

Kasuistik

Der verletzte Vogel. Wie und wieso sich Kunst als kommunikatives und therapeutisches Mittel gerade im Umgang mit traumatisierten Menschen eignet und wieso Traumatherapie nichts für EinzelkämpferInnen ist¹

■ B. Bauer-Gerber

Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Muri

Summary

Therapy with patients who have been traumatised in victim-perpetrator constellations, as it is the case in abuse, torture and war, demands special therapeutic skills. The condition for a therapeutic alliance, i.e. fundamental confidence in human relationship, is deeply shocked. The present case study of the therapy of a war-traumatised Bosnian man shows how an intervention with art therapy turned out to be the essential communicative medium to a person whose ability to communicate not only with himself and the world had been affected in trauma, but who additionally had communication problems concerning language and culture. The experiences in the case presented are confronted with the article of Dori Laub and Daniel Podell "Art and Trauma" (1995) where the authors attempt to show that "the art of trauma" may be the only possible medium for the effective representation of trauma, which is characterised by absence, emptiness and annihilation. The findings of Laub and Podell confirm the author's experiences with art therapy in the present case. The applied art work in form of painting accomplishes the essential qualities of "the art of trauma": indirect, unaestheticised and dialogic nature. Hence a central function of "the art of trauma" emerges: a real witnessing presence that allows representation of trauma and therefore communication. The dynamic of transference and countertransference in the therapeutic process presented, which repeatedly brought the therapist to her own limits, is then critically discussed referring to the article of Barbara Farber "Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern mit Traumatisierungen" (1995). An essential conclusion is that therapeutic work with trauma victims should only be performed under continuous super- and interventionary survey.

Keywords: *trauma; PTSD; art therapy; transference and countertransference*

Einleitung

Im Mai 1996 wurde den psychiatrischen Diensten des Regionalspitals Thun ein offensichtlich kriegstraumatisierter, 32-jähriger bosnischer Mann durch den Leiter eines Durchgangszentrums der Umgebung mit der dringenden Frage nach Therapiemöglichkeiten zugewiesen. Als dem Patienten zugeteilte Assistenzärztin lernte ich damit erstmals einen Menschen mit einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung kennen, der mich vor therapeutische Probleme stellen sollte, denen ich in dieser Ausprägung noch nicht begegnet war.

Dass nach schweren psychischen Traumata langanhaltende psychische Störungen auftreten können, ist seit langem bekannt. Erst 1980 wurde dafür im «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM» eine neue diagnostische Kategorie geschaffen: «posttraumatic stress disorder PTSD». Die Literatur über die Behandlung der PTSD ist zahlreich. Sie umfasst im wesentlichen einerseits biologische (Pharmakotherapie mit Antidepressiva, Benzodiazepinen, sogenannten «mood stabilisers» wie Lithium, Carbamazepin, Cyproheptadin, Valproat sowie Bupropion), andererseits psychologische Ansätze (behaviorale, kognitive, psychodynamische) sowie Methoden der Gruppen- und Familientherapie, Hypnose und stationäre Therapie in Krisensituationen [1, 2].

Damit eine – wie auch immer geartete – Therapie jedoch überhaupt zur Anwendung kommen kann, muss zwischen PatientIn und TherapeutIn ein therapeutisches Bündnis, getragen von Vertrauen geschaffen werden. Gerade dieses grundsätzliche Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen ist aber bei durch Opfer-Täter-Konstellation traumatisierten Menschen, wie es bei Missbrauch, Folter, Kriegserlebnissen geschieht, zutiefst erschüttert worden. Selbst- und Weltbild sind von Fragmentierung und Beziehungslosigkeit geprägt (vgl. u.a. [3]). Obwohl das starke seelische Leiden des von mir in der vorliegenden Arbeit vorgestellten Patienten für mich manchmal als von mir selbst körperlich erlebter Schmerz fühlbar wurde, verwehrte der Patient fast jeglichen Zugang zu seinem inneren Erleben, lehnte die immer wieder verzweifelt und ultimativ geforderte Hilfe jeweils sogleich voller Ambivalenz und Misstrauen ab. Sprachliche Kommunikationsprobleme inklusive einer grundsätzlich ungünstigen Übersetzungssitua-

tion (Bekannter resp. Bekannte des Patienten) belasteten das äusserst fragile therapeutische Bündnis zusätzlich.

Menschen mit schweren traumatischen Störungen zeigen komplexe Übertragungsreaktionen, wie Barbara Farber ausführlich beschrieben hat [4]. Mein Patient zeigte solche Übertragungen in vielfältiger Weise und stellte mein therapeutisches Können auf harte Proben. Der Umgang mit der Übertragung sowie das Vermeiden von Fehlern in der Gegenübertragung bei der Arbeit mit Traumatisierten scheint zu den schwierigsten therapeutischen Herausforderungen zu gehören und selbst erfahrene TherapeutInnen zuweilen an ihre Grenzen zu bringen [4, 5].

Judith Herman [5] beschreibt in einem «Versuch, in einem naturgemäss sehr turbulenten und komplexen Prozess Struktur und Ordnung zu erkennen», drei Phasen der Genesung bei traumatischen Störungen: Sicherheit, Erinnern und Trauern, Wiederanknüpfung. Als Bedingungen für das Erreichen von Sicherheit, der ersten Phase, nennt sie nebst dem Stellen der Diagnose eines traumatischen Syndromes – gleichkommend der Anerkennung des Traumas als Realität – das Wiederlangen von Kontrolle sowie das Schaffen einer sicheren Umgebung. Die Lebensumstände meines Patienten jedoch waren durch Unsicherheit und weitgehend fehlende Kontrollmöglichkeit geprägt.

Insgesamt stellte sich bei mir im Verlaufe dieser ersten Phase die Frage, ob und wie ein hilfreicher Zugang zu diesem traumatisierten Menschen, eine «heilende Beziehung» [5] unter all den zusätzlich zum anspruchsvollen Krankheitsbild vorhandenen therapiefreundlichen Umständen überhaupt möglich war. Wie konnte ich mit einem Menschen kommunizieren, bei dem nicht nur die grundsätzliche Kommunikationsfähigkeit mit sich und der Welt im Trauma beeinträchtigt worden war, sondern bei dem zusätzlich sprachliche und kulturelle Kommunikationsprobleme vorlagen? Die Anwendung einer kreativen Therapiemethode, einer bildnerischen Gestaltung wurde dann zu einem Schlüsselerlebnis.

Korrespondenz:

Dr. med. Barbara Bauer-Gerber
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Mettlenhölzliweg 4
CH-3074 Muri

¹ Die redaktionelle Verantwortung für die Auswahl der publizierten Prüfungsarbeiten liegt bei der Prüfungskommission der SGPP.

Fallpräsentation: Herr L.

Wie in bezug auf sein inneres Ergehen machte Herr L. auch zu seiner Vorgeschichte nur spärliche Angaben. Um seine allgemein misstrauische Haltung nicht zu verstärken, Akzeptanz des von ihm in der Therapie Angebotenen zu signalisieren und nicht dissoziative Tendenzen noch zu fördern, wurde von meiner Seite jeglicher Druck zur vermehrten Informationsgewinnung oder Versuche zu deren Objektivierung unterlassen.

Der 1964 geborene Muslim Herr L. gab an, aus Sarajevo zu stammen, wo er als Pyrotechniker in einer Munitionsfabrik gearbeitet habe. Als Soldat habe er drei Jahre im Krieg verbracht, sei zuletzt in Bihać eingesetzt gewesen. Über seine Kriegserlebnisse wollte sich Herr L. nicht weiter äussern, erwähnte lediglich, dass diese «schrecklich gewesen», er viele Kameraden habe sterben sehen. Er selber habe trotz mehrerer lebensgefährlicher Situationen lediglich eine Kopfstreifung durch einen Granatsplitter abbekommen, worauf er während eines Monats ausser Gefecht gesetzt worden sei. Ausser gelegentlichen okzipitalen Kopfschmerzen habe er keine Folgen davongetragen. Um einer allfälligen Gefangennahme zuvorkommen zu können, habe er dauernd eine Granate auf dem Körper getragen, um sich im Notfall selber umbringen zu können. Im August 1995 sei er desertiert und in die Schweiz geflüchtet. Im Krieg habe er wahrscheinlich seine ganze Familie verloren, jedenfalls bestehe kein Kontakt zu allfälligen noch lebenden Familienangehörigen. Seine Ehefrau habe er bereits vor dem Krieg bei einem Unfall verloren, die Ehe sei kinderlos gewesen. Bereits seit etwa Frühling 1995 habe er, der vor dem Krieg «völlig gesund» gewesen sei, plötzlich an multiplen psychischen und psychosomatischen Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Träume vom Krieg, Flashbacks, Angst vor dem Alleinsein, Übererregbarkeit, innerem Angespanntsein, Teilnahmslosigkeit, Gefühl emotionaler Stumpfheit, plötzlicher Übelkeit gefolgt von Erbrechen, Herzschmerzen, Kopfschmerzen, vermehrtem Schwitzen gelitten. Die Symptome hätten auch nach seiner Flucht in die Schweiz angehalten. Im Durchgangszentrum, wo sich Herr L. seit November 1995 aufhielt, fühle er sich sehr eingegengt und isoliert, zu den wenigen dort lebenden Bosniern bestünden trotz angeblichem Interesse seinerseits kaum Kontakte. Als «vorläufig aufgenommenen Flüchtling mit negativem Asylentscheid» – wie die meisten der geflüchteten Bosnier und Bosnierinnen – erhielt Herr L. keine Arbeitsbewilligung, die fehlende Tagesstruktur gab ihm ein zusätzliches Gefühl von Wert- und Sinnlosigkeit.

Der Heimleitung fiel Herr L. als oft aufbrausender, fordernder, frustrationsintoleranter Mensch auf, der wenig Zeichen der Kooperation zeige. Erschwert werde der Umgang mit ihm durch seinen übermässigen Alkoholkonsum, welchen Herr L. jedoch abstreite. Zudem sei beim sozial isolierten Patienten eine zunehmende Verwahr-

losungstendenz mit Vernachlässigung von Körperpflege und Kleidung zu beobachten. Als einziges schien Herr L. ein gewisses Vertrauen zum von ihm erst kürzlich gewählten Hausarzt gefasst zu haben, der auf das wiederholte Drängen des Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Benzodiazepin in Kombination mit einem Antidepressivum verschrieben habe. Bei schlechter Patienten-Compliance sei allerdings der Erfolg bis jetzt fraglich geblieben.

Nachdem Herr L. während einiger Tage zunehmend nervös und gespannt gewirkt habe, verbal aggressiv geworden sei, Gegenstände beschädigt und nachts Lärm in seinem Zimmer verursacht sowie sich am Unterarm oberflächliche Schnitte mit einem Messer zugefügt habe, erfolgte Anfang Mai 1996 auf Initiative der Heimleitung eine notfallmässige Einweisung in die Psychiatrische Klinik Münsingen. Der alkoholisierte Patient habe dort zwar beteuert, Hilfe zu brauchen, eine stationäre Behandlung jedoch klar abgelehnt. Wegen fehlender akuter Selbst- oder Fremdgefährdung musste er deshalb gleich wieder entlassen werden. Auf dringenden Wunsch der Heimleitung wurde Herr L. dann 3 Tage später zur erneuten Beurteilung unserem psychiatrischen Ambulatorium zugewiesen.

Versuch einer therapeutischen Annäherung und deren Ergebnisse

Beim Erstkontakt lernte ich einen im Vergleich zum angegebenen Geburtsdatum deutlich älter, angespannt und depressiv wirkenden Mann kennen, der sich dem Einbezug einer psychiatrischen Institution gegenüber misstrauisch zeigte. Herr L. sprach kaum deutsch, ein Gespräch war mit Hilfe eines Übersetzers – einem wesentlich jüngeren, ehemaligen Mitbewohner des Durchgangsheimes – möglich. Die Anamnese fiel dementsprechend rudimentär aus. Trotz der kurzen Begegnung wurde für mich ein starkes seelisches Leiden spürbar. Bei einer grundsätzlich ablehnenden Haltung gegenüber einer Psychotherapie zeigte sich Herr L. immerhin interessiert für den Vorschlag, ihm bei der Suche nach Landsleuten behilflich zu sein, die unter ähnlichen Beschwerden wie er selbst leiden würden. Wie sich dann sehr rasch und zu meiner Frustration zeigte, konnten die – ohnehin nur spärlich vorhandenen – Unterstützungsmöglichkeiten für kriegstraumatisierte Menschen Herrn L. nicht zugänglich gemacht werden. So scheiterte eine weitere Behandlung am Therapiezentrum SRK für Folteropfer in Bern daran, dass Herr L. kein anerkannter Flüchtling war. Damit war ich als mit diesem schwierigen Krankheitsbild bisher Unerfahrener auf meine eigenen Ressourcen zurückgeworfen, und die Frage stellte sich nun, was ich Herrn L. überhaupt anbieten konnte.

Trotz der schwierigen Umstände kam im Zeitraum von Mai bis August 1996 ein erster Zyklus von 11 Konsultationen zustande. Das therapeutische Arbeitsbündnis blieb jedoch äusserst fragil. Im Vordergrund

standen beim Patienten ein ausgeprägtes Misstrauen, seine rasche Verletz- und Kränkbarkeit, Ungeduld, geringe Frustrationstoleranz und innere wie äussere Unruhe. So verliess Herr L. mehrmals die Therapiesitzung abrupt nach den ersten Minuten, um sich dann später mit Entschuldigungen wieder einzufinden. Mit ironisch-sarkastischen Bemerkungen und «Galgenhumor» versuchte er immer wieder, seine depressive Stimmungslage abzuwehren und zu distanzieren. Diese war jeweils besonders ausgeprägt, wenn Herr L. unter Alkoholeinfluss stand. Mit abwertenden Bemerkungen und Handlungen versuchte er, mich immer wieder als Therapeutin und Frau zu disqualifizieren, dann wieder verhielt er sich auch kokettierend. Wiederholt kündigte Herr L. den Therapieabbruch an, erschien dann jeweils doch pünktlich und regelmässig zu den Sitzungen. Trotz dem erschwerenden Umstand des Sprachproblems konnte mit der engagierten Hilfe des jungen Übersetzers mit der Zeit ein gewisses Vertrauensverhältnis geschaffen werden. In einzelnen Momenten konnte Herr L. seiner tiefen Traurigkeit und Perspektivlosigkeit Ausdruck geben, davon erzählen, wie sehr er sich einerseits sozial isoliert fühle, es andererseits unter Menschen kaum aushalte. Die engen Platzverhältnisse im Durchgangsheim bedrückten ihn sehr, mehrmals zog er es vor, auch bei widrigen Witterungsverhältnissen (Regen, Kälte) im Wald zu übernachten, wo er sich weniger aggressiv fühle. Immer wieder musste Herr L. als latent suizidal betrachtet werden, da er wiederholt und unvermittelt von Erinnerungen an schreckliche Kriegserlebnisse überflutet wurde. Dennoch verzichteten wir auf eine vorsorgliche Klinikeinweisung, um den Patienten, der eine stationäre Therapie vehement ablehnte, nicht zusätzlich zu traumatisieren. Der dringend empfohlenen anxiolytischen und antidepressiven Medikation stand Herr L. misstrauisch gegenüber.

Meine therapeutischen Bemühungen beschränkten sich also vorwiegend auf den Versuch, irgendwie ein «holding environment» für einen Menschen mit einer bisher kaum ausgesprochenen Verletzung zu schaffen. Dies äusserte sich nebst dem Angebot zur Unterstützung bei der Suche nach einer alternativen Wohnmöglichkeit im wesentlichen im Aushalten von teilweise massiven Übertragungsreaktionen und stellte hohe Anforderungen an meine Frustrationstoleranz.

Als Anfang Juli 1996 über mehrere Tage im Fernsehen Bilder über die in Srebrenica entdeckten Massengräber ausgestrahlt wurden, stürzte Herr L. erneut in tiefe Verzweiflung. Er fühlte sich innerlich leer, glaubte, nur noch dahinzuvegetieren, sah wenig Unterschied, ob er lebendig oder tot sei. Im Gegensatz zu seinen Schilderungen hatte ich den Eindruck, dass Herr L. gerade jetzt mit einer Fortsetzung der Therapie zu rechnen schien. Zu meinem Erstaunen erklärte er sich erstmals bereit, in der kommenden Sitzung über die Inhalte seiner «flashbacks» zu sprechen, und akzeptierte auch meinen Vorschlag, dabei gestalterische Mittel einzubeziehen.

Zu Beginn der nächsten Therapiestunde teilte ich Herrn L. meine üblichen Grundvoraussetzungen für das gestaltende Arbeiten mit. Diese stellen im Umgang mit traumatisierten Menschen bewährte Rahmenbedingungen für die im nachfolgenden therapeutischen Prozess möglicherweise provozierten Emotionen dar und schaffen gleichzeitig einen weit gesteckten, jedoch klar definierten Raum. Sie bestehen aus folgenden 3 Regeln, ausserhalb derer alles erlaubt ist:

- Sie dürfen sich selbst nicht körperlich verletzen.
- Sie dürfen weder mich noch andere anwesende Personen körperlich verletzen.
- Sie dürfen keine Gegenstände mutwillig zerstören.

Die Reaktion des Patienten auf diese Ankündigung hin war für mich unerwartet und heftig: Innert kürzester Zeit wurde er gespannt, feindselig, verliess ohne Verabschiedung wütend den Raum und liess durch den ihm nachgeeilten Übersetzer mitteilen, dass er nie mehr zu kommen gedenke. Ob- schon ich diese Überreaktion in Zusammen- hang mit einer durch die «Regeln» offenbar «getriggerten» Überflutung mit Gefühlen setzen konnte, war ich davon doch tief betroffen. Es stellte sich die Frage, ob ich wirklich genug «holding» für diese aggres- siven Gefühle bieten konnte. Klar war für mich auf jeden Fall, dass ich diese Form von Abschluss so nicht akzeptieren wollte. Durch den Übersetzer liess ich dem Patien- ten einen Termin für die nachfolgende Woche anbieten.

Herr L. erschien pünktlich zusammen mit dem Übersetzer. Er wirkte abweisend, ver- mied jeglichen Blickkontakt, unterliess eine Begrüssung. Kurz teilte er mit, dass ihn bei der letzten Sitzung das bloss Erwähnen der Möglichkeit, dass er gewalttätig werden könnte, ausserordentlich verletzt habe. Jeg- liche Erklärung oder Entschuldigung von meiner Seite lehnte er sofort ab. Ich schien vor einer «alles-oder-nichts»-Situation zu stehen und entschloss mich zu einem un- gewöhnlichen Schritt: Ich schlug Herrn L. vor, für ihn ein Bild davon zu malen, wie ich seinen Zustand wahrnehme. Dadurch würde ich mich exponieren. Denn eine Gestaltung würde ungleich mehr als Worte meine Gefühle in dieser verzweifelten Situation offenbaren. Und damit machte ich mich verletzbar. Herr L. erklärte sich einver- standen.

In Augenhöhe befestigte ich ein grossformatiges Blatt Papier (70×100 cm [Abb.1]) an der Wand und begann ohne Kommentar mit Ölkreide zu malen. In rascher und heftiger Strichführung brachte ich meine momentanen Gefühle der Gegen- übertragung, das heisst Verzweiflung, Wut, Angst, Gespanntheit, Schmerz, Überforde- rung zum Ausdruck. In abstrakten Formen stellte ich das «verletzte Wesen Herr L.» dar. Während meiner nur wenige Minuten dauernden Gestaltung unterhielt sich Herr L. hinter meinem Rücken laut und lachend mit dem Übersetzer in seiner Muttersprache. Dies erzeugte für mich eine fast unerträg- liche Spannung, musste ich doch damit

Abbildung 1

Das Bild (Ölkreide, Format 70 × 100 cm; Juli 1996).



A Gesamtansicht.



B Detail. Zeigt die vom Patienten angeordneten Ergänzungen (vgl. Text).

rechnen, von Herrn L. in meiner Bemühung schliesslich lächerlich gemacht zu werden und zu scheitern. Ich vollendete mein Bild intuitiv mit einem Riss, den ich rasch vom linken Bildrand ins Zentrum des «Wesens» zog. Das Geräusch reissenden Papiers liess Herrn L. unvermittelt verstummen. Als ich mich zu ihm umwandte, blickte er mich erst- mals in dieser Sitzung an. Mit einer Mischung aus Spott und Überraschung fragte er mich, was das Bild nun bedeuten solle. Als ich Herrn L. die Frage ruhig zurückgab, vollzog sich sofort ein absolut erstaunlicher Stim- mungswandel. Herr L. richtete sich aus sei- ner lässigen Hängehaltung im Stuhl auf und neigte sich vor, in Richtung des Bildes. Sein Gesichtsausdruck zeigte volle Konzentra- tion, Ernst, Betroffenheit. Mit Hilfe des

Übersetzers, der – wie ich selber – vom nach- folgenden Prozess fasziniert und tief beein- druckt wurde, fand sinngemäss folgendes Gespräch statt (direkt im Anschluss an die Sitzung schriftlich festgehalten):

B: «Was sehen Sie?»

L: (ohne jegliches Zögern) «Ich sehe einen verletzten Vogel auf dem Rücken, der schon fast am Boden liegt. Über ihm befinden sich Angreifer. Der Vogel ist von allen Seiten angegriffen. Er ist fast tot, kämpft ums Überleben. Er blutet. Der Vogel bin ich.»

B: «Was braucht der Vogel, damit er über- leben kann?»

L: «Er braucht zwei Dinge: einen guten Freund und starke Flügel. Jetzt sieht man keine Flügel.»

B: «Möchten Sie für den Vogel Flügel zeichnen?»

L: «Nein.»

B: «Soll ich sie zeichnen?»

L: «Ja.»

B: «Welche Farbe soll ich wählen? Wie sehen sie aus? Wo soll ich sie hinmalen?»

L: (steht auf und zeigt auf die gewünschte Stelle) «Hier ist ein kleiner schwarzer Flügel.» (ich male einen solchen) «Zwei Teile des Flügels sind schon hervorgezogen, den dritten muss er noch befreien.»

B: «Wo befindet sich der zweite Flügel?»

L: «Den anderen Flügel sieht man nicht, er ist gebrochen und unter dem Vogel eingeklemmt. Der Vogel braucht jemanden, der den Flügel schient. Denn nur mit zwei Flügeln kann er fliegen.»

B: «Was könnte dem Vogel helfen, sich zu verteidigen?»

L: «Er braucht ein Auge, um zu sehen.»

B: «Welche Farbe hat das Auge?»

L: «Blau. Das Auge ist halb geschlossen.» (lehnt erneut ab, selber zu zeichnen, wählt aus der hingestreckten Farbschachtel jedoch dezidiert ein mittleres Blau, mit dem ich an die gewünschte Stelle ein Auge male)

B: «Was braucht der Vogel sonst noch?»

L: «Er braucht Füsse mit Krallen, um sich gegen den oberen Angreifer wehren zu können.» (sucht ein dunkles Rot aus, mit dem ich nach seinen Anweisungen ergänze) «Der Vogel sperrt den Schnabel auf und schreit «Pomoć – Hilfe!» » (der Übersetzer schreibt die Worte auf Anweisung von Herrn L. auf die Zeichnung) «Der untere rote Pfeil ist ein Freund des Vogels, er zieht ihn unter der Übermacht seiner Gegner weg.»

B: «Was bedeutet der Riss?»

L: «Die Gegner meinen, der Vogel sei zerissen. Dies ist sein Schutz. In Wirklichkeit ist er nur stark verletzt. Er kann sich unter dem Riss verstecken.»

Die Konsultationszeit war zu Ende. Wortlos, und ohne sich zu verabschieden, verliess Herr L. den Raum. Durch den Übersetzer bot ich dem Patienten einen nächsten Termin an mit der ausdrücklich zugebilligten Wahl, diesen wahrnehmen zu können oder die Therapie abzubrechen.

Eine Woche später erschien Herr L. pünktlich zur Konsultation, würdigte mich jedoch weder mit einer Begrüssung noch eines Blickes. Der mässig alkoholisierte Patient wirkte stark depressiv, verweigerte zunächst ein Gespräch, äusserte dann in deutlich abwertender Art Zweifel an meiner Qualifikation und dem Sinn einer Fortsetzung der Therapie. Er fühle sich wie tot. Ich nahm das Bild des verletzten Vogels auf. Herr L. sah keine Hilfe. Er erwartete diese zwar von aussen, verweigerte sie jedoch gleichzeitig. Herr L. teilte mit, dass er die Therapie definitiv beenden wolle.

Zwei Wochen später, Mitte August 1996, tauchte er unangemeldet, aufgeregt und gespannt bei mir auf mit der ultimativen Forderung nach Rohypnol (Flunitrazepam). Obschon ich Herrn L. ein Benzodiazepin verweigerte (die angebotenen Alternativen

ohne Suchtpotential lehnte er ab), fiel sein klarer Blickkontakt und fester Händedruck beim Abschied auf.

Während der nächsten zwei Monate hörte ich nichts von Herrn L. Mitte Oktober erschien er unvermittelt auf dem Stützpunkt. In der Hand hielt er eine rote Rose, die er mir verlegen entgegenstreckte mit der gleichzeitigen Bitte um einen Gesprächstermin.

Im Gegensatz zum ersten Therapiezyklus entwickelte sich in der Folge ein zunehmend tragfähiges therapeutisches Bündnis, mit deutlich erhöhter Frustrationstoleranz des Patienten. Schwierigkeiten ergaben sich zu Beginn wegen seiner ultimativen Forderungen nach Rohypnol, welches ich wegen der Suchtgefährdung zu verschreiben verweigerte. Zögerlich probierte Herr L. die in Absprache mit dem Hausarzt vorgeschlagenen medikamentösen Alternativen aus. Bei schlechter Compliance liess die Wirkung jedoch zu wünschen übrig und konnte kaum evaluiert werden. Offenbar besorgte Herr L. sich zudem gelegentlich selber Rohypnol auf der Gasse.

Inzwischen hatte Herr L. gemäss seinem dringenden Wunsch das Durchgangsheim verlassen und in einer Nachbargemeinde ein Studio beziehen können, das er allein bewohnte und wo er sich einigermassen wohl fühlte. Sozial schien er ziemlich isoliert zu leben, hatte auch zu Landsleuten nur spärliche Kontakte. Wegen der politischen Situation in Bosnien wurde die Aufenthaltsbewilligung zwar mehrmals verlängert, liess Herrn L. jedoch in einer belastenden Ungewissheit. Herr L. litt unter der fehlenden Arbeitserlaubnis, machte jedoch auch keine Anstalten, sich selber eine Tagesstruktur aufzubauen. Im Gegenteil lehnte er sogar die an sich schon beschränkten Angebote des bemühten Sozialdienstes ab. Jegliche Verantwortung für sein Befinden attribuierte er extern, sah kaum Möglichkeiten, selber zur Verbesserung seiner Situation beizutragen.

Herr L. fand die in der Regel wöchentlich stattfindenden, meist supportiven, gelegentlich auch konfrontativen Gespräche zwar nicht einfach, jedoch hilfreich. Die Gesprächsinhalte blieben an der «Oberfläche», handelten von seinen quälend erlebten Krankheitssymptomen und dem Versuch einer Alltagsbewältigung, waren jedoch meist sprunghaft und kaum zu fokussieren. Den Einbezug seiner traumatischen Erlebnisse tabuisierte Herr L. mit einer Ausnahme: Zu meinem Erstaunen führte er erstmals den Vorschlag zu einer eigenen Gestaltung aus. Die Aufgabe lautete, eine Brücke zu zeichnen, welche zwei Landschaften verbinde, und sich selber auf der Brücke darzustellen (Symbolisierung von Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft). Herr L. fertigte zu Hause eine Bleistift-Zeichnung an, die er anschliessend in die Sitzung brachte. Das Bild zeigte die zerstörte Brücke von Mostar. Für Herrn L. Symbol eines «für immer verlorenen Paradieses». Sich selber stellte er lediglich als kleines (Platzhalter-) Kreuz dar: kaum mehr sichtbar, langsam verschwindend, ohne Identität und Perspektive.

Nachdem bei Herrn L. anfänglich eine deutliche Verwahrlosungstendenz mit Vernachlässigung der Körperpflege beobachtet werden konnte, änderte sich dies, nachdem er offenbar Bekanntschaft mit einer Schweizerin gemacht hatte. Die Beziehung wirkte sich vorübergehend auch positiv auf Stimmung, Selbstwertgefühl, verbesserten Schlaf und verminderte Ängste aus. Herr L. schien wieder eine Perspektive zu entwickeln, trug sich mit Plänen von Heirat und Familie, verbunden mit dem Wunsch nach einem «endlich wieder normalen Leben».

Kurz darauf erschien Herr L. unabgemeldet nicht mehr zu den vereinbarten Terminen. Während meiner anschliessend zwei Monate dauernden Abwesenheit meldete er sich erneut auf dem Ambulatorium, lehnte jedoch Gespräche mit meinem Stellvertreter ab. Sofort nach meiner Rückkehr bat er jedoch um ein erneutes Gespräch, zu dem er mit einer neuen Übersetzerin, einer kürzlich kennengelernten Schweizerin eintraf. Mit dem bisherigen Übersetzer habe er sich überworfen. Erstmals äusserte Herr L. den Wunsch, in eine psychiatrische Klinik eintreten zu können. Allerdings konnte er sich dann doch nicht dazu entschliessen. Die Motivation für eine selber mitgestaltete Veränderung seiner Lebenssituation blieb fraglich. Wegen der unverändert fehlenden Tagesstruktur versuchte ich, Herrn L. zur Teilnahme an einer ambulanten Ergotherapie zu motivieren. Herr L. befürchtete, im Ergotherapie-Atelier keine Ausdauer zeigen zu können, mich «dadurch zu enttäuschen». Zudem empfand er die Aussicht auf eine «Arbeit ohne Entlohnung» als kränkend. Trotz seiner – allerdings zögerlichen – schliesslichen Zusage nahm er die mehrmaligen Angebote eines dortigen Vorstellungstermins dann nicht wahr, erschien fortan auch unabgemeldet nicht mehr zu den angebotenen Terminen bei mir. Ein letztes Gespräch hatte Ende Mai 1997 stattgefunden.

Später, nachdem ich meine damalige Arbeitsstelle schon einige Zeit verlassen hatte, erfuhr ich, dass Herr L. im Mai 1998 eine Schweizerin geheiratet und damit die sonst erfolgte Ausweisung verhindert hatte.

Diskussion

«Bis zu einem gewissen Grad muss sich der Therapeut von den Gefühlen des Patienten überschwemmen lassen. Er muss darauf gefasst sein, dass er bei der Behandlung traumatisierter Patienten von Zeit zu Zeit sein Gleichgewicht verlieren wird. Er ist nicht unfehlbar. Unabdingbar dafür, dass der Therapeut seine Arbeit tun kann, ist nicht Allmacht, sondern die Fähigkeit, anderen zu vertrauen.» ([5], S. 209)

Die Begegnung mit Herrn L. gehört zu meinen bisher schwierigsten, jedoch auch eindrucklichsten therapeutischen Erfahrungen. Die therapeutischen Umstände inklusive Übersetzersituation waren alles andere als «ideal» zu nennen. Oft hatte ich das Gefühl, eigentlich einen Patienten, der sich auf der Schwelle befand, zu behandeln. «Schwelle» im doppelten Sinn des Wortes:

Einerseits auf meiner Türschwelle als Ausdruck für seine Ambivalenz in bezug auf eine Therapie überhaupt. Andererseits auf der Schwelle zwischen Leben und Tod, ein «toter Lebender» oder «lebender Toter», der sich für keine Richtung entscheiden kann.

Im folgenden möchte ich den therapeutischen Prozess sowie die therapeutische Beziehung zunächst aus dem Aspekt von Übertragung und Gegenübertragung untersuchen, in Anlehnung an den Artikel von Barbara Farber «Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern von Traumatisierungen» [4]. Anschliessend möchte ich die angewandte Intervention einer bildnerischen Gestaltung am Artikel von Dori Laub und Daniel Podell zum Thema «Kunst und Trauma» [6] zu spiegeln suchen, insbesondere mit der Frage, wieso sich Kunst als kommunikatives und therapeutisches Mittel gerade im Umgang mit traumatisierten Menschen eignet [7].

I Übertragung und Gegenübertragung

Herr L. konfrontierte mich mit teilweise massiven, widersprüchlichen Übertragungsreaktionen, welche mir oft das Gefühl gaben, mich in einem Feld von zentrifugalen Kräften zu befinden.

In der Überzeugung, dass Fehler in der Gegenübertragung als Hauptursache für den Misserfolg bei der Behandlung Traumatisierter anzusehen sind, entwickelte Barbara Farber ein Schema mit 17 möglichen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen, die entweder auf einem vermeidenden oder überidentifizierenden Antwortstil der TherapeutInnen beruhen [4]. Therapie wird dabei als interaktiver Prozess verstanden, in dem sich Übertragung immer in Verbindung mit Gegenübertragung entwickelt. Bei mir wurden *Gegenübertragungsreaktionen* aus den beiden Kategorien sowohl der «*empathischen Unausgeglichenheit*» (*überidentifizierender Reaktionsstil*) als auch des «*empathischen Rückzuges*» (*vermeidender Reaktionsstil*) ausgelöst. Diese Gegenübertragungen können laut Farber in der Arbeit mit Traumatisierten erwartet werden und gelten als angemessen. Dies im Gegensatz zu Reaktionen der «*empathischen Verwicklung*» und «*empathischen Verdrängung*», deren Ursache in Fixierungen, Konflikten und ungelösten Themen aus der Vergangenheit der TherapeutInnen gesehen wird.

Es zeigten sich folgende *Übertragungsreaktionen*:

Vertrauen: Das Thema Vertrauen taucht laut Farber in der Übertragung als «wiederholtes Testen sowohl der therapeutischen Beziehung wie auch der TherapeutInnen als Personen» auf und spiegelt die extreme Ambivalenz, indem sich Traumatisierte einerseits vor erneutem Verrat fürchten, andererseits begierig nach Bindung sind. «AnfängerInnen oder auch erfahrene TherapeutInnen, die beginnen, Traumatisierte zu behandeln, werden durch die Dynamik oft sehr verwirrt, die alles, was sie tun oder sagen, als suspekt verwirft.» [4]

Das Thema Vertrauen tauchte immer wieder in vielfältiger Weise während des Therapieprozesses auf, indem Herr L. meine berufliche Kompetenz oder den Sinn einer Therapie überhaupt in Frage stellte, auf vorgebrachte Gesprächsthemen nicht einging, Vorschläge meinerseits zu überhören schien, abwertete oder schliesslich nicht befolgte, einige Male zu Terminen unabgemeldet nicht erschien. Wichtig schien mir die Erkenntnis, dass sich Versuche von TherapeutInnen, Vertrauenswürdigkeit zu rechtfertigen oder zu beweisen, in der Arbeit mit Traumatisierten als unnütz erweisen. Gerade zu Beginn der Therapie setzte ich mich mit dieser Erwartung unter grossen Druck, um regelmässig darin zu scheitern. Der Aufbau von Vertrauen braucht Zeit. In diesem schwierigen Prozess konnte während der von mehreren Unterbrüchen mitgeprägten Therapiedauer von insgesamt einem Jahr höchstens ein Anfang gemacht werden.

Verführung: Farber unterscheidet eine intellektuelle und eine sexuelle Verführung. Als *intellektuelle* Verführung bezeichnet sie, wenn sich TherapeutInnen in der Gegenübertragung verfangen und sich von KlientInnen wegen ihrer schrecklichen Erfahrungen faszinieren lassen. Diese führe dazu, dass «TherapeutInnen geneigt sind, viel Zeit, Aufwand und Energie aufzubringen und zu glauben, sie seien die einzigen, die jemals diesen KlientInnen zugehört, mit ihnen gesprochen und sie verstanden hätten». [4] Die Therapie mit Herrn L. war für mich aufwendig. Und dies – vor allem im nachhinein gesehen – sicher nicht nur wegen des schwierigen Krankheitsbildes. Eine gewisse Faszination, einem «aus der Hölle des Krieges Desertierten» gegenüberzusitzen (obschon diese «Hölle» durch den Patienten weitgehend tabuisiert wurde), und auch eine zeitweilige Hybris, das Wiedererlangen zumindest eines Anfanges von Beziehungsfähigkeit hänge von meiner therapeutischen Empathie und Kompetenz ab, ist nicht abzustreiten. Glücklicherweise konnte ich mich im Verlauf der Therapie diesbezüglich enttäuschen, damit auch wesentlich entlasten.

Das Thema der *sexuellen* Verführung tritt bekannterweise insbesondere bei Opfern sexuellen Missbrauchs auf. Das einige Male auch bei Herrn L. beobachtete kokettierende, in angetrunkenem Zustand gelegentlich auch anzügliche Verhalten deutete ich einerseits als Testen meiner Kompetenz, andererseits auch als Versuch, Kontrolle und Macht über mich zu erlangen. In der Gegenübertragung kostete es mich jeweils Anstrengung, nicht abwertend zu reagieren, sondern einfach klare Grenzen zu signalisieren.

Es ist bekannt, dass die Arbeit mit Opfern von Traumatisierungen bei TherapeutInnen zu affektiver Überlastung und Somatisierung, zu «stellvertretenden Traumatisierungen» oder «sekundärer PTSD» führen kann. «Trauma ist ansteckend» stellt auch Herman fest ([5], S. 193). Interessanterweise kann dieses Phänomen auch (vielleicht gerade?) dann auftreten, wenn das traumatische Ereignis tabuisiert wird, wie es unter anderem hinreichend bekannt ist bei Kindern

von Holocaust-Opfern [6]. Glücklicherweise kam es bei mir nicht dazu. Allerdings stellte ich – vor allem in der Anfangsphase der Therapie – regelmässig nach den Sitzungen eine physische und emotionale Erschöpfung fest.

Feindselige Übertragungen: «Feindselige Übertragungen tauchen auf, wenn Opfer von Traumatisierungen ihre TherapeutInnen in die Rolle des Täters/der Täterin stecken und an ihnen ihren Ärger und ihre Wut auslassen.» [4] Offenbar stehen sie in Zusammenhang mit dem Vorliegen von dissoziativen Identitätsstörungen. Farber beschreibt, dass TherapeutInnen verbal und körperlich angegriffen, ihre Praxiseinrichtung beschädigt werden kann, weswegen entschiedene Grenzsetzungen erforderlich seien. Bei Herrn L. konnte ich mehrmals dissoziative Zustände beobachten. Eindrücklich war die Reaktion von Herrn L. auf meine Ankündigung der drei Regeln, welche ich als Rahmen für gestalterisches Arbeiten setze und welche gerade solche gewalttätigen Handlungen ausschliessen sollen: Wutentbrannt verliess er sofort den Raum. Die «realitätsfremde» Reaktion selber scheint mir ein Ausdruck von Dissoziation gewesen zu sein. Mit Ausnahme dieser kurzen Episode hatte ich nie das Gefühl, vom Patienten möglicherweise körperlich angegriffen werden zu können. Sie machte mir jedoch die grosse aggressive Kraft, die im Patienten wirkte, besonders deutlich. Die Beobachtung, dass Herr L. zu Beginn der Therapie mehrmals bereits auf der Türschwelle umkehrte, um dann einige Zeit später doch noch aufzutauchen, scheint mir möglicherweise auch in diesem Zusammenhang zu stehen: Es könnte sich sehr wohl jeweils um dissoziative Zustände gehandelt haben, während derer der Patient sich nicht in seine Identität als «Patient» begeben konnte. Ausgelöst worden sein könnten sie durch den Umstand, dass er sich zu mir begab als einer Repräsentantin von Macht («Täterin»). Er beschrieb solche Situationen im nachhinein als jeweils mit grosser innerer Spannung und Aggression verbunden. Leider waren die verbalen kommunikativen Möglichkeiten trotz (manchmal wegen?) Übersetzer zu eng, um dieses Phänomen ausführlicher mit dem Patienten besprechen zu können.

Übertragungswut: Laut Farber ist diese Art der Übertragung «fast immer das Ergebnis von Unterbrechungen der Empathie» und auf das fragile Selbstwertgefühl bei Opfern von Traumatisierungen zurückzuführen. «Interpretationen, die Gefühle der Schuld, Scham des Selbstadels induzieren, provozieren wahrscheinlich wütende Reaktionen. Die Erfahrung des Traumas zerstört die Fähigkeit, Affekte zu regulieren, was wiederum das Selbstwertgefühl des Menschen vermindert.» [4] Die Frustrationstoleranz des Patienten war – vor allem zu Beginn – sehr klein. Bereits geringste kritische Bemerkungen meinerseits konnten wütende Reaktionen auslösen, welche oft von Abwertung meiner Person gefolgt waren. «Nichts lässt bei TherapeutInnen mehr Gefühle von Unzulänglichkeit und Inkompe-

tenz entstehen, als feindselige und traumatische Übertragungen.» [4] Die erste Therapiephase stürzte mich immer wieder in grosse Selbstzweifel und Gefühle absoluter Überforderung, welchen oft auch Ärger und Wut auf den Patienten folgten, der meine grossen Anstrengungen überhaupt nicht zu schätzen schien. Ganz wesentlich dafür, weder mich noch den Patienten aufzugeben, wurde dabei der supervisorische Support, ohne welchen eine Therapie mit dieser hochverletzten (und gelegentlich hochverletzenden) Klientel unmöglich ist. Wahrscheinlich war es für Herrn L. auch schwierig, sich als Moslem von einer Frau behandeln lassen zu müssen. Angesprochen auf dieses Thema antwortete er ausweichend. Zu einem Zeitpunkt, als bereits einige Gespräche stattgefunden hatten, versicherte er mir jedoch einmal mit ernstem Blick: «Du gute Frau», und legte dabei bestätigend eine Hand auf meinen Arm.

Die Verbindung zwischen Übertragung und Gegenübertragung bezeichnet Farber als *Übertragungsbrücke*, welche einerseits aus *Macht*, andererseits aus der *Besonderheit des Klienten bzw. der Klientin* bestehe.

Macht: Traumatisierte haben Machtmissbrauch erlebt und erwarten, dass auch TherapeutInnen Macht missbrauchen werden. Im Gegensatz zur erfahrenen Missbrauchssituation begeben sich KlientInnen freiwillig in Therapie, einer von Beginn weg ungleichen Beziehung in bezug auf Macht und Status. Das Thema der Kontrolle taucht dabei sofort auf. Wenn KlientInnen versuchen, Kontrolle durch Verschiebung der therapeutischen Grenzen auszuüben, kann Macht in Gegenübertragung umschlagen. TherapeutInnen müssen sich über ihre eigenen Grenzen und Prozesse im klaren sein, um einschätzen zu können, wann Flexibilität, wann Standhaftigkeit therapeutisch ist.

Die Frage, ob sich Herr L. meiner «Macht» unterstellen sollte, war – vor allem in der ersten Therapiephase – allgegenwärtig und äusserte sich im Zögern, überhaupt eine Beziehung einzugehen.

Die Besonderheit der KlientInnen: Opfer von Traumatisierungen sind sich oft bewusst, dass ihre Erfahrungen spezielles Interesse hervorrufen, was vor allem auch bei KlientInnen mit dissoziativen Identitätsstörungen tatsächlich der Fall ist. In der Übertragung suchen diese KlientInnen oft eine besondere Beziehung zu ihren TherapeutInnen, verlangen besondere Aufmerksamkeit, Zugeständnisse usw. Werden die KlientInnen in den Augen der TherapeutInnen zu etwas Besonderem, ist dies ein Thema der Gegenübertragung, welche zu unheilvollen Verstrickungen führen kann, aus denen beide Seiten als Opfer hervorgehen.

Herr L. zeigte sich angesichts meines Interesses für seine Symptomatik zurückhaltend und eher verständnislos. Gelegentlich schien er der Meinung zu sein, Anspruch auf eine «Spezialbehandlung» zu haben (z.B. sofortige Verfügbarkeit der Therapeutin bei Bedarf). Dabei könnte jedoch auch der andere kulturelle Hintergrund eine Rolle gespielt haben.

II Kunst und Trauma

In ihrem Artikel «Art and Trauma» untersuchen Laub und Podell [6] die Möglichkeiten und Grenzen, die innersten Tiefen traumatischer Erfahrungen zu «wissen», wissen im Sinne von Artikulation, Analyse, Durcharbeiten und Neuformulierung. Voraussetzung für diesen Erkenntnisprozess ist das Wiederherstellen des inneren «Anderen», der in der traumatischen Erfahrung zerstört wurde.

Die Autoren versuchen zu zeigen, dass die «Kunst des Traumas» vielleicht das einzig mögliche Mittel für die wirksame Darstellung von Trauma ist. Dies wegen ihrer folgenden drei wesentlichen Qualitäten: *indirekter Darstellungsmodus, dialogische Struktur, unästhetisierende Form*.

Daraus hervorgehend entsteht als zentrale Funktion der Kunst des Traumas eine *reale bezeugende Präsenz (witnessing presence)*. Diese kann ein Mittel darstellen gegen die Vernichtung des inneren «Anderen» in der traumatischen Erfahrung und der daraus entstehenden Abwesenheit, die den Kern des Traumas ausmacht und seine Repräsentation verhindert.

Anhand der Werke des Schriftstellers Paul Celan, des Malers Anselm Kiefer, des Filmschaffenden Claude Lanzmann, des Karrikaturisten Art Spiegelmann, der Dichterin Anne-Marie Levine und anhand der Texte von Aharon Appelfeld stellen die Autoren die wesentlichen Elemente der Kunst des Traumas dar, welche im folgenden kurz näher erläutert werden sollen.

Indirekter Darstellungsmodus

Der Kern des Traumas ist eine Abwesenheit, eine Leere, eine «Auslöschung». In Anlehnung an einen Traum einer Klientin verwenden Laub und Podell den Begriff des «empty circle», welcher verbunden ist mit einem «feeling of nothingness». Da zwischen Trauma und Kultur ein radikaler Bruch besteht (die traumatische Erfahrung liegt ausserhalb des menschlichen Vorstellungsvermögens), können Opfer von Traumatisierungen ihre Erfahrungen oft nicht in Gedanken oder Worten fassen und ausdrücken, können das Trauma nicht einmal sich selbst gegenüber formulieren. Eine direkte Darstellungsweise kann somit die traumatische Erfahrung nicht wiedergeben. Eine indirekte Darstellung in der Kunst hingegen kann als Antwort auf die Leere eine Resonanz erzeugen und damit diese Abwesenheit bezeugen: «A presence emerges from an absence.» Damit beschreibt die Kunst des Traumas einen doppelten, paradoxen Ort: den des Bezeugens wie den der Leere und Nichtung.

Als eindruckliches Beispiel für die Kraft der indirekten Darstellung führen die Autoren den Film «Shoa» von Claude Lanzmann an. In der 9stündigen Produktion erscheinen keine Schreckens-Bilder. Der Film erreicht seine eindruckliche Aussagekraft auf indirekte Art und Weise, durch Spuren, welche auf die innere Erfahrung des Traumas hinweisen. «Realistische» Dokumentationen haben im Gegensatz dazu oft die Funktion von Deckerinnerungen («screen memories»). Sie dienen (bewusst oder unbewusst)

dazu, zuzudecken und einer Konfrontation mit den inneren Aspekten des Horrors der dargestellten Grausamkeiten auszuweichen.

Dialogische Struktur

Obschon das Trauma ein Schweigen bewirkt, entsteht oft gerade aus diesem Schweigen heraus ein Dialog mit dem Trauma, der sich auch über nachfolgende Generationen erstrecken kann und welcher bewusst oder unbewusst zu einer Auseinandersetzung mit künstlerischem Ausdruck führt. Die Kunst, welche aus einem solchen Dialog entsteht, hat die Eigenschaft, den Betrachter oder Leser in einen Dialog mit dem Trauma zu bringen. Oft entstehen die zwingendsten Aufrufe zum Dialog und die stärksten Aussagen aus leeren Räumen, aus Schweigen, Auslassungen in Kunstwerken. Die Kunst des Traumas ist dialogisch sowohl in ihrem Ursprung als auch ihrer Wirkung. Sie bedingt einen inneren Standpunkt und schliesst sowohl den Dialog des Kunstschaffenden mit sich selbst als auch die Möglichkeit eines Dialoges mit einem Publikum ein. Eine Beschreibung ohne inneren Standpunkt kann sich mit dem Trauma nur aus einer konventionellen, «normalen» Perspektive einer spezifischen Gesellschaft oder Kultur befassen und beachtet dabei nicht, dass zwischen Trauma und Kultur ein fundamentaler Bruch besteht. In der dialogischen Kunst des Traumas wird ein Raum ausserhalb dieser begrenzten konventionellen Perspektive geschaffen. Die indirekte Darstellung ermöglicht dabei einen kreativen Dialog mit Betrachtern oder Lesern, einen Dialog, der eine Wiederanknüpfung mit sich selbst und anderen in der Gegenwart ermöglicht. Dies im Gegensatz zu einer dokumentarischen Darstellung, welche keine Introspektion erlaubt, durch Aneinanderreihen von äusseren Tatsachen an der Oberfläche bleibt («screen memory»), in der Vergangenheit verhardt und damit keine Beeinflussung der lebendigen Gegenwart ermöglicht, keinen Raum für Fragen bietet und somit einen Dialog ausschliesst.

Unästhetisierende Form

Paul Celan, der den Holocaust nur durch ein Wunder überlebte, schrieb sein wahrscheinlich berühmtestes Gedicht in einem Arbeitslager. Die «Todesfuge» wurde wegen ihrer Musikalität und Schönheit hochgelobt. Celan erkannte, dass das ästhetisierende Element des Gedichts in Widerspruch zu der zugrundeliegenden traumatischen Erfahrung stand und änderte in der Folge seinen Schreibstil. Anstelle von Transfiguration und Poetisierung trat einfache Benennung und Plazierung mit dem Ziel von Genauigkeit.

Die Erkenntnisse von Laub und Podell zur Kunst des Traumas bestätigen in erstaunlicher Weise meine eigenen kunsttherapeutischen Erfahrungen im vorgestellten Fall: In einer Situation des drohenden Kommunikationsabbruches biete ich dem Patienten ein Bild an als Spiegel dessen, was ich wahrnehme. Das Bild erfüllt die Kriterien der «Kunst des Traumas»: Es ist indirekt in

seiner Darstellungsweise, es ist dialogisch in seiner Struktur und seine Form ist unästhetisierend. Meine Botschaft lautet: «Ich sehe dein Leid.» Dies ist die Position der «witnessing presence», der Präsenz, welche die Existenz des Traumas bezeugt.

Die Reaktion des Patienten ist frappant. Sie erfolgt in dem Augenblick, als ich das soeben Geschaffene mit einem Riss wieder «vernichte», eine Interpretation verweigere, die Autorität – und damit auch die Kontrollmöglichkeit – darüber Herrn L. zurückgebe. Anstelle der vorher beobachteten introvertierten, von feindseliger Abwehr geprägten Haltung tritt Erstaunen, Betroffenheit, Konzentration. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf das Bild, das zum kommunikativen Medium wird. Über das Bild kann ich Fragen stellen und erhalte präzise Antworten. Es entsteht ein Dialog. Der Dialog findet in einem «Übergangsraum» («transitional space») statt: «A place, where two minds meet in a shared reality» [8]. Im Übergangsraum kann im therapeutischen Spiel erneut angeknüpft werden an die Kreativität, deren Ursprungspotential («primary creativity») in der Mutter-Kind-Beziehung liegt: der Fähigkeit, aus Formlosigkeit Form, aus undefinierten Seinszuständen Bedeutung entstehen zu lassen, Beziehung aufzunehmen.

«Art and the treatment process have in common that each offers an opportunity to project disparate elements of the self into a container, be it an art medium or a therapeutic relationship. Then, through a process of scanning, as well as the organization and reorganization of these projected elements, an art form emerges. As the artist/patient moves from an inside state of oneness with his or her material to an outside state of giving form to formlessness, we also observe a movement from a state of being to one of knowing.» [8]

Diesen Prozess der Bewusstwerdung durch Differenzierung formlosen Materials, das ich Herrn L. in meiner Gestaltung anbot, konnte eindrücklich beobachtet werden: Ohne zu zögern, wies er der abstrakten Figur Form und Bedeutung zu. Meine Gegenübertragung schien somit seinen inneren Seinszustand gespiegelt zu haben, erzeugte Resonanz. Wie Robbins [8] feststellt: Bilder und Symbole sind Grundlagen des Schöpferischen. Bilder können viele Ebenen der Psyche gleichzeitig repräsentieren und können Erkenntnis genauer und komplexer wiedergeben als jede verbale Interpretation. Das Bild jedoch ermöglichte dem sonst meist wortkargen Patienten auch zu sprechen. Und die verbal mitgeteilte Bedeutung, die Herr L. dem Bild verleiht, ist eindrücklich: Seine Identität als verletzter Vogel, von allen Seiten angegriffen, der zum Überleben einen guten Freund, starke Flügel, ein Auge, wehrhafte Krallen braucht.

Der Patient lehnte eine weitere Verarbeitung des Bildes in der Therapie leider ab. So kann nur errahnt werden, wer der starke Freund, wer die Feinde, was Flügel, wehrhafte Krallen sein könnten. Eindrücklich die deutliche Mitteilung «Ich brauche Hilfe» auf verschiedenen Ebenen: Herr L. malt nicht selbst, sondern nimmt dazu meine

Hilfe in Anspruch. Er lässt den Übersetzer «Pomoć! – Hilfe!» hinschreiben. Zielgerichtet wählt der Patient ein ganz bestimmtes Blau, mit dem ich dem «verletzten Vogel» ein Auge malen muss. Die Farbe entspricht derjenigen sowohl seiner wie meiner Augen. In einzigartiger Weise scheint mir darin der Kern dieser therapeutischen Begegnung – therapeutischer Begegnung überhaupt – ausgedrückt zu sein: «Ich brauche dein Auge, deinen Blick, um zu sehen» und: «Ich sehe, dass du siehst». Ausserordentlich beeindruckt hat mich die präzise Bedeutung, die Herr L. dem Riss gab, diesem «Element der Vernichtung» im Bild: «Die Gegner meinen, der Vogel sei zerrissen. Dies ist sein Schutz. In Wirklichkeit ist er nur stark verletzt. Er kann sich unter dem Riss verstecken.» Eine Interpretation muss im Spekulativen bleiben, da sich Herr L. – wie erwähnt – nicht weiter dazu äussern wollte. Füllt die «Verletzung» das Erleben des Patienten so sehr aus, dass er sich eine Identität ausserhalb gar nicht mehr vorstellen kann? Will der Patient signalisieren, dass es für eine Beschäftigung mit der «Wunde» in der Therapie zu früh ist, er noch nicht dazu bereit ist? Eine hoffnungsvolle Botschaft scheint mir sicher: «Es sieht nur so aus, wie wenn ich tot wäre. Ich bin zwar stark verletzt, aber ich lebe.» Es ist offensichtlich, dass das Bild seine Wirkung als integrierendes, identitäts-, sinn- und beziehungsstiftendes Instrument erfüllt hat, gerade in dieser Situation von Kommunikationsschwierigkeiten auf verschiedensten Ebenen. Bilder vermitteln Botschaften universal, transkulturell.

Äusserlich gesehen endete die über weite Strecken von so starker Dynamik geprägte therapeutische Beziehung banal: Die Therapie verlor zunehmend an Intensität, und eines Tages erschien Herr L. einfach nicht mehr. Liess die vom Patienten neu aufgebaute partnerschaftliche Beziehung das Trauma vorübergehend in den Hintergrund rücken? War einfach die momentan mögliche Stabilität erreicht, der Zeitpunkt für einen weiteren Schritt nicht gekommen? Vielleicht würde Herr L. auch nie das Bedürfnis haben, seine traumatische Erfahrung zu verarbeiten, was sogar wahrscheinlich ist [3]. Stellte ich zu hohe Anforderungen an ihn, so dass er es vorzog, die Therapie abubrechen, als mich (wie er bezüglich Versagens in einer Ergotherapie befürchtete) oder sich zu enttäuschen? In all dem Ungewissen ist die Feststellung von Farber [4] tröstlich: «Opfer von Traumatisierungen beenden die Therapie oft auf jener Ebene des Vertrauens, auf der die meisten KlientInnen eine Therapie beginnen.»

Schlussfolgerungen

Niemand kann allein mit dem Trauma arbeiten [4, 5]. Dass in der Arbeit mit Opfern von Traumatisierungen eine kontinuierliche super- und intervisorische Begleitung unerlässlich ist, ist nach der beschriebenen Erfahrung offensichtlich. Das künstlerische Medium bietet einzigartige Kommunikationsmöglichkeiten, die gerade in der Arbeit

mit Opfern von Traumatisierungen hilfreich sein können. Und schliesslich: Dass sich ein Mensch mir gegenüber in seiner Verletzlichkeit zeigt, bedingt, dass auch ich mich verletzbar mache, ihm in der Rolle der Therapeutin als Mensch begegne.

Danksagung: Mein besonderer Dank gilt: Judith Siano-Wyler, A.T.R., Leiterin der Kunsttherapeutischen Ausbildung an der Universität Haifa/Israel, die mir als Therapeutin ein grosses Vorbild ist und mir unerlässliches Wissen und Können im Umgang mit traumatisierten Menschen vermittelt hat. Marc Erismann, Psychiater und Künstler, ehemaliger Präsident des Schweizerischen Fachverbandes für Gestaltende Psychotherapie und Kunsttherapie, der meinen Einstieg in kunsttherapeutisches Arbeiten ermöglicht und mir grundlegende Hinweise zur Theorie der Trauma-Kunsttherapie gerade in der vorliegenden Arbeit gegeben hat. Arthur Robbins, Ed.D., A.T.R., ehem. Leiter des Creative Arts Therapy Department am PRATT Institute sowie Direktor des Institute of Expressive Analysis, New York, der mich als vorzüglicher Denker Vertrauen auf Gefühl und Intuition gelehrt hat.

Literatur

- 1 Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosom Med* 1996;58:165–82.
- 2 Bronisch T. Posttraumatic Stress Disorder – Posttraumatische Belastungsstörung: Neuere Forschungsergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997;65: 195–207.
- 3 Butollo W. Traumapsychologie und Traumapsychotherapie – eine Herausforderung für psychotherapeutische Praxis und Forschung. *Psychotherapie* 1997;2:23–34.
- 4 Farber B. Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern von Traumatisierungen. *Hypnose und Kognition* 1995;12:68–83.
- 5 Herman J. Trauma and Recovery. New York: Basic Books; 1992. Die Zitate im vorliegenden Text stammen aus der deutschen Ausgabe: Die Narben der Gewalt. München: Kindler; 1994.
- 6 Laub D, Podell D. Art and trauma. *Int J Psychoanal* 1995;76:991–1005.
- 7 Erismann M. Kunst und Traumatherapie. Psychoanalyse – Ästhetik – Neurowissenschaft und der Einbruch des Existentiellen. Vortrag an der Tagung des schweizerischen Fachverbandes für Gestaltende Psychotherapie und Kunsttherapie GPK vom 29. 5. 1999.
- 8 Robbins A. The play of psychotherapeutic artistry and psychoaesthetics. *The Arts in Psychotherapy* 1992;19:177–86.