eigenen Lebens zu genießen. Möglicherweise zweifelt er grundsätzlich an seinem Vorgehen, wirft sich mangelnden therapeutischen Eifer oder zu wenig soziales Engagement vor und meint diese Schwächen nur durch ein grenzenloses Eingehen auf seinen Patienten wettmachen zu können.

Wenn der Therapeut diese »Schuldgefühle des Zuschauers« nicht erkennt und kontrolliert, dann läuft er Gefahr, seine eigenen legitimen Interessen völlig außer acht zu lassen und in der therapeutischen Beziehung zuviel persönliche Verantwortung für das Leben des Patienten zu übernehmen, ihn zu bevormunden und erneut machtlos zu machen. Und wenn er sich aus solchen Schuldgefühlen heraus bei der Arbeit mit seinen Kollegen übertrieben viel Verantwortung aufbürdet, kann das zur Folge haben, daß er irgendwann »ausgebrannt« ist.

Unter Umständen fühlt sich der Therapeut auch schuldig, weil er den Patienten dazu zwingt, im Verlaufe der Behandlung den Schmerz des Traumas noch einmal zu durchleben. Der Psychiater Eugene Bliss vergleicht die Behandlung von Patienten mit multipler Persönlichkeitsstörung mit »einer Operation ohne Vollnarkose«.³⁶ Darum schreckt der Therapeut möglicherweise davor zurück, dem Trauma wirklich auf den Grund zu gehen, auch wenn der Patient durchaus dazu bereit ist.

Bei Patienten mit einem komplexen posttraumatischen Syndrom sind noch kompliziertere Gegenübertragungsreaktionen zu erwarten. Besonders bei Patienten, die in der Kindheit wiederholt und über einen längeren Zeitraum hinweg mißbraucht wurden, reagiert der Therapeut zu Anfang stärker auf das gestörte Beziehungsverhalten des Patienten als auf das Trauma selbst. Wenn ein Patient die ganze Kindheit über mißbraucht wurde, dann ist er sich der eigentlichen Ursache seiner Störung möglicherweise genausowenig bewußt wie der Therapeut. In der Literatur über Borderline-Störungen finden sich sehr subtile Analysen dieser komplexen Gegenübertragungsreaktionen.

Die Symptome des Patienten weisen auf das Vorhandensein eines unaussprechlichen Geheimnisses hin und lenken gleichzeitig davon ab. Der erste Verdacht auf eine traumatische Vorgeschichte ergibt sich oft aus der Gegenübertragung des Therapeuten. In der Auseinandersetzung mit den Symptomen des Patienten durchlebt der Therapeut die innere Verwirrung

des mißbrauchten Kindes. Die Wahrnehmung des Patienten ändert sich oft so abrupt, daß der Therapeut sich bisweilen in eine geradezu unwirkliche Situation versetzt fühlt. Jean Goodwin schildert ein Gegenübertragungsgesühl von »existentieller Panik«, das bei der Behandlung von in der Kindheit schwer mißbrauchten Patienten in ihr aufgekommen sei.³⁷ Oft berichten Therapeuten, daß ihnen bei den Sitzungen mit solchen Patienten unheimliche, groteske oder bizarre Bilder, Träume oder Phantasien durch den Kopf gehen. Es kann auch vorkommen, daß sie plötzlich an sich selbst völlig ungewohnte Symptome von Dissoziation feststellen, die von Empfindungs- und Wahrnehmungsstörungen über Depersonalisations- und Derealisationerscheinungen bis zu passiver Beeinflussung reichen. Mitunter erlebt nicht nur der Patient, sondern gleichzeitig auch der Therapeut Symptome von Dissoziation. So war es zum Beispiel bei der Behandlung der sechzehnjährigen Ausreißerin Trisha, bei der die Therapeutin den noch nicht bestätigten Verdacht hegte, daß sie während der Kindheit häufig mißbraucht worden war:

Während ihrer ersten Sitzung mit Trisha hatte die Therapeutin plötzlich das Gefühl, aus ihrem Körper herauszuschweben. Es war ihr, als blickte sie von einem Punkt an der Zimmerdecke auf sich selbst und auf Trisha hinunter. Etwas Derartiges hatte sie zuvor noch nie erlebt. Heimlich grub sie die Fingernägel in die Handflächen und preßte die Füße gegen den Fußboden, um sich »geerdet« zu fühlen.

Bei manchen Patienten wechseln die Stimmungen und das Beziehungsverhalten so abrupt, daß der Therapeut vollkommen verwirrt wird. Der Psychoanalytiker Harold Searles schreibt, daß solche Patienten beim Therapeuten sehr komplexe, merkwürdige und unzusammenhängende Gefühlsreaktionen auslösen und ihn in einen unangenehmen Zustand ständiger Anspannung versetzen können.³⁸ Das Angespanntsein spiegelt in Wirklichkeit den Zustand ständiger Angst wider, in dem das Opfer sich befindet, wenn es den unberechenbaren Launen des Täters ausgesetzt ist. Die Wiederholung der Opfer-Täter-Dynamik in der Therapie kann äußerst komplizierte Formen annehmen. Manchmal fühlt sich der Therapeut als Opfer des Patienten; nicht selten klagen Therapeuten, daß sie

sich bedroht, manipuliert, ausgebeutet oder betrogen fühlen. Ein Therapeut, dessen Patient ohne Unterlaß mit Selbstmord drohte, sagte, er komme sich vor, als wäre »ständig eine geladene Schußwaffe auf meinen Kopf gerichtet«. ³⁹

Kernberg zufolge ist es die Aufgabe des Therapeuten, sich mit den »handelnden Personen« zu identifizieren, die die innere Welt des Borderline-Patienten bevölkern, und auf diese Weise in der Gegenübertragung die Erfahrung des Patienten verstehen zu lernen. Die »handelnden Personen« werden im Innenleben des Patienten möglicherweise von Rollenpaaren repräsentiert: Solche Paare sind das »zerstörerische, böse Kleinkind« und ein »strafender, sadistischer Elternteil«, das »unerwünschte Kind« und ein »vernachlässigender, mit sich selbst beschäftigter Elternteil«, das »unzulängliche, wertlose Kind« und ein »verächtlicher Elternteil«, das »mißbrauchte Opfer« und der »sadistische Angreifer«, das »sexuell vergewaltigte Opfer« und der »Vergewaltiger«. ⁴⁰ Die Rollen sind nach Kernbergs Ansicht von der Phantasie des Patienten verzerrt dargestellte Repräsentanten seiner Erfahrung und geben kein genaues Abbild der Beziehungen des traumatisierten Kindes. Die mit verwirrender Schnelligkeit wechselnde Gegenübertragung des Therapeuten spiegelt die ebenso rasch wechselnde Übertragung des Patienten wider; darin zeigt sich die heftige Wirkung der traumatischen Erfahrung.

Traumatische Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen sind unvermeidlich und stören zwangsläufig immer wieder den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung. Zum Schutz beider Beteiligten sind daher gewisse Sicherheitsvorkehrungen unerlässlich. Die wichtigsten Garanten für die Sicherheit von Patient und Therapeut sind die von vornherein festgelegten Ziele, Regeln und Grenzen des therapeutischen Vertrages und Kollegen, bei denen der Therapeut Rückhalt finden kann.

DER THERAPIEVERTRAG

Das Bündnis zwischen Patient und Therapeut muß gemeinsam erarbeitet werden. Grundlage der Therapie ist Wohlwollen und das gemeinsame Bemühen um Heilung. Obwohl das therapeutische Bündnis auf vertragli-

chen Abmachungen beruht, ist es keine bloße Geschäftsbeziehung. Es schließt zwar alle Leidenschaften und Gefühle mit ein, die Menschen einander entgegenbringen können, ist jedoch trotzdem weder eine Liebesaffäre noch eine Eltern-Kind-Beziehung, sondern eine Beziehung des existentiellen Engagements, in der beide Partner sich gemeinsam einer Aufgabe widmen: der Heilung des Patienten.

Dieses Engagement wird in die Form eines Therapievertrages gegossen. Die Bedingungen des Vertrages sind für eine gute Arbeitsbeziehung unerlässlich. Sie legt fest, daß beide Parteien für die therapeutische Beziehung verantwortlich sind. Einige Abmachungen gelten für Therapeut und Patient gleichermaßen, zum Beispiel die Auflage, sich an die vereinbarten Termine zu halten. Zum Teil gehen Patient und Therapeut jedoch auch unterschiedliche Verpflichtungen ein, die sich gegenseitig ergänzen: Der Therapeut bringt sein Wissen und seine beruflichen Fähigkeiten in die Beziehung ein, dafür entlohnt ihn der Patient mit einem angemessenen Honorar. Der Therapeut sichert dem Patienten Vertraulichkeit zu, dafür ist der Patient bereit, dem Therapeuten seine Lebensgeschichte zu offenbaren. Der Therapeut verpflichtet sich, zuzuhören und Zeuge zu sein, dafür verspricht der Patient, die Wahrheit zu sagen. Der Therapievertrag muß dem Patienten ausdrücklich und in allen Einzelheiten erläutert werden.

So sollte der Therapeut von Anfang an betonen, wie wichtig Aufrichtigkeit und Offenheit des Patienten sind, denn wahrscheinlich hat der Patient viele Geheimnisse, unter anderem auch solche, die er sogar vor sich selbst verbirgt. Der Therapeut sollte dem Patienten deutlich machen, wie wichtig es ist, daß er sich stets um die volle Wahrheit bemüht, und ihm erklären, daß ihm dies nach möglichen Anfangsschwierigkeiten im Laufe der Zeit nicht mehr so schwer fallen wird. Die meisten Patienten sind sich der grundlegenden Bedeutung ihrer Verpflichtung zur Wahrheit durchaus bewußt. Ein Betroffener gibt allen Therapeuten den Rat: »Decken Sie die Wahrheit auf. Beteiligen Sie sich nicht am Versteckspiel. Und wenn Ihre Patienten das erst einmal begriffen haben, dann verhindern Sie, daß sie sich gemütlich hinsetzen. Sie müssen sich verhalten wie ein guter Trainer. Treiben Sie sie dazu an zu laufen und schließlich ihre beste Zeit zu laufen.

Es ist zwar in Ordnung, wenn man sich zur richtigen Zeit entspannt, aber

es ist immer gut, den Leuten zu zeigen, welche Möglichkeiten in ihnen stecken.«⁴¹

Der Therapeut sollte dem Patienten nicht nur klarmachen, wie entscheidend es ist, daß er die Wahrheit sagt, sondern er sollte auch den kooperativen Charakter der therapeutischen Arbeit nachdrücklich betonen. Die Psychologin Jessica Wolfe faßt den Therapievertrag, den sie mit Kriegsveteranen schließt, so zusammen: »Um jede Wiederholung des Kontrollverlusts im Trauma zu vermeiden, wird ganz klar festgelegt, daß es sich um eine Partnerschaft handelt. Wir [Therapeuten] sind Leute, die etwas über das Trauma wissen, aber in Wirklichkeit wissen sie [die Patienten] sehr viel mehr darüber; es ist also eine Beziehung, die auf Gegenseitigkeit beruht. Bei manchen Problemen können wir ihnen möglicherweise beratend zur Seite stehen und sie anleiten.« Terence Keane beschreibt seine Auffassung von den Grundregeln und Zielen einer therapeutischen Beziehung mit folgendem Vergleich: »Als ich anfing, fühlte ich mich wie ein Trainer, denn ich spielte Basketball, und meine Arbeit kam mir genauso vor: Ich war der Trainer, und die Therapie war das Spiel; so und so mußte es gespielt werden, so und so mußte man vorgehen, und das Ziel war, zu gewinnen. Ich sage das meinen Patienten zwar nicht, aber so empfinde ich es.«⁴²

Bei traumatisierten Patienten ist die Fähigkeit, anderen Menschen ein vernünftiges Maß an Vertrauen entgegenzubringen, schwer gestört. Da zu Beginn der Behandlung kein Vertrauen vorhanden ist, müssen sowohl der Therapeut wie auch der Patient darauf gefaßt sein, daß die therapeutische Beziehung mehrfach auf die Probe gestellt oder abgebrochen wird und dann jedesmal wieder neu aufgebaut werden muß. Sobald der Patient sich auf die therapeutische Beziehung einläßt, wird die intensive Sehnsucht nach Rettung, die er zur Zeit des Traumas verspürte, zwangsläufig wieder in ihm aufsteigen. Und der Therapeut möchte vielleicht – bewußt oder unbewußt – die schrecklichen Erfahrungen des Patienten wiedergutmachen. So entstehen unmögliche Erwartungen, die früher oder später zwangsläufig enttäuscht werden müssen. Während der auf die Enttäuschung folgenden wütenden Kämpfe kann sich möglicherweise die frühere Opfer-Täter-Situation wiederholen, die das Trauma ursprünglich ausgelöst hat.⁴³

Am wirkungsvollsten können sich Therapeut und Patient vor überschießenden, unkontrollierbaren Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen schützen, indem sie die Grenzen der therapeutischen Beziehung sorgfältig beachten.⁴⁴ Klare Grenzen schaffen ein sicheres Terrain und machen kontinuierliche und erfolgreiche Arbeit in der Therapie erst möglich. Der Therapeut verspricht dem Patienten, ihm in einem klar definierten, vernünftigen und für beide Partner akzeptablen Rahmen zur Verfügung zu stehen. Indem der Therapeut und der Patient diesen zum Nutzen und zum Schutz beider Beteiligten festgelegten Grenzen der therapeutischen Beziehung zustimmen, erkennen sie die legitimen Bedürfnisse des anderen an. Der Therapievertrag schließt zum Beispiel jede über die Behandlung hinausgehende Form von sozialer Beziehung zwischen Patient und Therapeut ausdrücklich aus, legt die Häufigkeit und Dauer der therapeutischen Sitzungen fest und enthält eindeutige Regeln, wie der Patient sich in Notfällen außerhalb der vereinbarten Sitzungstermine an den Therapeuten wenden kann.

Die Grenzen sollen weder zu weit noch zu eng gezogen sein; entscheidend ist allein das Kriterium, daß sie die Persönlichkeit des Patienten stärken helfen und eine gute Arbeitsbeziehung fördern. Der Therapeut besteht nicht deshalb auf klaren Grenzen, weil er den Patienten kontrollieren, zügeln oder einschränken will. Vielmehr stellt er damit von vornherein klar, daß er nicht unfehlbar ist, sondern ein menschliches Wesen mit begrenzten Möglichkeiten, das nur unter gewissen Bedingungen eine gefühlsmäßig sehr fordernde Beziehung eingehen und mit gleichbleibender Aufmerksamkeit bei der Sache sein kann. Patricia Ziegler, Therapeutin mit langjähriger Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Patienten, formuliert das folgendermaßen: »Die Patienten müssen mit mir einig sein, daß sie mich nicht verrückt machen dürfen. Ich erkläre ihnen, daß ich ebenfalls empfindlich reagiere, wenn ich mich im Stich gelassen fühle – das ist vollkommen menschlich. Ich sage ihnen, daß ich mich in diese Beziehung einbringe und sie nicht verlassen werde, also auch nicht möchte, daß sie mich verlassen, und daß sie zumindest so viel Achtung vor mir haben sollten, daß sie mich nicht zu Tode erschrecken.«⁴⁵

Auch wenn der Therapeut sich die allergrößte Mühe gibt, eindeutige Grenzen festzulegen, muß er darauf vorbereitet sein, daß der Patient

Lücken findet. In der Regel gelangen Therapeuten recht bald zu der Erkenntnis, daß auch ein gewisses Maß an Flexibilität notwendig ist. Für beide Parteien akzeptable Grenzen werden nicht diktiert, sondern sind das Ergebnis eines längeren Verhandlungsprozesses; unter Umständen kristallisieren sie sich sogar erst im Laufe der Zeit heraus. Eine Patientin gibt ihre Vorstellungen von diesem Prozeß mit folgenden Worten wieder: »Mein Therapeut hat seine sogenannten Regeln, die ich als ›bewegliche Ziele‹ definiert habe. Die Grenzen, die er zwischen uns gezogen hat, scheinen flexibel, und ich versuche oft, sie auszudehnen und zu verschieben. Manchmal kämpft er mit den Grenzen und versucht, seine Regeln mit seiner Achtung vor mir als Mensch in Einklang zu bringen. Wenn ich mit ansehe, wie er kämpft, dann lerne ich dabei, mit meinen eigenen Grenzen zu kämpfen, und zwar nicht nur mit denen zwischen ihm und mir, sondern auch mit denen zwischen mir und jedem anderen Menschen, mit dem ich in der realen Welt zu tun habe.«⁴⁶

Gewisse Abweichungen von den üblichen, strengen Grundregeln der Psychotherapie sind in der Praxis durchaus üblich und können manchmal recht hilfreich sein.⁴⁷ Bei Lester, einem zweiunddreißigjährigen Mann, der in der Kindheit schwer mißbraucht und vernachlässigt worden war, verbesserte eine symbolische Grenzverletzung nicht nur seine Fähigkeit, selbst für sich zu sorgen, sondern vertiefte auch die therapeutische Beziehung:

Lester erschien mit einer Kamera zur Therapiesitzung und bat seine Therapeutin, ein Bild von ihr machen zu dürfen. Die Therapeutin war in der Klemme. Obwohl ihr kein Grund einfiel, um Lesters Bitte abzuschlagen, hatte sie das irrationale Gefühl, kontrolliert und vereinnahmt zu werden, so als würde ihr die Kamera »die Seele rauben«. Sie erlaubte ihm schließlich, das Foto zu machen, allerdings nur unter der Bedingung, daß er bereit war, darüber zu sprechen, was es für ihn bedeutete.

Im Verlaufe weniger Monate wurde aus dem Bild der Schlüssel zu einem tieferen Verständnis der Übertragung. Lester hegte tatsächlich den Wunsch, die Therapeutin zu kontrollieren und in ihre Privatsphäre einzudringen, um so seine Angst vor dem Verlassenwerden

zu bekämpfen. Nun, da er das Foto besaß, konnte er dies in seiner Vorstellung tun; er drängte sich nicht wirklich in das Leben der Therapeutin hinein. Oft hatte das Foto die Funktion, ihn an die Beziehung zur Therapeutin zu erinnern und ihn während ihrer Abwesenheit zu trösten.

In diesem Fall entsprang die Entscheidung der Therapeutin, das Foto zu gestatten, einem einführenden Verständnis für die Bedeutung, die es als »Übergangsobjekt« für den Patienten hatte. Das Foto erfüllte bei diesem erwachsenen Patienten die gleiche Funktion wie ein Übergangsobjekt in frühester Kindheit; es vermittelte ihm das Gefühl einer sicheren Beziehung, indem er mit seiner Hilfe das Bild der Therapeutin in sich wecken konnte. Auch Gefangene benutzen oft in dieser Weise Übergangsobjekte, um ihr Gefühl der Verbundenheit mit geliebten Menschen zu festigen. Wer als Kind gefangen war, greift unter Umständen später wieder auf diese Methode zurück, wenn er sich als Erwachsener zum ersten Mal vor die Aufgabe gestellt sieht, sichere Beziehungen aufzubauen.

Indem die Therapeutin ihrem Patienten das Foto gestattete, wich sie von den Grundregeln der Psychotherapie ab, nach denen Gefühle nicht durch Handlungen, sondern nur durch Worte zum Ausdruck gebracht werden dürfen. Dennoch erlag sie in diesem Fall nicht der Versuchung einer Grenzverletzung, sondern ergänzte durch ihr Entgegenkommen die Therapie auf konstruktive Weise, da sie die Motive des Patienten eingehend erforschte. Die Therapeutin analysierte nicht nur ihre eigenen Phantasien und die des Patienten, sondern wog auch sorgfältig ab, welche Folgen das Foto für die therapeutische Beziehung haben könnte und wie wichtig es für die Genesung des Patienten war. Das Aushandeln von Therapiegrenzen, die beide Parteien schließlich als fair und vernünftig anerkennen, ist für den Aufbau des Arbeitsbündnisses von grundlegender Bedeutung. Geringfügige Abweichungen von den strengen Regeln psychodynamischer Therapie können dann als sinnvolle Ergänzung in die Verhandlungen mit einbezogen werden, wenn der Therapeut sie nach sorgfältiger Überprüfung für wirklich wichtig hält.

Da der Therapeut gleichzeitig Flexibilität zeigen muß, wird er sich erwartungsgemäß immer wieder in der Klemme fühlen.

Es ist eine ständige Herausforderung, von Fall zu Fall neu zu entscheiden, wann Strenge und wann Nachgiebigkeit angemessen ist. Nicht nur Berufsanfänger, sondern auch erfahrene Therapeuten haben oft das Gefühl, dabei ganz auf ihre Intuition angewiesen zu sein oder Lösungen »über den Daumen peilen« zu müssen. In Zweifelsfällen sollte der Therapeut nicht zögern, Kollegen um Rat zu fragen.

RÜCKHALT BEI KOLLEGEN

Die Dialektik des Traumas gefährdet unablässig das emotionale Gleichgewicht des Therapeuten. Unter Umständen versucht er sich wie der Patient gegen überwältigende Gefühle zur Wehr zu setzen, indem er sich zurückzieht oder sich impulsiv und aktiv in das Leben seines Patienten einmischt. Die häufigsten Formen aktiver Einflußnahme sind Rettungsbemühungen, Grenzverletzungen oder Versuche, den Patienten zu kontrollieren. Ebenso häufig sind Schutzreaktionen wie das Anzweifeln oder Verleugnen der Realität des Patienten, Dissoziation oder Abschalten der Gefühle, das Bagatellisieren oder Meiden des traumatischen Materials, Verschanzen hinter einer Haltung professioneller beruflicher Distanz oder die offene Abwendung vom Patienten. Bis zu einem gewissen Grad muß der Therapeut sich von den Gefühlen des Patienten überschwemmen lassen.⁴⁸ Er muß darauf gefaßt sein, daß er bei der Behandlung traumatisierter Patienten von Zeit zu Zeit sein Gleichgewicht verlieren wird. Er ist nicht unfehlbar. Unabdingbar dafür, daß der Therapeut seine Arbeit tun kann, ist nicht Allmacht, sondern die Fähigkeit, anderen zu vertrauen. Deshalb braucht ein Therapeut, der traumatisierte Patienten behandelt, unbedingt verlässlichen Rückhalt bei Kollegen.⁴⁹

Im Idealfall stehen ihm die Kollegen auch als Forum zur Besprechung der klinischen Arbeit zur Verfügung. Dies kann im Rahmen einer Supervision geschehen oder in Form einer regelmäßigen Zusammenkunft mit befreundeten Berufskollegen; noch besser ist es natürlich, wenn die Gruppe beide Funktionen erfüllt, wenn bei den Treffen emotionale Reaktionen ebenso durchgesprochen werden können wie technische oder theoretische Probleme, die sich aus der Behandlung traumatisierter Patienten ergeben.

Da Verleugnung die Geschichte der Traumaforschung seit eh und je begleitet, sind Therapeuten, die traumatisierte Patienten behandeln, bei ihrer Arbeit oft vollkommen auf sich allein gestellt. Sie haben mit ihrer eigenen Verleugnung zu kämpfen, und wenn sie bei ihren Berufskollegen auf die gleiche Verleugnung stoßen, geht es ihnen wie ihren Patienten: Sie fühlen sich nicht ernst genommen und erleben, daß niemand ihnen zuhören will. Jean Goodwin beschreibt das folgendermaßen: »Meine Patienten glauben manchmal, daß sie gar nicht wirklich existieren, und mir geht es oft auch nicht viel anders ... Dieses Gefühl verstärkt sich noch, wenn selbst meine Kollegen mich und meine Patienten so behandeln, als würde es uns gar nicht geben. Sie tun das auf sehr subtile Weise, ohne offene Verletzung ... Wenn mir das nur ein einziges Mal passiert wäre, dann hätte ich nicht dieses beklemmende Gefühl, vernichtet zu werden, aber man wird mit Hunderten und Aberhunderten, ja Tausenden solcher kleiner Vernichtungsgesten konfrontiert.«⁵⁰

Bei der Arbeit in Teams entstehen zwangsläufig Konflikte. Nicht selten entbrennen ausufernde theoretische Diskussionen über die Glaubwürdigkeit der Patienten oder der traumatischen Symptome im allgemeinen. Häufig werden die Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten auf seinen traumatisierten Patienten im Laufe der Zeit immer bruchstückhafter und einseitiger. Während der eine Therapeut zum Beispiel der Versuchung erliegen mag, den Retter zu spielen, nimmt ein anderer dem Patienten gegenüber eine zweifelnde, kritische oder strafende Haltung ein. In der Klinik kommt es oft vor, daß das Behandlungsteam sich spaltet oder heftig darüber streitet, welche Behandlung für einen schwierigen Patienten richtig ist. Fast immer stellt sich in solchen Fällen schließlich heraus, daß der fragliche Patient eine traumatische Vorgeschichte hat. Der Streit der Betreuer ist somit eine unbeabsichtigte Wiederholung der Dialektik des Traumas.

Viele Therapeuten werden durch solche Konflikte so eingeschüchtert oder aufgebracht, daß sie sich schließlich bewußt von ihren Kollegen zurückziehen, um nicht länger fruchtlose Debatten führen zu müssen. Sie praktizieren dann sozusagen im Untergrund. Da sie sich wie ihre Patienten zwischen der offiziellen Lehrmeinung und ihren eigenen konkreten Erfahrungen hin und her gerissen fühlen, entscheiden sie sich lieber für die

Wirklichkeit als für die orthodoxe Auffassung von Psychotherapie mit der Konsequenz, daß sie zuletzt wie ihre Patienten ein heimliches Doppelleben führen. Ein Therapeut formuliert das so: »Wir glauben unseren Patienten, aber das sagen wir unseren Supervisoren einfach nicht.« Diese »Untergrundarbeit« kann manchmal hilfreich sein; das zeigt das Beispiel der dreißigjährigen Shareen, die in der Kindheit schwer mißbraucht und von den unterschiedlichsten Pflegepersonen immer wieder im Stich gelassen wurde:

Die Patientin neigte dazu, während der Abwesenheit ihrer Therapeutin die Kontrolle und den Überblick zu verlieren. Einmal fragte sie die Therapeutin kurz vor deren Urlaub, ob sie ihr nicht die russische Matrjoschka-Puppe, die sie in ihrer Praxis hatte, leihen könnte. Die Therapeutin war einverstanden, sagte aber zu Shareen: »Erzählen Sie niemandem, daß ich Ihnen eine Puppe verschrieben habe. Man würde sich über mich kaputt lachen.«

Das Verhalten der Therapeutin ist nicht zu beanstanden, das Problem liegt in ihrer Isolation. Ein Therapeut, der bei seinen Kollegen keine Unterstützung und kein Verständnis für seine Arbeit findet, muß sich schließlich in seinem beruflichen Umfeld eingengt und mit seinem Patienten allein gelassen fühlen. Am Ende glaubt er womöglich, nur er verstehe seinen Patienten wirklich, und dann reagiert er auf skeptische Kollegen immer arroganter und feindseliger. Wenn sich ein Therapeut zunehmend isoliert und hilflos fühlt, dann erliegt er meist der Versuchung, entweder mit Grandiosität oder mit Flucht zu reagieren. In beiden Fällen wird er früher oder später tatsächlich schwerwiegende Fehler machen. Es kann nicht oft genug wiederholt werden, daß niemand ein Trauma alleine behandeln kann! Ein Therapeut, der in seinem beruflichen Umfeld nicht mit Verständnis rechnen kann, sollte erst dann wieder traumatisierte Patienten behandeln, wenn er Kollegen gefunden hat, die ihn bei seiner Arbeit zuverlässig und wirkungsvoll unterstützen.

Der Therapeut muß sich nicht nur um kollegiale Unterstützung bemühen, sondern auch darauf achten, daß er sich beruflich und privat nicht überlastet, das heißt auch seine eigenen Bedürfnisse in ausgewogenem Maße

respektiert und berücksichtigt. Wer Tag für Tag mit Patienten konfrontiert ist, die besonders viel Zuwendung benötigen, läuft leicht Gefahr, sich durch allzu großes berufliches Engagement zu überfordern. Daher hat ein Team von verständnisvollen und qualifizierten Kollegen nicht nur die Funktion, den Therapeuten bei der Behandlung des Patienten zu unterstützen, sondern es wird ihn auch immer wieder an seine eigenen Grenzen erinnern und ihn ermahnen, für sein eigenes Wohl ebenso Sorge zu tragen wie für das der anderen.

Ein Therapeut, der sich der Arbeit mit traumatisierten Patienten widmet, läßt sich damit gleichzeitig auf eine ständige Auseinandersetzung mit sich selbst ein, die den Austausch mit anderen Menschen unentbehrlich macht und hohe Anforderungen an seine Fähigkeiten zur Problembewältigung stellt. Sublimierung, Altruismus und ein gesundes Maß an Humor sind die drei rettenden Tugenden des Therapeuten. Oder um es mit den Worten eines Katastrophenhelfers auszudrücken: »Ehrlich gesagt bestand der einzige Weg, nicht verrückt zu werden, für mich und meine Freunde darin, daß wir ständig herumgeblödeln und gelacht haben. Je derber der Witz, desto besser.«⁵¹

Der Lohn eines solchen Engagements ist das Bewußtsein eines erfüllteren Lebens. Therapeuten, die mit traumatisierten Patienten arbeiten, berichten, daß sie das Leben viel mehr schätzten und gleichzeitig ernster nähmen als zuvor, daß sie ein wesentlich umfassenderes Verständnis für andere und sich selbst entwickelt und neue Freundschaften geschlossen hätten, daß ihre engeren Beziehungen tiefer geworden seien und daß die Beispiele an Mut, Entschlossenheit und Hoffnung, die ihnen ihre Patienten täglich lieferten, sie nachhaltig beeinflussten.⁵² Das gilt insbesondere für die Therapeuten, die aus der Arbeit mit traumatisierten Patienten die Konsequenz zogen, sich gesellschaftlich zu engagieren. Sie erzählen, daß ihr Leben nun einen tieferen Sinn erhalten habe und daß sie ein Gefühl der Verbundenheit entwickelt hätten, das es ihnen ermögliche, angesichts all des Schreckens ihre Fröhlichkeit nicht zu verlieren.⁵³

Indem engagierte Therapeuten ständig bei sich selbst und bei ihren Patienten die Fähigkeit zur Integration fördern, wächst gleichzeitig ihre eigene Persönlichkeit. So wie in den frühesten Lebensjahren das Urvertrauen erworben wird, ist die Integrität das Produkt der reiferen Jahre. Zur Entwicklung des

Zusammenhangs zwischen Integrität und Vertrauen zitiert der Psychoanalytiker Erik Erikson das Wörterbuch von Webster: »Vertrauen ... wird dort als ›die feste Zuversicht in die Integrität eines anderen Menschen‹ definiert. ... Ich vermute zwar, daß Webster eher Geschäfte als Babys und eher Glaubwürdigkeit als Glauben im Sinn hatte, aber seine Formulierung sitzt. Als weitere Paraphrase für das Verhältnis zwischen erwachsener Integrität und kindlichem Vertrauen ließe sich vielleicht noch der Ausspruch anführen, daß Kinder das Leben nicht fürchten werden, wenn die Erwachsenen in ihrer Familie integer genug sind, den Tod nicht zu fürchten.«⁵⁴

Integrität ist die Fähigkeit, angesichts des Todes den Wert des Lebens zu bekräftigen und sich mit den definitiven Grenzen des eigenen Lebens sowie den tragischen Beschränkungen der *Conditio humana* im allgemeinen abzufinden, ohne dabei zu verzweifeln. Integrität ist das Fundament, auf dem jegliches Vertrauen in menschliche Beziehungen ursprünglich gründete und auf dem zerstörtes Vertrauen wiederaufgebaut werden kann. Durch die Verknüpfung von Integrität und Vertrauen in fürsorglichen Beziehungen wird nicht nur der Kreis der Generationen geschlossen, sondern es wird auch das Bewußtsein wiederhergestellt, Teil einer menschlichen Gemeinschaft zu sein, das durch das Trauma zerstört wurde.