

Von der Kunst der Traumatherapie – I.

Grundlagen der Kunsttherapie bei Psychotraumata

Neben Neurobiologie ist Trauma der wohl aktuellste Modebegriff in der Therapieszene. Mit diesen Schlagwörtern werden Weiterbildungen attraktiv gemacht und Bücher verkauft. Völlig zu recht, meinen wir.

Von Heidi Imholz Spruit und Robert Spruit

Die beiden Forschungsgebiete sind daran, das bisherige psychotherapeutische Wissen und Können zu erweitern und umzukrempeln. Sie schaffen Neuerungen und Erweiterungen im Verständnis und Vorgehen, auf die Aus- und Weiterbildungen auch in der Kunsttherapie nicht verzichten sollten und immer weniger können, wenn sie ernst genommen werden wollen. Die Gründe dafür sind einfach: Traumaforschung und -therapie haben erstens Erkenntnisse erarbeitet, die der Therapie traumatischer Störungen neue Impulse bringen. Zweitens hat sich gezeigt, dass diese Erkenntnisse und Vorgehenswei-

sen über den Bereich der Traumatherapie hinaus verallgemeinerbar sind und für viele nicht traumatische psychische Schwierigkeiten neue therapeutische Perspektiven eröffnen. Schon relativ früh hat die Kunsttherapie diese Notwendigkeit sowie ihre eigenen Möglichkeiten darin erkannt. Im Herbst 2002 war der Titel der Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie (IGKGT) an der Universität Salzburg «Trauma und Kreativität – Therapie mit künstlerischen Medien». Im

1: traumatische Verarbeitung



2: Selbstbestimmung



vorliegenden Artikel wollen wir uns mit drei grundlegenden Themen befassen: erstens mit der Frage, was denn unter einem Trauma überhaupt zu verstehen ist. Zweitens mit den allgemeinen Grundsätzen der Traumatherapie. Drittens ist unserer Ansicht nach die Kunsttherapie oft geradezu die Methode der Wahl. Wir stellen uns im zweiten Teil des Essays der Frage nach ihren besonderen Möglichkeiten und Grenzen. Schon vorweg sei in aller Deutlichkeit gesagt: Die Lektüre dieses Artikels kann die Notwendigkeit einer gründlichen Weiterbildung in Traumatherapie nicht ersetzen, sondern nur betonen.

Was ist eine Traumatisierung?

Ursprünglich bezeichnete Traumatologie (von griechisch Trauma = Verletzung) einen Zweig der Chirurgie, der sich mit körperlichen Verletzungen beschäftigt. Analog und in Abgrenzung zur somatischen Traumatologie steht der Begriff der Psychotraumatologie, der sich mit der Entstehung, der Erfassung, dem Verlauf und der Behandlung von seelischen Verletzungen befasst, die in der Folge extrem belastender und/oder lebensbedrohlicher Ereignisse auftreten. Ganz klar festhalten möchten wir, dass mit Trauma nicht das auslösende Ereignis gemeint sein darf, sondern die Form der Verarbeitung (vgl. Bild 1). Extrem stressreiche äussere Ereignisse können als belastende Lebensereignisse oder als traumatische Erfahrung verarbeitet werden. Ausschlaggebend ist die Form der innerpsychischen Verarbeitung. Eine Erfahrung wird traumatisch verarbeitet, wenn ein Mensch eine extrem stress-

reiche Erfahrung als äusserste Bedrohung erlebt, seine Wahrnehmung, die Informationsverarbeitung und das eigene Selbst überflutet wird mit aversiven Reizen.

Die offizielle Definition, die Psychiater und Psychologinnen zur Traumadiagnose benutzen, lautet: «Ein Trauma wird durch Stress erzeugende Ereignisse verursacht, die sich ausserhalb normaler menschlicher Erfahrung bewegen und die auf fast jeden Menschen stark belastend wirken.» Die Definition ist vage und teilweise irreführend. Was heisst «ausserhalb des Spektrums normaler menschlicher Erfahrung»? Was ist eine «schwerwiegende Belastung für fast jeden Menschen»? Andere Beispiele, die sich nicht hierunter einordnen lassen, wären Unfälle, Krankheiten und chirurgische Eingriffe. Oft werden sie nicht als ausserhalb normaler menschlicher Erfahrung erlebt; trotzdem wirken sie oft traumatisierend. Weiter kommen z.B. Vergewaltigungen, Schiessereien und andere Tragödien keineswegs selten vor. Obwohl sie damit durchaus «innerhalb normaler menschlicher Erfahrung» liegen, ändert dies nichts daran, dass sie traumatisieren.

Alle Menschen, Kinder wie Erwachsene, zeigen nach psychotraumatischen Erfahrungen ähnliche psychophysische Symptommuster und reagieren deshalb in gewisser Hinsicht vorhersehbar: Die erste Reaktion auf ein belastendes Ereignis wird als akute Belastungsreaktion bezeichnet. Symptome von Bewusstseinsänderung, Desorientierung und eingeschränkter Aufmerksamkeit wechseln sich dabei ab mit Unruhezuständen und Hyperaktivität. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen zurück. Diese akuten Symptome können übergehen in sogenannte Anpassungsstörungen wie depressive Reaktionen, Ängste oder Störungen des Sozialverhaltens. Häufig allerdings entwickeln sich in der Folge von akut traumatisierenden Ereignissen Symptome der sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Bei Menschen, die über lange Zeit mehrfach schwer traumatisiert werden, können sich andauernde Persönlichkeitsveränderungen einstellen, die nur sehr schwer zu behandeln sind.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist definiert als «die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis» (DSM-IV, 1994).

Solche charakteristischen Symptome sind nach Butollo et al., 1998:

3: Wohlfühlort



4: Schreckenswelt



1. Formen des Wiedererlebens des Ereignisses, z.B. in wiederkehrenden Alpträumen oder in ungebetenen eindringlichen Erinnerungen (sogenannte «flash-backs»);
2. Versuche, die Erinnerungen an das Ereignis und die Beschäftigung damit zu vermeiden, indem z.B. bestimmte Personen oder Situationen gemieden werden; ausserdem auch eine insgesamt verminderte emotionale Ansprechbarkeit, ein emotionales Abstumpfen;
3. eine permanente Übererregung, die sich z.B. in Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Reizbarkeit oder übertriebener Wachsamkeit zeigt.

Ausschlaggebend für die Entwicklung einer PTBS ist nicht die Schwere des Ereignisses, sondern die Reaktion der/des Betroffenen!

Grundlegende therapeutische Vorgehensweisen

Der Zustand der Person vor dem Ereignis spielt damit eine weit entscheidendere Rolle als das Ereignis selbst. Man spricht in diesem Zusammenhang von Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) und Vulnerabilität (Verletzbarkeit) einer Person. Die beiden Eigenschaften stehen dabei in einem gegenläufigen Verhältnis zueinander. Es tönt völlig ungerecht, ist aber eine Tatsache: Wer bereits vortraumatisiert ist, hat eine geringere Fähigkeit, Stress zu regulieren und damit ein höheres Risiko, erneut traumatisiert zu werden. Gerade deshalb ist die Ressourcenorientierung und Stabilisierung in der Traumatherapie so wichtig.

«Unsere Lebenskraft fliesst nur in diejenigen Teile unserer Persönlichkeit,
mit denen wir uns identifizieren.»

Fritz Perls, 1974

Traumabedingte Veränderungen können dazu führen, dass Selbstanteile nicht mehr wahrgenommen, also nicht mehr aktiviert werden können oder der entsprechende Selbstanteil abgespalten wird. Bei traumatisierten Menschen ist es ausserordentlich wichtig, die Arbeit aus stärkenden und sicheren Rollen aufzunehmen.

5: Gegenwelt



Die Therapie traumabedingter Störungen durchläuft folgende vier Behandlungsphasen:

- Sicherheit
- Stabilität
- Konfrontation
- Integration

Diese Ebenen sind hierarchisch zu verstehen. Bevor an der Konfrontation und Integration der traumatischen Erfahrung gearbeitet werden kann, muss eine ausreichende Sicherheit und Stabilität gegeben sein. Dabei stellt die Arbeit an Sicherheit und Stabilität oft einen langwierigen Prozess dar, der mitunter rund vier Fünftel der Therapiearbeit ausmacht. Der Umgang mit Traumata benötigt, wie oben erwähnt, intensive Weiterbildung in einer aktuellen Form der Traumatherapie. Andererseits tauchen Traumatisierungen einfach auf, unbesehen von der Erfahrung und dem Können der Therapeutin. Wir beschränken uns deshalb in diesem kurzen Essay auf die ersten beiden Ebenen, die jede Kunsttherapeutin ansatzweise kennen sollte. Mehrere Punkte erwähnen wir bloss, auf andere gehen wir etwas vertiefter ein. Was heisst Arbeit an Sicherheit und Stabilität ganz konkret?

Therapeutische Beziehung

Freundlichkeit und Zugewandtheit sind enorm wichtig: Jede Therapie lebt von einer hilfreichen Beziehung. Das Freud'sche Paradigma der therapeutischen Abstinenz ist hier aber nicht angebracht. Bei traumatisierten Menschen kann dies Hilflosigkeit und Ohnmacht auslösen. Diese sind Trigger, die dazu führen, dass sich die traumatisierte Person wieder so fühlt, als geschähe das Trauma jetzt. Selbstkontrolle und Selbstbestimmung sind Schlüsselkompetenzen, die erlernt und erlebt werden sollen (vgl. Bild 2). Als Therapeutin mache ich transparent, warum ich etwas vorschlage. Kognitive Arbeit hat zudem den Vorteil, dass der Klient mehr Kontrolle hat. Wir dürfen keine Situationen mit Regression schaffen: Jeder Kontrollverlust verunsichert und kann auch als Retraumatisierung wirken. Alle Interventionen, die das Ich schwächen könnten, sollten dringend unterlassen werden. Zum Beginn gehört deshalb eine sorgfältige Auftragsklärung und die Betonung der Arbeitsbeziehung nach dem Motto: «Zwei Erwachsene kümmern sich um ein (traumatisiertes) Kind.» Einen wichtigen Platz nimmt in diesem Zusammenhang die Psychoedukation bzw. Information ein: Es geht darum, die Klientin über Trauma, Umgang mit Trauma (Trauma-Coping) und Traumafolgen zu informieren. Dies führt zu einem besseren Verständnis der oft bizarr erscheinenden Verhaltensweisen für die Patientin, das heisst zu einer verbesserten Selbstakzeptanz (z. B. Vermeiden bestimmter Orte oder Situationen, Verwirrung und Desorientierung, Dissoziation). Wissensvermittlung im Sinne von Patienteninformation gibt Sicherheit.

Traumatherapie ist damit Therapie auf Augenhöhe, bei der wir auf die Klientenkompetenz vertrauen. Zu vermeiden ist auch die Fokussierung auf Belastungen oder die Betonung schwieriger Themen. Die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen an sich ist kein Therapieziel! Sie dient nur bestimmten Therapiezielen. Diese sollten konkret und realistisch sein; häufig empfiehlt sich die Formulierung von Teilzielen. Die Zielvorstellungen sollen handlungsbezogen sein.

Ressourcenorientierung und -Aktivierung

Nach Ressourcen muss oft gezielt gefragt werden (z.B. Menschen, die einem geholfen haben, inspiriert haben, froh gemacht haben ...). Leid und Leiden brauchen ihren Platz, sollten aber nicht alles dominieren. Ressourcen finden sich beispielsweise in wohltuenden Aktivitäten, in Erinnerungen an positive Erfahrungen und geeignete positive Vorbilder, in Träumen von positiven Erfahrungen als auch in positiven Büchern, Geschichten, Filmen, Symbolen oder angenehmen Bildern, woher auch immer diese kommen. Wichtig ist, dass sie mit Ruhe und Frieden assoziiert sind, verschiedene Sinnesqualitäten ansprechen oder mit einer angenehmen Aktivität verbunden sind. Hartnäckigkeit seitens der Therapeutin bei der Suche nach Ressourcen ist oft nötig und zahlt sich aus. Dementsprechend müssen gefundene Ressourcen mit Hilfe von Wörtern, Symbolen oder Selbstberührungen gut verankert werden, damit der angenehme Zustand später wieder aufgesucht werden kann.

Bekanntlich sind wir in der Lage, uns Dinge vorzustellen, sie uns auszumalen und allein aufgrund unserer Vorstellung Entscheidungen zu treffen oder angenehme/unangenehme Gefühle zu erzeugen (vgl. Bild 3). Lebhaftige Visualisierung aktiviert dieselben Gehirnzellen wie die vorgestellte Handlung selbst. Welche Form der Imagination man auch immer verwendet, die Klientin soll ihren Weg selber finden. Das bedeutet nicht zu forcieren, sondern eher bildhaft zu denken! Ganz wichtig ist, dass die Klientin stabil genug sein muss, bevor mit imaginativer Arbeit begonnen wird. Der Sinn wiederholender Beschäftigung mit den Bildern muss erläutert und es muss angeleitet werden, dies selbständig zu tun. Das Wissen der positiven Psychologie darf genutzt werden: Dem Aufbau positiver Emotionen und Erfahrungen muss sehr viel Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dazu ist es unumgänglich, die Übungen auch zu Hause weiterzuführen im Sinne therapeutischer Hausaufgaben. Weitere Möglichkeiten ressourcenorientierter Arbeit sind: ein Freudetagebuch sowie körperliche Aktivitäten, die angenehm erfahren werden. Hilfreiche imaginative Übungen stellen wir im dritten Abschnitt vor.

Fähigkeit zur Selbstbeobachtung

Stark gefühlsorientierte Arbeit verschlechtert oft die Symptomatik bei traumatisierten Menschen, weil sie den damit verbundenen Kontrollverlust schlecht verkraften. Das Nicht-mehr-Spüren ihrer Gefühle ist als Schutz zu würdigen. Traumatisierte Menschen müssen nach und nach wieder Vertrauen zu sich und ihren Gefühlen aufbauen. Ein wichtiger Schritt dazu ist das Üben einer nicht wertenden Haltung mit sich selbst, das Üben des achtsamen Wahrnehmens dessen, was jetzt gerade ist. Dazu gehört ergänzend das Arbeiten mit dem Inneren Beobachter, der sich vom Wahrgenommenen distanzieren kann. Übungen zur Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit unterstützen einen realistischen Kontextbezug. Sie sind das Mittel gegen unkontrolliertes dissoziatives Verhalten. Es geht darum, zu den inneren Schreckenswelten ein Gegengewicht aufzubauen (vgl. Bilder 4 und 5). Die Fähigkeit zur Selbstberuhigung ist ein wesentlicher Gradmesser für den Fortschritt der Therapie!

Zur Phase der Sicherheit und Stabilisierung gehören auch, und dies sei jetzt nur der Form halber erwähnt, Krisenbewältigung und die Klärung der Erreichbarkeit. Als Therapeutin muss ich nicht «immer» erreichbar sein, sondern besser Telefonzeiten abmachen. Ich darf keine Allmachtsphantasien und überhöhte Erwartungen schüren und damit verstärkte Abhängigkeit fördern. Die Therapie soll der Klientin, nicht dem Ego der Therapeuten dienen. Erwähnt sei noch die soziale Stabilisierung: Dazu gehören äussere Sicherheit, die Wohnsituation, Alltagsfunktionen, soziale Kontakte und nicht zuletzt das Einkommen. Wenn stabilisierende Arbeit nicht gelingen will, obwohl ein gutes Arbeitsbündnis besteht, ist das sehr oft ein Hinweis auf äussere Instabilität, oft Täterkontakt in irgendeiner Form. Nicht zuletzt möchten wir – gerade auch bei sehr schweren Themen – ermuntern, Gelegenheiten zu finden, um miteinander zu lachen: Mit Feingefühl für das richtige Timing ist Humor, einfühlsam und sorgfältig dosiert, eine hochwirksame Medizin!

Heidi Imholz Spruit
Werklehrerin HGKZ
Kunsttherapeutin GPK
imholz.spruit@bluewin.ch

Robert Spruit, lic. phil.
Fachpsychologe FSP
Gestaltender Psychotherapeut GPK
robert.spruit@gpk.ch