

# Posttraumatisches Streßsyndrom und narrativ-konstruktive Therapie

## Ein Gespräch mit Donald Meichenbaum

*Der folgende Beitrag ist die Zusammenfassung eines Gesprächs zwischen Donald Meichenbaum und Michael F. Hoyt, das am 4. Mai 1994 in San Francisco stattfand, wo Meichenbaum im Auftrag des Instituts für Behavioral Healthcare ein zwei-tägiges Seminar mit dem Thema „Die Behandlung von Patienten mit PTSD (Posttraumatisches Streßsyndrom)“ leitete. Das ganze Gespräch wird in dem Buch Constructive Therapies Band 2, herausgegeben von Michael F. Hoyt, abgedruckt. Es wird in Kürze bei Guilford, New York erscheinen.*

*Die hier vorliegende Fassung wurde dem behavior.net/ im Internet entnommen. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Herausgebers von Behavior OnLine, Gilbert Levin, sowie mit freundlicher Genehmigung von Professor Meichenbaum. Herzlichen Dank.*

**Hoyt:** Wie kamen Sie darauf, PTSD als ‚konstruktiv-narratives Konzept‘ zu behandeln?

**Meichenbaum:** Mich hat die Art fasziniert, in der Menschen ihre Erlebnisse beschreiben, und wie sich diese Berichte mit der Zeit verändern. Wenn einem etwas Schlechtes passiert, wenn irgendeine natürliche oder selbstverschuldete Katastrophe geschieht, wenn man selber oder seine Familie auf irgendeine Art zum Opfer wird, dann scheinen die alltägliche Sprache und die übliche Ausdrucksweise unzulänglich zu sein, um die Gefühle und Reaktionen ausreichend zu beschreiben. Auf ihre eigene Art werden die ‚zum Opfer gemachten‘ Menschen zu ‚Dichtern‘; sie benutzen Metaphern, um ihre Erfahrungen zu beschreiben. Sie vermitteln diese Erfahrungen, indem sie Ausdrücke wie ‚es ist als ob...‘, ‚ich fühle mich wie ein...‘ usw. benutzen. Der ‚zum Opfer‘ gemachte Mensch beschreibt sich etwa als ‚Gefangener der Vergangenheit‘, als ‚Fußabtreter‘, ‚Hure‘ oder als ‚Bombe, die jederzeit explodieren könnte‘. Stellen Sie sich nur vor, was für einen Effekt es auf einen selber und andere haben muß, seine Erfahrungen auf solche metaphorische Art zu beschreiben! Als eine Folge dieser vorläufigen klinischen Eindrücke stellte ich mir die Aufgabe, den Charakter der Metaphern und Geschichten, die die Klienten in den Sprechstunden erzählten, zu analysieren. Basierend auf klinischer Analyse und einem Literaturüberblick, habe ich langsam den heuristischen Wert dieser konstruktiv-narrativen Perspektive entdeckt.

**Hoyt:** Wenn jemand Opfer wird, also ein schreckliches Trauma erlebt, wie betrifft ihn das? Was verändert sich, besonders in seiner Sichtweise der Welt?

**Meichenbaum:** Das hängt ganz davon ab, auf welches Teil des Puzzles man schaut. Natürlich, es gibt mehr und mehr Beweise dafür, daß sich auch etwas physiologisch

verändert. Dies trifft besonders da zu, wo man chronischen sogenannten ‚Typ 2 Stressoren‘ ausgesetzt ist (z. B. Mißbrauch, häusliche Gewalt, Konzentrationslager). Solches Ausgesetztsein führt zu dem, was wir ‚Extreme Streßkrankheiten‘ (*Disorders of Extreme Stress*) nennen, die das Vertrauen in die Familie und den Glauben an sich selbst und die Welt beeinflussen. Traumatische Ereignisse können bisherige Annahmen über die Welt zerstören, können Grundüberzeugungen verletzen und ungütig machen. Zusätzlich macht das Trauma einen sehr empfindlich gegenüber traumabezogenen Reizen. Diese Überaufmerksamkeit führt dann einerseits zu Phänomenen wie Grübeln, Flashbacks und Vermeidungsverhalten, die PTSD charakterisieren, andererseits wird sie dadurch auch ihrerseits beeinflusst.

**Hoyt:** Ist dies in erster Linie ein Schutzmechanismus: ‚Ich muß aufpassen, daß es nicht wieder passiert‘?

**Meichenbaum:** Ich glaube, es gibt funktionalen, adaptiven Sinn in solchem Verhalten. Wenn ein Mensch nach einer traumatischen Erfahrung überempfindlich und wachsam reagiert, dann kann das am Anfang der Anpassung dienen. Aber was in den Menschen vorgeht, die Schwierigkeiten haben, sich zu erholen, ist, daß sie sich weiter auf eine Art verhalten, die vielleicht nicht mehr ‚nötig‘ ist. Sie geraten in eine Sackgasse, weil sie Techniken wie etwa die Dissoziation gebrauchen, die zu einem Zeitpunkt halfen, effektiv mit Traumata wie Inzest, Vergewaltigung oder Kriegserfahrungen umzugehen. Es ist meine Aufgabe als Therapeut, den Klienten zu helfen, den Anpassungswert ihrer Reaktionen zu verstehen und zu schätzen. Aber ich helfe ihnen auch, den ‚Preis‘ einzuschätzen, den sie zahlen, wenn sie weiterhin auf eine Art und Weise reagieren, die nicht mehr nötig ist. Diese Art, das Problem anzugehen, hilft den Klienten, ihre Reaktionen als Anpassungsleistung statt als Anzeichen einer geistigen Krankheit zu sehen. Wir arbeiten zusammen darauf hin, nicht nur ihr Verhalten zu verändern, sondern auch ihre ‚Geschichten‘ anders zu erzählen.

Ich gehe über das bloße Verstehen hinaus und rege einen *Entdeckungsprozeß* beim Klienten an, indem ich *sokratische Fragen* stelle. Ich ermutige Kliniker immer, ihre eigene Verwirrung, ihr eigenes ‚Vernebeltsein‘ strategisch zu benutzen: als Möglichkeit der Kooperation. Das Ziel ist, den Klienten in der ersten Phase der Impfung gegen den Streß zu helfen, besser zu verstehen, was sie durchmachen mußten, wie die Situation jetzt ist, wie sie sie in Zukunft gerne hätten, und wie wir durch unsere Zusammenarbeit helfen können, diese Ziele zu verwirklichen. In der Lehrphase des ‚Streß-Impfungs-Trainings‘ (SIT), wird die Basis gelegt, so daß der Klient zu sich sagen kann: „Ich weiß, ich bin hier steckengeblieben.“ Ein dazu gehörendes Ziel dieser Phase ist, der Klientin/dem Klienten zu helfen, sich von den weitumfassenden metaphorischen Beschreibungen ihrer Erfahrungen und Reaktionen fortzubewegen, in Richtung auf verhaltensmäßige Beschreibungen, die zu Veränderungen

führen und die einen Sinn für Hoffnung in sich tragen, so daß sie die Kraft zu dieser Veränderung haben.

**Hoyt:** Ich denke, daß Sie damit sagen wollen, daß wir als Kliniker versuchen sollten, den Klienten zu helfen, ihre Geschichte neu zu schreiben, anstatt die Rolle zu übernehmen, ihre Geschichte zu verbessern.

**Meichenbaum:** Richtig. Die Metaphern, die meinen therapeutischen Ansatz beschreiben, beinhalten z.B. ‚neu-schreiben‘ (rescripting), ‚die Geschichte neu erfinden‘ (reauthoring) und den Klienten dabei behilflich zu sein, quasi wie ein *Coach*. Ich nehme ihre Geschichten nicht nur einfach auf, sondern ich helfe ihnen, ihre persönlichen Geschichten zu ändern. Eine zweite Methode ist, ihnen zu helfen, kleine ‚persönliche Experimente‘ in der Gegenwart auszuprobieren, die ihnen ‚Daten‘ liefern, die sie wiederum nutzen können, um ihre feste Meinung über sich selbst und die Welt etwas aufzulockern. Die Ergebnisse dieser fortlaufenden Experimente, die sowohl in der Therapie als auch außerhalb stattfinden, geben dann die Basis, auf der die Klientin eine neue Geschichte entwickeln kann. Dieser co-konstruktive Prozeß entwickelt sich aus diesen bedeutsamen neuen Erfahrungen der Klientin. Was den Blick auf die ‚Stärken‘ angeht, helfe ich Menschen mit PTSD, wertzuschätzen, daß ihre intrusiven Gedanken, Überaufmerksamkeit, Verleugnung, Dissoziation, dichotomes Denken, Wutanfälle, alles Bewältigungsversuche sind. Metaphorisch gesagt spiegeln sie die ‚Weisheit ihres Körpers‘. Intrusive Gedanken können zum Beispiel einen Versuch darstellen, verstehen zu wollen, was passiert ist, und so die ‚Geschichte abzuschließen‘ und die ‚Warum-Frage‘ zu beantworten. Das Verleugnen könnte eine Methode sein, den Streß in kleinere Portionen aufzuteilen, damit Stück für Stück klarzukommen und sich selbst dabei ‚time-out‘ zu geben. Überaufmerksamkeit kann man als eine Art ständiger Wache betrachten, auch wenn dieser Wächter nicht mehr nötig ist. In anderen Worten, das Problem ist nicht buchstäblich, daß die Menschen nervös, wütend oder depressiv werden, das sind ja natürliche menschliche Gefühle. Es ist das, was der Mensch sich selber über diese Zustände sagt, was problematisch ist.

Der kooperative Prozeß in der Therapie ist besonders dafür gedacht, dem Klienten zu helfen, sich selber und anderen, ‚neue Dinge zu erzählen‘. Ein wichtiger Aspekt kognitiv behavioraler Intervention ist die Erkenntnis, daß es ein effektiver Weg ist, Leute dazu zu bringen, anders mit sich zu reden, wenn man sie auffordert, sich anders zu verhalten. Deswegen ist ein entscheidender Teil kognitiv behavioraler Interventionen, wie z.B. Streß-Impfung, die Klienten zu ermutigen und sogar zu provozieren, diese ‚persönlichen Experimente‘ zu machen, so daß sie, wie gesagt, Informationen sammeln können, die ihre festen Ideen über sich selbst und die Welt auflockern. Kognitive Verhaltenstherapie ist nicht nur ein Sprechheilverfahren (talking-cure), sondern es ist eine proaktive, befähigende und ermächtigende Form der Intervention, die in die ‚beweisende‘ Theorie (evidential theory)

der Verhaltensänderung paßt. Aber dies allein ist *nicht* genug. Es ist überaus wichtig, daß die Klienten sich selbst Anerkennung geben für die Veränderungen, die sie zustande gebracht haben. Der Therapeut/die Therapeutin muß sicherstellen, daß die Klienten die Information, die sie von ihren ‚persönlichen Experimenten‘ erhalten, als ‚Beweis‘ nutzen und so ein stärkeres Bewußtsein eigener Verantwortung für die erreichten Veränderungen entwickeln. Dieser Prozeß des ‚Sich-zu-eigen-machens‘ zeigt sich in den neuen Geschichten, die die Klienten allmählich erzählen. Ich höre ihren Geschichten genau zu. Ich höre dabei besonders auf den spontanen Gebrauch von *metakognitiven selbst-regulierenden* Verben in den neuen Geschichten. Die Fortschritte sind unübersehbar, wenn Klienten Verben verwenden wie ‚ich merkte ... habe mich selbst überrascht ... unterbrochen ... benutzte meinen Plan ... fühlte, daß ich verschiedene Möglichkeiten hatte ... fühlte mich stolz ... wurde mein eigener Trainer ... habe sehr riskante Situationen vorausgesehen ... probierte andere Möglichkeiten.‘ Wenn Klienten anfangen, solche Ausdrücke in ihre Geschichten einzubauen, dann sind sie ihre eigenen Therapeuten geworden und haben wahrlich die Stimme des Therapeuten ‚mitgenommen‘.

**Hoyt:** Dies ist die Macht der neuen Erfahrungen, nicht nur eine Erklärung des Problems. Alte Erwartungshaltungen werden durch neue Erfahrungen für ungültig erklärt.

**Meichenbaum:** Aber um eine bedeutungsvolle Veränderung zu bewirken, muß sie ‚affektiv geladen‘ sein. Hiermit deute ich hin auf das alte, ehrwürdige Konzept der ‚korrektiven emotionalen Erfahrung‘. Es ist leicht für Menschen, sich die Validität ihrer neu erhaltenen Information auszureden, sie abzulehnen oder als unwichtig zu betrachten. Sie akzeptieren sie nicht als Beweis, und es ist therapeutisch gesehen überaus wichtig, mit den Klienten daraufhinzuwirken, daß sie die Information, die sie gesammelt haben, als ‚Beweis‘ nehmen, um ihre festen Überzeugungen aufzulockern. Auch ist es wichtig, das Glaubenssystem der Klienten zu ertasten und jene innerlichen Gespräche zu unterstützen, die am besten zu adaptiven Veränderungen befähigen, statt in schlecht angepaßten Mustern des Denkens und Verhaltens gefangen zu sein.

**Hoyt:** Wenn ich Ihnen bei Ihrer Arbeit zuschauen, bin ich immer beeindruckt von der großen Fürsorge und Energie, mit der Sie eine therapeutische Allianz und kooperative Beziehung mit dem Klienten aufbauen. Es scheint mir der Wagen zu sein, der den Rest ihrer Arbeit trägt.

**Meichenbaum:** Da muß ich zustimmen. Ich glaube, daß die therapeutische Beziehung der ‚Klebstoff‘ ist, der die verschiedenen therapeutischen Methoden funktionieren läßt. Kliniker, die meine Videos ansehen, weise ich besonders darauf hin, wie oft ich *Schlüsselwörter* des Klienten auswähle und mich auf sie beziehe, wie ich ‚Sokratische Fragen‘ nutze und wie oft ich im Verlauf einer Sitzung den Klienten meine Sätze beenden lasse. Man muß sie dazu ermutigen, ihre Geschichten auf ihre eigene Art, in ihrer eigenen Geschwindigkeit zu

erzählen, und ihnen auch hier die Kontrolle überlassen. Dann aber entstehen oft über das Erzählen ihrer Geschichten, durch das Teilnehmen an ihrem Narrativ (es ist eine Menge therapeutischer Wert im Mitteilenden von Geschichten) *neue Geschichten*, die auch Stärken und Ressourcen offenbaren. Die Geschichten der Klienten sind oft voller Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Oft übermitteln sie eine Geschichte, in der sie zum Opfer gemacht wurden, und es ist meine Aufgabe als Therapeut, nicht nur ihrer Geschichte zuzuhören und mich einzufühlen, sondern ihnen auch zu helfen, wertzuschätzen, was sie getan haben, um zu überleben und mit ihren Gefühlen fertigzuwerden: also genau gesagt, ihnen dabei zu helfen, den ‚Rest der Geschichte‘ zu bearbeiten. Denn der ‚Rest der Geschichte‘ ist oft eine Geschichte von erstaunlichen Stärken. Man darf nicht vergessen, daß Geschichten, wie Leute mit streßreichen Ereignissen umgehen, auch Geschichten von Widerstandskraft und Mut sind. Sogar in den schlimmsten Geschichten zeigen Leute erstaunliche Stärken. Als Therapeut muß ich die Klienten dazu bringen, sich auch diesem Teil ihrer Geschichte zuzuwenden. So sind die ‚schlechten Sachen‘, die ihnen zugestoßen sind, nur ein Kapitel in ihrer Lebensgeschichte.

**Hoyt:** Es kommt öfter vor, daß Therapeuten durch die schmerzhaften Teile eilen, in einem Versuch, so schnell wie möglich die Geschichte anders oder neu aufzubauen, daß der Klient sich nicht gehört und bestätigt fühlt. Denken Sie, daß - etwa im Sinne von Aristoteles - es hier auch ein Bedürfnis nach Katharsis und Abreaktion gibt?

**Meichenbaum:** Die Frage über differentielle Formen der Behandlung ist komplex. Wie man therapeutisch vorgehen sollte, kommt auf die Zielgruppe an. Wenn man Leute behandelt, die traumatische Erfahrungen hatten, die kurz, plötzlich, aber lebensgefährlich waren, wie zum Beispiel Autounfälle, Überfälle, Vergewaltigung und andere plötzliche Katastrophen, die wir ‚Typ 1 Stressoren‘ nennen: ja. Die vorhandenen Informationen weisen darauf hin, daß es zugleich therapeutisch und hilfreich ist, den Klienten das Erlebnis wieder durchleben zu lassen. Tatsächlich gibt es viele verschiedene kreative, klinische Methoden, einschließlich direkter therapeutischer Exposition, geleiteter Vorstellung, gradueller In-vivo-Prozeduren u.ä., die hilfreich sind. Sie passen in Ihr Aristotelisches Katharsis Modell und ermöglichen eine Form von ‚Durcharbeiten‘, die sehr wertvoll sein kann.

**Hoyt:** Wie ist es mit Menschen mit Langzeittraumata?

**Meichenbaum:** Wenn man ein chronisches PTSD behandelt - und die traumatische Erfahrung vor vielen Jahren war - dann ist unter Umständen eine Methode, die von dem Klienten verlangt, zurückzugehen und an der Erinnerung zu arbeiten, nicht immer die effektivste. Von dem Klienten zu verlangen, solch ein traumatisches Ereignis wieder zu erzählen und es dabei wieder zu erleben, vielleicht sogar in dem Bereich von Inzest, ist nicht

unbedingt der therapeutisch beste Weg. Der Grund dafür ist, daß in dem Versuch, solche ‚Vergangenheitsarbeit‘ (memory work) zu machen, die Gefahr besteht, daß der Therapeut aus Versehen und ohne es zu merken, dem Klienten hilft, neue Erinnerungen zu kreieren. Bei solchen langfristigen Traumata, die auch eine Anzahl von sekundären Folgeerscheinungen haben, ist es wichtig, sich auf diese sekundären Folgen wie Depression, Mißtrauen, sexuelle Schwierigkeiten, süchtiges/abhängiges Verhalten usw. zu konzentrieren. Das gesamte kognitiv-behaviorale Methodenspektrum kann genutzt werden, um diese sekundären Krankheitszeichen zu behandeln. Es kann effektiver sein, sich hier auf die Gegenwart zu konzentrieren, statt auf die Vergangenheit. Man darf nicht vergessen, daß von einer konstruktiv-narrativen Perspektive aus gesehen, die Klienten, auch bei sog. ‚memory work‘, ihre Geschichte nicht vermitteln oder entdecken, sondern ihre Geschichte in Parallelität zu ihrer Stimmungslage konstruieren. Wie Donald Spence beobachtet hat, ist es die ‚narrative Wahrheit‘, nicht die ‚historische Wahrheit‘ der Geschichte des Klienten, die im Mittelpunkt stehen muß.

**Hoyt:** Sie haben klinisch mit einer Vielfalt von Gruppen gearbeitet und haben überall in der Welt Seminare und Unterrichtsstunden gehalten. Wie verändern sich die jetzt genannten Grundregeln über die verschiedenen Settings?

**Meichenbaum:** Diese Frage bringt uns zu dem wichtigen Thema, nämlich, wie wichtig es ist, in der Entwicklung eines Behandlungsplanes kultur-sensitiv zu sein. Lassen Sie mich ein Beispiel geben. Es gibt ‚Bezeugungs‘ (testimony) Prozeduren in der Behandlung von Menschen, die gefoltert wurden. Diese Schritte verlangen, daß der Mensch öffentlich ‚Zeugnis ablegt‘ von dem, was er erlebt hat und was zur Vergeltung geschehen soll. Eine Gruppe, zum Beispiel, bei der diese ‚Bezeugungs‘ Behandlung genutzt wurde, kam aus Argentinien, Chile und anderen südamerikanischen Ländern. Andererseits gibt es auch eine andere Gruppe von Folteropfern, die aus Südostasien - Kambodscha und anderen Ländern - kamen, die auch behandelt wurden. Therapeuten wie Mollica und Kinzie haben darauf hingedeutet, daß eine Methode, die die Probleme der Gegenwart und Arbeits- und Lebensverhältnisse behandelt, hier effektiver ist als ‚memory work‘. Der kulturelle Hintergrund der Folteropfer legte nahe, daß die Behandlung nicht daraus besteht sollte, die Klienten dazu zu bringen, ihre grausame Erfahrung wiederzuerleben. Wenn ich Zweifel habe, dann stelle ich die Behandlungsmöglichkeiten dar und arbeite mit den Klienten zusammen in der Formulierung, Einrichtung und Evaluation der Möglichkeiten. Dies ist besonders wichtig, weil es bislang nur wenig Informationen über alternative Behandlungen gibt. Wir sind noch in einer so frühen Phase in der Behandlung von PTSD, daß jeder, der behauptet: „Memory-work Intervention ist unentbehrlich“ oder: „Dies ist der richtige therapeutische Weg“, sehr skeptisch und vorsichtig behandelt werden sollte, egal für welches therapeutische Verfahren er steht. Ich finde aber auch, daß einfacher Empirismus

uns nicht weiter bringen wird. Was wir brauchen, ist ein theoretischer Rahmen, der die therapeutische Strategie erklärt. Ein solcher theoretischer Rahmen ist die konstruktiv-narrative Perspektive.

**Hoyt:** Was, würden Sie sagen, ist der Unterschied zwischen der konstruktiven-narrativen Perspektive und dem anderen Zweig kognitiver Therapie, der manchmal ‚rational‘ genannt wird?

**Meichenbaum:** Also ich muß sagen, ich stimme nicht mit dem Konzept der sogenannten ‚rationalen‘ Perspektive überein. Es ist nicht so, daß Menschen Probleme haben, weil sie die Realität verzerren oder Denkfehler machen. Ich glaube, daß es statt einer Realität, die verzerrt wird, wie es manche ‚Rationalisten‘ behaupten würden, tatsächlich verschiedene mögliche ‚Realitäten‘ gibt. So ist es zentrale Aufgabe der Therapie, dem Klienten zu helfen, die Art, in der sie/er seine Realität aufgebaut hat, zu schätzen und den Preis dieser Konstruktion zu erkennen. Am wichtigsten ist die Frage: was können alternative Konstruktionen sein?

**Hoyt:** Was bedeutet dies für Menschen, die traumatisiert oder zum Opfer gemacht wurden?

**Meichenbaum:** Denken Sie zum Beispiel an eine Klientin, die sexuell zum Opfer wurde. Stellen sie sich den klinischen Effekt vor, wenn dieser Mensch sich als ‚gebrauchte Ware‘ oder ‚verdreckter Besitz‘ beschreibt. Solche Etiketten, solche Metaphern können auch kulturell verstärkt werden. Aber wo auch immer ihr Ursprung ist und wie sie beeinflusst wurden, die Folgen solcher narrativen Konstruktionen führen mit aller Wahrscheinlichkeit zu dysphorischen Gefühlen und leidendem Verhalten. In der Therapie würde ich der Klientin helfen, ihre Geschichte entweder individuell oder in Gruppentherapie mitzuteilen, ihre Gefühle als gerechtfertigt zu sehen, ihr aber gleichzeitig auch helfen, den Preis einzuschätzen, den sie zahlt, wenn sie sich ständig einredet, daß sie ‚gebrauchte Ware‘ und ‚nutzlos‘ ist. Auf diese Art kann sie langsam erkennen, daß sie mit sich selber genauso redet, wie der Täter mit ihr geredet hat. Sie hat, ohne es zu wissen, die ‚Stimme‘ des Täters in sich wiedererleben lassen, wie es gerade häufig im Fall von Opfern häuslicher Gewalt geschieht. Es ist nötig, daß sie ihre eigene Stimme entwickelt. Eines der Ziele der Behandlung ist es, sicherzustellen, daß der Täter sie nicht weiter zum Opfer macht, auch wenn er nicht mehr da ist. Statt dessen kommt die Frage: was ist die beste Form der Rache?

**Hoyt:** Gut leben.

**Meichenbaum:** Das Leben voll leben. Es ist nötig, in Therapie, mit den Klienten zusammen zu erforschen, was es wirklich bedeutet, das eigene Leben gut zu leben. Weiterhin sollten Therapeuten mit den kognitiven Verfahren auch herausfinden, was für Hindernisse und

mögliche Gründe es gibt, warum die Klienten *nicht* die Sachen machen würden, von den sie sagen, daß sie sie machen werden. Also wenn eine Klientin sagt „Ich will gut leben“, ist es nötig, ihr zu helfen, solche ungenauen Vorgaben umzuwandeln in verhaltensmäßige, beschreibende Sätze wie „Zwischen jetzt und dem nächstenmal, wie wird sich das zeigen?“, „Was werden Sie anders machen?“ Auch ist es erforderlich, Rückfallverhinderungsverfahren in das Behandlungsprogramm einzubauen, für Situationen mit hohem Risiko im voraus zu planen, sowie auch zu planen, wie man mit möglichen Rückschritten umgehen kann, damit diese Rückschritte nicht zu Rückfällen werden.

**Hoyt:** Manche Klienten bleiben stecken in was ich ‚hartnäckige, negative Narrative‘ nenne. Wie können wir dann den Mensch dazu bringen, diese Überzeugung loszuwerden? Müssen wir die frühen Annahmen aufarbeiten?

**Meichenbaum:** Ich kenne die Antwort zu Ihrer Frage nicht, ich glaube auch nicht, daß wir sie kennen, aber lassen Sie mich eine klinische Strategie vorschlagen. Wenn der Klient mit „ich bin gebrauchte Ware“ oder „ich bin nutzlos“ usw. reagiert, dann geschieht dies meistens mit sehr vielen Emotionen. Was ich als Therapeut machen würde, ist nicht nur den Worten Aufmerksamkeit schenken, sondern auch dem Affekt. Also würde ich sagen; „gebrauchte Ware, erzähl mir darüber“. Ich würde die Schlüsselworte aussondern und sie dem Klienten ‚zurückwerfen‘ und ermutigen, genauer darauf einzugehen. Ich würde auch den Gefühlen, die die Worte begleiten, Beachtung schenken. Die Gefühle könnten einen Sinn von Überwältigtsein oder Depression usw. mitteilen. Ich will mehr über den Hintergrund erfahren, der zu dieser Selbstwahrnehmung und den damit verbundenen Gefühlen geführt hat. Als nächstes ‚lobe‘ ich den Klienten für seine Depression! Nachdem ich einfühlsam seinem Leiden zugehört habe, würde ich vielleicht folgendes sagen: „Wenn man bedenkt, was Du durchgemacht hast, würde ich mir ernsthaft Sorgen machen und annehmen, daß etwas sehr falsch wäre, wenn Du dich nicht manchmal wie ‚gebrauchte Ware‘ oder ‚nutzlos‘ fühlen würdest.“ Auf diese Art versuche ich, die Erfahrungen des Klienten als gerechtfertigt zu beschreiben. Ich gehe dann noch weiter und lobe den Klienten sogar für die Symptome der Depression. Zum Beispiel könnte ich zu ihm oder ihr sagen: „Was sagt dir deine Depression über das, was hier vorgeht?... Vielleicht zeigt es, daß Du mit Deinen Gefühlen in Verbindung stehst, daß Du Deine Situation siehst und damit auf Deine Erfahrung reagierst.“

**Hoyt:** Der erste Schritt ist, sich zu verbünden, die Gefühle als gerechtfertigt zu sehen, zu erkennen...

**Meichenbaum:** Und auch den Klienten zu loben, weil seine Depression und der darauf folgende Rückzug zu einer Zeit adaptiv war. Ich muß auch den Klienten darauf aufmerksam machen, daß wenn er sich als ‚gebrauchte Ware‘ beschreibt, diese Selbstbeschreibung

vielleicht eine Art ‚Eindrucks-Management‘ (Impression management stance) war und so eine Art, die Situation zu kontrollieren. Also auch, wenn er sagt: „Weißt Du, ich war ein Zombie ohne Gefühle“, versuche ich ihn zu bewegen, seine dissoziativen Reaktionen als *adaptiv* zu betrachten. Der entscheidende Schritt auf dem Weg, die Art, wie er sich selbst betrachtet, zu ändern, ist, ob ich ihm helfen kann, zu sehen, daß das, was er jetzt immer noch macht, auch in ‚sicheren‘ Beziehungen, nicht die *einzig*e Möglichkeit ist. Ich helfe ihm, sich von einem sog. ‚Defizit Modell‘ fortzubewegen, wo er seinen Selbstwert und seine geistige Gesundheit in Frage stellt. Ich ermutige den Klienten, sich die Frage zu stellen: ‚Was ist der Preis, den ich bezahle, wenn ich hier in der Sackgasse steckenbleibe?‘ Die Antwort zu dieser Frage wird *nicht* im Abstrakten diskutiert, sondern der Klient wird dazu ermutigt, probeweise in der Sprechstunde den ‚Preis‘ des ‚Steckenbleibens‘ zu ertasten. Weiterhin frage ich in meiner besten Colombo-Imitation, wenn der Klient ‚steckengeblieben‘ ist: „Was, wenn überhaupt etwas, kannst du machen, um deine Situation zu ändern?“

Falls ich das Fundament gut gelegt habe durch:

1. das Herausstellen von Schlüsselmetaphern
2. das ‚Gültigerklären‘ der Erfahrungen und Gefühle der Klientin
3. das ‚Loben‘ der Klientin für ihre vordergründigen Symptome
4. durch das Reframing dieser Symptome als eine Form von Überlebensfähigkeiten
5. durch unser gemeinsames Analysieren, welche dieser Überlebensfähigkeiten in der Vergangenheit funktionierten und wie sie sie weiterhin benutzt auch in Situationen, in denen sie nicht mehr in Gefahr steht
6. durch das Ansehen des ‚zerstörerischen Effekts‘, der ‚emotionalen Gebühren‘ und des ‚zwischenmenschlichen Preises‘, den sie bezahlen muß, wenn sie weiterhin in der Sackgasse bleibt.

Erst *dann* ist es für die Klientin kein großer Schritt mehr, Vorschläge zu machen, wie sie sich aus ihrer ‚Sackgasse‘ fortbewegen kann. Mein therapeutisches Ziel ist es ja, daß die Klientin selbst herausfindet, wie sie sich am besten verändern kann. Wenn sie selbst mögliche Lösungen, die sie probieren kann, entdeckt, dann wird sie sich nicht nur befähigt und in Kontrolle fühlen, sondern, da sie selbst die Ideen hatte, besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, daß sie sie auch durchziehen wird. Kann ich ihnen noch ein Beispiel geben?

**Hoyt:** Bitte

**Meichenbaum:** Tatsächlich kommen mir gleich zwei Fälle in den Sinn. Erstens würde ich gerne den schwierigen Fall einer Frau beschreiben, die einen katastrophalen Unfall miterlebte. Sie war mit ihrem Verlobten zusammen, dem einzigen Mann, in den sie sich nach einer Anzahl von zertrümmerten Beziehungen verliebt hatte. Sie kehrten gerade von einer Fete zurück und hatten sich entschieden, eine Abkürzung über die Zugschienen zu

nehmen. Als sie über diese Schienen rannten, um zur anderen Seite zu kommen, wo die Frau wohnte, passierte etwas Schreckliches. Wie der Zug auf sie zukam, rief sie ihrem Verlobten zu „Komm, laß uns noch schnell rüberrennen“ und lief noch rechtzeitig vor dem Zug über die Schienen. Ihr Verlobter stolperte und schaffte es nicht. Er wurde vom Zug angefahren und starb sofort. Sein Körper wurde zerrissen.

**Hoyt:** Mein Gott!

**Meichenbaum:** Es war entsetzlich. In einem dissoziativen Zustand sammelte sie die zerstreuten Teile seines Körpers auf. Es war eine der schlimmsten Geschichten, die ich je gehört habe. Die Frau leidet unter PTSD, Depression und selbstmörderischen Gedanken, da sie sich für seinen Tod verantwortlich und schuldbewußt fühlt. Ihre intrusiven Gedanken sind überwältigend.

Ich habe noch einen Fall von einer Mutter, die eine zehn Jahre alte Tochter hatte. Sie waren alleine Zuhause. Mitten in der Nacht wachte sie auf, weil sie dachte, daß jemand eingebrochen wäre. Sie kriegte Angst, da sie schon mal im vergangenen Jahr einen Einbrecher hatte. In einem Zustand der Panik holte sie die Pistole, die ihr Mann ihr gerade gegeben hatte, aus dem Nachttisch. Mit der Pistole in ihrer Hand wollte sie zum Zimmer ihrer Tochter rennen, als ihre Schlafzimmertür plötzlich aufsprang, gegen ihre Hand prallte, und dabei entlud sich die Waffe.

**Hoyt:** Oh nein, ich kann’s mir schon denken...

**Meichenbaum:** Ja. Es war ihre Tochter. Die Mutter erschöß ihre Tochter.

**Hoyt:** Das ist schrecklich!

**Meichenbaum:** Michael, was sagst du dieser Klientin in der Therapie? Was kann man mit ihr machen? In jedem Fall höre ich mir mit Mitgefühl diese grausamen Geschichten an. Mit der Zeit habe ich die Mutter gefragt: „Was haben Sie in Ihrer Tochter gesehen, das Ihre Beziehung zu ihr so besonders machte? Bitte sagen Sie mir genau, was Sie in ihr verloren haben.“ Ich habe die Mutter sogar gebeten, ein Fotoalbum von ihrer Tochter mit zur Sprechstunde zu bringen und mit mir das Besondere an ihrer Tochter wieder zu entdecken. Das Fotoalbum erlaubte ihr, die Geschichte ihrer Beziehung zu ihrer Tochter im Entwicklungszusammenhang zu erzählen und dabei ihre Erinnerungen nicht nur auf die Zeit des Unfalls zu begrenzen. Sie wiederholte die Szene der Erschießung andauernd im Kopf und begleitete sie mit: „Wenn das nur so gewesen wäre...“, „Warum habe ich meinem Mann nicht gesagt, daß ich keine Pistole wollte?“, „Warum meine Tochter?“, „Wie konnte ich nur?“ und so weiter. Außerdem hat das Fotoalbum ihr geholfen, weiter zu erkundschaften, was sie in ihrer Tochter sah und was ihre Tochter in ihr gesehen hat.

Nach diesem Gespräch fragte ich die Klientin: „Wenn Ihre Tochter, die Sie als ‚sehr weise für ihr Alter‘ beschrieben haben, jetzt hier wäre, welchen Rat, wenn überhaupt, würde sie für Sie haben, um Ihnen über diese schwierige Zeit zu helfen?“ Glücklicherweise konnte ich sie mit etwas Unterstützung dazu bringen, ein paar Vorschläge zu machen, was ihre Tochter vielleicht gesagt hätte. Dann machte ich die Bemerkung: „Jetzt kann ich verstehen, warum Sie Ihre Tochter als sehr weise für ihr Alter beschrieben haben. Sie scheint wirklich besonders gewesen zu sein.“ Darüber hinaus, wenn die Klientin ihre Selbstmordgedanken verwirklicht hätte, um den ‚emotionalen Schmerz zu beenden‘, was wäre mit der Erinnerung ihrer Tochter passiert? Hatte ihre Tochter nicht vielleicht mehr verdient? Wie viele Opfer von traumatischen Erfahrungen fand die Klientin schließlich eine Mission im Leben, die ihr half mit ihrem Leid umzugehen. Sie nahm die Aufgabe an, Eltern über die Gefahr, die das Halten von Schusswaffen im Haus mit sich bringt, zu informieren. Sie wurde eine Expertin auf dem Gebiet des versehentlichen Tötens und gründete eine Organisation, die sie nach ihrer Tochter benannte. Auf diese Art hoffte sie die Wahrscheinlichkeit zu verringern, daß andere Kinder sterben würden. Sie fühlte, daß wenn sie auch nur *ein* Kind retten könnte, ihre Tochter nicht umsonst gestorben wäre. Durch diese Aktionen fing sie an, eine neue Geschichte zu schreiben, eine mehr adaptive Geschichte.

**Hoyt:** Ich kann sehen, was Sie meinen, wenn Sie die Bedingungen so arrangieren, daß Klienten sich ihre eigenen Suggestionen entwickeln, obwohl ja Sie viele Ratschläge der Tochter angeboten haben.

**Meichenbaum:** Sie haben recht, aber die Wahrscheinlichkeit, daß die Klienten die Ideen verwirklichen, die sie selbst entwickelt haben, ist viel höher, als wenn Sie als Therapeut ihnen die Ideen eingeben. Um Therapeuten zu warnen, benutze ich manchmal den Ausdruck ‚seid nicht ein Ersatzvorderhirn‘ (surrogate frontal lobes) für eure Klienten.

**Hoyt:** (lacht) Das gefällt mir - ‚Surrogate frontal Lobes‘ - es ist besser zu unterstützen, was der Klient selbst aufgebaut hat. Was haben Sie mit der Klientin gemacht, deren Verlobter in dem Zugunfall starb?

**Meichenbaum:** Ich benutzte eine ähnliche therapeutische Strategie, aber ich mußte sie etwas ändern. Wie im Falle der trauernden Mutter bat ich die Klientin, die ihren Verlobten verloren hatte, mir zu helfen, genau zu verstehen, was passierte und noch wichtiger: mir zu helfen, zu verstehen, was ihr Verlobter, Jimmy, ihr bedeutet hatte. „Wie war das Leben mit ihm? Was haben Sie in ihm gesehen, das ihn anziehend für Sie machte?... Was denken Sie, was er in Ihnen sah, das ihn zu Ihnen zog?... Wenn Jimmy jetzt hier wäre, welchen Rat, wenn überhaupt, würde er für Sie haben in dieser schwierigen Zeit?... Was, denken Sie, wäre die beste Möglichkeit, die Erinnerung an Jimmy wachzuhalten, nicht nur für Sie selber, aber auch für die anderen, die ihn kannten?“

Obwohl diese Strategie mit der trauernden Mutter funktionierte, funktionierte sie *nicht* in diesem Fall. Als ich sie fragte, was für einen Ratschlag Jimmy gegeben hätte, konnte sie sich nichts vorstellen. Das Bild von Jimmys schrecklichem Tod war so klar und frisch, daß sie keine psychologische Distanz schaffen konnte. So mußte ich andere Fragen stellen. Ich fragte sie, ob sie vielleicht schon andere persönliche Verluste erfahren hätte. Sie beschrieb, wie sie ihre Großmutter verlor, die sie sehr geliebt hatte. Darauf fragte ich sie, was sie in ihrer Großmutter gesehen hatte, das die Beziehung so besonders gemacht hatte? „Was denken Sie, was Sie für Ihre Großmutter bedeutet haben?... Wenn Ihre weise Großmutter hier wäre, welchen Rat, wenn überhaupt, denken Sie, würde sie für Sie haben?“ Interessanterweise hörte sich diese Großmutter wie ein guter kognitiver Verhaltenstherapeut an! ... Dann äußerte ich: „Jetzt verstehe ich, warum Ihre Großmutter so besonders war.“

Meiner Ansicht nach ist es das Wichtigste, die Fragen so zu stellen, daß sie Klienten dazu befähigen, mögliche Bewältigungsstrategien zu erfinden. Ich hätte dieser Klientin zwar alles sagen können, was die Großmutter gesagt hätte, aber es wäre nicht so effektiv gewesen.

**Hoyt:** Was ist mit Klienten, die auf keine positive Erfahrung mit der verlorenen Person zurückgreifen können? Die Person, die sagt: „Ich hatte nie sehr viel Selbstbewußtsein. Ich bin nicht gut, ich verdiene, was mir passierte.“ Vielleicht regt die Frage die Erinnerung an frühere Beziehungen an, die sehr negativ waren, etwa die Mißhandlung durch ihre Familie. Was würden Sie gemacht haben, wenn die Klientin gesagt hätte: „Mein Vater hat mir gesagt, daß ich nie glücklich werde“?

**Meichenbaum:** Sie haben den Punkt genau getroffen. Tatsächlich rief ihr Vater sie an und sagte ihr, sie wäre ein totaler ‚Versager‘, weil sie zu den Zugschienen gegangen war. Nicht nur das, sondern auch Jimmy sei ohnehin ein Taugenichts gewesen, so daß der Unfall tatsächlich ein versteckter Segen sei. Nicht sehr viel Sympathie, um es milde auszudrücken. Sie hat tatsächlich eine ganze Liste von schwierigen Interaktionen mit ihren Eltern. Im Verlauf der Therapie merkte sie, daß ein Teil des Grundes für ihre Depression war, daß sie mit sich selbst so redete, die gleichen Sachen wiederholte, die ihr Vater gesagt hatte. Der Grund, warum sie lebensmüde und depressiv war, war nicht nur allein in dem schrecklichen Unfall zu suchen, sondern auch, weil sie in ihrem Kopf die gleiche CD spielte, die sie in ihrer Kindheit gehört hatte. Dem Klienten, dem positive Entwicklungserfahrungen fehlen, können Therapeuten helfen zu verstehen, daß er eine Geschichte wiederholt, die nicht zu ihm gehört, daß er in einem Schauspiel spielt, das jemand anderem gehört. Die Herausforderung oder die Frage ist, ob er dann seine eigene Stimme entwickeln kann, um seine eigene Geschichte zu schreiben: hat er den Mut, den es erfordert, dies zu tun? Es ist nicht genug, daß der Klient einfach eine neue Geschichte ‚schreibt‘. Diese neue Geschichte muß mit Verhalten verbunden sein, das zu neuer Information führt, die als ‚Beweis‘ genommen werden kann, so daß der Klient seine Sichtweisen von sich selbst und der Welt verändern

kann. Auch wenn ich hier für eine konstruktiv-narrative Perspektive eintrete, möchte ich doch auch betonen, daß ich auch die ganze Bandbreite kognitiv-behavioraler Methoden nutze.

Wie Sie wissen, haben wir alle, die in diesem Feld arbeiten, unsere eigenen zahllosen Metaphern. Aber im Grunde gilt: die Menschen kommen in die Therapie mit einer ‚Geschichte‘, und Sie, Therapeutin/Therapeut, versuchen, ihnen zu helfen, ihre ‚Geschichten‘ zu verändern. Ich selber gehe die Sache an, indem ich phänomenologisch orientiert bleibe, indem ich die Metaphern des Klienten benutze. Es ist besser, die Metaphern des Klientens zu untersuchen, als ihnen die Metaphern des Therapeuten aufzuzwingen.

**Hoyt:** Sagen Sie damit, daß es besser ist, *ihre* grundlegende Metapher zu finden, als ihnen erst beizubringen, an unser System zu glauben?

**Meichenbaum:** Ich höre sehr genau auf die Art, in der der Klient seine Geschichte erzählt. Ich höre besonders auf die Art, wie der Klient transitive Verben benutzt. Wenn ich Verben wie ‚wegstopfen‘ oder ‚merkte‘, ‚gefangen‘, ‚mich selbst runtergemacht‘ usw. höre, ziehe ich sie aus der Geschichte und melde sie dem Klienten zurück. Ich versuche zu verstehen, was sie bedeuten. Und dann überlegen wir, was der Effekt von solchem Verhalten ist. Wenn wir das gemacht haben, frage ich: „Was kannst du damit machen?“ Man muß kein Genie sein, um die Antwort zu erhalten: „Vielleicht sollte ich meine Gefühle nicht wegstopfen“. Daraufhin sage ich: „Die Gefühle nicht wegstopfen, das ist interessant, was genau hast du dir dabei vorgestellt?“ Hiermit lege ich wieder die Basis, auf der die Klientin/der Klient mit mir zusammen das Problem definieren und mögliche Lösungen entdecken kann. Wir kooperieren jetzt in einem ‚konstruktiv-narrativen‘ Prozeß. Ein anderes Beispiel ist, wenn der Klient spontan ein Beispiel von irgendeiner Stärke gibt, irgendeine erfolgreiche Bewältigungsmethode, und ich dann dieses ‚Goldstück‘ (wie ich es nenne) nutze, um zu fragen: „Willst Du mir sagen, daß *trotz all dem*, was Du durchgemacht hast [genaue Beispiele geben], Du immer noch dazu fähig warst (zu versuchen, zu schaffen) [genaue Beispiele geben]? Wie kamst du auf die Entscheidung X? Wie hast Du es geschafft, X zu machen?... Woher kam der Mut dazu?“

Die Strategie, die ich benutze, den Klienten zu helfen, ihr Leben ‚wieder zu schreiben‘, ist (1) von dem Klienten ein Beispiel seiner Stärken zu bekommen (2) eine ‚trotz all dem‘ Frage zu stellen und (3) eine ‚wie‘ Frage zu stellen.

Wir können dann wiederum erforschen, wie die Klienten diese Bewältigungsstrategien einsetzen können und sich selbst die Anerkennung für die Veränderungen, die sie machen, geben.

Dies ist *nicht* nur eine ‚Reparatur‘. Die Metapher ‚Reparatur‘ impliziert, daß die Geschichte des Klienten irgendwie kaputt ist, wie ein Reifen, und man sie ausbessern muß. Es vermittelt

die Idee, daß die erste Geschichte ‚falsch‘ ist, daß sie ‚kaputt‘ war und ‚repariert‘ werden muß. Also versuche ich, den Ausdruck ‚narrative Reparatur‘ (narrative repair) zu vermeiden und lieber über den ‚konstruktiv-narrativen Prozeß‘ zu reden, in dem sich die Klienten jetzt befinden. Ich helfe den Klienten, bessere Beobachter und ihre eigenen Therapeuten zu werden. Wie Tomm es vorschlägt, frage ich die Klientin: „Kommt es je ‚draußen‘ vor, daß Sie merken, daß Sie sich selber die gleichen Fragen stellen, die wir uns hier in der Therapie fragen?“ Ich überliefere den Klienten die Idee, daß das Ziel ihrer Behandlung ist, ihr eigener Therapeut, ihr eigener Trainer, zu werden. Auf diese Art können sie lernen, die Stimme des Therapeuten mit sich zu nehmen und sich die vorgeschlagenen Veränderungen anzueignen, in Besitz zu nehmen und zu verinnerlichen. Sie können jetzt ihre eigenen Geschichten schreiben. Das ist die Idee hinter dem therapeutischen Prozeß.

Unsere Forschungsaufgabe ist jetzt zu demonstrieren, daß all dies wirklich einen Unterschied macht. Das PTSD Handbuch, das ich in den letzten zwei Jahren geschrieben habe, ist dafür gedacht, zu ermöglichen diese Verfahrensweise in Betrieb zu setzen, so daß Forscher das, was ich gerade beschrieben habe, erfahrungsmäßig bestätigen können.

Ich danke Ihnen für die Möglichkeit, meine Ideen mitzuteilen.

*Dr. Meichenbaum hat über die Beurteilung und Behandlung von PTSD ein 600 Seiten umfassendes Klinisches Handbuch herausgegeben. Dieses wichtige, praxisbezogene Handbuch für Therapeuten kann direkt bei ihm bestellt werden. Schicken Sie einen Scheck über 55 US-Dollar, ausgestellt auf eine US Bank oder eine US Zahlungsanweisung. Der Scheck sollte auf Don Meichenbaum ausgestellt sein. Schicken Sie die Bestellung auf seinen Namen an die folgende Adresse:*

University of Waterloo  
Department of Psychology  
Waterloo, Ontario  
Canada N2L 3G1

*Er wird Ihnen ein Exemplar schicken, sobald er das Geld erhält.*

Prof. Donald Meichenbaum  
Ph.D., Department of Psychology, University of Waterloo  
Waterloo, Ontario, Canada, N2L 3G1  
e-mail: dmeich@watarts.uwaterloo.ca

(Übersetzung: Anna Greve, Osnabrück)