

Christian Stadler
Von Sicheren Orten und Inneren Helfern
Elemente von Psychodramatherapie mit traumatisierten
Menschen

Christian Stadler
Diplom-Psychologe Psychologischer Psychotherapeut in freier
Praxis (Psychotherapie, Mediation, Supervision) Mitarbeiter
am Moreno-Institut Überlingen

Summary: The phase of psychic consolidation plays a decisive role in therapy of traumatized people. The autor introduces two important techniques of consolidation in Psychodrama: the establishment of a Safe Place and by the aid of an Inner Consultant.

Zusammenfassung: Bei der Therapie traumatisierter Menschen spielt die psychische Stabilisierung eine entscheidende Rolle. Im folgenden Beitrag wird praxisnah auf zwei zentrale Psychodramatechniken der Stabilisierung eingegangen: auf die Etablierung eines Sicheren Ortes und die Zurhilfenahme eines Inneren Helfers.

In den letzten Jahren hat das Thema Traumatherapie in der Fachliteratur an Bedeutung gewonnen (Reddemann und Sachsse 1996; van der Kolk 1997; Fischer und Riedesser 1998; Shapiro 1998; Kellermann und Hudgins 2000). Übereinstimmend stellen die AutorInnen fest, dass die Therapie traumatisierter Menschen spezieller Techniken und Settings bedarf, herkömmliche Psychotherapietechniken also nicht einfach 1:1 übernommen werden dürfen.

Im folgenden werden zwei wesentliche Elemente der Psychotherapie traumatisierter Menschen herausgegriffen, und ins Psychodrama übersetzt: die Etablierung des Sicheren Ortes und die Technik des Inneren Helfers. Anhand dieser beiden Techniken, die in verschiedenen Phasen der Traumabehandlung zum Einsatz kommen können, wird mit Fallbeispielen das Spezifische der psychodramatischen Behandlung – und hier besonders in der Stabilisierungsphase – von traumatisierten Menschen gezeigt.

Der ICD-10 definiert ein Trauma als ein unterschiedlich lang anhaltendes Ereignis, was nahezu bei jedem Menschen aufgrund der außergewöhnlichen Bedrohung eine tiefgreifende Verzweiflung auslöst. Den Betroffenen stehen aus unterschiedlichen Gründen nicht ausreichend Stressverarbeitungsmechanismen zur Verfügung (van der Kolk 1997). Traumata finden in diversen Kontexten statt; die folgenden Beispielen heben vor allem auf von Menschen verursachte Traumatisierungen, z.B. im Rahmen von Gewaltsituationen ab. Die beschriebenen Techniken sind jedoch zur Behandlung anderer Traumatisierungen ebenfalls anwendbar, wie sie im Krieg oder anderen Katastrophen z.B. nach dem Zugunglück in Eschede (Korittko 2000) auftreten.

Traumatisierte Menschen neigen in der Regel aus Gründen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, unter anderen zu zwei Reaktionsweisen, die sich als ihrer seelischen Gesundheit abträglich erweisen.

Erstens entwickeln die Betroffenen ab einem gewissen Schweregrad des Traumas Intrusionen und Flashbacks. Dies kann in Form von Alpträumen, aber auch in Wachbildern geschehen. Durch Trigger ausgelöst erleben sie das Trauma oder Teile davon emotional so, als ob es gerade stattfände. Eine sexuell durch einen Familienangehörigen traumatisierte Patientin erlebte immer wieder Alpträume schlimmster Art, wo der Täter sie fesselte und sexuell missbrauchte. Eine andere Patientin mit Missbrauchserfahrung entwickelte in getriggerten Situationen paranoide Tendenzen und konnte sich auch am helllichten Tag nur unter Zuhilfenahme von Beruhigungsmitteln aus dem Haus bewegen, da sie hinter jeder Straßenecke den Täter vermutete. Ein anderer Patient, der Zeuge eines schweren Autounfalls wurde, sah jedes Mal, wenn er Reifen quietschen hörte, vor seinem inneren Auge das Unfallgeschehen in Bildern ablaufen.

Zweitens entwickeln traumatisierte Menschen unbewusst Mechanismen, die mögliche traumaauslösende oder traumaähnliche Situationen aus Angst vor unaushaltbaren Gefühlen vermeiden oder abspalten. So berichtete eine Patientin, die eine Totgeburt im siebten Schwangerschaftsmonat hatte, dass sie trotz ihres starken Kinderwunsches nie wieder schwanger werden wolle. Und oben genannte sexuell traumatisierte Patientin begab sich zeitweise in extreme soziale Isolation.

In der therapeutischen Bearbeitung des Traumas geht es um die Integration des traumatischen Lebensereignisses in die eigene Geschichte; d.h. die Patienten müssen das Trauma als Teil ihres Lebens verstehen und in ihr Lebensskript einweben lernen. Denn gerade die intrapsychische Isolierung des Traumas verhindert die Heilung von den beeinträchtigenden Symptomen und leistet den beschriebenen Flash-Backs und Intrusionen, bzw. Abspaltungen Vorschub.

Eine Möglichkeit, wie nun PatientInnen an diesen Prozess im Rahmen der Therapie herangeführt werden können, ist die Etablierung eines Sicheren Ortes.

Der Sichere Ort

Bei traumatisierten Menschen ist es wichtig, im Rahmen einer therapeutischen Behandlung einen Sicheren Ort zu schaffen, an den sich die PatientInnen zurückziehen können, wenn das innere Geschehen, sei es im Therapieprozeß oder aber auch im Alltag, zu bedrohlich wird. SACHSSE (1995) und REDDEMANN (2001) begründen und beschreiben dies ausführlich für die von ihnen entwickelten Therapiekonzepte. Der Sichere Ort soll helfen, die durch das Trauma verlorengegangene Sicherheit für die PatientIn wieder herzustellen. Denn durch oben genannte Intrusionen und Flashbacks sind die PatientInnen in ihrer Stabilität gefährdet, erleben das Trauma immer wieder neu.

Die Stabilisierungstechnik des Sicheren Ortes kann besonders gut mit den Mitteln des Psychodramas eingeführt werden. Denn auf der Bühne mit ihrer eigenen Realität kann dieser Ort, der in rein verbalen Therapieformen nur besprochen oder imaginiert werden kann, *real* eingerichtet werden. Vorteil hierbei ist, dass die PatientIn ihn leichter aufsuchen kann, da er über unterschiedliche Erlebnisqualitäten abrufbar ist, nicht nur über Kognitionen und Worte.

In der Regel lasse ich diesen Ort auf der Bühne, wo gespielt wird, oder daneben, quasi auf einer Zweitbühne einrichten. Die Entscheidung hierüber obliegt der ProtagonistIn. Als Therapeut achte ich jedoch darauf, dass der Ort räumlich gesichert ist und nicht vom Geschehen auf der Bühne überrollt werden kann. Hierfür kann manchmal eine Nebenbühne sinnvoll sein. Ziel ist aber letztlich immer die Integration, d.h. das Hereinnehmen des Sicheren Ortes in die eigene Person; erster Schritt dorthin kann die Etablierung eines Sicheren Ortes in gefährdeten Situationen sein. Die ProtagonistIn gewinnt damit die Sicherheit, sich auf der Bühne der Traumaexposition und später in ihrem Alltag geschützter bewegen zu können. Der Weg dorthin ist eines der Therapieziele.

Es kann nötig sein, den Sicheren Ort im Zuschauerraum, also nicht auf der Bühne, oder sogar in einem anderen Zimmer einzurichten. Ein Verlassen der Bühne in den Zuschauerraum könnte dann zwar von der ProtagonistIn als Flucht verstanden werden. Aber dies wäre bei sehr schweren Traumatisierungen auch ein Entwicklungsschritt. Flucht ist schließlich neben dem Standhalten *eine* Möglichkeit, ein Trauma nicht zu erleben. Diagnostisch wäre dies aber ein Indikator dafür, weiter zu stabilisieren und mit der Traumaexposition noch zu warten.

Dieser Sichere Ort soll möglichst bildhaft in allen Details vorgestellt werden.. Bei sehr schwer traumatisierten PatientInnen kann es nötig sein, dass der Ort nur der PatientIn bekannt und zugänglich ist; ich habe auch schon Situationen erlebt, wo ich selbst als Therapeut nichts über den Ort wusste außer dem positiven Trigger für das Aufsuchen des Sicheren Ortes. Dies kann besonders zu Beginn der Therapie von Bedeutung sein, wo für die PatientIn auch die Frage im Raum steht, inwieweit sie dem Therapeuten trauen kann, ob er von ihr gesteckte Grenzen respektiert.

Im Psychodrama heißt das, dass der Ort auf der Bühne zwar definiert und abgegrenzt werden muss, dass aber unter Umständen nicht das ganze innere Bild des Ortes dargestellt wird. Dies läßt sich dadurch lösen, dass die ProtagonistIn ein Symbol für ihren Si-

cheren Ort auf die Bühne legt oder einfach einen Stuhl oder eine Matratze dafür hinlegt. Die Auswahl des Symbols sollte möglichst von der PatientIn getroffen werden, da ich als Therapeut in der Anfangsphase einer Behandlung nichts weiß über eine mögliche Trauma-Aura einzelner Gegenstände oder Symbole.

Die PatientIn kann dann im Spiel in Situationen, die für sie bedrohlich werden, sie zu überfluten drohen, zu diesem Ort gehen, sich Schutz und Kraft holen. Für den Zeitpunkt der Etablierung dieses Ortes gilt: je ich-schwächer und/oder je stärker traumatisiert eine PatientIn ist, desto früher muss der Sichere Ort eingerichtet werden, also eventuell schon, bevor mit dem Einrichten der übrigen Szene begonnen wird.

Dabei gehe ich wie folgt vor:

„Sie haben ja nun (in der PD-Gruppe: in der Anwärmung; in der Einzeltherapie: im Erstgespräch oder einer vorangegangenen Sitzung) Dinge erzählt, die für Sie recht belastend sind. Bevor wir jetzt dazu kommen, uns damit auf der Bühne auseinanderzusetzen, schlage ich Ihnen vor, dass Sie sich einen Sicheren Ort ausdenken. Sicherer Ort heißt in diesem Fall, dass es ein Ort ist, an dem Sie sich ganz geborgen und sicher fühlen (evtl.: und zu dem nur Sie Zugang haben). Dies kann ein Ort sein, den Sie in der Wirklichkeit kennen, ein Haus oder eine Wohnung, ein Zimmer (je schwerer das Trauma, desto überschaubarer), aber auch eine Landschaft, etwas ganz Surreales oder Phantasiertes, was Ihnen gerade einfällt. Lassen Sie sich Zeit, denn es ist wichtig, dass Sie sich dort wirklich sicher und geborgen fühlen. Wenn Sie einen solchen Ort haben, schauen Sie sich dort um, nehmen Sie wahr, was sich dort alles befindet. Wenn Sie möchten, können Sie mir den Ort nun nennen, es muss aber nicht sein. Was ich auf jeden Fall wissen sollte, bevor wir mit der Szene beginnen, ist ein spezifischer Gegenstand, der nur an diesem Ort ist. Es sollte etwas sein, was sie *damit* und *nur* damit verbinden, und wenn ich es nenne, würde dieser Ort vor ihrem inneren Auge quasi um Sie herum entstehen.“

Erst wenn ich als Therapeut diesen positiven Trigger weiß, besteht eine ausreichende Sicherheit. Ich kann dies in der Situation dadurch überprüfen, dass ich mit der PatientIn an den Ort auf der Bühne gehe und ihr dort das Stichwort gebe. Nach ihrem Sicherheitsgefühl befragt, muss sie sich dort sicherer fühlen. Ansonsten sollte noch weiter am Sicheren Ort gearbeitet werden, z.B. durch das Abfragen anderer Sinnesqualitäten: Geruch, Geräusch, Berührung. Dies ist ein essentieller Bestandteil der Stabilisierungsphase innerhalb der Traumatherapie, wo es wichtig ist, der PatientIn zu signalisieren, dass sie sich für ihre Sicherheit so viel Zeit wie nötig nehmen kann.

Für den Fall, dass die ProtagonistIn diesen Ort nicht selbst einrichten kann, führe ich als Therapeut ihn etwa so ein:

„Ich möchte hier gerne noch ... (z.B. einen Stuhl) hinstellen. Sind sie damit einverstanden? Er steht dafür, dass hier ein geschützter Raum ist, der nur für sie da ist. Sie können hier hingehen, wann und wie oft sie wollen. Niemand anderer hat hier Zugang. Sie müssen auch nicht erklären, warum sie da hingehen. Es ist ein Ort des Schutzes und der Kraft.“

Wenn es sich um eine fortlaufende Einzeltherapie handelt, verwende ich zu Beginn der Therapie eine Stunde darauf, diesen Sicheren Ort einzuführen. Der Patientin kann dieser Ort auch „mitgegeben“ werden: „Pflegen Sie die Vorstellung dieses Ortes auch zwischen den Therapiestunden“ oder er kann mittels einer NLP-Technik körperlich geankert und damit für die Patientin abrufbar gemacht werden:

„Bitte versuchen Sie jetzt eine körperliche Geste zu machen, bei der Sie wissen, dass Sie sich am Sicheren Ort befinden. Zum Beispiel können Sie Daumen und Zeigefinger der linken an den Fingerspitzen sich berühren lassen. Vielleicht fällt Ihnen dazu noch ein Wort ein. Irgendeines. Versuchen Sie, dass diese Dinge bei Ihnen zusammen ablaufen. Das Bild, die Geste und das Wort. Bitte üben Sie das ein wenig zu Hause. Versuchen Sie sich den Sicheren Ort vorzustellen und machen dabei die Geste, die Sie gewählt haben und sagen sich innerlich das Wort. Machen Sie das so oft, bis Sie sicher sind, dass es klappt und dann probieren Sie es auch mal in anderen Alltagssituationen, bei denen Sie sich nicht so leicht konzentrieren können, z.B. im Supermarkt oder im Kino“.

Dies kann psychodramatisch auch in kurzen Spielsequenzen auf der Bühne geübt werden. Falls EMDR zur Traumaverarbeitung mit einbezogen wird, ist es ebenfalls möglich, den Sicheren Ort mit der EMDR-Technik zu ankern. Dazu stellt sich die PatientIn ebenfalls den Sicheren Ort vor und erhält dazu vom Therapeuten einige Rechts/Links-Signale. EMDR sollte allerdings nur angewandt werden, wenn der Therapeut ausreichend mit der Technik vertraut ist, um nicht unabsichtlich andere Dinge mit zu festigen.

Fallbeispiel:

Monika, eine durch körperliche Gewalt stark traumatisierte Patientin, war zum Zeitpunkt der Therapie 29 Jahre alt und fiel vor allem durch ihr starkes Übergewicht auf. Sie klagte über Beziehungsschwierigkeiten und erzählte, dass sie im letzten Jahr zwei Schwangerschaftsabbrüche hinter sich habe. Sie müsse ständig weinen, wisse aber selbst nicht so recht warum. Im Laufe der Therapie berichtete Monika, dass ihr Partner sie geschlagen habe. Die ersten Therapiestunden saß sie immer auf der vordersten Sesselskante wie auf dem Sprung. Nachdem ich ein wenig von ihrer Geschichte gehört hatte, habe ich dieses Verhalten als Sicherheitsbedürfnis interpretiert: eine Möglichkeit schnell fliehen zu können. Sie tat sich schwer, selbst einen Sicheren Ort zu entwickeln.

Ich habe Monika daraufhin vorgeschlagen, dass wir in den Stunden immer einen leeren Stuhl neben ihr stehen lassen. Wenn es ihr unangenehm werde oder sie das Gefühl bekomme „am liebsten würde ich jetzt abhauen“, könne sie sich auf diesen leeren Stuhl setzen und damit erst einmal signalisieren „ich brauche gerade ein wenig Ruhe, Sicherheit“.

Im Verlauf der weiteren Stunden hat die Patientin dann für sich den Stuhl mit inneren Bildern angereichert. Monika hat diesen Sicheren Ort in ihren Therapiestunden nur einmal probeweise benutzt, um auszuprobieren, wie es sich dort anfühlt. Sie hat aber am Ende berichtet, dass allein die Tatsache, dass der Sichere Ort in ihrer Nähe vorhanden war, ihr zur Sicherheit gereichte und ihr das Thema bewusst machte, dass sie auf ihre Sicherheit selbst achten kann.

Nach dem stabilisierenden Element des Sicheren Ortes möchte ich auf eine zweite Ich-stärkende Technik in der Traumatherapie zu sprechen kommen:

Die Inneren Helfer

Neben dem Sicheren Ort spielen die Inneren Helfer in der Traumatherapie eine große Rolle. Sachsse schlägt für die imaginativen Traumatherapieverfahren vor, dass der Innere Helfer etwas Erfundenes ist, wie eine Märchengestalt, eine gute Fee oder Ähnliches. Die Erfahrung bestätigt, dass dies ausserordentlich wichtig ist, da sonst die Gefahr besteht, dass die Helfer im Spiel plötzlich „böse“ Seiten zeigen, was gerade bei Traumaerfahrungen im familiären Umfeld (z.B. Gewalterfahrungen durch den Vater) eine massive Retraumatisierung zur Folge haben würde.

Der Innere Helfer soll nur positive, stützende Seiten haben und diese der ProtagonistIn zur Verfügung stellen. Da bei Traumatisierten diese innere Seite verschüttet, beschädigt, auf eine Weise auf jeden Fall im Kontext des Traumas nicht zugänglich ist, ist es wichtig, diesen Helfer zunächst als ein anderes Wesen und nicht als Doppelgänger einzuführen. Der Doppelgänger wäre in der Gefahr, ambivalente Gefühle in Bezug auf die eigene Person, also nicht nur die stützenden Seiten ins Spiel zu bringen. Der Innere Helfer ist ein stärkender auch kraftvoller Begleiter, der einem auch mal einen guten Rat geben kann, einen in den Arm nimmt, wo gewünscht. Er fördert Sicherheit und erlaubt auch bis zu einem gewissen Punkt die Regression der PatientIn, wiederum mit dem Ziel, zu stabilisieren, Halt zu geben. Erst wenn die ProtagonistIn genug Halt von aussen erlebt hat, kann sie diese Funktion über die Bildung einer entsprechenden Objektrepräsentanz ins eigene Ich nehmen, als einen Teil von sich selbst erleben. Hier wäre dann ein Übergang vom Inneren Helfer zu einem Doppel im psychodramatischen Sinn vollzogen. Der Innere Helfer kann die PatientIn dabei unterstützen angstfreier durchs Leben zu gehen, oder eben nicht anfangs beschriebene Vermeidungshaltung einzunehmen, die letztlich die durch das Trauma ausgelösten Symptome verewigt.

Ich gehe mittlerweile in Therapien, bei denen es um eine traumatische Situation gehen könnte so vor, dass ich schon sehr früh, zum Teil während der probatorischen Sitzungen einen Inneren Helfer einführe:

„Ich habe sie jetzt schon ein wenig kennengelernt und von Ihnen gehört, dass Sie aufgrund einschneidender Erfahrungen vor manchen Situationen Angst haben, vielleicht sie auch vermeiden. Das ist gut nachvollziehbar. Ich habe aber auch von Ihnen gehört, dass Sie unter diesen Reaktionen leiden und Sie gerne verändern möchten. Das geht nicht von heute auf morgen. Und ich halte auch nichts davon, sich in jede ängstigende Situation blindlings hinein zu stürzen. Aber ich möchte ihnen heute einen Vorschlag machen, wie sie neben dem, was sie von mir an Hilfe erfahren können, auch selbst sich so etwas wie einen Inneren Helfer für solche schwierigen Situationen schaffen können. Wenn Sie einverstanden sind, möchte ich Sie über eine kurze Imagination, bei der Sie, wenn Sie wollen die Augen schließen können zu einem Ihrer Inneren Helfer führen“. An dieser Stelle lasse ich eine Körperfokussierungsübung machen: „Setzen Sie sich möglichst entspannt hin, stellen Sie Ihre Füße auf den Boden... und dann gehen Sie kurz durch ihren Körper...“ In dieser Situation, wo die PatientInnen sehr bei sich sind, lasse ich sie imaginieren: „Können Sie sich jetzt bitte so etwas wie einen Inneren Helfer vorstellen. Das kann jemand sein wie ein Schutzengel oder ein guter Zauberer wie Albus Dumbledore, wenn sie Harry Potter kennen oder eine

ganz andere Gestalt, die für Sie da stimmig ist. Wenn eine reale, echt lebende Gestalt kommen sollte, bedanken Sie sich, dass sie gekommen ist und verabschieden sich zunächst wieder von ihr und suchen Sie ein wenig weiter. Es kann auch eine Pflanze oder ein Tier sein. Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf bei der Suche nach Ihrem Inneren Helfer. (...) Wenn Sie diese Gestalt haben, prüfen sie bitte innerlich, wie Sie sich ansprechen möchten."

In der Monodramatherapie lasse ich die ProtagonistIn dann ein Symbol wählen und im Rollenwechsel (Ich-Stärkung!) mir die Person vorstellen. „Mein Name ist..., ich bin...“ Wenn ich mir nicht sicher bin, ob es wirklich ein Innerer Helfer ist, erhalte ich hier in einem kurzen Interview Informationen über mögliche Gefahren. Im Psychodrama in der Gruppe wird die Person besetzt. Im Rollentausch kann der Innere Helfer befragt werden, was er tut und welche Eigenschaften und Stärken er besitzt.

Wichtig erscheint mir noch die körperliche Position des Inneren Helfers während des Spiels. Für traumatisierte Menschen ist es meist schwer aushaltbar, wenn jemand direkt in ihrem Rücken steht. Dies gilt auch für Doppelgänger und meiner Ansicht nach sogar für positive Figuren wie den Inneren Helfer. Der Innere Helfer ist ein Wesen, mit dem die ProtagonistIn in Kontakt kommen soll, mit dem sie sich auch beraten kann, zu dem ein dialogisches Verhältnis entsteht. Dem entspricht am ehesten eine Position seitwärts neben der ProtagonistIn in räumlicher Nähe, so dass der Helfer von der ProtagonistIn gespürt werden kann, wenn sie es wünscht.

Idealerweise sollte der Innere Helfer gleichgeschlechtlich zur ProtagonistIn sein. Hiervon sollte man bei gegengeschlechtlicher Traumatisierung, wo Gewalt im Spiel war, nur dann abweichen, wenn die ProtagonistIn dies ausdrücklich wünscht.

Wenn es sich um einen gegengeschlechtlichen Inneren Helfer handelt – die Situation kann sich mangels gleichgeschlechtlicher Gruppenteilnehmer ergeben –, ist es besser, körperliche Berührungen zu vermeiden oder die ProtagonistIn durch Nachfragen gut abzusichern, da Berührungen häufig ein Trigger für Flashbacks sind. Also auch kein „Hand-Auflegen“ ohne klare Absicherung, wie es von manchen Psychodramatikern z.B. beim Doppeln gerne praktiziert wird. Bei sehr schwer traumatisierten Menschen ist ein professioneller Innerer Helfer besser, wenn nicht sogar angezeigt (Co-LeiterIn).

In monodramatischen Situationen kann der Therapeut – nach Ankündigung – für einzelne Sequenzen die Position des Inneren Helfers einnehmen (Position seitlich) oder es wird ein Symbol gewählt. Hierbei ist es gut, Beginn und Ende klar zu benennen: „Ich glaube, dass es gerade für Sie hilfreich wäre, wenn Sie jemand an ihrer Seite als Unterstützung hätten. Sind Sie einverstanden, dass ich diese Rolle Ihres Inneren Helfers für eine Zeit einnehme?“ und am Ende: „Ich verlasse jetzt wieder diese Rolle an Ihrer Seite. Ist das für Sie in Ordnung?“ Diesen Rollenwechsel mache ich immer durch einen Ortswechsel deutlich.

Fallbeispiel :

Andrea, eine 26-jährige Patientin mit einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung nach wiederholten massiven Gewalterfahrungen in der eigenen Familie, die seit etwa zwei Jahren bei mir in Therapie war, kam überflutet von Bildern und Stimmen aus der traumatischen Situation,

dissoziierend und von psychotischer Dekompensation bedroht in die Einzeltherapiestunde. Nachdem ich nicht wusste und auch zunächst nicht in Erfahrung bringen konnte, was aktuell vorgefallen war, da sie kaum sprechen konnte, bot ich ihr als Inneren Helfer einen wärmenden, schutzgewährenden Mantel an, der all die bösen Mächte, die sie gerade bedrohten von ihr fernhielt. Symbolisiert war dies durch ein großes gelbes Tuch, in das sie sich einhüllen konnte. Die Patientin legte es sich wie einen Mantel um, und fand im Anschluss Stück für Stück langsam wieder zur Sprache zurück, zumindest soweit, bis ich mit ihr in Ruhe besprechen konnte, was sie jetzt noch weiter für ihre Sicherheit tun konnte. In dieser Situation habe ich selbst keine stärkende Doppelrolle eingenommen, die sie vermutlich ohnehin nicht hätte annehmen können; vielmehr versuchte ich ihr als Gegenüber ein Anker für das Hier und Jetzt zu bieten, d.h. sie aus ihrem dissoziierten Status und ihrem Traumafilm heraus zu bringen.

In Situationen, wo PatientInnen besser strukturiert oder stabiler sind, d.h. die Gefahr für ein Kippen der Inneren Helfer durch das Auftauchen von Schattenseiten nicht besteht oder klar einschätzbar ist, können auch real-existierende Personen als Helfer eingeführt werden.

Fallbeispiel:

Theresa, eine 32-jährige Patientin mit einer PTSD, ebenfalls nach Gewalterfahrung mit einem Mann, kam zu einer Einzeltherapiestunde und berichtete über Angst vor ihrem Chef. Sie fühle sich an ihrer Arbeitsstelle sehr wohl, aber könne es einfach nicht aushalten, wenn ihr Chef neben ihrem Schreibtisch stehe und ihr irgendeine Aufgabe gibt oder sie korrigiert. Eine der zahlreichen ursprünglichen Traumaszene fand als Kind an ihrem Schreibtisch statt. Ich bat sie, die aktuelle Situation mit ihrem Chef als Szene auf der Bühne einzurichten. Sie stellt die Szene: Ihr Chef (Sessel) und sie (Sessel) sind alleine im Büro. Er erklärt ihr etwas Arbeitsbezogenes an ihrem Schreibtisch.

Als das soweit steht, schlage ich ihr vor, einen Stuhl für einen Inneren Helfer zu stellen. Sie stellt diesen Stuhl neben ihren eigenen Sessel und wählt ihre beste Freundin für diese Rolle. Ich bitte sie nun auf ihren Stuhl und lasse sie die Szene beginnen. Da sie sehr angewärmt ist, bitte ich sie über ihre Gefühle gegenüber dem Chef zur Seite zu sprechen. Sie weiß nicht, wie sie ihrem Chef antworten soll und wie sie innerlich mit seiner Kritik, aber auch nur schon mit seiner körperlichen Nähe umgehen kann.

Therapeut: „Würde es Sie interessieren, was Ihre Freundin dazu sagen würde?“

Nachdem die ProtagonistIn dies bejaht, schlage ich ihr einen Rollenwechsel vor, den sie auch vornimmt. Im Rollenwechsel kann sie sich zu den Anforderungen des Chefs klar äußern. Nachdem sie wieder in ihrer eigenen Rolle ist, kann die ProtagonistIn eine vorsichtige Abgrenzung dem Chef gegenüber formulieren und erlebt sich ruhiger in seiner Anwesenheit. In der weiteren Therapie war es immer wieder einmal Thema, aber sie konnte im Alltag die deutlich ruhigere Position des Inneren Helfers, die auch eine emotionale Distanzierung mit sich brachte, einnehmen. Sie lernte allmählich die emotionale Generalisierung zurückzunehmen und Situationen mit ihrem Chef am Schreibtisch angstfreier wahrzunehmen.

Dem Inneren Helfer käme in der o.g. Szene noch näher, wenn die ProtagonistIn zunächst gebeten würde, eine innere Freundin zu *imaginieren*, eine Traum- und Wunschfigur, die dann langsam ausgestaltet wird. Denn bei erfundenen Gestalten ist – wie be-

reits erwähnt – das Risiko meist geringer, dass es zu Negativerlebnissen kommt wie bei realen Personen, selbst wenn es sich um Freundinnen handelt. Auf real-existierende Personen als Innere Helfer greife ich in der Regel nur zurück, wenn ich die PatientIn schon länger kenne und auch etwas über die ausgewählte Freundin weiß. Denn der stützende Effekt des Inneren Helfers ist durch einschließende Negativbilder sehr schnell zu kippen.

Fazit

Psychodrama eignet sich vorzüglich zur Therapie traumatisierter Menschen, im besonderen, wenn in Rechnung gestellt wird, dass diese PatientInnen vor allem anderen stabilisiert werden müssen. Sowohl in der Phase der beginnenden Therapie (Stabilisierung) als auch später in einer eventuell nötigen Expositionsphase (auf die hier nicht näher eingegangen wurde) zeigen sich die Technik des Sicheren Ortes als auch die des Inneren Helfers als sehr hilfreich und zielführend. Nach meiner Einschätzung liegt hier eine klare Indikation für diese Methode vor. Der Vorteil des Psychodrama in diesem Kontext gegenüber anderen Therapieverfahren liegt auf der Hand. Es bietet auf verschiedenen Ebenen, nicht nur auf der verbalen – die ja gerade bei Traumatisierten schwer zugänglich ist – Ansatzpunkte für die Verarbeitung des Traumas.

Durch das Einrichten der Szene einschließlich des Sicheren Ortes werden verschiedene Sinneskanäle aktiviert, die einen schnellen und ganzheitlichen Zugang zum Traumamaterial ermöglichen und auch hirnpfysiologisch der Verarbeitung zugänglich machen. Ein Sicherer Ort ist eben, wenn er auf der Bühne eingerichtet ist, schneller zu erreichen und ganzheitlicher erfahrbar, als wenn ich nur verbale Möglichkeiten habe, die PatientIn dorthin zu bringen. Und ein Innerer Helfer, der die PatientIn an der Hand halten kann oder an ihrer Seite als Schutz erlebt wird, wird hirnpfysiologisch stärker, da viele Sinneskanäle umfassend, abgespeichert, wie der nur gehörte Satz „das kann ich gut verstehen“.

Zum Schluss noch ein Satz zum Thema: Ist das nicht ein bisschen arg vorsichtig? Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es kein Problem darstellt, wenn ein Sicherer Ort in einem Spiel nicht aufgesucht wird oder wenn ein Innerer Helfer nicht zum Handeln kommt. Traumatisierte Menschen haben die Erfahrung gemacht, dass früher im entscheidenden Moment zu *wenig* Sicherheit da war. Daher brauchen sie heute in der Auseinandersetzung mit diesem Thema *mehr* Sicherheit. Ziel ist die Integration der haltgebenden Funktionen, die Wiedererlangung von Handlungsmacht so weit möglich. Und Ziel ist natürlich nicht, dass die PatientInnen durchs Leben gehen mit der Idee: wenn ich nur meinen Sicheren Ort und meine Inneren Helfer imaginieren, kann mir nichts passieren. Die beiden besprochenen Techniken sind nur ein Mittel, nicht das Ziel.

Das Ziel der Traumatherapie ist, daß die PatientIn sagen kann: „Das war damals ganz schlimm, aber heute geht es mir wieder gut“. Ich habe versucht zwei Techniken darzustellen, die die PatientIn auf dem Weg dorthin begleiten können.

Literatur

- FISCHER, G. und RIEDESSER, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München 1998
- HUDGINS, M. Katherine und DRUCKER, Karen: The Containig Double as Part of the Therapeutic Spiral Model for Treating Trauma Survivors. In: The International Journal of Action Methods. Psychodrama, Skill Trining and Role Playing. Volume 51/2; 1998, 63-74
- KELLERMANN, Peter Felix und HUDGINS, M. Katherine: Psychodrama With Trauma-Survivors. Acting Out Your Pain. London 2000
- Korittko, Alexander: Trauma und Verlust – Vom Zwang des Vergessens zum heilsamen Erinnern . In: KONTEXT 31,2; 2000, 171-179
- KRÜGER, Reinhard: Kreative Interaktion. Tiefenpsychologische Theorie und Methoden des klassischen Psychodramas. Göttingen 1997
- KRÜGER, Reinhard: Kreative Grundbedürfnisse des Menschen. Unveröffentlichter Vortrag Diez 20.11.99
- REDDEMANN, Luise: Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart 2001
- REDDEMANN, Luise und SACHSSE, Ulrich: Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten. Psychotherapeut 41 (1996) 169-174
- SACHSSE, Ulrich: Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen 1995
- SACHSSE, Ulrich: Trauma, Traumacoping und Posttraumatische Belastungsstörungen: Theorie und Therapeutische Ansätze. In: GIBACHT Informationen aus Sucht und Psychosomatik Nr.17, Furth im Wald 1999
- SHAPIRO, Francine: EMDR. Grundlagen und Praxis. Paderborn 1998
- STADLER, Christian: Zur Problematik des „Täter-Opfer-Rollentauschs“. Psychodrama im Licht der Traumatherapie, unveröffentlichte Abschlußarbeit Moreno-Institut Überlingen 1999
- VAN DER KOLK, B.A.: Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen; Vortrag in Tiefenbrunn 28.2.1997

Anschrift des Autors: Christian Stadler, Südliche Villenstraße 17d, D- 82288 Kottgeising, Mail: famsta@VR-Web.de