

Fallbeispiel zur Kontaktaufnahme und Ressourcenarbeit bei traumatischen Symptomatiken

Da traumatisierte Patienten schneller bei Beziehungsspannungen dekompensieren bzw. schneller in gefühlsverwirrenden Situationen retraumatisiert werden können, ist wohlwollende Beziehungsdiagnostik immer der erste Schritt und die Voraussetzung der therapeutischen Zusammenarbeit.

Traumatisierte Patienten sind oft sensibler für nicht empathische Beziehungskonstellationen und brauchen mehr direktes Unterstützungserleben. Desweiteren kommt hinzu, daß sie im körpertherapeutischen Bewegungsraum schneller von vorher nicht bekannten (also nicht vereinbarten!) Erlebnissen oder Therapieobjekten in Handlungsinszenierungen getriggert werden können, so daß hier mehr empirische Flexibilität des Therapeuten und dessen trainierte Beobachtungserfahrung vonnöten sind.

Fallbeispiel Undine Beier*

Frau B. ist ca. 52 Jahre alt, arbeitslos und verheiratet. Ihr Vater hat sich kurz vor ihrer Geburt suizidiert. Sie hat mit Mutter, Stiefvater (ca. 16 Jahre älter als die Mutter), Schwester (10 Jahre älter als die Patientin) und deren Mann in einer Großfamilie gelebt und alle Personen als sehr einflußnehmend auf ihre Erziehung erfahren.

Diese Patientin B. kam wegen einer mißglückten Traumatherapie in meine Behandlung. Sie litt am nichtverarbeiteten Tod der Tochter, was neben der depressiv neurotischen Symptomatik gewissermaßen als Störungshintergrund existierte. Diese aufgelagerte Symptomatik des Unfalltodes des Kindes hatte zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt, infolge derer die Patientin ständig Unfallbilder der Tochter als Intrusionen erlebte, sowie ständig Phantasiedialoge im Kopf führte, sich vom Leben nahezu vollständig zurückzog und neue Kontakte fast phobisch vermied. Das durch eine Therapeutin zuvor durchgeführte EMDR-Verfahren als Traumatherapie schlug fehl, da die Therapeutin vor den starken Emotionen der Patientin zurückschreckte und die Therapie unvollendet abbrach; mit dem nachgeordneten gesprächstherapeutischen Ansatz gab es auch keinen weiteren Erfolg.

Als Frau B. zu mir in Behandlung kam, fiel ihr im großen Bewegungstherapieaum sofort der „schwarze Sack“ auf, den sie einfach nur „schrecklich“ fand. Ich erlebte ihr Verhalten etwas phobisch und ihre Trauergefühle als angetriggert, weil sie später berichtete, daß sie durch den „grausigen Anblick“ wieder mehr vom Unfall geträumt hätte.

Vor einem erneuten EMDR- oder Screening-Verfahren wollte ich als Therapeut Frau B. zunächst zu leichteren Kontaktübungen einladen, damit unsere Arbeits- und Beziehungsfähigkeit genügend getestet und verbessert werden würde. Da sie im Bewegungstherapieaum so aversiv auf den schwarzen Sack reagiert hatte, schlug ich ihr vor, daß dieses sensible Beseelen dazu genutzt werden könne, durch geschickte Kontaktaufnahme mit diesem Objekt – wozu sie meine Hilfe nutzen dürfe – eine Entängstigung und später eine Therapie für sich zu organisieren. Frau B. sagte, daß der Anblick dieses Objektes so schrecklich, ekelhaft, schlimm wäre, daß sie gar nicht ruhig hinschauen möchte. Ich fragte sie ermunternd, was wir am Aussehen des Sackes ändern könnten, daß dieses schwierige Gefühl weniger würde. Nach einem kurzen Moment meinte die Patientin, daß man ihn doch zudecken könne. Ich ließ sie von dem Deckenstapel eine geeignete farbige Decke auswählen. Sie nahm eine hellbraune Decke und breitete sie vollends über den Sack aus. Dabei entstand ein kleines Lächeln auf ihrem Gesicht, was ich anerkennend honorierte.

Nach einer weiteren kleinen Pause fragte ich, ob noch ein Minimalkontakt mit dem Sack möglich wäre, was sie aber ablehnte. Daraufhin erkundigte ich mich, ob ich etwas –

*Name geändert

stellvertretend für sie – tun könne, um den Sack in der Anmutung zu entkräften? Frau B. schaute mich zweifelnd an und fragte, ob ich ihn wohl wegschieben könne? Ich ging bereitwillig auf den Sack zu und schob ihn einmal im Kreis herum. Dann fragte ich, ob *sie mir* nicht helfen wolle? Sie zögerte wieder etwas – war aber schon entspannter im Körperausdruck. Sie meinte, daß ein direktes Handanlegen heute nicht gut wäre. Ich fragte, mit welchem Hilfsmittel man auf Abstand schieben könne? Frau B. schaute sich um und entschied sich für die Keule. Dann schoben wir gemeinsam den verdeckten schwarzen Sack im Kreis herum: Ich mit den Händen, sie mit dem „Keulenschieber“. Das machte plötzlich einen komischen Spaß, so daß wir herumfrozzelten („Wie im Bergbau mit einer Kohlenlore.“ u.ä.). Nach einer auswertenden Gesprächsstunde schoben wir den Sack bereits ohne Decke im Kreis herum und sie nahm mit der Keule Kontakt zum gefürchteten Objekt auf – ich durfte/sollte einmal mit den Füßen gegen den Sack treten, was sie später in einer ressourcenorientierten Arbeit ebenfalls selbst tun konnte.

Therapeutischer Ausblick zum Fallbeispiel Undine Beier:

Frau B. wurde nach den Bewegungsinszenierungen zusehens entspannter und angstfreier in den Therapiebegegnungen. Sie erlebte mich als hilfreichen Therapeuten (positive Übertragungsentwicklung) und faßte innerhalb von ca. zehn Therapiestunden erneut Vertrauen zu einer Traumaexposition mit dem EMDR-Verfahren, welches wir mit ca. drei vollständigen Sitzungen zum erfolgreichen Abschluß brachten. Es stellten sich nach diesen traumatischen Bildern allerdings neue, früher verdrängte Angst- und Einsamkeitsbilder ein.

Zweites Fallbeispiel zu Undine Beier*:

Frau B. war inzwischen sicherer in der Kontaktaufnahme zu mir und reflexiv kompetenter ihrer Symptome der oben beschriebenen posttraumatischen Belastungsstörung gekommen. Sie vermied es jetzt nicht mehr von der Trauer über den Tod der Tochter und ihre irrationalen Schuldgefühle zu sprechen. Dabei hatte sie auch bereits Intrusionen bezüglich der Unfallbilder etwas einschränken können und klar das Ziel formuliert, daß sie diese belastenden Symptome endlich loswerden wolle, was vorher noch nicht so ausgesprochen worden war, weil negatives Übertragungserleben und destruktive Selbstintjekte den Genesungsprozeß nachhaltig beeinträchtigten. Im Rahmen dieser inneren Dynamik war es nicht vollends erlaubt, schuldfrei dem eigenen Leben einen wichtigeren Sinn zu geben als dem Trauerprozeß.

Es ging in dieser Therapieetappe jetzt also darum, weiter Ressourcen zur Selbstheilung und positiven Selbstattributierung zu suchen, bevor eine fokusorientierte Arbeit die Wurzeln der Übertragungen und Intjekte direkter angehen konnte.

Dazu nutzten wir wiederum den schwarzen „Trauersack“ als Arbeitsmedium für die gemeinsamen Interaktionen. Nach dem das „Schieben ohne Abdeckung“ so erfolgreich funktioniert hatte, ging es nun darum weitere Entängstigungen zu bewirken.

In einer bewegungstherapeutischen Stunde fragte ich die Patientin, wie wir den gefürchteten Sack weiter entmachten könnten? Zunächst fiel der Patientin nur das Einrichten eines größeren Abstandes ein, der hier ca. 5 m (von vorher 3 m) betrug. Aus diesem Abstand konnte die Patientin B. diesen Sack gerade noch ohne Angst liegen sehen. Jetzt überlegten wir nach weiteren Verkleinerungsmethoden. Frau B. fiel auf mein Nachfragen aus ihrer Kindheit ein, daß sie einmal einen bösen Hund aus der Ferne mit einem Stein beworfen hatte, der daraufhin unerwartet den Schwanz einzog und weglief. Also suchten wir nach geeigneten Wurfgeschossen, die wir in Bällen, Stäben und Schaumgummikissen fanden. Ich mußte wieder zuerst anfangen zu werfen, dann sie und schließlich warfen wir beide auf Kommando zugleich. Beim Angreifen war Frau B. unbemerkt fast zwei Meter näher an den Sack herangelaufen und feuerte kräftig los. Hierbei kam bei ihr Wut und teilweise auch Spaß auf. Als ich ihr die beobachteten Gefühl spiegelte, schmunzelte sie etwas verlegen und fragte mich, wie ich denn

*Name geändert

das interpretiere. Ich erwiderte, daß das womöglich alles verdrängte Gefühle wären, die einerseits zu dem Trauerprozeß gehörten, andererseits auch noch andere Verbindungen haben könnten, was uns aber momentan nicht so kümmern müsse, da wir ja nachträglich Auswertungsgespräche führen würden. Jetzt wäre zu überlegen, wie der Angstpegel weiter gesenkt werden könne. Die Patientin meinte, daß vielleicht noch eine Attacke vonnöten wäre, damit der Sack mal besiegt sein würde. Auf die Frage nach zwischenschaltenden Medien oder dem Gebrauch der Hände pur oder Füße pur, entschied sich Frau B. nach einer Bedenkzeit für die Füße ohne Hilfsmittel. Sie hatte so einen starken Fußtritt auch früher einmal auf dem Schulhof benutzt, als sie vor einem angefeindeten Jungen stand und nach hinten, ähnlich einem Pferd, gegen das Schienbein dieses Jungen mit Erfolg getreten hatte. Ich lobte diese Tretidee als großartig und erkundigte mich noch, in welchem Setting wir treten sollten: Einzeln nacheinander, gemeinsam in eine Richtung oder gemeinsam gegeneinander mit dem Sack zwischen uns? Frau B. wollte ganz klar *gemeinsam mit mir in eine Richtung rückwärts* treten. Los gings. Die Patientin hatte wirklich große Beinkraft, so daß ich kaum gleichwertig parallel treten konnte.

Nach ca. drei Minuten drehte sie sich plötzlich um und trat vorwärts, was ich dann auch tat. Es war (in meiner Beobachtung) ein ernstes aber zugleich relativ angstfreies Treten. Nach weiteren zwei, drei Minuten verschauelte sie und lächelte leicht, als sie mich etwas erschöpft sah. Dann meinte sie, der „verträgt noch etwas“, womit sie den Sack meinte, die Keulen holte und mir eine überreichte. Ich verstand wortlos was jetzt zu tun sei und schlug mit ihr im Takt relativ „ruhig auf den Sack ein“. Nach einigen Minuten war endgültig Schluß und die Patientin ging in guter Stimmung nach Hause.

Therapeutische Ausblick zum zweiten Fallbeispiel von Undine Beier:

Frau B. erzählte, daß sie noch Tage später voller Tatendrang gewesen wäre. Sie hätte die Kleiderschränke der Tochter ausgeräumt und die Sachen in Rotkreuz-Spendensäcke gesteckt, um bedürftigen Menschen in der dritten Welt zu helfen. Ihr sei plötzlich eingefallen, daß die Tochter früher auch sehr großzügig Sachen verschenkt habe und dieses Verhalten wäre wohl in ihrem Sinne gewesen. Nach weiteren focusorientierten Bewegungsstunden und einer erneuten Traumaexposition mit EMDR räumte sie das Zimmer der Tochter aus und richtete darin nach der Renovierung einen Hobbyraum für sich ein.