

Mithilfe und außerordentliches Engagement zum Gelingen des Kongresses beigetragen haben - den PraktikantInnen in der Geschäftsstelle und in der Regionalstelle Rottweil, all den HelferInnen, die während und im Umfeld des Kongresses tätig waren und natürlich jenen, denen wir uns am meisten verbunden fühlen.

*Christian Kinzel,
Burkhard Peter
Bernhard Trenkle
Christine Duffner
Alida Iost-Peter*

Apropos...

Die Abstracts dieses HyKog-Bandes können Sie auch über Internet abrufen. Die Adresse lautet:

http://ourworld.compuserve.com/homepages/meg_hypnose.

Auf dieser Homepage finden Sie neben einem Überblick über die bisherigen Hefte auch Informationen über die M.E.G., Hypnose, Termine, die HypnotherapeutInnenliste sowie weitere Publikationen. Schauen Sie doch einfach 'mal' rein...

Selbsterstützung, Kontakt und Dialog als Komponenten in der integrativen Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen

Willi Butollo

■ Die Diskussion über die Integration psychotherapeutischer Strategien und Methoden aus verschiedenen therapeutischen Schulen wird häufig zu allgemein und abstrakt geführt. Ausichtsreicher erscheint die Bemühung um schulenunabhängiges therapeutisches Arbeiten anhand konkreter Problemstellungen. Am Beispiel posttraumatischer Belastungsstörungen wird das deutlich gemacht. Dabei wird schnell sichtbar, daß integrative Psychotherapie nicht einfach als Methoden-Eklektizismus verstanden werden darf, sondern daß eine verbesserte Kenntnis der Art der Störung und damit auch der Theorie der psychischen Heilung erforderlich ist. Als eine Art theoretisches Vehikel bietet sich das Konzept des Selbstes an, das in verschiedenen psychologisch-therapeutischen Schulen bereits einen Stellenwert hat. Am Beispiel eines Ausbildungsprojektes für Traumatherapeuten in Bosnien wird die Umsetzung dieses Modells einer therapeutischen Integration illustriert.

Integrative Psychotherapie

Theoriebildung und Wissen um das Selbst des Menschen kristallisieren sich zum integrierenden Faktor auf dem Weg zur Entwicklung einer therapierrichtungs-unabhängigen Psychotherapie. Die Notwendigkeit einer integrativen Psychotherapie ergibt sich aus den eklatanten Mängeln schulengebundener Psychotherapien - einseitig reduzierte Störungsmodelle, z.T. ideologisch verbrämte Veränderungstheorien, unzureichende Bereitschaft zur Falsifikation des jeweiligen therapeutischen Ansatzes in der Empirie, in der Regel unzureichende Kenntnis differentieller Indikation. Auf der anderen Seite

sind die therapeutischen Schulen in der Lage, allgemeine und spezifische Wirkfaktoren zu mobilisieren, die in den konkurrierenden Ideologien der einzelnen Richtungen eine geringere Rolle spielen. Eine integrative Psychotherapie sollte sich darum bemühen, die Wirkfaktoren verschiedener therapeutischer Richtungen so zu einem komplexen therapeutischen Vorgehen zu kombinieren, daß daraus ein Optimum an therapeutischer Effizienz und ein Minimum an ideologischem Ballast resultiert. Dabei sollte, in Anlehnung an Strupp und Binder (1991), die Integration eher über eine Verbesserung im Sinne einer Differenzierung der Psychologie der zu heilenden Störungen angestrebt werden anstelle eines Methoden-Eklektizismus.

Die Selbstpsychologie scheint dafür einen günstigen Rahmen zu bieten, da verschiedene psychologische Disziplinen und therapeutische Richtungen dem Begriff des Selbst einen vorrangigen Platz in ihren Theorien einräumen.

Eine weitere Hilfestellung beim Versuch, den Ideologien der Therapierichtungen zu entweichen, ist die Konzentration in der Therapieforschung auf spezifische Störungsbereiche. Bei der Beschäftigung mit den Details einer psychischen Störung sind die Vertreter verschiedener Disziplinen in der Regel viel eher in der Lage, konkrete Probleme konstruktiv zu diskutieren und ihre Therapieansätze zu vergleichen, als dies bei eher allgemeinen, Gott und die Welt betreffenden Diskussionen um die Fundamente ihrer therapeutischen Schule der Fall ist.

Posttraumatische Belastungsreaktionen sind ein besonders interessantes Anwendungsfeld für die Entwicklung integrativer Psychotherapie. Die Entstehung einer Störung ist dabei besser als in anderen Bereichen zu erkennen und zu verfolgen - in all ihren Auswirkungen. Die therapeutischen Interventionen können, je nach der Phase der Formation oder Regeneration der Störung problemspezifisch eingesetzt und ihre Effekte relativ gut festgestellt werden.

In dieser Arbeit über den Zusammenhang von Selbstpsychologie und Posttraumatischer Störung bzw. Therapie werden vor allem die drei Themen behandelt, die ja auch bereits im Titel genannt sind, Selbstunterstützung, Kontakt und Dialog:

- *Selbstunterstützung* als ein zentrales Thema der Traumatisierung überhaupt, wahrscheinlich aber auch der Psychotherapie generell;
- *Kontakt* als der Bereich, in dem sich die Traumatisierung psychologisch am deutlichsten zeigt; und
- *Dialog* als das mögliche Ziel einer erfolgreichen Behandlung, wenn die psychischen Schäden des Traumas überwunden sind und Dialogfähigkeit wieder hergestellt ist.

Die Posttraumatische Belastungsreaktion

Posttraumatische Belastungsstörungen sind die Folge seelischer und/oder körperlicher Streßfaktoren, die von jedem als normale Reaktionen angesehen werden, der ihnen ausgesetzt ist. Die typischen Symptome treten in der Regel nicht sofort nach der Traumatisierung, sondern mit einer Latenz von einigen Wochen oder Monaten auf, in der Regel jedoch nicht mehr als sechs Monate danach. Die Posttraumatische Belastungsstörung ist also paradoxerweise eine pathologische, zugleich aber eine normale, natürliche Reaktion auf eine Belastung katastrophalen Ausmaßes. Jeder Mensch, der in eine Katastrophensituation kommt, hat ein ganz natürliches, erhöhtes Risiko für die Entwicklung bestimmter psychischer und somatoformer Symptome, die eben in dieser Kategorie der Posttraumatischen Belastungsreaktion zusammengefaßt sind.

Offen ist die Frage, in welcher Weise Art und Inhalt der Traumatisierung die Symptombildung determinieren bzw. ob die Symptombildung von individuellen Variablen der Betroffenen und weniger von den Auslösern abhängen. Seelische Traumatisierung erfolgt nicht nur durch Schmerzen, tragische Verluste oder Mißbrauch, sondern auch als Reaktion auf sogenannte Bystander-Erfahrung. Neben Unfällen, Verlusten nach besonders traumatischen Todesfällen von Angehörigen etc., löst auch der Umstand, Zeuge zu sein, eine Traumatisierung aus. Einen schweren Unfall beobachten, ein schlimmes Verbrechen sehen, auch wenn keine eigenen Verletzungen davongetragen werden, führt zu einer Destabilisierung des psychischen Systems und mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Symptombildung.

Die seelische Traumatisierung ist eine Folge komplexer Bedingungsfaktoren, in denen Schmerz, Scham, Gewalt, Verletzung, Verlust nur einige der Komponenten sind. Eine besonders gewichtige ist jedoch verwandtschaftliche Nähe der Betroffenen zu den Bystanders, also das Ausmaß der emotionalen und systemischen Bindung.

Naturkatastrophen, die eine große Zahl von Opfern nach sich ziehen, wirken sich *subjektiv* weniger aus als Verlust oder Verletzung der unmittelbaren Angehörigen.

Generell zeigen empirische Untersuchungen, daß die Posttraumatischen Belastungsreaktionen bei Bystandern eher als Folge von Traumatisierungen im engeren Familienkreis und im persönlichen Freundeskreis auftreten. Bei eher kollektiven Traumatisierungen wird das Trauma subjektiv schwächer erlebt und auch die Symptomwahrscheinlichkeit ist geringer; d.h. die Traumatisierung im familiären Bereich ist somit der Hauptfaktor für das Auftreten von seelisch verursachten Posttraumatischen Belastungsreaktionen.

In der Literatur wird immer wieder behauptet, daß die prämobiden Persönlichkeitsfaktoren eine entscheidende Rolle bei Auftreten, Verlauf und Intensität Posttraumatischer Belastungsreaktionen spielen. Das ist intuitiv plausibel, meines Wissens aber empirisch nicht wirklich fundiert (Saigh, 1995).

Ein fraglicher Nebeneffekt dieser Behauptung ist, daß die Verantwortung für die psychischen Belastungsreaktionen wieder auf die betreffende Person und ihre, angeblich schon vorgeschädigte, Persönlichkeit geschoben wird. Aber aus einem Zweig der Entwicklungspsychologie, der sogenannten Resilienceforschung, ist bekannt, daß früh traumatisch Belastete auch besonders resistent werden können. Resilience, das ist die Erforschung derjenigen, die trotz traumatischer Entwicklungsbedingungen besonders starke Persönlichkeiten geworden sind. Bei einer großen Zahl von Kindern ist das tatsächlich nachweisbar. Traumatisierung in der Entwicklung impliziert nicht notwendigerweise, daß spätere Traumatisierungen zu heftigeren Reaktionen führen. Hier ist weiterer Forschungsbedarf gegeben, um die Mythen von den Fakten zu trennen. Welche Rolle spielen dabei Konstitutionsfaktoren oder prämorbid Persönlichkeitsfaktoren, die mit prämorbid Traumasierungen interagieren? Es kann z.B. sein, daß frühe Erfahrungen mit Traumatisierung manche Kinder stark machen, auch für spätere Traumatisierung, und daß andere, mit einer a-priori geschwächten Konstitution oder einer durch andere Umstände geschwächten Persönlichkeit, dann auf ähnliche Traumatisierung heftiger reagieren.

Die typischen Merkmale der Traumatisierung, wie sie z.B. im ICD-10 genannt werden, sind erstens einmal die sogenannten *Flashbacks*, d.h. das wiederholte Erleben des Traumas im Sinne einer sogenannten „Nachhall Erinnerung“. Dabei treten innere Bilder der sehr lebendig wieder auf und lösen die Gefühle wieder aus, etwa panikartige Zustände. Die Betroffenen haben den Eindruck, daß sie diesen Bildern ausgeliefert sind, d.h. in dem Zusammenhang keine Kontrolle über Vorstellung und Denken haben. Das gilt vor allem für Traumatisierungen, die mit *Intrusion* im weitesten Sinne zu tun haben (Raub, Vergewaltigung etc.). Die intrusiven Erlebnisse wiederum führen in der Folge zu intrusiven Gedanken und Vorstellungen. Diese Erfahrungen gehen einher mit andauernden Gefühlen von Betäubtheit und *emotionaler Stumpfheit* (im „Nebel“, in „Watte“ gefangen sein). *Gleichgültigkeit* gegenüber anderen Menschen sowie *Anhedonie* sind Begleitphänomene davon.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. *Vermeidung* - aus der Lernpsychologie bekannt als eine der wichtigsten Ursachen für Aufrechterhaltung und Verstärkung von Angstreaktionen - hat auch in der Posttraumatischen Belastungsreaktion eine zentrale Bedeutung für das mittelfristige Schicksal der Störungs- bzw. Symptomentwicklung.

Etwas seltener, als man gemeinhin erwartet, berichten Betroffene von echten traumatischen Angstattacken (Panik), jedoch spielt Angst als Grundgefühl eine enorme Rolle. Dasselbe gilt für aggressive Gefühle als Grundstimmung, wenn auch manifeste Aggressionsausbrüche eher selten sind. Allgemein gilt eine vegetative Übererregbar-

keit als typisch nach Traumatisierung, erhöhte Schreckhaftigkeit und Daueraufmerksamkeit gehen damit einher. Die Dauerwachsamkeit richtet sich vor allem auf Anzeichen von Gefahren für das neuerliche Auftreten der bereits erfahrenen Traumatisierung.

Selbst und Kontakt

Aus dieser Beschreibung der allgemeinen Symptome der Posttraumatischen Belastungsreaktion stellt sich die Frage nach den psychischen Prozessen, die mit einer Latenz von einigen Wochen oder Monaten zur Manifestation dieser Symptome und Probleme führen. Zum Verständnis dafür ist es erforderlich, zu den Themen Selbstunterstützung, Kontakt und Dialog überzuleiten.

Das *Selbst* ist in den verschiedenen Bereichen der Psychologie ein wichtiger und etablierter Begriff. Natürlich gilt das für manche Bereiche der Tiefenpsychologie, insbesondere die ich-psychologischen Richtungen, aber auch für die Sozialpsychologie. In Therapierichtungen mit ebenfalls grundsätzlich tiefenpsychologischer Orientierung, wie z.B. in der Gestalttherapie, spielt der Begriff des Selbst eine dominierende Rolle, last not least ist die Entwicklungspsychologie mit ihren Stadien der Selbstentwicklung zu nennen.

Die Definition dessen, was Selbst nun eigentlich ist, variiert in den verschiedenen psychologischen Schulen, wenn auch nicht allzusehr. Manche Autoren sprechen vom *Selbstkonzept*, identifizieren also „Selbst“ mit Selbstkonzept. Mit Selbstkonzept ist das Konzept, der Begriff oder die Vorstellung gemeint, die man von „sich selbst“ hat. Andere Autoren definieren das Selbst als die „Gesamtheit der Person“, gleichsam körperlich, emotional-kognitiv und historisch, wobei das *Selbstkonzept* ein Teil des Selbstes ist, das mit Hilfe des Selbstkonzeptes sich eben selbst reflektiert.

Die Unterscheidung von Selbst und Selbstkonzept ist deshalb bedeutsam, weil das Selbstkonzept ja im Widerspruch zum Selbst stehen kann. Ein Selbst, verstanden als die Person oder das Wesen in seiner Gesamtheit, kann ja über eine Vielzahl von Eigenschaften verfügen, die das Selbstkonzept nicht berücksichtigt. In der Therapie wird man in der Regel darauf hinarbeiten, daß das Selbstkonzept in einer realistischen Übereinstimmung mit dem Selbst steht. Das impliziert, daß die Erfahrung des Selbstes auch in Bereichen möglich und zugänglich gemacht wird, die der Klient vorher nicht hatte. Es kann aber auch sein, daß er die Selbst-Erfahrung zuvor bereits gemacht hatte, diese aber von ihm abgelehnt und aus seinem Selbstkonzept gestrichen wurde. Dann gilt es, diese Erfahrung in der Therapie - meist gegen erhebliche Widerstände - in das Selbstkonzept zu integrieren. Es kommt also nicht nur darauf an, den Erfahrungshintergrund einschließlich der eigenen Fähigkeiten deutlich zu machen, sondern es kommt vor allem darauf an, daß die Fähigkeiten von der Person registriert und in das Selbstkonzept eingebaut werden. Nicht nur Erfahrung, sondern auch Gedächtnis und

Evaluation durch das Selbst sind wichtige Komponenten, die das gesamte Selbstkonzept einer Person steuern.

In der normalen menschlichen Entwicklung, die durch keine atypischen Traumata belastet wird, kann man sich den Aufbau des Selbstes folgendermaßen vorstellen:

Durch die Interaktion mit der „Umwelt“, der sozialen vorwiegend, aber auch der sächlichen, ja sogar mit dem eigenen Körper, entwickelt sich allmählich das Selbst, indem es Konfigurationen der Erfahrung speichert, wie sich die „Welt“ zur erlebenden Person verhält. Man lernt, Rückmeldungen auf eigenes Handeln nicht nur nach dem *Handlungserfolg*, sondern auch nach der *Valenz* des Handelnden zu verarbeiten. Die „Welt“ reagiert auf mich und dadurch lerne ich mich allmählich kennen. Der ich bin, wurde ich durch das Internalisieren des Verhaltens der Welt mir gegenüber. Es entsteht ein Konzept von mir selbst, ein *Selbstkonzept*.

Diese Fähigkeit scheint nicht nur eine spezifisch menschliche zu sein, sondern Primaten können das offensichtlich auch. Blickt ein Schimpanse in einen Spiegel - was ihm in der freien Wildbahn allerdings selten widerfahren dürfte -, dann wird er sein Spiegelbild zuerst einmal als ein anderes Tier der eigenen Spezies „denken“, wahrnehmen oder „erkennen“, wie immer Sie das nennen wollen. Und er wird versuchen, mit diesem „Gefährten“ Kontakt aufzunehmen. Wenn er einige Zeit mit dem Spiegel lebt, ändert sich diese „Fremdinterpretation“, und es dämmert ihm, daß dieses Bild im Spiegel etwas mit ihm selbst zu tun hat. Im Schnitt sind ausgewachsene Schimpansen nach etwa drei Tagen in der Lage, den Spiegel instrumentell zu nutzen. Sie beginnen z.B., sich irgendwo an einer Stelle des Körpers zu kratzen oder am Körper etwas zu suchen, was sie selbst so nicht sehen würden. Durch den Blick in den Spiegel findet das Tier die Stelle am Körper, was ihm ohne Spiegel nicht möglich wäre. In einem Experiment wurde ein Schimpanse unter Anästhesie - damit er es nicht bemerkt - mit einem Farbstoff bemalt, den man leicht wieder entfernen kann. Ohne Spiegel hätte der Schimpanse diese Veränderung nicht bemerken können - er würde vielleicht noch immer mit der Farbe umherlaufen. Als er aber aus der Anästhesie aufwachte und sich im Spiegel sah, begann er sich dieser Farbflecken zu entledigen. Das ist ein deutliches Zeichen dafür, daß das Tier über ein Selbstkonzept verfügt und über die Spiegelreflexion lernen kann, dieses auch zu überprüfen. Bei Kindern scheint diese Fähigkeit bereits etwa im Alter von einhalb Jahren möglich zu sein. Sie lernen dann auch viel schneller als die Schimpansen, den Spiegel zur Rückmeldung für ihr Selbstkonzept zu nutzen.

Normalerweise fungiert die *Umwelt* wie ein Spiegel unseres Selbst. Ist sie uns freundlich gesinnt, wird das Selbst als der Freundlichkeit würdig erlebt; ist sie feindselig, wirkt sich das entsprechend auf die Selbstprozesse aus. Durch den besonderen Trick der Herstellung eines *physischen* Spiegels können wir diese psychische Spiegel-funktion der Umwelt noch erweitern. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß in

manchen Kulturen die Verwendung eines physischen Spiegels verboten war und als sündhaft oder zumindest ungünstig für die Entwicklung angesehen wurde und wird. Die Spiegelfunktion, die die soziale Umwelt oder die gesamte Welt hat, erhält eine Art von Dialogfunktion, die der „Selbst“-Regulation von Gesellschaften dienen kann. Sie soll nicht durch den „narzißtischen“ Spiegel ersetzt werden, der uns das tatsächliche physische Bild reflektiert.

Manchmal werden die Begriffe Selbst und Selbstkonzept in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet. „Selbst“ ist dann die Summe der körperlich-seelisch-geistigen Prozesse des Menschen, Selbstkonzept nur die bewußten Vorstellungen des Selbst. Hier, in diesem Rahmen, steht „Selbst“ für die Summe der durch Erfahrung gespeicherten *Schemata* des Selbst, ob bewußt oder unbewußt, ob in verschiedenen „Schichten“ der Persönlichkeit oder im zuletzt erreichten bewußten Entwicklungsstand, kurz, alle in die Gegenwart des menschlichen Seins einfließenden dialogischen Erfahrungen zwischen der Welt und dem Menschen. Der Begriff „Selbstkonzept“ hingegen sei auf die bewußten Vorstellungen „seiner selbst“ beschränkt.

Ein formales Modell der Selbstentwicklung?

Man könnte nun den Versuch unternehmen, ein formales Modell dafür zu entwickeln, wie sich das Selbst aus den Erfahrungen der Vergangenheit zusammensetzt. So ein Modell müßte zwangsläufig sehr kompliziert werden, da es Erfahrungen hinsichtlich ihrer *relativen Bedeutung* für das Selbst verarbeiten müßte. Neben den Faktoren *Zeit, Entwicklungsstadium, Intensität, Valenz* und *Bedeutung* der die Erfahrung vermittelnden *Personen* (Eltern, Lehrer, Peers etc.) müßte das Modell ja auch die relative Abweichung der neuen Erfahrung von den aufgrund bisheriger Erfahrung *erwarteten*, dialogischen Ereignissen abbilden. Also, der Impakt des Ereignisses, die subjektive „Nähe“ zu der vermittelnden Person und der Überraschungseffekt einer Erfahrung sind wirksame Komponenten dafür, wie bedeutsam die Erfahrung für die weitere Entwicklung des Selbstes ist. Vielleicht kann man sich helfen, daß man sich das Selbst irgendwie bildlich, grob vereinfacht, etwa so vorstellt, als würde sich eine formbare Masse mit jeder Erfahrung allmählich in verschiedene Richtungen ein- und ausbuchen, abhängig vom Zeitpunkt in der Entwicklung, von Intensität, Abweichung vom bisher Bekannten etc.

Ein ganz wesentlicher Aspekt der Selbstformation ist, neben der aus bestimmten Ereignissen tatsächlich gemachten Erfahrung, die *Interpretation* derselben. Wer weiß nicht, welchen desolaten Effekt negative Bewertungen an sich guter Leistungen etwa auf das Selbstkonzept hinsichtlich des Leistungsvermögens haben - und umgekehrt. Damit sind die Bewertungen durch andere, aber auch die Selbstbewertungen angesprochen, ihre enorme Funktion in der Stabilisierung und Destabilisierung von Selbstprozessen.

Das Schöne an der Psychologie ist, daß man solche Modelle entwerfen kann, ohne

daß jemand ernsthaft erwartet, daß sie jemals in allen Facetten einem empirischen Test unterzogen werden können. Theoretisch läßt sich vieles ganz gut sagen. In ein empirisch testbares und zugleich psychologisch befriedigendes Modell zu übersetzen ist das alles wohl kaum. Aber vielleicht findet sich einmal jemand, der sich die Arbeit antut und die „Selbst-Entwicklung“ modellhaft simuliert. Er wird neben den genannten Aspekten der Erfahrung und der Evaluation auch noch einige weitere berücksichtigen müssen, etwa die *Bereitschaft* des Individuums, aus welchen Gründen auch immer manche Erfahrungen stärker zu gewichten als andere, oder die Eigenarten der Funktion des Gedächtnisses. Völlig offen blieb bisher, wie sehr durch frühere, „Selbst-gewordene“ Erfahrungen bestimmte Weichenstellungen erfolgten, die zukünftige Erfahrungen gestalten und ihre Interpretation von vornherein festlegen. Wenn eine eher defensive Grundhaltung, aus welchen Gründen auch immer, entwickelt wurde, dann werden ankommende, an sich neutrale Erfahrungen auch eher wieder in diese Richtung interpretiert. Wir wissen das aus Therapien, wenn ehrlich angebotene Rückmeldung oft vom Klienten deflektiert, d.h. an sein Selbst nicht herangelassen wird, weil andernfalls das bisherige Selbstkonzept gestört würde. Und das scheint bedrohlicher zu sein als das Annehmen einer neuen Sicht seiner selbst, die seine Grundbedinglichkeit verbessern würde.

Bei den Selbst-Prozessen, mit denen das Selbst ständig formiert wird, spielt somit noch etwas eine Rolle, das man den Konfigurationsreflex nennen könnte. Damit ist gemeint, daß der Mensch ein starkes Bedürfnis, um nicht zu sagen, einen reflektorischen Zwang hat, ankommende Erfahrungen erst einmal in einer für sein bisheriges Selbstkonzept nicht bedrohlichen Weise zu verarbeiten. Das Konservieren des bisher entwickelten Systems hat eine höhere Bedeutung, als das offene Annehmen von Erfahrungen, die diesem widersprechen. Die Falsifikationen bisheriger Selbstkonzepte scheinen einer Art Tod gleichzukommen, den „Selbsttod“, der entsprechend gefürchtet wird, egal wie destruktiv das alte System war. Unter bestimmten Umständen scheint es wichtiger, sich ein negatives Selbstkonzept zu erhalten, es also nicht falsifizieren zu lassen, weil dadurch wenigstens der Sinn für die *Identität* gesichert wird. Neue, überraschende, positive, aber bisheriger Erfahrung widersprechende Informationen wird auch dann abgewehrt, wenn ihr Inhalt seit langem ersehnt wurde. Damit wird deutlich, daß den Konfigurationsprozessen eine besondere Bedeutung bei der Selbstformation zukommt. Die Flexibilität der Konfigurationsprozesse ist von Mensch zu Mensch verschieden und hängt zudem von den jeweiligen Umständen ab.

Manchmal können dem bisherigen Selbst widersprechende Informationen leichter verarbeitet werden, dann wieder kommt die Fähigkeit zur Integration an eine Grenze. Das gilt vor allem dann, wenn neue Erfahrungen so widersprüchlich sind, daß sie nicht in *einem* Selbst integriert werden können. Der Mensch hilft sich dann, indem er Sub-

systeme des Selbst bildet. Ursprünglich sind das vermutlich einfache Dichotomien, etwa gut-böse, oben-unten, usw. Mit fortschreitender kognitiver Differenzierung werden diese Subsysteme flexibler und differenzierter, vor allem aber untereinander mehr oder weniger integriert. Die extreme Ausprägung dieses Prozesses sind die Phänomene multipler Persönlichkeit.

Das Selbst wäre demnach ein großer Pool von Konzepten darüber, wer man selber ist, was man kann, wie man sich bewegt, wie man ankommt, etc. Je nachdem, in welcher Situation man sich befindet, und welche Teilaspekte früherer Selbstkonfigurationen aktiviert werden, gelangen diese Details mehr oder weniger in den Vordergrund.

Wie beim Computer, in dem man die Funktionsbereiche „anklickt“, werden die Selbstanteile durch Situationen aktiviert und operieren. Die anderen treten in den Hintergrund. Jeder Mensch weiß, daß er eben aus einem anderen Selbst oder Selbstanteil heraus agiert, wenn er sich mit Freunden in der Freizeit befindet, als wenn er z.B. einen Vortrag hält, am Arbeitsplatz kritisiert wird oder Streit mit dem Partner hat. Dann treten andere Eigenschaften, andere Befürchtungen, andere Sichtweisen der Welt in den Vordergrund, und zwar u.U. in einem Maße, daß sonst verfügbare Sichtweisen scheinbar wirkungslos geworden sind. Je weniger zusammenhängend diese verschiedenen Selbstkonfigurationen sind, umso unterschiedlicher, widersprüchlicher ist die Erscheinung einer Person in verschiedenen Situationen, umso weniger integriert ist ihr Selbst. Und so erlebt sie sich ja auch. Das führt zu verschiedenen, auch praktischen Schwierigkeiten im Alltag. Man weiß im Kontakt nicht genau, mit „wem“ man es zu tun hat, wie sehr man sich darauf verlassen kann, daß der andere bleibt, wer er war. Wie erwähnt, sind extreme Entwicklungen die sogenannten „Dissoziativen Störungen“ oder „Multiplen Persönlichkeiten“. Irgendein Auslöser, der oft nicht identifizierbar ist, scheint wie durch Umlegen eines Schalters plötzlich eine Identität durch eine andere zu ersetzen.

Seelische Gesundheit hänge sich durch das Gegenteil definieren: das Gefühl von Integrität auch verschiedenster Erfahrungsräume, mit fließenden Übergängen und einer breiten Basis des Selbstgefühls (sense of identity). In einer am Selbstkonzept arbeitenden Therapie wird man bestrebt sein, während der Arbeit am Vordergrund einer dieser Selbstkonfigurationen die Gültigkeit der anderen Konfigurationen zu erhalten. Wenn jemand z.B. sein depressives Selbstkonzept kultiviert, indem er seine Insuffizienz betont, dann kann ein Hinweis darauf, was ihm unlängst gut gelungen war, eine gewisse Unruhe erzeugen. Diese Dissonanz kann, so sie nicht abgewehrt wird, zu einer Veränderung der zur Zeit wirksamen Selbstkonfiguration führen. Das allein aber reicht noch nicht. Es muß auch eine Art *Meta-Information* gelernt werden: diese isolierten Konfigurationen des Selbst sind nicht alles, was das Selbst des Menschen ausmacht. Der Klient lernt dann auch ohne den Therapeuten, in

den verschiedensten Situationen die verschiedensten Selbstanteile zu aktivieren, sich der Weiten des Restes seiner Selbstareale zu erinnern. Ein Prozeß, der selbst den Zustand akuter Verzweiflung zu lösen im Stande ist. Die psychischen Phänomene von Depression und Dissoziation, wie sie nach den Erfahrungen persönlicher und kollektiver Traumatisierung auftreten, sind der ultimative Test dieser Theorie des Selbstes.

Bisher war stillschweigend davon ausgegangen worden, daß „Selbst“ das Ergebnis von Selbstprozessen ist, die in der jeweiligen Erfahrungsgegenwart wirksam werden. In der auf einem dialogischen Existentialismus basierenden Gestaltpsychotherapie ist diese Position explizit ausformuliert. Das Selbst ist keine Entität, wie es etwa das Konzept von Seele oder Wesen suggerieren würde, die irgendwo in der Person „sitzt“ und mit ihr umherläuft. Selbst ist vielmehr das, was in der Beziehung akut gestaltet wird, und zwar jedesmal neu. Es ist zwar erfahrbar, wird aber interaktionell prozeßhaft im Kontakt geschaffen und fällt mit dem Ende des Kontaktgeschehens wieder zusammen. Damit wird auch einleuchtend, daß im Kontakt mit einer unterstützenden Person andere Bereiche des Selbst aktiviert werden als das im Kontakt mit einer sarkastischen, beziehungs-destruktiven Person der Fall ist. Die unterstützenden Selbstanteile sind viel schwerer zu aktivieren, wenn der Kontakt zum destruktiven Gegenüber gehalten bleibt.

Intrapsychischer Selbst-Kontakt

Diese Betrachtungsweise, wonach das Selbst nicht in sondern *zwischen* Personen gestaltet wird, läßt sich von der realen Interaktion zwischen Personen übertragen in die *internalisierte Interaktion* von Personen. Das Selbst, das überdauernden Charakter erhält, also doch quasi „innerhalb“ einer Person getragen wird, ist das *Ergebnis von fortgesetzten Dialogen intrapsychischer Art*. Dies aber sind Dialoge zwischen *Instanzen* der realen Person, die intern fortgeführt werden. Diese internalisierten Dialoge werden nicht nur zwischen inneren Repräsentationen von Personen geführt, sondern auch über Lebensereignisse.

Das Verhalten eines Hammers, der ausruht und den Daumen trifft, ist in gewisser Weise auch etwas, das potentiell Dialogcharakter bekommen kann. Der Hammer wird animalisiert, es wird ihm in der inneren Repräsentation quasi Leben eingehaucht. Er wird beschimpft und wird so zum Partner einer intrapsychischen Dialogsituation.

Die Inhalte dieser internen Dialoge verschwinden aus dem Bewußtsein, *nicht aber die Implikationen für das Grundgefühl*. Die konkreten Dialoginhalte addieren sich in nicht näher zu erfassender Weise über die Lebenserfahrung hinweg. Die Grundgefühle, die diesen Dialogen mit bestimmten Selbstanteilen entsprechen, bleiben potentiell vorhanden und werden durch neue Situationen schnell wieder aktivierbar. Auch ein Gefühl, das durch irgendwelche Umstände, etwa das Wetter, eine Magenverstimmung etc. zustande kommt, kann die Selbstanteile aktivieren. Man fühlt sich plötzlich unru-

hig. Diese Unruhe triggert interne Dialoge („Attribuierungen“), die etwas mit der vermeintlichen *Ursache* der Unruhe im internalisierten *Beziehungsgeschehen* zu tun haben. Die Unruhe wird zum ängstlichen, depressiven oder aggressiven Gefühl, das die dem Selbst entsprechenden inneren Dialoge aktiviert. Dieses Modell impliziert, daß man von der Vorstellung abgehen muß, daß nur die Kognitionen die Gefühle „machen“. Zwar mag das oft zutreffen; daneben gibt es aber auch so etwas wie „stabebound conditions“, daß also die Grundgefühle die Kognitionen, die wiederum interne Dialoge sind, bestimmen.

In der therapeutischen Arbeit wird versucht, diese Dialoge wieder explizit zu machen, sie auf ihre Implikationen und ihre Angemessenheit hin zu überprüfen. Das ist eine vergleichsweise undramatische Arbeit, hat aber aus der Sicht des Klienten eine sehr *erndende* Funktion - ein Umstand, der im Zusammenhang mit posttraumatischen Erfahrungen eine besondere Rolle spielt.

Das Selbst im Trauma

Die Brücke von der ausführlichen Erörterung des Selbstes zur Reaktion auf Traumatisierung, speziell der Posttraumatischen Störung und den Ansätzen ihrer Behandlung, ist rasch gebaut. Traumatische Erlebnisse sind aus der Sicht des verarbeitenden Selbstes besonders heftige Botschaften „der Welt“ an eben dieses Selbst. Von ihrer Intensität hängt es ab, ob das Selbst sich als Gegenüber der Welt in seinen inneren Repräsentationen überhaupt aufrecht erhalten kann.

Studien zur Traumatisierung des Selbst

Am Münchner Institut für Psychologie haben wir seit einigen Jahren Studien zu den psychischen und physischen Folgen verschiedener Arten von Traumatisierung durchgeführt. Den Ausgangspunkt bildeten die Arbeiten mit *Angststörungen*, die jetzt schon seit über zwei Dekaden zu verschiedenen Fragen der Angstentstehung und ihrer Behandlung durchgeführt werden. Daraus erwuchs das Interesse an der Rolle von *Traumatisierung bei der Entstehung von Angstzuständen*. Einer der wesentlichen Perspektivenwechsel dabei war, daß Angst selbst traumatisiert. Zumindest aber ist Angst die Vorwegnahme der Wiederholung eines Traumas. Traumatisierung und Angst sind also eng verwoben. Ob Ängste, Phobien, Panikattacken aufgrund von Traumatisierungen entstehen, und welches die Bedingungen sind, damit daraus Angststörungen klinischen Ausmaßes werden, ist ein großer Themenbereich unserer Arbeit. Wie sehr das Erleben eines Angstzustandes selbst wiederum traumatisierend wirkt und damit die Angst perpetuiert, ist eine andere und bisher nicht so ausführlich untersuchte Fragestellung.

Ein anderer Themenbereich unserer Arbeit konzentrierte sich auf eine besondere Art von Traumatisierung, auf *U-Bahn-Lenker*, denen Menschen mit Selbststötungsabsicht vor die U-Bahn gesprungen waren. Eine besondere Art von Traumatisierung ist das deshalb, weil hier die aktive und passive Komponente, die Rolle des Täters und des Opfers gleichsam durcheinandergelassen. Der U-Bahn-Lenker hat einerseits die Rolle des Steuermanns seines U-Bahn-Zuges inne, gleichzeitig aber erlebt er ein extremes Ausmaß von Hilflosigkeit in dieser Steuerfunktion; die Bremsen, auch wenn er optimal reagiert, greifen nie so schnell, daß er vor dem Suizidanten zum Stehen kommt. Er oder sie ist als Lenker in gewisser Weise also „verantwortlich“ aktiv, hat aber keine Chance, das Trauma zu vermeiden. Derjenige aber, der das Trauma in erster Linie verursacht, stirbt daran, ist also Täter und Opfer zugleich. Ebenso wie die U-Bahn-Lenker, die jemanden überfahren - auch sie sind Opfer und Täter zugleich. Eine besonders irritierende Form der Traumatisierung. Wir haben in diesem Bereich versucht, Art und Ausmaß der psychischen Traumatisierung zu erforschen und einige einfache therapeutische Hilfen anzubieten.

Ein weiterer Themenbereich ist die Arbeit mit *Adoptierten* bzw. mit Menschen, die als Erwachsene ihre leiblichen Eltern nicht kennen und sich auf die Suche nach ihnen machen. Die Betroffenen berichten ein eigenartiges Phänomen: im Zustand des relativ reif gewordenen Selbst, also nach der Pubertät, werden sie oft ganz plötzlich wie unter Zwang und von heftigen Emotionen begleitet dazu angetrieben, ihren wahren Eltern zu begegnen. Dieser Antrieb läßt ihnen keine Ruhe, bis sie ihr Ziel erreicht haben und die Lücke in ihrer physischen Identität geschlossen werden kann. Die Arbeit mit diesen Personen ist aus verschiedenen Gründen ausgesprochen spannend, weil hier plötzlich, aus dem Nichts heraus, ein derart heftiger Drang zur Begegnung zustande kommt, der die gesamte Persönlichkeit erfaßt und kontrolliert. Kaum jemand, der sich nicht selbst in einer solchen Lebenslage befand, kann sich eine Vorstellung davon machen, welche Intensität diese Suche annimmt. Natürlich ist es dabei wichtig, wie die Begegnung tatsächlich gelingt. Wichtiger aber scheint zu sein, die Person zu sehen, das Bild von ihr in sich aufzunehmen, zu wissen, wer der Vater, die Mutter ist.

Die oft wilden Vorstellungen („Geister“), konvergieren auf „das bist du also, ja“. Und in den meisten Fällen ist das auch genug. Der heftige Drang ist damit beendet. Sicher, es ist schön, wenn es doch noch gelingt, eine Beziehung aufzubauen. Aber das, was die wirklichen Eltern hätten sein können, ist verloren und kann nicht mehr nachgeholt werden. Sieht man das ein, kann man sich von diesem Wunsch schließlich auch verabschieden. Die Begegnung ist damit zugleich endgültiger Abschied, wenn auch leichter als vor dem Kennenlernen.

Die Arbeit mit Menschen, denen dieses Schicksal beschert ist, hat mich wirklich fasziniert. Sie wirft auch die Frage nach dem Selbstunterstützungssystem von jeman-

dem auf, der im Zustand höchster kindlicher Abhängigkeit weggegeben worden ist.

Kriegstraumatisierung und Psychotherapie-Integration

Der dritte Arbeitsbereich ist die Ausbildung von Fachkollegen aus Zentralbosnien. Seit 1993 konnte, gemeinsam mit Unicef, ein Trainingsprogramm für einheimische Psychologen, Ärzte und Sozialpädagogen in Zentralbosnien etabliert werden. Durch diese Arbeit wurden einige grundsätzliche Fragen noch einmal in den Vordergrund gerückt.

Was ist eigentlich psychische Traumatisierung? Was ist Ohnmacht, psychisch betrachtet? Wie wirkt sich die Hilflosigkeit der Helfer auf ihre Arbeit aus? Und wie wiederholen sich diese Prozesse der Traumatisierung in der therapeutischen Situation für Helfer und Hilfesuchende?

Das Problem, das zu lösen war und ist, lautet: wie kann man psychotherapeutische Fertigkeiten an Personen vermitteln, die selbst extremsten Traumatisierungen ausgesetzt waren bzw. noch sind und sein werden? Zwei Drittel der Teilnehmer an diesen Kursen waren selbst unter traumatischen Umständen Vertriebene, haben jetzt aber Positionen als psychologische Helfer, meist über befristete Verträge mit internationalen Hilfsorganisationen. Diese Helferposition gibt ihnen eine vorübergehende Stabilität - mehr, als wenn sie weiterhin nur Flüchtlinge wären. Aber diese Stabilität ist fragil. Der Mut, an ihren eigenen Traumatisierungen psychologisch zu arbeiten, ist der Schlüssel für den Erfolg dieses Trainingsprogrammes. Etwa 50% der Aufmerksamkeit in diesem Programm konzentrierte sich auf diesen Aspekt.

Das Trainings-Projekt kann in diesem Rahmen nicht im Detail vorgestellt werden, deshalb wird auf Butollo (1995, 1996) verwiesen. Zur allgemeinen Information sei gesagt: Es fanden im Zeitraum 1994-1995 drei Trainingsseminare in Zentral-Bosnien unter Leitung des Autors und unter Mitarbeit der Diplom-Psychologinnen Irena Bezic (Zagreb), Volga Svorinic (Zagreb), Ragnhild Dybdahl (Tromsø) und Roswitha Berkau (München) statt. Begleitend zum Training wurden Manuale entwickelt. Die Methoden enthielten Anteile aus Verhaltenstherapie, kognitiver Therapie, erfahrungsorientierter und systemischer Therapie. Die Schwerpunkte inhaltlicher Arbeit lagen in den Bereichen Selbstunterstützung, Kontakt und Dialog.

Traumatisiertes Selbst und Kontakt

Zurück zu der Frage: Was passiert bei einer Traumatisierung mit dem Selbst? Zuerst einmal geht die Kontrolle über die Kontaktsituation verloren. Was vorher noch gut funktionierte, nämlich die Regulation von Distanz und Nähe, ist beeinträchtigt oder zerstört. Die Erfahrung von massiver, physischer Grenzverletzung (von einem

Geschoß getroffen werden, vom Aggressor im persönlichen Sicherheitsraum verletzt werden, etc.) führt zur kognitiven Repräsentation dieser Grenzverletzung in der intrapsychischen Regulation von Selbst und Nicht-Selbst. Die innere Repräsentation von Sicherheit hat viel mit der Stabilität der inneren Repräsentation des Selbst zu tun. Nach aggressiver Verletzung des physischen Raumes „funktioniert“ das Selbst in der bisherigen Weise nicht mehr. Es kann also auch die neue Erfahrung von Aggression nicht angemessen integrieren. Eine nicht integrierte traumatische Erfahrung wird im Bewußtsein gewissermaßen selbstständig und „geistert“ quasi als frei flottierendes, „traumatisiertes“ Selbst im phänomenologischen Raum der Person umher. Das impliziert Panikattacken, intrusive Gedanken und Vorstellungen, erhöhte Erregung, Unterdrückung von körperlichen Reaktionen und Gefühlen, und was es sonst noch an subjektiven Symptomen gibt. Der Versuch, sich gegen die Überschwemmung durch das Trauma zu schützen, erfolgt durch völliges Zurückschalten aller bisher verfügbaren Kontaktfunktionen. Das hat zur Folge, daß die Traumatisierten auch in der Therapie keinen normalen Kontakt aufnehmen können. Kontaktfähigkeit wieder herstellen zu können, ist somit erstes Ziel in der Traumarehabilitation: wieder mit dem Wissen und Gefühl darüber, wer und was man ist, an eine andere Person herantreten können, mit der Fähigkeit, die Person gegenüber wirklich wahrzunehmen. Kontaktabbruch und Vermeidung nach Traumatisierung sind verzweifelte Versuche, die *Wiederholung* des Traumas in Begegnung oder Vorstellung zu verhindern. Traumatisierung verändert die Ich-Grenzen der betroffenen Person, und verschiebt damit die Kontaktgrenze entweder in Richtung völliger Isolation oder völliger Konfluenz. So, als würde ein Damm brechen und etwas, was nicht „ich“ ist, was also nicht dem Selbst dieser gesamten Person angehört, strömt unkontrolliert in den Selbstbereich dieser Person. Der Territorialkampf, der im Krieg physisch stattfindet, findet so in gewisser Weise seine intrapsychische Entsprechung. Die Kriegsstrategien machen sich das zunutze. Physischer, sozialer und intrapsychischer Territorialkrieg gehen Hand in Hand. Extreme Demütigung der Zivilbevölkerung, das Herstellen kollektiver Ohnmacht ist die Vor- und Nachbereitung des äußeren durch den intrapsychisch inszenierten Krieg und umgekehrt. Wenn es gelingt, das Selbst der Gegner mit der Repräsentation der „Substanz“ des Aggressors zu überschwemmen, ist die überfallene Person nicht mehr in der Lage, ihren Anspruch auf „Selbstterritorium“ aufrecht zu halten. Damit ist sie auch nicht mehr in der Lage, ihren Anspruch auf Territorium in der physischen Umwelt zu halten. Das gilt im Fall physischer Kriege ebenso wie im Fall zwischenmenschlicher Gewalt in Beziehungen.

Was die in ihrem Selbst invadierten Personen brauchen, ist eine Stütz- und Schutzfunktion, die für sie Grenzsicherung und Selbstaufbau übernimmt. In Bosnien hat die Weltöffentlichkeit in dieser Hinsicht versagt. Die UNO hat angeboten, diese Stütz-

funktion zu übernehmen. Mit dem fatalen Ergebnis, daß die sogenannten UNO-Schutz zonen überfallen und ihre Bewohner ermordet wurden. Die psychischen Auswirkungen auf die Überlebenden sind verheerend, wurden aber nur unzureichend, wenn überhaupt beachtet. Ist die Voraussetzung für psychologische Arbeit die Sicherung der Grenze in der physischen Realität? Oder wird durch eine Sicherung der Grenzen in der Ich- oder Selbstidentität die Sicherung der physischen Realität vorbereitet? Wie ist psychologisches Arbeiten möglich mit Personen, die schwer traumatisiert sind und sich noch immer im Kriegszustand befinden?

Unsere Workshops in Zenica im Oktober 1994 zeigten, daß das möglich und sinnvoll ist. Zenica war zu der Zeit ein durch Raketen fast nicht erreichbarer Ort, wurde also, im Gegensatz zu Tuzla und Sarajewo, fast nicht beschossen. Der Workshop dort hat es ermöglicht, daß die Teilnehmer an ihrem eigenen Selbstaufbau gearbeitet haben, früher verfügbare kognitive, emotionale, und soziale Funktionen wieder aktivieren konnten. Am Ende des Seminars haben sie auch ihre Lieder wieder gesungen und sind gestärkt nach Hause gegangen. Das war neben der Verbesserung der therapeutischen Arbeitstechniken seitens der Teilnehmer vorrangiges Ziel unserer Arbeit.

Selbstunterstützung ist der erste Schritt im Aufbau des Selbst, um Kontakt und dann Dialog wieder möglich zu machen. Selbstunterstützung wird zuerst einmal durch Fremdunterstützung mittels rein physischer Maßnahmen geschaffen: Ich gebe dir einen Platz, wo du unterkommst, ein Dach überm Kopf. Ich gebe dir zu essen. Ich kümmere mich um dich.

Das sind Maßnahmen, die gerne angenommen werden, die notwendig sind. Wir haben aber gesehen, daß in diesen Flüchtlingslagern sehr bald die Aggression gegenüber den Helfern zunimmt, d.h. irgendetwas an dieser physisch vermittelten Botschaft reicht nicht aus für die Wiederherstellung des Selbstaufbaus. Denn die Passivität derer, die sich als Opfer verstehen, verstärkt die Grundposition der Ohnmacht und der Hilflosigkeit. Psychologische Arbeit operiert vorrangig mit den Mitteln, die zur Stärkung und Stabilisierung des Selbstes zur Verfügung stehen. In der Arbeit mit Traumatisierten können diese Methoden weiterentwickelt und präzisiert werden.

Die von uns in dem beschriebenen Trainingsprojekt verwendeten Maßnahmen können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

1. *Verbesserung der Selbstwahrnehmung* hinsichtlich der Symptomatik. Wahrnehmen der erfahrenen körperlichen und seelischen Beeinträchtigung.
2. *Entkrampfung gegenüber Symptomen*, auch bei den Helfern. Das Annehmen der Symptome als eine normale, lebenserhaltende Maßnahme des Selbst in einer extremen, abnormen Situation.
3. *Selbstwahrnehmung in der zwischenmenschlichen Beziehung*: Was sind die Symptome, was ereignet sich zwischen uns und was nicht? Eine Art „Grounding“ durch

erhöhte Gewahrksamkeit im Kontakt mit anderen. De facto geschieht das über das Herstellen von Begegnungssituationen, in denen das Austauschen von Erfahrungen im wieder versuchten Kontakt gefördert wird - auch mit den eingeschränkten Mitteilern, die noch zur Verfügung stehen.

4. *Kognitive Arbeit* an der Brücke zwischen dem, was die Klienten vor der Traumatisierung gewesen sind, und den Erfahrungen während und nach dem Trauma. Dies soll nicht mehr alleiniges Definitionsmerkmal für diese Person bleiben, sondern erweitert werden - durch die Aktivierung früherer Erfahrungsinhalte oder Selbstteile. Diese Arbeit ist emotional sehr aufwühlend, da Abschied, Verlust, etc. dabei wieder erfahren werden und zum Ausdruck kommen - aufgegriffen mit den entsprechenden therapeutischen Mitteln.

5. *Integration des Traumas*. Was bedeutet das Trauma für das Leben danach? Was verändert sich dadurch, daß das Trauma erlebt wurde? Man kann ja das Trauma nicht mehr ungeschehen machen und auf eine kindliche Selbstidentität zurückkehren, so verlockend das vielleicht wäre. Man muß vielmehr diese Erfahrung, Schritt für Schritt, in das gegenwärtige Selbst integrieren lernen. Das geschieht auch mit Hilfe von Methoden des therapeutischen Interviews oder den Methoden des Debriefings, bei denen minutiös die verschiedenen konkreten Fakten des traumatischen Ablaufs durchgesprochen werden. Das gilt auch für die Implikationen, die sich aus dem so durchgekauften Trauma ergeben. Typisch ist, daß Traumatisierte in unrealistischer Weise Verantwortung für das Trauma selbst übernehmen, nach eigenen Fehlern suchen, die in der Vergangenheit liegen mögen und die das Trauma verursacht haben mögen (freiwillige Selbstbeschuldigung). Die Betroffenen machen sich selbst noch schlecht dafür, daß ihnen das Trauma widerfahren ist. Das muß zurechtgerückt werden: was ist tatsächlich ein realistischer eigener Anteil, was aber ist ein Versuch, Dissonanz zum Schweigen zu bringen.

6. Wenn also das *Supportsystem* einigermaßen wieder geweckt, neue Kompetenzen und Skills entwickelt worden sind, kann am *Kontaktgeschehen* weitergearbeitet werden. Im Kontakt soll man erfahren, wie man sich jetzt im Kontakt verhält. Was hat sich geändert? Was fällt mir schwer im Kontakt? Wie kann man damit umgehen? Was kann man ansprechen, was nicht, geht es den anderen ähnlich, usw.? Diese verschiedenen Kontaktfunktionen im zwischenmenschlichen Bereich müssen wieder in Gang kommen und fördern dann die Präzisierung oder Schärfung der eigenen Ich-Grenzen am Kontaktgeschehen selber. Das Selbst ist, aus der Sicht der dialogischen Arbeit, wie eingangs erwähnt, ein Ergebnis der bisherigen Kontakte eines Individuums, einschließlich jenes Extremkontaktes, nämlich dem der Traumatisierung.

7. Letzter Punkt in der Arbeit an Selbstunterstützung und Kontakt ist die Arbeit daran, die *Annahme* der traumatischen Ereignisse zu ermöglichen. Wenn sie als ein unge-

wollter, aber dennoch wesentlicher Bestandteil des Lebens gesehen werden können, kann das Leben sich neuen Themen zuwenden. Das Trauma wird immer einen Einfluß auf das zukünftige Leben dessen haben, der es überlebt. Wer es aber akzeptiert, wird, relativ gesehen, frei für Neues. In diesem Stadium der Therapie wird somit die Dissoziation des Traumas nicht mehr unterstützt, sondern die Integration des Traumas wird gefördert und so auf ein erweitertes Selbstkonzept der Person hingearbeitet.

Das neue Selbstkonzept wird realistischer die Erpreßbarkeit und Verletzlichkeit des Einzelnen berücksichtigen: ich bin erpreßbarer, ich bin manipulierbarer als ich gedacht habe, ich bin traumatisierbar. Das alles ist normal.

Der Mensch kann, wenn er diese Aspekte seiner Existenz annehmen lernt, ein anderes Verhältnis zu seiner Wirklichkeit bekommen. Verglichen mit den vielleicht einseitigen, auf irrationaler subjektiver Sicherheit basierenden, prätraumatischen Selbstkonzepten ist die neue Position realistischer. Diese Akzeptanz führt in der Regel zu einer relativ weitgehenden Entspannung der Person.

Das heißt natürlich nicht, daß sie a priori ihre Waffen streckt, weil sie annimmt, daß sie folterbar, erpreßbar usw. ist. Das heißt vielmehr, daß die Organisation des Verhaltens die Möglichkeit neuer Traumatisierung einkalkuliert und damit den fatalen Folgen zuvorkommen versucht.

Das wünschenswerte Ziel einer solchen Arbeit ist die Wiederherstellung der Dialogfähigkeit auf realistischer Basis. Der Mensch soll in der Lage sein, sein Gegenüber mit den geringst möglichen irrationalen Vorbehalten, aber unter Beachtung realistischer Gefahren, wahrzunehmen, sich auf den gegenwärtigen Kontakt mit dieser Person einzulassen. Das heißt nicht, die Augen gegenüber Warnsignalen zu verschließen, die aus der bisherigen Erfahrung bedeutsam sind. Dialog heißt aber auch, sich in die Position des anderen hineinversetzen zu können, und mit den Anliegen der eigenen Person abzustimmen. Das „Topitem“ dieses Arbeitsschrittes wäre dann die *dialogische Arbeit mit dem Aggressor*. Wird dabei den Klienten zu schnell empfohlen, im Rollenwechsel die Identität des Aggressors zu explorieren? Ich denke, daß diese Gefahr besteht und Dialog und Rollenwechsel, wenn überhaupt, erst nach stabilem Aufbau des Selbst indiziert sein können. Maßnahmen wie diese sind problematisch in einem früheren Stadium der Genesung, weil ja das Problem gerade die Überschreitung der Selbstanteile durch den Aggressor ist. Das würde heißen, dem Aggressor noch mehr psychischen Raum einzuräumen. Was in der dialogischen Arbeit primär gebraucht wird, ist die Abwehr gegenüber den Dammbrüchen an den Ich-Grenzen, das Wiederherstellen dieser Grenzen, das Verfügbarmachen der Grenzen. Letzteres aber soll in einer flexibleren Weise geschehen, als nur durch totalen Rückzug, Isolation, oder grenzenlose Konfluenz. Also, erst wenn Selbstunterstützung und Kontaktfähigkeit aufgebaut worden sind, kann in der dia-

logischen Arbeit versucht werden, sich an die Position des Aggressors heranzutasten bzw. in sie hineinzuversetzen. Es ist für Traumatisierte in der Regel ein sehr fernes Therapieziel, das Geschehen auch aus der Sicht der Aggressoren zu sehen und so ihre Bedingungen, ihre erlebten Bedrohungen, ihre Ängste usw. kennenzulernen, *ohne* die eigene Perspektive und Identität zu verlieren. Ein langfristiges Therapieziel, wie gesagt: Von der Kapitulation vor dem Aggressor bis hin zum Versuch, aus gestärktem Selbst die Welt des Täters zu explorieren. In Bosnien sind wir davon noch extrem weit entfernt.

Literatur

- Butollo, W. (1995). Als Therapeut in Bosnien - Ein Interview von Thomas Höfer. Flensburg: Die Schande Europas - Der Krieg auf dem Balkan, Sonderheft 16, 128-165. Flensburg: Flensburger Hefte Verlag.
- Butollo, W. (1996). Psychotherapy Integration for War Traumatization - A Training Project in Central Bosnia. European Psychologist, Heft 2, 1996. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Saigh, P.A. (Hrsg.) (1995). Posttraumatische Belastungsstörung. Bern: Huber.
- Segal, Z.V. & Blatt, S.J. (1993). The Self in Emotional Distress. New York: Guilford Press.
- Strupp, H. & Binder, J.L. (1993). Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett Cotta.
- Ursano, R.J., Mc Caughey, B.G. & Fullerton, L.S. (1994). Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos. Cambridge: University Press.

Abstract: Discussion of psychotherapy integration, combining strategies and methods from different therapeutic schools and paradigms, usually leads quickly into such levels of abstraction that leave the participants in confusion. To prevent this, it seems to be more useful to discuss psychotherapy integration with respect to specific problems of therapeutic practice. This paper attempts to do this with respect to posttraumatic stress disorders, especially war traumatization. Evidence is presented, that psychotherapy integration is not so much understood as eclecticism of therapeutic techniques but that it requires a broader knowledge of disturbed psychological contents and processes. That implies also a better theory of healing for those disorders. The theoretical basis to provide integration on such levels seems to be self-psychology, a field relevant in many therapeutic schools. As an example for that integration a training project for therapists, dealing with war traumatization in Central-Bosnia during 1994-1995 is described. It illustrates, how self psychology can provide a guideline for psychotherapy integration.

Keywords: self-psychology, psychotherapy-integration, war traumatization, contact, dialogue

Willi Butollo, Prof. Dr.phil.
Universität München
Institut für Psychologie
Leopoldstr. 13
80802 München

Hypnose und kognitive Verhaltenstherapie

Dirk Revenstorff¹

■ Bei kognitiver Verhaltenstherapie und Hypnotherapie handelt es sich um verschiedene Formen eines Eklektizismus, der heute praktisch in den meisten Therapieformen vorherrscht. Um einen theoretischen Überbau zu liefern, wird ein generelles Resonanz-Selbstorganisations-System der Veränderung vorgeschlagen, das auf verschiedenen Ebenen eines Zwiebel-Modells der Erfahrung wirksam ist. Hierbei ist eine differenzierte Betrachtungsweise der Ebenen der Informationsverarbeitung von Interesse. Beim unbewussten Anteil werden subliminale Wahrnehmung, Traum und Trance unterschieden, während bei der bewussten Informationsverarbeitung Vorbewusstsein, Wachbewusstsein und sprachliche Ebene unterschieden werden. Auf letzteren sind die Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie angesiedelt. Die Hypnotherapie dagegen nutzt zum großen Teil die Ebenen des Unbewussten und Vorbewussten. Die Prinzipien der Informationsverarbeitung im Traum und in der Trance sind durch die symmetrische Logik des Primärprozesses gekennzeichnet, während auf den Bewußtseinssebenen die asymmetrische Logik des Sekundärprozesses vorherrscht. Beide Formen des Denkens ergänzen sich zu kreativen Lösungen. Daher ist es sinnvoll, sie in der Psychotherapie in Form von Hypnotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie zu kombinieren. Die Strategien beider Therapieformen und ihre Kompatibilität werden diskutiert.