

Kapitel 14: Was heißt hier Täter-Opfer-Spaltung?

„Weil“, sagte Jürgen und sah mich erstmals voll an, „weil ich merke, dass es mich nicht kalt lässt, wenn sich zum Beispiel die kleine Tochter meiner Freundin auf meinen Schoß setzt... dass ich mir auch manchmal richtig vorstelle, wie das jetzt wäre, wenn ich das mit ihr mach ... Das ist manchmal wie ein Zwang, dass ich das ausprobieren will ... Das ist es ja gerade, was mir Angst macht. Dass ich anfangs, meinen Eltern zu verstehen ...“ – *Karin Jäckel, 1996*

„Wer, wenn ich schrie, hörte mich denn aus der Engel
Ordnungen? und gesetzt selbst, es nähme
einer mich plötzlich ans Herz: ich verginge von seinem
stärkeren Dasein. Denn das Schöne ist nichts
als des Schrecklichen Anfang, den wir noch grade ertragen,
und wir bewundern es so, weil es gelassen verschmäh,
uns zu zerstören.“ – *Rainer Maria Rilke, 1912*

In der Psychotraumatologie haben wir uns schon daran gewöhnt, dass diejenigen von uns, die mit Überlebenden von schwerster Gewalt und von Langzeit-Trauma arbeiten, von unseren Freunden, Bekannten manchmal auch von FachkollegInnen dasselbe gefragt werden, was auch Kripo-Beamte gelegentlich zu hören bekommen: „Musst du dir das eigentlich antun, ausgerechnet mit solchen Menschen zu arbeiten, die so zerstört – und in ihrem Um-sich-Schlagen so zerstörerisch sind?“ Gleichzeitig entwickeln wir zunehmend ein Wissen dafür, wie verbreitet die Folgen von Gewalt in Familien, in der Gesellschaft und individuell sind, und wie sehr diese Folgen von einer Generation zur anderen weitergegeben werden, wenn nicht gezielt eingegriffen wird.

Ein Buch hat mich in den letzten Jahren im Hinblick auf dieses Dilemma besonders begleitet – eine dicke Schwarte, eine Bleiwüste voller wichtiger Erkenntnisse, die ein amerikanischer Kollege über unsere Arbeit und unsere Klientel zusammengetragen hat. Dieser Kollege – Harvey Schwartz – ist Psychoanalytiker und begann vor etwa 20 Jahren, mit

TraumapatientInnen zu arbeiten und sich mehr und mehr auch mit den Besonderheiten von traumapathologischen Spaltungsprozessen und hoher Dissoziation auseinander zu setzen. Sein Buch ist leider bislang nur auf Amerikanisch erhältlich, und ich habe vieles darin gefunden, das sich mit meinen über die Jahre gewonnenen Einsichten und Erkenntnissen deckt. In diesem Kapitel werde ich also aus dem Buch einige Male zitieren, und ich empfehle allen KollegInnen, es zu lesen. Sein Titel: „Dialogues with forgotten voices“ – frei übersetzt: „Gespräche mit unerhörten Stimmen“ (Schwartz, 2000).

Mit Harvey Schwartz, der ebenso wie ich als Ausbilder in Traumabehandlung arbeitet, also auch viele KollegInnen in ihrer Entwicklung beobachtet und begleitet hat, bin ich der Ansicht: Wenn wir tausende von Stunden mit schwer traumatisierten, dissoziativen Menschen zubringen, wie es viele von uns ja tun, dann verändert sich unser Weltbild unweigerlich. Wir erfahren Dinge, die wir vielleicht so nie haben wissen wollen, und wir gewinnen Erkenntnisse über die dunkle Seite in Überlebenden, die dunkle Seite in unserer Gesellschaft – Erkenntnisse, die wir uns gerne erspart hätten. Gelegentlich haben wir dann sogar das Gefühl, ein anderes Universum zu bewohnen als diejenigen, die nicht mit Schwervertraumatisierten arbeiten; einfach, weil wir anderes sehen und erleben und erleben.

Mit zunehmender Berufserfahrung fällt uns auf, wie sehr wir den Focus auch auf die destruktiven Erfahrungs- und Verhaltensqualitäten richten müssen, die unsere KlientInnen mitbringen; die ja zunächst einmal als Opfer zu uns kommen. Wie sehr wir unser Augenmerk auf die Täter-Opfer-Spalungen in unseren Schutzbefohlenen richten müssen, weil wir sonst erleben, dass unser Therapieprozess blockiert wird oder zu scheitern droht, und weil wir sonst etwas Wesentliches einfach nicht begreifen können: den Zirkel der Gewalt in Gesellschaft, Familie – und auch in therapeutischen Settings.

Mit zunehmender Erfahrung erleben wir auch, dass im Zuge der Täter/Opfer- und Täter/Retter-Reinszenierung innerhalb der Therapie wir selbst als BehandlerInnen unter Druck geraten, weil die Übertragungs- und Gegenübertragungs-Dynamiken enorm heftig sind und wir selbst manchmal grenzwertige Erfahrungen machen, die stellvertretende oder sekundäre Traumatisierungen nach sich ziehen können (siehe Kapitel 19).

Gesellschaftliche Strukturen, die Missbrauch begünstigen

Wenn wir die tiefere Bedeutung einer Sache erkennen wollen, beginnen wir am besten aus der Vogelperspektive. Etwa indem wir uns die gesellschaftlichen Strukturen anschauen, die es möglich machen, dass massive Misshandlungen von Kindern – wie zum Beispiel sexuelle Gewalt in den Familien – buchstäblich ungehindert stattfinden können. Kaum ein Promille aller Täter im Bereich „sexueller Missbrauch“ wird jemals juristisch zur Rechenschaft gezogen – ein Skandal, der darauf verweist, dass in unserer Gesellschaft etwas vorherrscht, das Schwartz so bezeichnet (meine Erläuterungen in Klammern):

... die kulturellen Kerndynamiken von Ausbeutung, Entmenschlichung-Objektaifizierung [= zum nicht-menschlichen Objekt gemacht werden], Opferung, tödlichem Werteverb, Misogynie [= Frauenfeindlichkeit] und Erotisierung der Unterwerfung von Frauen sowie die positive Bewertung von Dominanz und Kollusion [= unguter Beziehungs-Engel] als Arten menschlicher Beziehungen.“

Mit anderen Worten: Eine Gesellschaft, die zulässt, dass Kinder misshandelt und sexuell ausgebeutet werden, hat auch bestimmte andere, oben genannte, Merkmale und setzt auf männliche Dominanz und tödlichen Werteverb, Frauenfeindlichkeit und „Erotisierung der Unterwerfung von Frauen“ ebenso wie auf die „Normalität“ von einengend-ver-schmelzenden Beziehungen. Wergern Bellerisrik liest: Wohl keine amerikanische Schriftstellerin hat diese Phänomene in ihren Romanen so deutlich und anklagend beschrieben wie Marge Piercy (z.B. 2003). Die Philosophin Judith Butler hat in sich ihren Arbeiten (z.B. 1991) damit beschäftigt; und die Wissenschaftlerin Elizabeth Howell (2002, 2003) wagt in einigen Studien sogar die These, dass die Klischees von Geschlechterrollen, die nach wie vor existieren und gelebt werden, das Ergebnis der zwischen-geschlechtlichen Trauma-Geschichte sind. Konkret: Frauen hätten aus der Not, stets aufs Neue Opfer von Männern zu sein, eine Tugend gemacht und sich „Unterwerfungsrituale“ aller Art ausgedacht; als Mütter sorgten sie dafür, dass ihre Töchter sich anpassen und auch unterwerfen, die Söhne aber zur „Herrenklasse“ aufzuziehen. Um dies zu können, müssten kleine Jungen viel zu früh – also bereits etwa zum Schuleintritt – von der Mutter „zwangsgabenabel“ werden, was Männern eine chronische Bindungsstörung beschere (siehe auch Kapitel 4 über Bindungsstörungen in Band 1).

So sehr diese Thesen diskutierbar sind, in jedem Fall dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren, auch nicht in den intimsten Momenten unserer Psychotherapien, wie sehr gesellschaftliche Strukturen jede Form von Spaltungen, wie wir sie bei unserer Klientel entdecken, stets aufs Neue wiederholen und bestätigen. Und wie sehr unsere Gesellschaft auch Täterstrukturen in sich hat, die es unserer Arbeit schwer machen und die bis hinein in die psychotherapeutische Beziehung reichen.

Die Rolle der Dissoziation

Welche Rolle spielt dann Dissoziation? Zunächst einmal ist Dissoziation ja der Hauptabwehrmechanismus während und unmittelbar nach traumatischem Stress, wobei es viele Traumatisierte gibt, die diese Reaktionsform im Zuge ihrer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) beibehalten. So können wir Dissoziation durchaus, wie Harvey Schwartz es tut, als einen „verzweifelten Versuch“ beschreiben, „sich Leben und Gesundheit dadurch zu erhalten, dass eine zersplitterte Identität geschaffen wird, die mit dem Schmerz,“ mit der Wucht der Gewalt, mit Angst, Entsetzen und Scham „fertig“ wird, in dem sie diese Qualitäten aufspaltet, entfremdet oder als „nicht mir zugehörig“ verändert.“

Bei Kindern, die dissoziieren, nachdem sie in der Familie misshandelt wurden – und bei schweren dissoziativen Spaltungen handelt es sich in der Regel um Störungen, die durch Kindesmisshandlung entstanden sind –, bedeutet Dissoziation noch mehr, nämlich: „Selbst- und Objektrepräsentanzen zu erschaffen, die ihre Wurzeln haben in der Identifikation mit den einzigen vorhandenen Bindungsobjekten – in der Regel den misshandelnden Eltern.“ (Schwartz, 2000) Das Selbstbild des Kindes entwickelt sich also in zweierlei Hinsicht aus Spaltung: Das eigene Ich später sich auf und die wichtigen anderen „Objekte“ – in diesem Fall die elterlichen Täter – werden „nach innen genommen“, einfach weil sich das Kind zwangsweise mit ihnen identifizieren und sich an sie binden muss.

Die Eltern stellen die „mächtigen anderen“ dar, die scheinbar Fluchtmöglichkeiten oder manche Erleichterungen vor Schmerz und Bestrafung bieten können, während sie gleichzeitig die Quelle des Schmerzes darstellen. In destruktiven Reinszenierungen, auch solchen in der Psychotherapie, werden alle, die sich dann später einlassen auf das früh gequälte Kind, unbewusst zu Partnern bei der Wiedererschaffung solcher Strukturen und Dynamiken des ursprünglichen Missbrauchsystems – ob sie das nun wollen oder nicht. Denn es gilt der Satz von Pierre Janet: „Wenn man ein Trauma nicht realisiert, dann ist man gezwungen, es zu wiederholen oder zu reinszenieren.“

Wir merken das daran, dass Personen, die früh misshandelt wurden, sich später meist mit Menschen zusammennun, von denen sie annehmen, dass sie „besonders viel Macht“ haben. Dass sie also diejenigen sind, die, wie ich zu sagen pflege, „den Daumen nach oben oder unten recken“ können. Hopp oder topp: „Heute mach' ich dich fertig“ – oder: „Hier hast du Geld, kauf dir was Schönes“ – wer über das Kind bestimmen konnte, hatte die meiste Macht. Die heranwachsende Person lernt daraus, und auf Dauer führt es dazu, dass sie solche Menschen aufsucht und sich ihnen (zunächst) unterwirft, die ebenfalls „den Daumen nach oben oder unten recken“ können. Dies gilt auch für den Bereich der Psychotherapie. Kein Wunder, dass die junge Psychotherapie-Anfängerin von der Traumapatientin abgelehnt wird: „Wo ist denn der Oberarzt? Ich hör nur auf das, was der Oberarzt sagt!“ Und kein Wunder, dass sie sich einen Kerl zum Freund aussucht, der furchterregend aussieht, im besten Fall dem „Typ süßer großer Bär“ entspricht. Dass derselbe „süße Junge“, weil er vielleicht selbst ein ehemals misshandeltes Kind ist, im Frust gem mal die Impulskontrolle verliert und zuschlägt oder ihr gemeinsames Kind misshandelt, lässt dann die nächste Generation von Traumatisierten erwarten ... Glücklicherweise gibt es Ausnahmen von dieser Regel.

In der radikalsten Form der posttraumatischen dissoziativen Störung, der dissoziativen Identitätsspaltung, DIS abgekürzt, verewigt sich diese zwischenmenschliche Gewaltdynamik. Ähnliches gilt für die Borderline-Spaltung und vermutlich sogar für die psychische Spaltung: Sie stellen unbewusste Versuche dar, sich selbst zu heilen, indem ein Teil des Selbst das Überträgliche nicht mehr erleben muss und „weggehen“ kann; und wenn es wider unerträglich wird, tritt die nächste Spaltung in Kraft. Oder man gerat von *stare zu stare*. Von Gefühlszustand zu Gefühlszustand, schwankt und pendelt hin und her und versucht,

sich innerlich einen Bereich zu erhalten, in dem man etwas oder jemanden „schön“ oder „nett“ oder „egal“ finden kann, auch wenn das Zuhause und wenn die Bezugspersonen ein einziges Inferno sind. Gleichzeitig aber bleiben in der Spaltung alle Mechanismen weiter bestehen, welche die Betroffene erlebt hat. Dazu gehören:

- Ausbeutung,
- Verrat,
- Unterjochung,
- Beziehungslinich,
- Zwang,
- Dominanz,
- Bestechung,
- Erpressung,
- Double-binds (widersprüchliche Botschaften)
- Opferung und, wie Schwartz es ausdrückt:
- „Unterwerfung unter und Bindung an irrationale Autorität“ (etwa der ehemals oder nach wie vor misshandelnden Eltern).

Wenn diese Mechanismen nicht durchschaut werden, weil sie Bestandteil von Spaltungsprozessen sind, können sie auch nicht verändert werden. Dies ist eine Herausforderung für die Traumatherapie, die ihrerseits für die Betroffenen im besten Fall eine Art fundamental umstrukturierende Lebensbedingung darstellt.

Auch die amerikanische Psychologin Jennifer Freyd hat ein wichtiges Buch zu diesem Thema geschrieben. Sie ist die Tochter der Eltern, welche die *False Memory Syndrome Foundation* gegründet haben, eine international sehr mächtige *pressure group* von angeblich zu Unrecht des Missbrauchs bezichtigten Eltern. Jennifer Freyd hat ihre Eltern nie öffentlich angeklagt. Die Eltern sind in die Offensive gegangen und haben eine Stiftung ins Leben gerufen, die ausschließlich mutmaßliche Täter verteidigt und mit sehr viel Geld eine pseudo-objektive, ratsächlich aber opfer-diffamierende Öffentlichkeitskampagne finanziert. Jennifer Freyds Buch heißt, wen wundert's, „*Betrayal Trauma*“ – Das Trauma des Verrats. Darin beschreibt sie Erfahrungen und Analysen aus ihrer beruflichen Arbeit als Trauma-Psychotherapeutin. Zum Beispiel diese:

„Das gequälte Kind hat keine andere Chance, als sich dem folternden Elternteil auch auf der Suche nach Schutz, Trost und Hilfe zuzuwenden. Der Verrat darf also nicht bemerkt werden. Der Anpassungsmechanismus der Dissoziation ist daher nicht nur eine Abwehr der überwältigenden Qual, der Überstimulation und der entsetzlichen Gefühle, sondern auch eine primäre Technik, um in äußerst brutalen und chaotischen Situationen Bindung aufrechterhalten zu können.“ (Freyd, 1996)

Mit anderen Worten: Dissoziation wird benutzt, um einerseits solchen überwältigend qualvollen Situationen zu entgehen und um andererseits trotz allem die so überlebens-

wichtige Bindung herstellen und aufrechterhalten zu können. Eine andere Kollegin, Elizabeth Waites, schreibt in ihrem Buch „*Trauma and Survival*“ sinngemäß:

Das Dilemma des traumatisierten Kindes besteht darin, dass Bindung lebensnotwendig und gleichzeitig lebensgefährlich ist.

Das Kind muss also Aspekte des Selbst, die das Böserartige des Elternreils entdecken können, unterdrücken. Jennifer Freyd nennt dies „*Betrayal Blindness*“ – Blindheit für den Verrat.

Hochdissoziative Traumauüberlebende haben die scheußlichste Form von Machtmissbrauch in intimen Situationen erlebt, die unsere Spezies kennt. Die TherapeutIn muss infolgedessen in der Lage sein, die potenzielle Wiederholung und die unbewusste Reinszenierung von Beziehungsmustern innerhalb der therapeutischen Beziehung zu erkennen. Beziehungsmuster, die man unter anderem durch solche *Prinzipien wie Herrschaft, Folter, Opferung, Erpressung, Verführung* kennzeichnen könnte.

Aber auch das „*Schlag zu und verschwinde*“, das wir später dann beim schnellen Wechsel (bei dissoziativer Identitätsspaltung switchen genannt) zwischen Opfer- und destruktiven Anteilen erleben, gehört dazu: Zerstörerische „Zustände“, „Stimmen“, „Innenpersonen“ etc. kommen an die Oberfläche, richten Unheil an und „rauchen wieder ab“.

Geiselnahme und Verrat sind hier als Mechanismen früher Ausbeutungsbeziehungen genannt, die wir näher untersuchen müssen und denen leider bislang in der Psychotherapie-Literatur, abgesehen von dem Buch von Jennifer Freyd, ebenso wenig Beachtung geschenkt wurde wie dem Thema der Täterinprojekte.

In jedem Fall sollte eine TherapeutIn, die mit einer Person arbeitet, die aus einer Misshandlungsfamilie stammt, eine Umgebung schaffen, in der gemeinsames Fragen, gemeinsam geteilte Autorität und letztlich gegenseitiges Anerkennen und Beeinflussen stattfinden können, ohne dass die fundamental asymmetrischen Aspekte der therapeutischen Beziehung geleugnet werden, empfiehlt auch Harvey Schwartz (siehe auch Kapitel 10 über die ethischen Grundhaltungen in diesem Band).

Wenn wir TraumatherapeutInnen diese Wechselseitigkeit in der Beeinflussung anerkennen und benennen, wenn wir sie untersuchen und Schritt für Schritt gemeinsam verändern lernen bis zur vollständigen „Emanzipation“ der KlientIn von uns, tun wir etwas entscheidend anderes als das, was die Betroffenen in ihren Familiensystemen oder in ihren Täterkreisen kennen gelernt haben.

In dysfunktionalen Familienstrukturen, in denen Kinder gequält und ausgebeutet werden, herrscht in der Regel ein *despotischer, chaotischer Erziehungsstil*, der das Kind gleichzei-

tig *parentifiziert* hat, also eine Umkehr der Rollen von Eltern und Kind suggerierte. In ihrer Herkunftsfamilie waren die meisten unserer komplex traumatisierten KlientInnen dazu da, die Bedürfnisse der Eltern zu erfüllen, und zwar – um es so drastisch auszudrücken, wie es ist: sämtliche Bedürfnisse, von „Hol mir ein Bier“ bis „Hol mir einen runter“.

Wir TraumatherapeutInnen hingegen bieten den Überlebenden gemeinsame, geteilte Autorität an. Wir verstehen beide Seiten als ExpertInnen, und wir tun uns zusammen, um etwas zu entwickeln, das die KlientIn weiterbringen könnte. Gleichzeitig bleiben wir TherapeutInnen aufmerksam für die Verantwortung, die wir in der Rolle als Behandler haben.

Unbewusstste Täuschungsmanöver

Viele KollegInnen sind bestürzt, ja geradezu enttäuscht, wenn sie mit viel gutem Willen in die klinische Arbeit kommen und dann entdecken, dass ihre KlientInnen die alten Muster nicht nur nicht aufgeben, sondern alle Beteiligten – uns, sich selbst, Außenstehende – lange darüber hinwegtäuschen. Darüber nämlich, wie desolat es in ihnen aussieht. Denn viele hochgradig gespaltene, dissoziative KlientInnen gehen als „eine“ oder als nicht traumatisiert durch, was ja auch eine beachtliche Leistung ist, während sie gleichzeitig ihre Identitäten wechseln, je nachdem welche Gefahren sie gerade wahrnehmen oder welche zwischenmenschlichen Erwartungen sie glauben erfüllen zu müssen.

Schwartz weist darauf hin, dass dadurch die primäre Forderung der Täter: „Halt den Mund und tu so, als ob alles in Ordnung wäre“ immer weiter fortgesetzt wird, besonders wenn sie ursprünglich verstärkt wurde durch verwirrende Botschaften und widersprüchliche Bindungsangebote (*double binds*) sowie ausgeklügelte, vielleicht sogar ritualisierte Gewaltszenierungen. Solche meist sadistischen Inszenierungen dienen dazu, das kindliche Opfer – unsere spätere KlientIn – dazu zu bringen, dem Täterwillen zu entsprechen und sich dabei gleichzeitig böse zu fühlen, abgerundeter schlecht, zutiefst beschämt und voller Angst. Mit dem Ergebnis, dass viele Überlebende sich nicht einmal vorstellen können, dass jemals alles gut wird – es sei denn durch die Hand des Täter-Retters, denn der weiß um alle ihre Abgründe und kennt sie, so glauben sie, besser als sie sich selbst kennen. Später, in der Therapie, bekommen wir TherapeutInnen die Rolle der Person überragen, die mächtig ist, die den Daumen hoch und runter recken kann, die Person, auf die man achten muss. So die unbewusste Wahrheit der früh traumatisierten KlientIn.

Spaltungen

Daumen rauf oder Daumen runter – die Täter-Retter-Spaltung – ist der Inbegriff der Dualität des Täters, als desjenigen, der Macht über Leben und Tod, Schmerz oder Nicht-

Schmerz hat, aber der auch sagen kann: „Pass auf, mach das nicht“ oder „Ich beschütze dich“ oder „Ich entlasse dich hier aus der Not“.

Die dissoziativen Überlebensstrategien werden perfektioniert, wenn dann die traumatisierte Person ihre Fähigkeit zur Selbsttäuschung weiterentwickelt, indem sie Bewusstheit und Erinnerung an den Kindheitsterror ersetzt durch eine harmlosere Geschichte. Zum Beispiel: „Wie meine Kindheit war? Na, ganz normal.“ Oder: „Es wird wohl alles in Ordnung gewesen sein“ oder: „Ich bin auf dem Lande groß geworden mit vielen Tieren, das war bestimmt schön.“ So erzielt die KlientIn das, was Schwarz, „einen lebensrettenden *Kompromiss zwischen Überleben und Selbsterleugnung*“ nennt. Die ganze Zeit über aber bleibt in ihr paradoxerweise die enge Bindung an die relevanten Erwachsenen aus der Kindheit erhalten, die sie als Kind versorgen – und missbrauchen.

Frankl & O’Hearn (1996) sind zwei amerikanisch-jüdische Kollegen, welche die innere Welt des dissoziativen Menschen vergleichen mit der zersplitterten Kultur osteuropäischer, jüdischer Gettos unter der Naziherrschaft. Sie vermuten: Als Überlebensstrategie bei extremem und unaufhörlichem individuellem und sozialem Stress entstehen zum einen *Hilfesuchende Bindungskräfte*, Anteil der Persönlichkeit, die gerettet werden möchten, um die Last ihres Leids loszuwerden. Zum zweiten entstehen *bindungsfördernde Kräfte*. Beschützeranteile in der Überlebenden tragen zum Beispiel die Last, nach außen über die Grausamkeit zu berichten und nach innen zu trösten. Entsprechend dürfen wir nicht vergessen, diese Beschützerkräfte sozusagen als Co-Therapeuten mit in die Therapie einzubinden. Und zum dritten bringen die fortgesetzten Traumatisierungen *bindungseindliche Kräfte* hervor. Das sind Täterintjekte, die innerlich und/oder äußerlich noch mit dem Täter verbunden sind und ihre Aufgabe darin sehen, Bindungen an die Außenwelt zu unterbrechen. Ein Grund dafür ist, so paradox es klingen mag: Sie tun es, damit es nicht schlimmer wird. Das bedeutet: Bindungseindliche Kräfte wie wir sie bei Täterintjekten finden, haben teilweise durchaus beschützende Wirkungen. Sie wollen verhindern, dass die Persönlichkeit sich in der Psychotherapie wieder potenziellen Misshandlungs- und sonstigen misbräuchlichen Situationen aussetzt. Gleichzeitig aber verleugnen sie (zunächst) die realen misbräuchlichen Bindungsstrukturen zu den Tätern, denen sie „nachmodelliert“ sind.

Anfänger unter den BehandlerInnen neigen dazu, sich vor allem mit den Opferanteilen in der KlientIn zu solidarisieren und sich damit zu begnügen. Um zu verstehen, warum dies nicht genügt, sondern dass wir uns auch mit den anderen abgepaltenen Dimensionen des Erlebens auseinander setzen müssen, ist es wichtig, sich noch einmal die Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Dissoziation vor Augen zu führen.

Primäre oder peritraumatische Dissoziation ist die während der Gewalteinwirkung stattfindende Aufsplitterung der Wahrnehmung und eine Entfremdung des Erlebens. *Sekundäre Dissoziation* ist die Auftrennung in einen funktionierenden Teil – später die

Alltagspersönlichkeit oder der *host* (bei multiplen Persönlichkeiten) – und den starken und abgepaltenen Gefühls- und sonstigen Gedächtnisinhalten (*emotional parts of the personality*), die mit dem Trauma zu tun haben.

Tertiäre Dissoziation ist bei chronisch dissoziierenden Menschen die Aufteilung in einen oder mehrere alltagsräugliche Anteile oder *hosts* und weiteren Dimensionen oder sogar Innenpersonen, die unterschiedliche Funktionen bekommen: Der wütende pubertäre Anteil, die Depressive, der innere Täter, die ruhige Beschützerin, die Gleichgültige, die Prostituierte, die traumatisierten Kinder sind solche typischen Abspaltungen nach frühen Traumata.

Ob die Persönlichkeit nun bis in die tertiäre Struktur hinein tief gespalten ist oder nicht: In jedem Fall sind wir gehalten, alle vorhandenen Bereiche der Persönlichkeit in der traumazentrierten Psychotherapie ebenso kennen zu lernen und in die Therapie einzubeziehen wie die inneren *Beobachter*. Dies sind im Grunde die Anteile der Überlebenden, welche noch am ehesten in der Lage sind, die Vogelperspektive einzunehmen. Sie sind aus depersonalisierten Entermdungszuständen entstranden, aus dem Gefühl: „Das bin nicht ich“, „Das passiert jetzt nicht mir“ oder „Das hier hat mir nichts zu tun“. Ebenso einbezogen müssen wir die „trauma-unwissenden“ Anteile wie „das unbeschwertere Kind“. An der Tatsache seiner Existenz können wir erkennen, welchen Sinn die primären, sekundären und weiteren Spaltungen haben, nämlich Teile der Persönlichkeit so in Sicherheit zu bringen, dass diese sozusagen das Trauma „gar nicht erlitten haben“. Diese unwissenden Anteile tun sich in einer Persönlichkeit nicht selten zusammen mit täterloyalen Anteilen oder Resten von Opferanteilen – etwa in Form von Panik und Zwangssymptomen – zum *host*, zur Gastgeberpersönlichkeit, die dann versucht, nach außen hin den Alltag zu regeln und „normal“ zu erscheinen.

Hier noch einmal ein Überblick über die mehrfache Aufspaltung chronisch traumatisierter Menschen in verschiedene Dimensionen.

Dissoziative Spaltung

1. **„Das Opfer“** – Gefühle, Schmerzen, Wahrnehmungen, Handlungen während des Traumas, meist fragmentiert, entwickelt sich zu:
 - psychosomatischem Schmerz; Somatisierung;
 - Opferidentität: „Bin selbst schuldig“, „Ich bin so hilflos – hilf mir doch!“ (Erlernie Hilfflosigkeit);
 - Süchte, um nichts (mehr) zu spüren;
 - „Ruhe nach dem Sturm“, Fühllosigkeit, jede Bewegung bringt den Schmerz; Depressivität, u.U. Suizidalität.
2. **„Beobachter“** – depersonalisierte, distanzierte Teile der Persönlichkeit; teilt sich weiter auf in:

- neutralen affekteren, funktionierenden Teil;
 - Wächter, der innerlich für Ordnung sorgt;
 - liebevollen Helferanteil, „Enge“ etc.;
 - Täterloyalen Teil (gleichgültig dem Opfer gegenüber);
3. **„Täteridentifizierte/r Teil/e“** = Identifikation mit dem Aggressor, oft im Moment des äußersten Schmerzes; Folgen u.a.:
- sadistisch-qualender Persönlichkeitsanteil: hat u.U. Spaß an der Macht über Leben und Tod;
 - reiner Affektdurchbruch: Hass pur;
 - ideologisch die Täterseite vertretender Teil („Sex mit Kindern ist geil“);
 - zynischer, aggressiver, aber u.U. auch
 - beschützender Anteil („Outlaw“, „Django“...)
4. Das **„unbeschwerte Kind“** ohne Trauma – entwickelt sich zum host bzw. zu den hosts – oft zusammen mit Täterloyalen Anteilen.

(Siehe hierzu ausführlich auch Kapitel 5 in Band 1)

Die erfahreneren BehandlerInnen wissen, dass es gilt, alle diese verschiedenen Dimensionen in die Therapie einzubeziehen. Goulding und Schwartz (1995) unterscheiden drei Gruppen solcher Anteile, auch diese Einteilung erscheint mir sehr interessant. (Es gibt in der internationalen Fachliteratur insgesamt etwa 20 solcher Versuche, Innenanteile in chronisch traumatisierten Menschen zu gruppieren.) Sie nennen die eine Gruppe von Persönlichkeitsanteilen, die durch chronische Traumata entstehen, „**Vertriebene**“, das sind oft kindlich gebliebene Anteile. Sie hüten die wichtigsten Bedürfnisse oder traumatischen Erfahrungen und verkörpern Empfindungen und Ängste. Sie sind zeitlich eingefroren und erleben das Trauma immer und immer wieder.

Als zweite Gruppe beschreiben Goulding und Schwartz die „**Feuerwehrlente**“; sie haben die Macht, Böses zu tun, wie Britte sagte. Sie sind Täteridentifiziert, selbstischer, voller Energie, automatisiert, kontrollierend und beziehen sich auf andere vorwiegend misstrauisch und von oben herab – so kommen sie uns zunächst entgegen. Gleichzeitig zeigen sie hin und wieder ein generöses Verhalten, sind irrational und grenzüberschreitend, aber ihr Verhalten enthält auch Elemente von Schutzz. Wir haben also einen langen Weg vor uns, bis wir ihnen geholfen haben, dass sie zu einigermaßen rationalen und verlässlichen Beschützern in einer ehemals so gequälten und nur nach außen orientierten Persönlichkeit werden können.

Schließlich nennen Goulding und Schwartz als dritte Gruppe die „**Manager**“, die den Alltag regeln, funktionieren, die eine Fassade von Normalität und Einheit aufrechterhalten, übrigens eher eine Karikatur dessen, was sie anderen abgesehen haben.

Viele Gewaltüberlebende entwickeln eine solche Mimikry: „Wie muss ich denn sein, damit ich als ein erwachsener Funktionstüchtiger Mensch durchgehe?“ Dabei ahnen sie, dass sie nur so tun als ob, dass in ihnen noch ganz viel Unkontrolliertes und Unbekanntes zu Hause ist, vor dem sie sich fürchten und das sie am liebsten „weg“ haben wollen – dies dürfte die wesentliche Motivation sein, die Gewaltüberlebende in die Psychotherapie führt: „Weg damit“, mit all den peinigenden Symptomen.

Viele Opfer, die in Behandlung kommen, sind tendenziell hypomanisch, fühlen sich also innerlich getrieben und voller Unruhe. Sie sind zwanghaft, sie sind sozial eher angepasst, sie sind ängstlich.

Camouflage – Versteckspiel aus Angst vor Intimität

Was wir Mirempfindende manchmal zu Beginn schon trotz der erheblichen *Camouflage*, also dem Versteckspiel der Überlebenden, spüren: Viele können Intimität nicht leiden, weil sie Angst haben, dass sie die Kontrolle verlieren könnten, wenn es zu nah wird. Schließlich wurden sie durch Gewalt verletzt, die von einem oder mehreren nahen anderen Menschen ausging. Und/oder sie mussten frühe Verluste im wahrsten Sinne des Wortes „wegstrecken“. Daher wehren sie Spontanität tendenziell eher ab; meist auf eine durchaus lebenswürdige Art und Weise. Sie distanzieren sich einfach innerlich oder kommen mit rein rationalen Argumenten oder sagen das eine, tun aber eigentlich etwas anderes. Nicht, dass sie nicht selbst gelegentlich merken würden, was sie da unbewusst machen: „Ich tue ja nur so als ob“, denken viele von ihnen nicht zu Unrecht und vermeiden neue Bindungen und Freundschaften, was sie nicht nur in der Therapie weiterhin „einsam“ sein lässt, sondern sie auch ansonsten sozial isoliert.

Das dissoziative System ist, so hat es Harvey Schwartz an einer Stelle in seinem Buch geschrieben, wie ein „Labyrinth aus Spiegeln und Falltüren“, und der dissoziative Prozess ist der ultimative Trick. Er verdreht Ursache und Wirkung.

Denn das Entfremdungsgefühl von der Realität, das Sich-nicht-richtig-Spüren und andere dissoziative Symptome werden für das eigentliche Problem gehalten. Dabei dienen sie nur dazu, das Eigentliche – die Erinnerung an die Qualen des Traumas – fernzuhalten. So verirrt ist die komplex traumatisierte Persönlichkeit:

„Verloren in der Zeit, fragmentiert in der Identität, überwacht und angespannt, Entdeckung befürchtend, während sie versucht, ihre Lebenskatastrophen zu bändigen, und wahrhaft konfus in allen Beziehungen, obwohl sie vorliegt, das nicht zu sein, wird die Überlebende zum Opfer ihrer eigenen dissoziativen Achterbahnfahrt.“ – Schwartz, 2000

Ein Beispiel:

Die Überlebende wird „getriggert“. Sie bekommt eine Nachricht aus ihrem Elternhaus, sie solle heimkommen und sich um ihren kranken Vater kümmern (der sie als Kind misshandelt hat). Diese Nachricht versetzt sie in Unruhe, die Unruhe führt zu negativen Gedanken („Was ist bloß mit mir los? Ich kann mich nicht konzentrieren. Nicht mal konzentrieren kann ich mich. Typisch, nichts kriege ich auf die Reihe...“). Diese wiederum führen zu negativen Gefühlen (verstärkte Unruhe, Verzweiflung, Selbsthass, Selbstzerstörungswut). Dann setzt Dissoziation ein, hier etwa in Form einer Symptomtrance. Folge: Sie bekommt einen Fressanfall, oder sie nimmt eine Rasierklinge und beginnt sich den Arm aufzutritzen, oder sie schlägt mit dem Kopf gegen die Wand etc. Dieses Symptomverhalten schließlich erleichtert ihre Unruhe, führt aber wiederum zu negativen Gedanken („Schon wieder konnte ich es nicht verhindern!“) und Gefühlen (Scham, Selbsthass) über sich selbst, die ihrerseits eine neue Symptomtrance mit Selbstverletzung auslösen kann. Die Dissoziation – hier in Form der Symptomtrance – lässt die Betroffene den Auslöser vergessen, entfernt sie von dem Grund für ihre Beunruhigung. Stattdessen wird sie ihr problematisches Selbstbeschädigungsverhalten „weghaben“ wollen und dies wird sie unter Umständen in die Psychotherapie führen. Gleichzeitig wird sie das Verhalten behalten wollen, weil sie weiß, dass sie es braucht, um sich selbst von ihrem Getriggertsein zu „befreien“ – aber dies wird ihr meist unbewusst bleiben und eher dazu führen, dass sie ihr erneutes Problemverhalten vor der Therapeutin verbirgt.

Nicht die Dissoziation ist die Ursache für die Verhaltensprobleme, sondern das Trauma ist Ursache für den Auslöser und dieser für die Dissoziation, die wiederum das Problemverhalten auslöst. Doch diese Wahrheit ist bis zur Unkenntlichkeit aus dem Bewusstsein der Überlebenden verschwunden. Das ist gemeint, wenn hier von Selbsttäuschung in Form der Verwechslung von Ursache und Wirkung die Rede ist.

Tragischerweise veranlassen diese Teufelskreise aus So-tun-als-Ob und Vermeidung von Gefühlen, Erinnerungen und Entdeckungen andere Menschen, auch die Therapeuten, nicht selten dazu, ernsthaft anzuzweifeln, was die Überlebende zu sagen hat. Und das führt bei dieser zur nächsten Abwärtsspirale aus Selbstzweifeln und Entwertung.

Und wie reagieren die TherapeutInnen typischerweise? Schwarz nimmt es ironisch: „Gegenübertragungsinzenzierungen können zahlreich sein. Sie reichen von Faszination, Rettungsphantasien, Verleugnung, Ungläubigkeit über verschiedene Formen von subtiler oder offener Dominanz – nicht selten in Form von Deutungen ... („Sie sagen zwar ... aber eigentlich meinen Sie damit ... und das bedeutet, Sie sind ...“) bis zu Grenzübertretung und endgültiger Distanzierung.“ In Kapitel 19 werden solche Gegenübertragungen genauer unter die Lupe genommen.

Wir TherapeutInnen müssten also bereit sein, uns mit all dem auseinander zu setzen. Auch mit den malignen Bindungen, also dem Verbundensein der Opfer und Überlebenden mit

den Tätern und ihrem Gefängnis in den die Aufdeckung der Traumatisierung verbindenden Symptom- oder Problembereichen. Mir diesen gilt es, sich nicht nur auseinander zu setzen, sondern wir werden sie auch erleben; wir werden sie sogar erleben. Zumindest wenn wir längerfristig mit früh- und lange Zeit traumatisierten Menschen arbeiten, werden wir TherapeutInnen all diese Variationen von Verstrickungen bis in unser Innerstes hinein erleben; so wie sie die Betroffenen selbst in Bindungen der destruktiven Art kennen gelernt haben.

In frühen Behandlungsphasen wird die hochdissoziative Trauma-Überlebende selbst wahrscheinlich zwischen mehreren Zuständen hin und her schwanken. Sie wird – so Schwarz – einmal überzeugt sein, dass der Ausdruck solcher Gefühle wie Traurigkeit und Zorn unmittelbar zu ihrer eigenen Zerstörung oder zu der des Therapeuten oder der Praxisräume führen wird. Daher wird sie eher in dissoziative Zustände gehen und es vorziehen, sich selbst zu verletzen. Und sie wird zweitens ihren Körper als Ausdrucksmittel für ihren Schmerz benutzen, indem sie sich selbst verletzt und anderweitig schädigt, unerklärliche Unfälle hat oder auf brutale Weise ihr sexualisiertes Trauma reinszeniert (siehe auch Kapitel 6 in Band 1 und Anhang 2 in diesem Band).

Ein Beispiel für Letzteres:

Ein Fünftel aller hoch dissoziativen Frauen hat sich zumindest phasenweise „freiwillig“ prostituiert, die meisten von diesen Frauen wurden zuvor zur Prostitution gezwungen.

Und drittens wird sie vollkommen davon überzeugt sein, dass die Therapie nichts bringt, da die Therapeutin ja „eh nichts kapier“, weil sie naiv ist und keine Ahnung hat. Während die Überlebende selbst auch nur eine Ahnung hat und nichts Genaues weiß, aber gleichzeitig in ihrem Unbewussten der Überzeugung ist: „Die wichtigsten Leute aus meiner Herkunftsfamilie sind es, die mich wirklich kennen, die wissen, wie es wirklich um mich steht.“ Das ist eine Selbsttäuschung, aber sie wird lange aufrechterhalten.

Jean Goodwin (1999) hat einmal den dissoziativen Lebensstil der Überlebenden beschrieben als „gekennzeichnet von Leugnung der Kindheitstraumata“, was heißt: Selbst wenn diese ab und zu einmal in einem Nebensatz erwähnt werden in der Art: „Ja, als der mich noch misshandelt hat“ oder: „Naja, er war nicht der Einzige, der mich belästigt hat“, wird das Trauma eher so behandelt, wie tätenloyale Erwachsene, etwa die Mütter, in solchen Misshandlungsfamilien mit der vorhandenen Gewalt in der Familie umgehen: wegsehen, bagatelisieren, leugnen.

Defensive Taktiken, um das Trauma nicht zu „merken“

Die unbewussten Abwehrstrategien misshandelter Menschen können subtil sein – und zahlreich, zum Beispiel:

- Identifikation mit dem Aggressor;
- Projektion des viktimisierten (zum Opfer gewordenen) Selbst auf andere;
- Verherrlichung von Autorität;
- Misshandler „freisprechen“;
- Rigidität im Denken;
- künstliche Sicherheitsrechniken;
- Selbstverletzung oder Selbstbeschädigung;
- Vermeiden von Introspektion;
- psychisches Verflachen (Blande-Werden);
- Zynisches Misstrauen gegenüber anderen Menschen;
- Auslagern an andere statt eigener selbstbestimmter Entwicklung.

Eine defensive Taktik ist die *Identifikation mit dem Aggressor* und die *Projektion des viktimisierten Selbst auf andere*. „Diese Lolitas sind es doch alle selber schuld, wenn ihnen was passiert“, ist hierfür ein Beispiel; ein anderes: „Wenn die so einen kurzen Rock anzieht, braucht die sich nicht zu wundern, wenn sie begrabscht wird.“ Aber auch positiv: sich um andere kümmern. Eine weitere defensive Taktik ist die *Verherrlichung von Autorität*, wie sie oben bereits beschrieben wurde: Derjenige, der am meisten Macht hat, der wirklich „den Daumen nach oben oder unten recken“ kann, ist der bedeutende Mensch, nach dem muss man sich richten.

Beispiel:

Aufgefallen ist mir das letztgenannte Phänomen zum ersten Mal, als ich Mitte der 1970er Jahre in einer Gruppe mitgearbeitet habe, die eines der ersten Frauenhäuser gründete. Da ich selbst zwar auch nicht aus einer kerngesunden, aber nicht aus einer Misshandlungsfamilie stammte, musste ich mich, naiv wie ich war, mit Fassungslosigkeit der Tatsache stellen, dass die meisten der betroffenen Frauen damals entweder schnurstracks zu ihren Misshandlern zurückgingen, obwohl sie eine Alternative geboten bekamen, wie wir dachten. Oder wenn sie es schafften, sich von dem einen Täter zu trennen, sich möglichst bald den nächsten Partner aussuchten – und der entpuppte sich nur allzu häufig ebenfalls als Misshandler. Glücklicherweise haben die Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern inzwischen gelernt, zum einen damit zu leben, zum anderen die Zahl derer, die zum Misshandler zurückkehren, durch gute Arbeit auf „nur noch“ etwa 50 Prozent zu reduzieren...

Eine weitere defensive Taktik der frühtraumatisierten Gewaltüberlebenden besteht darin, *die misshandelnden Eltern von dem Vorwurf der Misshandlung freizusprechen*. Häu-

fig sagen die Überlebenden so etwas wie: „Die konnten nichts dafür“ – „Der tut mir Leid“ – „Die sind doch jetzt auch alt.“ Auch vorzeitiges „Verzeihen“ ist eher ein – manchmal sozial oder therapeutisch erzwungenes (siehe „Familienstellen nach Hellingger“), manchmal auch selbst herbeigesuchtes Anpassungsritual. Echtes Verzeihen, wenn es denn überhaupt sinnvoll erscheint, wird natürlich erst möglich sein, nachdem die Betroffene ausreichend zornig sein konnte, da sie sich sonst erneut selbst verleugnen oder den unversöhnlichen bzw. zerstörten Teil von sich abspalten muss. Um den Schmerz der Realisierung des Traumas nicht aushalten zu müssen, sind daher manche Betroffene zu vorzeitigen „Verzeihen“ bereit – wenn sie nicht sogar vollständig die Tatsache der Misshandlung leugnen („Ach, das war doch gar nicht so schlimm“ – „Das steht zwar in den Akten, aber ich traue es meinem Vater gar nicht zu.“).

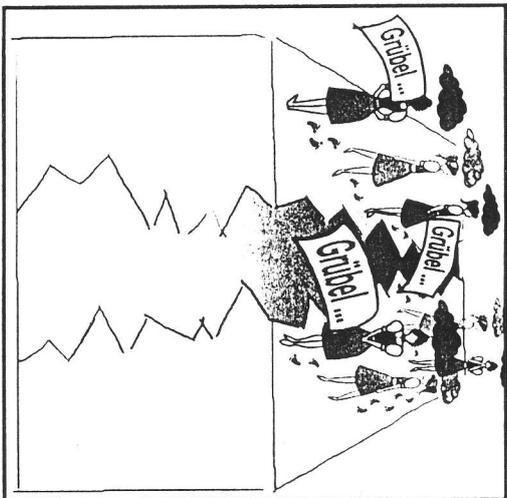
Weiterhin gehört zu den defensiven Taktiken die *Rigidität im Denken* und die *Schaffung künstlicher Sicherheitsrechniken*. „Wie kann ich es wegpacken?“, scheint das Unbewusste der Überlebenden zu fragen und antwortet zum Beispiel: „Indem ich es in den Alltag hinein zwingen und in diesen bestimmen ‚Zuständen‘ oder ‚Anfällen‘ oder ‚Alpträumen‘ ausdrücke, da geht es mir dann nicht gut und ich interpretiere das so, als sei ich eben manchmal vertriebt. Ich kann es nicht zuordnen, und ich werde es nicht fühlen, damit ich es nicht verstehen muss.“ Zwänge wie der Wasch- oder der Kontrollzwang lenken von „unbequemen“ oder konfliktreichen Gedanken ab.

Selbstverletzung spielt natürlich eine enorm wichtige Rolle als Mittel zum „Wegdrücken“ oder als defensive Technik, um von einem Zustand in den anderen zu kommen und dadurch das „weg“ zu dissoziieren, was nicht nur an Konflikten aktuell vorhanden ist, sondern auch was an unbewältigten Erinnerungen „hochzukochen“ droht.

Weiterhin gehört zu den defensiven Techniken das *Vermeiden von Introspektion* und ein *psychisches Verflachen* oder Blande-Werden, das wir häufig bei der Alltagsperson, auch „Gasgeberin“ (host) genannt, beobachten können, indem sie sich aus Angst, dass alles Bristante „hochkocht“, ganz leer macht, sich auch eher blande verhält oder ganz schnell weggeht – mental oder auch körperlich –, sobald eine Situation „tiefgehend“ zu werden droht. Sie fühlt sich dann „nur noch depressiv“, versucht aber, nach außen hin eine freundliche Fassade aufrechtzuerhalten, während ihr Verstand „Warteschleifen dreht“, und sie grübelt und grübelt...

Die vielleicht wirkungsvollste, ebenfalls unbewusste, defensive Taktik besteht in einem *zynischen und/oder ängstlichen Misstrauen gegenüber allen anderen Menschen*. Dieses ist auch bei denjenigen Klientinnen oft vorhanden, die uns BehandlerInnen sehr freundlich und lebenswürdig entgegenkommen. Wenn wir genau hinschauen, sehen wir häufig, dass sie niemandem mehr vertrauen, und uns, die wir ihnen nahe zu kommen „drohen“, schon gar nicht. Entsprechende Gedanken der Betroffenen lauten: „Die TherapeutIn hat ja keine Ahnung; die ist ja naiv“ (was oft genug auch stimmt) oder auch: „Wenn die wüsste,

Depression



was wirklich mit mir ist, würde sie das überhaupt nicht aushalten, also schöne ich sie besser.“ Oder auch: „Jetzt ist sie noch nett zu mir, aber wenn ich ihr sage, wie schrecklich ich bin, schickt sie mich bestimmt weg.“

Dabei können viele BehandlerInnen das Misstrauen der Überlebenden durchaus verstehen, angesichts der desaströsen Beziehungen, aus denen sie kommen, insbesondere wenn diese in frühen Misshandlungsbeziehungen ihre Wurzeln haben.

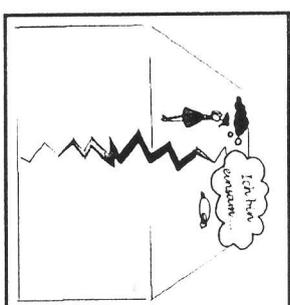
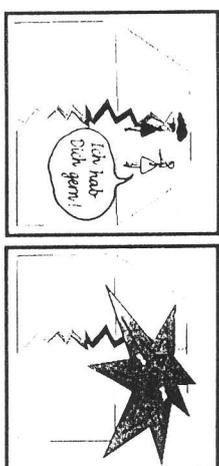
Gleichzeitig erleben wir in der Psychotherapie, dass diese KlientInnen sich der Therapeuten durchaus *ausliefern* und versuchen, sich regelrecht zu *unterwerfen* in der Beziehung, mit dem unbewussten Ziel, diese möge sie retten. Was letztlich auch eine defensive Taktik darstellen kann, einen weiteren Versuch, das böse Objekt sozusagen auf Distanz zu halten und zu kontrollieren.

Daher das subjektive Gefühl vieler Überlebenden, nur mit *M Manipulation* durchzukommen, was nicht wenige dann regelrecht in Tipps und Tricks einander weitergeben, in der Art – wie ich es einmal in einem Klinik-Gespräch zwischen Traumapatientinnen erlauscht habe: „Du musst das so und so machen, dann spurt die (Therapeutin) schon.“ Durchaus eine Möglichkeit, Kontrolle über die Situation zu gewinnen, aber es ist auch traurig, denn es vertieft eher die Kluft zwischen HelferIn und Hilfesuchender, statt sie zu überwinden.

Wobei viele TherapeutInnen das ihrige dazu beitragen, indem sie ihrerseits den PatientInnen mit Misstrauen begegnen und oft genauso untereinander sprechen! Also: „Die musst du so und so behandeln, dann spurt die schon.“ Als BehandlerIn sollten wir, sobald wir uns bei einem solchen Gedanken ertappen, sofort denken: „Aha, Gegenübertragung – ein Fall

für die Supervision!“ und uns Hilfe holen. Denn sonst werden wir uns nur in einem *Machtkampf* mit der PatientIn verstricken, und das Ergebnis wird wahrscheinlich ein langer Umweg, wenn nicht eine reine Reinszenierung der früheren Macht- und Missbrauchssituation sein.

Wut



Innere Getrenntheit ergibt ein eigenes prekäres Gleichgewicht

Spaltung und innere Getrenntheit als Überlebensstrategie ergeben für das Opfer und die Überlebende ein eigenes Gleichgewicht. Das verlieren wir oft aus den Augen, denn wir haben nicht selten ganz andere Therapieziele als unsere KlientIn. Die sagt, oft ohne es wörtlich so auszudrücken, nonverbal zu uns: „Mach das weg, was mich stört!“ oder „Wenn ich nur meine Symptome nicht hätte, wäre alles in Ordnung, also weg mit den Symptomen!“ Gleichzeitig haben viele aber durchaus eine Form des sehr labilen, aber immerhin des Gleichgewichts, gefunden. Einen mehr oder weniger eleganten Tanz, mit dem sie die Stücke ihres zersplitterten Spiegels durch die Welt tragen. Was dazu führt, dass diese KlientInnen jeden *Therapiefortschritt* in Richtung auf Zusammenschluss und Bildung eines einheitlicheren Selbst und auf Integration statt Abspaltung und „Wegmachen“ *als ernsthafte Bedrohung ihres Gleichgewichtes* betrachten.

Aufgrund des „Tanzes der Spiegelsplitter“ statt einer inneren Koordination und „Durchmischung“ der Persönlichkeit ist eines ganz bestimmt nicht gelernt worden: Konflikte durchzustehen. Daher leben die Betroffenen mit einer *enormen Kränkbarkeit*.

Ein Beispiel:

Alma Ahrens (Name geändert) möchte von ihrer Therapeutin aus dem Urlaub angerufen werden. Das aber nicht zu einem vorher vereinbarten Datum, sondern sie möchte bestimmen, wann sie den Anruf braucht. Die Therapeutin stimmt dem zu, unter der Voraussetzung, dass die Klientin ihren Rückruf-Wunsch auf ihre Mailbox spricht oder eine SMS schiekt und sie – die Therapeutin – dann zurückruft. Darauf geht Alma ein. Einmal, als die Therapeutin nach einer SMS der Klientin zurückruft und Alma ihr viel zu erzählen hat, wird die Therapeutin erkennbar im Hintergrund zum Essen gerufen und sagt am Telefon zu Alma: „O.k., noch fünf Minuten, dann muss ich aufhören.“ Daraufhin bricht Alma das Telefonat ab. In der ersten Stunde nach dem Urlaub der Therapeutin wirft Alma ihr vor: „Sie haben mich abgewimmelt. Dabei habe ich es Ihnen doch freigestellt, wann Sie anrufen. Wenn Sie dann anrufen, dann müssen Sie aber auch Zeit für mich haben!“ Garnichts nützt es, dass die Therapeutin erklärt, sie nicht abwimmeln zu wollen, aber sie sei doch zum Essen gerufen worden ... Es dauert Jahre der Therapie, bis das Unangemessene dieses Wunsches nach „freier“ Verfügbarkeit der Therapeutin auch im Urlaub überhaupt verhandelbar wird. Die spontane Gegenübertragung – unverschämtes Anspruchs-Denken – führt direkt zum Verstehen der früheren Beziehung zwischen der kleinen Alma und ihrer Mutter, die jedes natürliche Bedürfnis der Tochter nach Nähe schroff abgewiesen hat. Dieses Verstehen hilft der Therapeutin aber nur begrenzt, denn sie weiß: Es wird ein hartes Stück Arbeit, bis die Klientin, ohne sich allzu sehr zu schämen und/oder die Vorwärtsverteidigung einzuschlagen und Vorwürfe zu machen (was die Klientin selbst in solchen Momenten als „mich wehren“ bezeichnet oder als „minimale, angemessene Ansprüche anmelden“), ihren Wunsch nach Kontakt zur Therapeutin auch in deren Urlaub auf angemessene Art mit ihr verhandeln kann ...

Viele früh in ihrer (Beziehungs-)Entwicklung gestörten KlientInnen können mit freundlichen Beziehungsangeboten der Therapeutin zunächst nur schwer umgehen. Entweder fühlen sie sich bedroht („Was muss ich dafür tun, dass Sie so nett zu mir sind?“) oder sie sind so bedürftig, dass sie den „ganzen Arm“ nehmen möchten, wenn sie „den kleinen Finger gereicht“ bekommen. Und wenn sie realisieren, dass sie dies tun, kann es wiederum kippen in: „Ich kann diese Art von Kontakt überhaupt nicht haben. Das tut mir nicht gut“, mit der Konsequenz, den Beziehungsabbruch zumindest anzudrohen. Alle Angebote der Therapeutin sollen vor allem eines bewirken: Die KlientIn soll lernen, *selbst* fürsorglich mit sich umzugehen, soll ihre eigenen ambivalenten Wünsche und Bedürfnisse regeln können und mit außenstehenden Beziehungspartnern darüber verhandeln können. Doch das „*selbst*“ wird von der KlientIn automatisch mit „*allein*“ gleichgesetzt und stellt eine solche Bedrohung dar („Was? Schon wieder soll ich allein klarkommen?“), dass es lange abgewehrt werden muss.

Harvey Schwartz weist darauf hin: „Beziehungsmuster, die auch nur den Keim der Integration beinhalten, etwa Einsicht, Empathie, Respekt, Mitleid, Ermüdung zu Gefühl

und Reflexion, können der Überlebenden so gefährlich erscheinen, dass sie attackiert oder vermieden werden. Stattdessen kann es sein, dass sie lieber Selbsthilfeverhalten wählt, dass sie tröstet und Spannungen reduziert, indem es die psychische Getrenntheit aufrechterhält, zum Beispiel Selbstverletzung, Drogenmissbrauch, Arbeitsucht, sexuelle Promiskuität oder Investition in missbräuchliche Beziehungen.“

Auch diese Beobachtung kann ich aufgrund vieler Supervisionen und therapeutischer Arbeit durchaus bestätigen. Sich dies klar zu machen, hilft den BehandlerInnen sehr, damit sie nicht selbst zynisch abwehrend oder chronisch misstrauisch werden.

Unterschiede zwischen Opfern sadistischer und nicht-sadistischer Täter

A propos Misstrauen: Anna Salter, die bekannte amerikanische Psychologin, Forscherin und Schriftstellerin, die viele Jahre sowohl mit Tätern als auch mit Opfern gearbeitet (z. B. Salter, 1988, 1995) und einige ihrer Erfahrungen in Romanform verarbeitet hat (z. B. Salter, 1997, 2001), kann wie keine zweite Kollegin aus Erfahrungen mit beiden Seiten schöpfen. Ihr ist aufgefallen, dass im Bereich sexueller Gewalt sadistische und nicht-sadistische Täter sehr unterschiedlich beziehungsgefährdige Opfer hervorbringen.

Der *nicht-sadistische Sexual-Täter* will sich sozusagen „seine Geilheit nicht kaputtmachen lassen“. Daher interessiert er sich überhaupt nicht für die wahren Gefühle seines Opfers. Im Gegenteil. Wenn dieses weint, wimmert, fleht und sich schließlich innerlich „leert“ macht, um das Unerrätliche auszuhalten, ist der Täter noch davon überzeugt: „Das wollte die doch, die hat geradezu darum gebittelt.“ Ein solcher Täter produziert ein *Opfer, das nichts so sehr möchte wie „erkannt“ zu werden* und das sehr sensibel darauf reagiert, wenn es sich falsch verstanden fühlt. Wenn eine Therapeutin jedoch einer solchen Überlebenden das Gefühl vermitteln kann, dass sie sie versteht, kommt es oft zu sehr starken Regressionen. Am liebsten will das ehemalige Opfer noch einmal „in die Gebärmutter“ der Therapeutin und in einem verschmolzenen „beinahe wiedergewonnenen Ur-Vertrauen“ noch einmal über längere Zeit versorgt werden, immer wieder gesehen und in ihrem Sein erkannt werden und danach erst allmählich in die Selbständigkeit gelangen.

Der *Sadist* unter den Sexual-Tätern dagegen interessiert sich im Wesentlichen nicht für das Sexuelle an der Täter, sondern für die Möglichkeit, mit Hilfe der Penetration die ultimative Macht über das Opfer zu bekommen, über sein Sein oder Nichtsein, Leben oder Tod. Er möchte das Opfer nicht wirklich töten – er braucht aber den „Kick“, die Todesangst in den Augen des Opfers flackern zu sehen. Nicht die Sexualität macht ihn „geil“, sondern die Macht über Leben und Tod. Um größtmögliche Macht über sein Opfer zu erlangen, schleicht er sich gerne an. Er gibt sich als zarte, verständnisvolle Vaterfigur, erkundigt sich „liebervoll“ nach dem Gefühlsleben, nach den Interessen und Vorlieben seines Opfers – um

es dann, wenn es sich sicher fühlt, zuerst zu demütigen, zu quälen und ihm zu verstehen zu geben: „Finde heraus, was *ich* von *dir* will, dann werde ich dich vielleicht – aber nur vielleicht – für heute laufen lassen.“ Doch jedes Mal, wenn das Opfer glaubt, irgendeine Regel verstanden zu haben (und damit minimale Kontrolle über die Situation und die Beziehung zu erlangen), schlägt der Sadist wieder zu und zerstört die zarten Bande, die das Opfer zu ihm aufgebaut hat. Umgekehrt ist der Sadist der einzige Sexualtäter, der Lustgewinn dabei empfindet, wenn das Opfer sich wehrt. Er will es brechen. Ein solcher Täter „produziert“ ein *Opfer, das nichts so sehr fürchtet wie „erkannt“ zu werden*. Überlebende sadistischer Gewalt können häufig keinen Blickkontakt halten; wenn die Therapeutin sie mit Blicken fixiert, bekommen sie Todesangst. Wenn eine Stunde gut lief, müssen sie in der nächsten einen Streit vom Zaun brechen, um wieder Distanz herzustellen. Wenn sie sich „erkannt“ im Sinne von „durchschau“ fühlen, bricht ihnen der Schweiß aus und sie tun alles, um sich wieder in geheimnisvolles Dunkel oder Schweigen zu hüllen.

Ein Beispiel:

Da ich häufig in Einzelarbeit mit einer Überlebenden sadistischer sexueller Gewalt arbeite, setze ich mich in respektvollem Abstand, aber nicht zu weit weg, seitlich und etwas vor ihr im Raum hin, damit sie mich verstoßen von der Seite beobachten kann. Wesentliche Sätze spreche ich wie beiläufig irgendwo „in die Luft“, halte meine Hände auf ruhige Weise so, dass sie beide sehen kann; ich achte darauf, dass ich eher tiefer sitze als sie und behalte sie meinerseits aus den Augenwinkeln im Auge. Im Grunde verhielte ich mich, behauptete eine Kollegin, die Videos von meiner Arbeit gesehen hat, wie die „Pferdeflusterer“. Vermutlich ist das ein überaus strapazierter Begriff; außerdem verstehe ich nicht viel von Pferden. Dennoch kann es sein, dass es zwischen der Arbeit mit extrem scheuen Tieren und der mit extrem scheuen Menschen einige Gemeinsamkeiten gibt: Da ist ein sehr verletztes, äußerst schreckhaftes Wesen, und wenn ich mit ihm arbeiten möchte, muss ich erst einmal seine (Körper-)Sprache verstehen und lernen, was es braucht und was es nicht leiden kann. Da es von Menschen betrogen und verletzt wurde, muss ich so achtsam, verlässlich und „ungefährlich“ daherkommen wie nur möglich, und auf jedes Ändern seiner Körpersprache reagieren. Ich darf es jedenfalls niemals konfrontieren, nicht frontal auf es zugehen, nicht mit Blicken fixieren und werde gut daran tun, es niemals in die Enge zu treiben. Es muss merken, dass es viel Platz zum Rückzug hat, und dass der für mich ganz in Ordnung ist. Gleichzeitig gehe ich nicht weg; ich verlasse es nicht – und dabei vermittele ich die ganze Zeit verbal und nonverbal:

„Du bist in Ordnung. Alles, was mit dir und in dir ist, ist wichtig, und es gibt Raum dafür. Hier ist es sicher für dich, denn ich bin zwar behutsam, aber ich habe keine Angst vor dir. Nimm dir von dem, was ich anbiete, nur das, was du brauchen kannst, und lass das andere beiseite; auch das ist ganz in Ordnung. Für dich bin ich ungefährlich, aber ich würde nicht zulassen, dass

jemand oder etwas dich verletzt, solange du in meiner Gegenwart bist – auch du selbst nicht. Wenn wir uns austauschen, könnte es sein, dass es dir hilft und du davon profitierst.“

Wenn die Klientin etwas sagt, wiederhole ich es wörtlich, damit sie merkt, dass ich es gehört habe. Erst wenn ihre Körperspannung signalisiert, jetzt entspannt sie sich, oder wenn ich mehrmals auf mein wiederholendes Nachfragen ein Nicken oder ein „Ja“ zur Antwort bekommen habe, traue ich mich, eine weitergehende Frage oder einen Vorschlag anzubringen. Diese Art achtsamer Sorgfalt führt zu einem ganz zarten gemeinsamen „Tanz“ auf schmalem Grat, an dessen Ende auch der vorsichtige Körperkontakt stehen kann, der stets von ihr initiiert wird: ein zartes Zupfen an meinem Ärmel oder der Hose; vielleicht möchte sie sogar meine Hand spüren, um zu merken, dass ich „in Ordnung“ bin. Und ich rechne damit, dass sie – sobald sie ein wenig Zutrauen gefasst hat, sofort Angst bekommt und wieder ein abruptes Gegenmanöver einleiten wird ...

Es kann sein, dass dieses „wie beiläufige Mitschwingen, Beruhigen und vorsichtig Kontakt anbieten“ bei Überlebenden sadistischer Gewalt lange, manchmal fast über die gesamte Zeit der Therapie nötig ist, um Vertrauen auch nur in rudimentärer Form zu ermöglichen.

Täterloyale Anteile – die inneren Kollaborateure

Besonders bei den eher Funktionsstüchtigen unter den dissoziativen Frauen und Männern erweisen sich in der Therapie im Gegensatz zu dem für uns üblichen Fokus auf die aggressiven ausagierenden, selbstzerstörerischen und Kinder-Anteile die internalisierten *täterloyalen* Zustände oder Anteile als besonderes Hindernis für den Fortschritt in der Therapie. Häufig bestehen diese täterloyalen Persönlichkeitsanteile aus der Gastgeberin (also dem alltagspraktischen Anteil) plus passiven, leeren, ahnungslosen Selbstzuständen. Sie beharren oft auf einer freundlichen, manchmal ängstlichen, manchmal symptomorientiert besorgten Oberflächlichkeit. Neue Traumatisierungen durch (neue oder alte) Täter und neue (Selbst-)Verletzungen werden eher verborgen gehalten. Gleichzeitig werden die Täter in Schutz genommen („Ach, er ist ja jetzt alt“, „Sie hat bestimmt nichts davon mitbekommen“ etc.). Viele Überlebende leugnen auch ihre Misshandlungen, selbst wenn diese – z. B. in Jugendamtsakten – dokumentiert sind. Teilweise ist es sogar eine massive Verleugnung, die eine Generalisierung auf alle unangenehmen Themen erfährt: „Was soll der Quatsch mit dem Gebot in der Kindheit“ – „Auf meine Eltern lass ich nichts kommen, da war alles in Ordnung“ – „Es bringt doch eh nichts, sich mit Problemen herumzuzwängeln; sagen Sie mir mal, wie ich positiv denken kann!“

„Nur ja nichts Konflikthaftes ansprechen“, denkt daraufhin in typischer Gegenübertragung die Therapeutin. So rabuisiert wird das Benennen der Umstände von Konflikt und

Trauma, dass diese kaum verhandelbar erscheinen. Stattdessen tauchen Wahrheitspartikel in der Therapie auf, trotz aller Täterloyalität. Diese rufen Täteridentifizierende Anteile auf den Plan, die für solches „Verraten“ bestrafen müssen (etwa in Form von Selbstverletzung), ohne dass dies verbalisiert werden kann, nach der Devise: „Schlag zu und verschwinde“.

Modell für die Täteridentifizierenden Anteile sind natürlich die Täter selbst in ihrer despotischen Unberechenbarkeit und ihrem pathologischen Narzissmus. Für die Täterloyalen Anteile ist das Modell entweder ein nicht selbst misshandelndes Elternteil oder Verwandte, die es „geschafft“ haben, keine Ahnung von der Torur des Kindes zu haben. Modellhaft für Täterloyale Anteile ist auch ein Elternteil, welches das Kind bewusst der Misshandlung aussetzt, um selbst der Gewalt zu entgehen; oder um durch die Ausbeutung des Kindes an Geld zu kommen; oder für die eine oder andere sadistische Belohnung. Manchmal steht auch ein Elternteil für die spätere Täterloyalität sozusagen Modell, das unbewusst den eigenen erlebten Verrat reinszeniert. Sehr häufig sind es weibliche Anteile in der späteren Überlebenden, die Täterloyal sind. Und das Vorbild ist allzu oft schlicht: die Mutter aus der Misshandlungsfamilie, in all ihren hier angedeuteten Facetten. Was muss das für Übertragungs-Gegenübertragungsfallen in der Psychotherapie entstehen lassen, in der ja auch meist eine weibliche Überlebende einer Therapeutin gegenübersteht!

Letztlich führen all diese Dynamiken dazu, dass die Überlebende sich selbst verantwortlich fühlt für ihr Schicksal. Denn, wie Harvey Schwartz es ausdrückt: „Entweder war ihre Liebe schlecht, so glaubt sie – das nennen wir die schizoide Lösung. Oder ihr Hass war schlecht, das nennen wir die depressive Lösung. Oder die Misshandlung war aus anderen Gründen ihr Fehler, glaubt sie.“

Erzwungene Komplizenschaft mit dem Täter

Vor allem die angebliche Einwilligung in die Misshandlung erzeugt Scham und Schuldgefühle. Die erzwungene Komplizenschaft mit dem Täter, wie wir sie in ritueller Gewalt und organisierter Kinderausbeutung finden, aber auch in sehr vielen sadistischen innerfamiliären Szenarios, führt dazu, dass die Täter-Opfer-Dynamik in der Überlebenden besonders brisant ist. Sie führt dazu, dass das Kind einen mit dem Bösen identifizierten Teil oder mehrere davon entwickelt. Und „es“ führt dazu, dass einige Spaltungsphänomene nur darauf beruhen, das es – das Opfer – ja angeblich so omnipotent und gefährlich sei. Und über allem liegt eine dicke Decke aus *Gebemissen, Schwergen und verheerenden Scham- und Schuldgefühlen*. Was unter dieser Decke liegt, ist potenziell in der Therapie nicht vorhänden und verbal und dem logischen Denken, auch dem therapeutischen Diskurs, nicht oder kaum zugänglich.

In Wirklichkeit hatte das Opfer natürlich gar keine Wahl. Es musste sich ins Unvermeidliche fügen, sonst wäre es nicht traumatisiert worden. Das Gefühl, dabei versagt zu haben,

die Misshandlung aufzuhalten oder zu stoppen, ist eine Quelle starker Schuld- und Schamgefühle des Opfers, die auch später im Leben noch die Durcharbeitung der Traumatisierung blockieren können und erst bearbeitet werden müssen, bevor eine Traumaintegration möglich wird. „Ich bin schuld – ich habe mich falsch verhalten. Wenn ich es nur richtig gemacht hätte, wäre die Misshandlung nicht passiert.“ So etwa können wir die Schuld- und Schamgefühle des Opfers in Worte übersetzen. Dieses „Wenn ich nur anders gewesen wäre“ erzeugt *erlernte Hilflosigkeit* (Marone, 1995), die ihrerseits die Basis für Depressionen und Angsterkrankungen bilden kann.

Umgekehrt liegt in dieser Sicht: „Ich hätte es verhindern können, wenn ich nur ...“ auch eine *omnipotente* Vorstellung. Deren Sinn könnte darin bestehen, zumindest im Nachhinein noch irgendetwas selbst zu verantworten, damit auch retrospektiv selbst kontrolliert haben zu können. Das Opfer ist bemüht, die Monstrosität der an ihm begangenen Verbrechen herunterzuspielen, sie damit „irgendwie“ zu bewältigen, um in seiner Phantasie einen Rest Selbstachtung und Handlungsfähigkeit zu behalten. Hierzu ist eine Menge an unbewusster geistiger Akrobatik vonnöten.

Denn die brutale Wahrheit ist für das Opfer viel kläglichere: „Dem Opferkind wird chronisch jede wirkliche Kontrolle über seine Situation und damit jede Selbstbestimmung versagt. Daher kann es die Illusion von Sicherheit nur aufrechterhalten durch die extreme Verleugnung. Es kombiniert diese Verleugnung mit einem Gerichtssein auf andere.“ (Schwartz, 2000)

So kommt es zu einem Wechsel zwischen Hypervigilanz (übermäßiger Aufmerksamkeit) und kompletter Verleugnung realer Gefahren, verbunden mit einer bizarren Konstruktion von Wirklichkeit. Für die Überlebende besteht diese Wirklichkeit aus „guten Eltern“, einem „irgendwie verrückt Sein“, aus Selbstbeschuldigungen und dem untergründigen Gefühl einer negativen Besonderheit – dem magischen Denken, dass aus der Fähigkeit entspringt, Böses zu tun, wie Brière (1992) meint. Letztlich fühlt sich das Opfer, fühlt sich später die Überlebende schlecht, und es erscheint ihr meist so, als sei sie „irgendwie“ von innen heraus verdorben und böse und stelle damit eine Gefahr für ihre Umgebung und für alle Menschen dar, die sich mit ihr einlassen. „Ich bin ein Monster“ – diesen oder einen ähnlichen Satz habe ich aus dem Mund zahlreicher Überlebender gehört, und es war keineswegs ironisch gemeint.

Schon Kinder zeigen uns, wie dieser Mechanismus – die Täter werden freigesprochen, das Selbst beschuldigt – früh greift. Wenn der familiäre Terror lange anhält, so beobachtet Graham, dann betrachten sich die Kinder in ihrem ganzen So-Sein schließlich durch die Augen des Täters und erzählen uns das: „Wenn wir sie fragen, was sie selbst dazu denken und fühlen.“ so Graham weiter, „erzählen sie, wie die misshandelnden Eltern sich fühlen und über sie denken. Wenn wir sie darauf hinweisen, was sie da gerade tun, und unsere Frage wiederholen, sagen sie: Ich weiß nicht.“ (Graham, 1994)

Die in der Familie misshandelten Kinder sind schließlich *Geiseln* ihrer Eltern gewesen. Sie waren überlebensabhängig von ihnen. Und die Eltern haben stets und immer wieder ihr Überleben bedroht, indem sie sie vernachlässigten, plötzlich im Stich ließen und vertieren und/oder ihnen Gewalt antaten. Also werden die Kinder lernen, enorm feine Antennen zu entwickeln, und wie hypnotisiert darauf achten, was die Täter tun und denken, sich selbst aber außer Acht lassen bzw. gar nicht entwickeln.

Meistens ist der Ugrund, auf dem die feinsten Antennen entstehen und die größte Selbstverleugnung wächst, sadistische Misshandlung. Sektrenliche Bedingungen von Gehirnwäsche und absolute Geiselnahme, Terror und Schweigegebote, wie wir sie in rituellen und Kultmishandlungen finden (siehe Kapitel 8 in Band 1 und Kapitel 15 in diesem Band) ergeben zusammen bei dem Opfer bzw. der Überlebenden eine Art extremes *Stockholm-Syndrom*. Auch Überlebende des „ganz normalen Terrors“ in Misshandlungsfamilien können so etwas entwickeln.

Sie erinnern sich an die Geiselnahme in Stockholm, nach der das Phänomen benannt wurde? Damals haben sich die Geiseln mit den Tätern solidarisiert und hielten die äußeren Helfer eher für Eindringlinge. Harvey Schwartz hat für die Mentalität, die Menschen mit einem Stockholm-Syndrom haben, eine kurze Formel: „*Helfen verletzt, Verletzung hilft*.“ Was später nichts anderes bedeutet als: Selbstverletzung oder das Verharren im Unertäglichen als einzige Möglichkeiten, zu überleben; doch den Helfer oder die Helferin lieber auf Abstand halten, denn es tut zu weh, wenn jemand nahe kommt.

Solche Pseudo-Wahrheit entsteht unter traumatischen Bedingungen und wiederholt sich in der inneren Welt pathologischer Vielfalt, wie wir sie bei DIS-KlientInnen finden (multiple Persönlichkeiten). Zum Beispiel in der Ausprägungsform des aggressiven Beschützers oder des Täterintrojekts, der alle Formen liebevoller Bindungen eher zu verhindern sucht und die elterlichen Misshandlungen aus gegensätzlichen Motiven reinszeniert: aus Selbstschutz und zur Selbstbestrafung.

Nun ist es nicht so, dass die Betroffenen selbst entscheiden können, ob sie es so sehen und ob sie sich so verhalten wollen. Sondern es handelt sich um unbewusste Inszenierungen und Reinszenierungen. Was sollen wir – TherapeutIn und KlientIn – bloß tun angesichts einer solchen Situation? „Emotional hineingezogen“, schreibt Figley, „in das Leid ihrer KlientInnen haben die TherapeutInnen manchmal das Gefühl, als seien sie selbst Opfer der destruktiven Kräfte in der schwer dissoziativen Patientin und in deren Familiensystem. So als verören die Therapeuten sich an die Menschen, denen sie doch helfen wollen.“ (Figley, 1995).

Im Extremfall haben die Therapeuten das Gefühl, als beständen ihre KlientInnen nur aus Objekt-Hunger, Gier, Selbstsüchtigkeit, Unsensibilität, Misstrauen und Forderungen und als würden sie, die HelferInnen, geradezu in Stücke gerissen.“ (Schwartz 2000)

Grosch und Olsend haben es in ihrem Buch „When helping starts to hurt“ zugespitzt so ausgedrückt: „Viele von uns, die anfänglich hoffen, etwas in der Welt bewegen zu können mit dieser Arbeit, enden damit zu hoffen, dass der Arbeitstag bald vorüber ist.“ (Grosch & Olsend, 1994)

„Verletzung ist hilfreich und Hilfe tut weh“

Therapeuten müssen diesen elementaren Widerspruch verstehen, um die subjektive Welt der verinnerlichten Gewalt, der erlebten Gefangenschaft und Folter des ehemaligen kindlichen Opfers einer Misshandlungsfamilie zu begreifen. Scham, Unterordnung und Unterwerfung unter den Willen der hilflosen und trotzdem gleichzeitig gewalttätigen Despoten aus der Herkunftsfamilie, die einst das zwischenmenschliche Leben des Opfers bestimmten, beherrschen auch später sein innerpsychisches Leben und halten sein fragiles Selbst zusammen – und zwar, so paradox es klingt, indem sie dafür sorgen, dass das Selbst gespalten bleibt. Für alle Beteiligten gilt es, dies zu wissen und sich dem auszusetzen, was uns insbesondere die früh traumatisierten KlientInnen da ins Haus bringen und was sie dann auch in der Therapie reinszenieren müssen, damit wir es gemeinsam verstehen und ändern können.

Die Traumatherapie, insbesondere die bei chronisch dissoziativen Menschen, fordert die BehandlerIn ebenso heraus wie die KlientIn, wie Paul Russell einmal festgestellt hat: „Die schwierige Behandlung zwingt uns, unsere Erfahrung zu erweitern und zu erkennen, dass wir selbst Anteile haben, die wir noch nicht genügend verstanden haben.“ (Russell, 1998) Ob dies nun dissoziative Anteile sind oder einfach, indem wir Bestandteil der Gesellschaft sind, in der sich diese Täter- und Opferstrategien widerspiegeln und wir daher nicht objektiv sein können. Dies ist ein Grund für die ständige Aufmerksamkeit, die TraumatherapeutInnen auch dem eigenen Innenleben widmen müssen. Und ein Grund für ein kritisches Gesellschaftsverständnis in der Psychotraumatologie.

Täter-Opfer-Reinszenierungen in der Traumabehandlung

Die vielfältigen Spaltungsmechanismen, denen die Überlebende ausgesetzt war, führen auch zu vielfältigen Formen von Übertragungen und Gegenübertragungen, Spaltungen und Reinszenierungen in der traumazentrierten Psychotherapie. Ausfühlich werde ich mich diesen in einer späteren Monografie widmen (Huber 2004). Hier überblicksartig einige der typischen Täter-Opfer-Reinszenierungen, die in der Therapie vorkommen können:

Täter-Opfer-Reinszenierungen

- a) Täterintjekte quälen die Therapeutin; diese fühlt sich als Opfer;
- b) täterloyale Anteile boykottieren jeden Fortschritt; halten Kontakt zu bzw. sind verliebt in Täter – Therapeutin wird „lahm gelegt“;
- c) depressive Anteile („Es ist eh alles zu spät“) weisen der Therapeutin nach, dass „nichts etwas bringt“;
- d) Opferanteile überfluten die Therapeutin mit schrecklichen Details und Flashbacks: Therapeutin meint, sich mehr und mehr anhören zu müssen („Es muss doch alles raus!“) und wahr ihre eigenen Grenzen nicht;
- e) Opferanteile reinszenieren Traumatisierungen: lassen sich künstlich ernähren, katheterisieren, Wunden vernähen, verhalten sich „verführerisch“ ... – Therapeutin wird zur realen oder imaginierten „Täterin“;
- f) Therapeutin wird ihrerseits als Täterin aktiv;
- g) Therapeutin bagatellisiert, schaut weg, verbündet sich mit den täterloyalen Anteilen in der Klientin („So schlimm war es doch gar nicht“ – „Ob es nicht doch vielleicht alles nur Phantasie von Ihnen ist?“);
- h) Therapeutin ist depressiv ausgebrannt und verbündet sich mit den depressiven Anteilen in der Klientin („Die Welt ist schlecht“, „So etwas kann Ihnen jederzeit wider passieren!“);
- i) Therapeutin verbündet sich ausschließlich mit der Opferseite der Klientin („Wir zwei Opfer gegen den Rest der Welt“) und ignoriert oder leugnet die täteridentifizierten Anteile der Klientin;
- j) Therapeutin verbündet sich mit den Täterintjekten: „Einmal alle Arschlöcher mit dem Maschinengewehr niedermähen“; „Die (Gewalt)opfer sind es selbst schuld“ etc.

Dies sind sicher nur einige aus der breiten Fülle möglicher Reinszenierungen in der Therapie. Es handelt sich um so viele Fallen und Fallstricke, dass wir der einen oder dem anderen gar nicht entkommen können. Und so ist es auch. Das gehört zu den wichtigsten Erkenntnissen erfahrener TherapeutInnen: Wir tun gut daran, geradezu zu erwarten, dass die eine oder andere Form der Reinszenierung in der Therapie stattfindet wird. Dabei wird die schlimmste – die aktive Reinszenierung, etwa in der Form, die KlientIn körperlich, emotional oder sexuell zu misshandeln – natürlich unbedingt vermeiden müssen. Doch es ist davon auszugehen, dass wir die eine oder andere Form davon zumindest als Impuls erleben werden. Und zwar sowohl die KlientIn als auch die TherapeutIn.

Ein bekanntes *Beispiel* ist, dass wir in die depressive Struktur des Opfers hineingezogen werden. Die KlientIn „beweist“ uns dann, dass nichts, was wir in der Therapie tun, etwas nutzt, und wir müssen uns ordentlich anstrengen, ihr das Gegenteil zu „beweisen“, womit sie dann wieder Material in die Hände bekommt, mit dessen Hilfe sie uns beweisen kann...

Und so können wir viele Jahre damit zubringen, uns in diesem Clinch zu bewegen und uns dabei als BehandlerInnen immer dequalifizierter, immer unfähiger zu fühlen.

Von *Traumamaterial* der KlientIn *überflutet* zu werden und nicht zu wissen, wohin damit (im Fachhinesisch also: kein eigenes Containment dafür zu haben, während wir versuchen, der Klientin ein solches beizubringen), ist auch eine typische Situation, die ich in Supervision häufig erlebe. Eine weitere ist die fast wörtliche *Reinszenierung von Traumata*. Insbesondere die ärztlichen KollegInnen und Kollagen werden es kennen, dass es Patientinnen gibt, die sich „geradezu wie hypnotisiert“ in ihrem Zustand so verschlechtern, dass sie sich katheterisieren lassen, sich künstlich ernähren lassen, Wunden vernähen lassen müssen oder auf andere Weise versuchen, ihr Trauma wieder zu reinszenieren. Schlimm ist es, wenn BehandlerInnen dann nicht erkennen, dass es sich um eine unbewusste Reinszenierung handelt, sondern annehmen, „die will das so“ und selbst komplementär agieren, indem sie z. B. als TäterIn aktiv werden („Dann wollen wir das mal so machen, das Sie auch richtig was davon haben!“) oder dass sie sich täterloyal verhalten, indem sie die Traumata, von denen die KlientIn erzählt, bagatellisieren oder wegschauen oder sich mit den täterloyalen Anteilen der KlientIn verbünden.

Wichtig ist festzuhalten: TherapeutInnen werden in dieser Arbeit Burn-out-Symptome bekommen müssen, wenn sie nicht nur einzelne komplex traumatisierte Klientinnen, sondern mehrere haben und längerfristig mit ihnen arbeiten. Dies ist völlig normal, daher

Mein Tipp an KollegInnen: Schämen Sie sich nicht (und wenn, dann eben nicht dafür, dass Sie sich schämen!), wenn Sie sich in der Therapie mit einer schwer traumatisierten Klientin verheddert haben, und machen Sie sich keine Vorwürfe (und wenn Sie sich doch Vorwürfe machen, versuchen Sie mal, sich für die Vorwürfe keine Vorwürfe zu machen ...). Es ist wichtig diese Symptome zu erkennen, weil sonst die Gefahr besteht, sich mit den depressiven Anteilen in der Klientin zu verbünden und dann eine solche Reinszenierung zu gestalten, dass die Welt ganz schlecht und nicht sicher sei und man „eh nichts machen kann“ oder sich die Arbeit „nicht lohnt“. Hier spreche ich „pro domo“: Psychotraumatologie: Wir können es uns nicht leisten, gute, engagierte KollegInnen dauerhaft aus der Traumarbeit zu verlieren!

Eine weitere Gegenübertragung, die ich sehr häufig erlebe, ist die Haltung von KollegInnen, die sicher von manchen KlientInnen gefördert wird, aber auf die wir auch nicht herfallen dürfen: *„Wir beide gegen den Rest der Welt.“*

Vermutlich kennt jede Traumatherapeutin solche Anwendungen. Gerade AnfängerInnen fühlen sich oft hineingezogen in die Täter-Retter-Spaltung: Entweder bekommen wir HelfertInnen den Impuls, sozusagen die KlientIn unter den Arm klemmen und sie retten zu wollen. Oder, wenn sie noch von Tätern bedroht wird, bekommen wir den Impuls, ihr die

Polizei hinterherzuschicken, damit die Täter endlich einmal dingfest gemacht werden usw. Oder wir haken uns sozusagen innerlich auf andere Weise Arm in Arm mit der Klientin unter. Schimpfen zum Beispiel auf die Täter und realisieren dabei nicht, dass sie in ihrem Innern die Täter-Abbilder zumindest als „Spiegel-Splitter“ auch hat, dass diese Anreize zuhören und wir auch mit ihnen arbeiten müssen.

Eine weitere Variante des *aggressiven Agierens* sind zum Beispiel laut ausgesprochene Phantasien, mit dem Maschinengewehr die Täter auszumerzen oder sie auf andere Weise zu „vernichten“. Was manchmal kippen kann in Allmachtsphantasien („Wir räumen damit auf“) oder umgekehrt in „Blame-the-victim“-Äußerungen: die Opfer seien selbst schuld, oder sogar: Sex Erwachsener mit Kindern sei etwas, das ja „selbstbestimmt von Seiten der Kinder ganz in Ordnung“ sei, auch das ist mir bei KollegInnen schon begegnet. Wir „Profis“ sind gehalten, dass wir solche Tendenzen bei uns bemerken und daran arbeiten. Wenn Erwachsene Sex mit Kindern haben, ist das nämlich ein Verbrechen seitens der Erwachsenen, und sonst gar nichts. Und diese Gewaltgeschichte: wir kümmern uns um die Übertretenden, so gut es geht, aber darüber hinaus können wir uns – außer uns allgemein (fach-)politisch zu engagieren – ansonsten nur unsere Ohnmacht eingestehen.

Durcharbeiten müssen wir TraumatherapeutInnen auch nach und nach alle wichtigen *eigenen Traumatisierungen* ebenso wie neu auftauchende Konflikte, weil wir zwangsläufig durch die Arbeit mit (komplex) traumatisierten Menschen an alle Punkte kommen, an denen „es weh tut“, und wir sonst anfällig sind für die eine oder andere Reinszenierung. Ganz besonders natürlich, wenn die TherapeutIn aus ähnlichen Familienverhältnissen stammt wie die KlientIn.

Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme im Umgang mit täter-identifizierten Persönlichkeitsanteilen

1. Übersehen der brisanten Persönlichkeitsanteile: „Bei meiner Klientin gibt es keine Täterinobjekte!“
2. Übersehen des externen Täterkontakts: „Sie ist draus!“
3. Opferidentifizierung von TherapeutIn und KlientIn: „Wir zwei gegen die böse Welt da draußen!“
4. Überforderung/stelvertretende Traumatisierung der TherapeutIn:
 - a) Die erlittene Gewalt verkräften müssen: „Schlimm genug, dass sie das alles erlebt hat...“
 - b) Die interne Gewalt(bereitschaft) der Klientin nicht ertragen: „... sie hat die Täter auch noch in sich – mit denen will ich mich nicht auseinandersetzen.“
5. Andere Gegenübertragungsreaktionen:
 - a) Zynismus und „Blame the victim“:

- b) plötzliche pauschale Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Schilderungen
 - berechnete (z.B. Klientin beginnt ganz andere „Fakten“ zu erzählen);
 - unberechnete (TherapeutIn hält es nicht aus, dass der KlientIn so viel Schlimmes passiert ist, stattdessen glaubt sie ihr plötzlich nicht mehr);
 - c) „Exorzismus“ der „unliebsamen“ bzw. täteridentifizierten Persönlichkeitsanteile.

Auch das – um mit dem Letzteren anzufangen – gibt es leider öfter, als wir es für möglich halten wollen: Dass PsychotherapeutInnen durch Gebete oder andere *Exorzismus-Rituale* aggressive Persönlichkeitsanteile in der KlientIn „zerstören“ oder „verbannen“ wollen, die ihnen „böse“ oder „untraulich“ vorkommen. Vor jeder Art von Exorzismusritualen ist ausdrücklich zu warnen! Sie nutzen nichts und schaden, sie *sind unethisches Verhalten* (siehe auch die Behandlungsrichtlinien für die schweren dissoziativen Störungen im Anhang). Meines Erachtens sollten Exorzismusrituale selbst in Kirchenkreisen inzwischen unhalbar sein: Persönlichkeitsanteile kann man nicht vernichten, man kann sie nur integrieren, und die Persönlichkeit kann lernen, zwischen denjenigen, die sie für sich akzeptieren kann („Man muss wissen, wann man *Hasso* von der Kette lässt“ sage ich bei Gelegenheit) und denjenigen, die sie zurückweisen will, zu unterscheiden. Andernfalls wird man neue Spaltungen auslösen, und das kann nicht der Sinn der Traumatherapie sein. Rein psychotische oder Zwangsvorstellungen können auf nicht-aggressive Weise „gebannt“ werden; wichtig ist jedoch zunächst einmal, alles zu verstehen, was da ist, und ihm einen Platz zu geben. Auch den „unliebsamen“ Anteilen der KlientIn.

In der Traumatherapie durchgearbeitet werden müssen auch, meint Harvey Schwartz, „die aus Selbstschutz entstandenen omnipotenten Illusionen der früh traumatisierten Klientin in ihrem ganzen Spektrum.“ Das reicht von der *Nicht-Ich*-Vorstellung, also: „Es ist nicht passiert“ – „Ich war nicht dabei“ – „Das ist ihr passiert nicht mir“ bis hin zur *Nur-Ich*-Vorstellung: „Ich bin schuld, dass das passiert ist“ – „Ich habe das freiwillig mitgemacht“ – „Ich hab es im Grunde gewollt“ – „Ich bin eine von ihnen (den Tätern)“.

In Kapitel 18 werde ich ausführlich darauf eingehen. Tatsächlich ist die Überlebende von Kindheitstraumata in ihrer Misshandlungsfamilie von denen verraten und verletzt worden, denen sie am meisten vertraute und die sie am meisten brauchte. Und sie konnte nichts, überhaupt nichts, dagegen tun. Diese Ohnmacht erleben wir auch in der Therapie, da müssen wir durch. Also immer, wenn wir TherapeutInnen an diese Stelle kommen, dass die KlientIn für einen Moment erkennt: „Es war unaushaltbar schrecklich und ich konnte gar nichts dagegen tun!“ und wir bei uns selber eine gewisse Hektik bemerken, sie schnell ablenken zu wollen, über den Punkt hinaus, an dem die KlientIn selbst ihre Ohnmacht erkennt, und wenn wir dann eifertig etwas sagen wie: „Aber Sie haben doch schon ganz viel gelernt, und jetzt gucken wir mal wieder nach ihren Ressourcen“, wenn wir sie vorschnell trösten wollen – dann gilt es eher, innezuhalten.

Ofst ist dieser Punkt entscheidend wichtig für das Anerkennen dessen, was passiert ist. Die **Kapitulation, das „Freeze“** (siehe Band 1) werden wir im Nachhinein selbst in der Therapie auch erleben, wir müssen ebenfalls da durch. Und erst dann kann es oftmals ein Stück weitergehen. Einen freien Entschluss, sich traumatisieren zu lassen, gab es beim Kind nicht, auch wenn sie als Erwachsene so tut, als ob es den gegeben hätte. Freiwillige Handlungen ebenso wenig; das Spektrum war jedenfalls aufgrund der Situation („No Fight, no Flight“) sehr eng. Stattdessen gab es eine erzwungene Kollaboration mit dem Täter und eine erzwungene Änderung der eigenen Moral mit der Folge der Abspaltung diverser Gedanken und Anteile. Dies zu erkennen ist bitter für alle Beteiligten.

Das Grenzen setzende „Nein“ der Therapeutin kann entscheidend sein

Manchmal, so möchte ich schließlich noch einmal meinen amerikanischen Kollegen Harvey Schwartz zitieren, „manchmal kann Feuer nur mit Feuer bekämpft werden.“ Manchmal muss die Klientin herausfinden, dass sie die Therapeutin an ihre absolute Grenze gebracht hat, bevor etwas im Inneren loslassen kann. Die Nein-Reaktion hat sie selbst nie über die Lippen gebracht, weil sie terrorisiert wurde und sich unterwerfen musste. Das klare Nein kam auch nie aus dem Mund eines Familienmitglieds oder von anderen Menschen, die sie näher an sich herangelassen hatte aufgrund der Kollusionen, also der Verwicklungen, in denen das Opfer sich im Familiensystem befunden hat. Und der Sadist wird eher sagen: „Na, dann finde mal heraus, was ich von dir will. Und dann werde ich vielleicht, nur vielleicht, aufhören, dir unerträgliche Schmerzen zuzufügen.“ Er wird nicht klar nein sagen.

„Dem selbstschützenden Grenzen setzenden Nein der Therapeutin oder des Therapeuten zu begegnen, und zwar in einem Kontext von Empathie und Mitleidempfinden“, wie Schwartz zu Recht betont, dies kann eine zentrale integrative Erfahrung sein. Die Therapeutin kämpft daher darum, mit ihren eigenen Gefühlszuständen und deren Wechseln in der Therapierunde in Kontakt zu bleiben, wie das so typisch ist, wenn wir mit hoch dissoziativen Persönlichkeiten arbeiten.

Die Herausforderung besteht darin, als Therapeutin einerseits die empathische Abstimmtheit (siehe Kapitel 10) zu wahren und andererseits eigene Gefühle und Verletzlichkeiten der Klientin zu zeigen, wenn diese etwas mit ihr zu tun haben. Dabei gilt es, auf eine Weise vorzugehen, dass deren stereotyper Rückzug („Bitte, bitte, nicht böse sein!“ – „Ach, jetzt sind Sie schon wieder sauer, dabei haben Sie doch gemeint, hier in der Therapie könnte ich alles sagen!“ etc.), dass die endlosen Ketten von *double binds* und die überdauernde Identifikation mit dem Aggressor durchbrochen werden können.

Wie das geht, das ist schwer zu lernen. Wir Traumatherapeutinnen werden uns vor allem mit **Aufmerksamkeit**, mit unserer **eigenen Verletzlichkeit** diesem Prozess stellen müssen.

Die Bescheidenheit, die uns daraus erwächst, sowie die Bescheidenheit, welche die Klientin dann vielleicht für sich eingestehen kann, sie können eine neue Möglichkeit bereitstellen, eine sichere Bindung einzugehen. Viele Formen verinnerlichter, ja sogar institutioneller gesellschaftlicher Herrschaft können dann in Frage gestellt werden. Oft habe ich erlebt, dass sich Klientinnen auch in diese Richtung entwickelt haben: erst in der Therapie etwas über ihren eigenen „Tellerrand“ hinauszuschauen. Und zwar ohne sich nur der Therapeutin anzupassen, sich für sich selbst einzusetzen und für Ingeglichen, sich schließlich auch sozial oder ökologisch zu engagieren. Und manche haben sogar zu politischem Engagement gefunden.

Die Verzweiflung der Therapeutin, die erleben wird, dass alles das, was sie für selbstverständlich hielt, von der Klientin attackiert und in Frage gestellt wird, ist in der Behandlung komplex traumatisierter Menschen unvermeidlich. Diese **unvermeidliche Verzweiflung** und die Grenzerfahrung, wenn es den Anschein hat, als „ginge nichts mehr“ – bevor dann doch ein entscheidender weiterer Schritt zur Entwicklung der Klientin stattfinden kann – das alles gehört zur Traumatherapie nach frühen und langjährigen Misshandlungserfahrungen einfach dazu. Wir können sagen: Die Tendenz geht vom Überleben (auch so mancher Therapiezeitung!) zur gemeinsamen Erfahrung, dass schließlich doch noch alles – ja, einiges – gut wird.

Letztlich überlebt die Therapeutin ihre eigene Demonstration, weil etwas im Inneren der Klientin ihr hilft. „Sei es Großzügigkeit, Integrität, Seele, die erwachende Fähigkeit zu lieben oder wie auch immer wir es nennen wollen. Und weil sich das verbindet mit dem Mut und dem Mitleid der Therapeutin, sowie mit deren Bescheidenheit, Liebe und Sorgfalt“ (Schwartz), kann eine neue Bindung, sogar ein neuer sicherer Bindungsstil bei der Klientin entstehen, der ihr ermöglicht, auch mit ihren eigenen Kindern eine sichere Bindung einzugehen – als Erste und vielleicht Einzige in ihrer Familie.

Unterwegs bereits merken wir, dass die Richtung stimmt und wir auf dem richtigen Weg sind, wenn ein **gegenseitiger Respekt und wechselseitiges Vertrauen in den Prozess** entstehen. Das ergibt eine Aufwärtsspirale. Ich habe es oft erlebt, dass irgendwann im Laufe des therapeutischen Prozesses auf einmal klar ist: Jetzt haben wir diesen Punkt erreicht, von dem an wir nicht mehr um die wesentlichen Dinge wie Verraten oder Feindseligkeit ringen müssen. Von da an geht es für die Patientin wirklich aufwärts, weil die Beziehung, weil die Bindung stimmt.

Wer bewusst böse behandelt wurde, kann nur so den Mut zum Erinnern und Durcharbeiten sowie zum Neuordnen der verheerenden Erfahrungen bekommen, indem ihm oder ihr mit Fachkompetenz, Aufmerksamkeit und einem liebevollen Bindungsangebot begegnet wird. Dieses Bindungsangebot kann und darf nicht anders als emanzipatorisch sein.

Wenn sich jedoch dieser **„point of no return“**, ab dem die Klientin das Bindungsangebot annehmen und beginnen kann, ernsthaft an ihrer eigenen Weiterentwicklung zu arbeiten,

nicht erreichen lässt, dann ist es besser, wenn die TherapeutIn den Mut findet, die Therapie zu begrenzen. Wir können nicht „die dauerhaft richtige Beziehungs- und Entwicklungs-PartnerIn“ sein; manchmal muss die Überlebende auch nach einer noch lange nicht zufrieden stellenden Therapie „weiterziehen“, bis die jemanden findet, der oder die sich (auch) nicht mehr in ihre verzweifelten Beziehungen-Wiederholungen hineinziehen lässt, und hoffen, dass sie dann so weit ist, das Angebot zur Weiterentwicklung für die nächsten Schritte nutzen zu können.