

## FALLBEISPIELE

### Fallbeispiel I (Sexuelle Nötigung am Arbeitsplatz)

PJ, eine 51-jährige Managerin, war zum Therapiebeginn 5 Monate krankgeschrieben. Sie war von ihrem direkten Vorgesetzten sexuell genötigt worden, als dieser 6 Monate vorher in der Stadt war, um die Leistungen und Arbeitsabläufe ihres Büros zu prüfen. Während seines Arbeitsaufenthaltes bestand er darauf, Meetings mit PJ bei geschlossener Tür zu halten – er wurde aufbrausend, wenn sie von irgendjemandem während der Meetings unterbrochen wurden. Während der Gespräche ließ der Vorgesetzte seine Beine gegen ihre streichen, stieß seine Schulter gegen ihre und berührte ihre Hände und Handgelenke. Weiterhin bestand er darauf, allabendlich mit ihr zu Abend zu essen, um die Tagesarbeit zugleich fortzusetzen und zu beenden. PJ fühlte sich durch das Verhalten des Chefs „angegriffen“ und „verletzt“. Nach seinem 5-tägigen Aufenthalt fühlte sie sich durch die Situation ziemlich traumatisiert.

Zum Aufnahmezeitpunkt nahm PJ täglich Prozac (60 mg) und Trazedone (75mg). Es bestätigte sich die Diagnose einer PTB. Über das tägliche Erleben intrusiver Flashbacks von ihrem Vorgesetztem, klagte PJ über Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, Schreckreaktionen und die Unfähigkeit zu Arbeiten. Zudem vermied sie jeden Kontakt zu Kollegen.

Die erste Strukturierung der Traumakennzeichen von PJ nahm der Kliniker in Anlehnung an das algorithmische PTB Behandlungsmodell (s. Tabelle 1) folgendermaßen vor:

(1) sexuelle Nötigung; (2) Typ I Trauma; (3) einmaliges, 5-tägiges Ereignis; (4) 51-jährig; (5) menschengemachtes Trauma; (6) Arbeitnehmer-Vorgesetzten Beziehung; (7) leichte bis mittlere Ausprägung (nicht lebensbedrohlich); (8) starke emotionale Erregung, keine Dissoziation oder emotionale Taubheit zur Zeit des Traumas; (9) Bewältigungsreaktionen: (a) Peri-Trauma – „Verhaltensparalyse“, Ertragen; (b) Post-Trauma – Vermeidung, Rückzug; (10) PTB Symptome: wiederkehrende Flashbacks, Albträume, chronische Hypervigilanz, Schreckreaktionen, Konzentrationsschwierigkeiten, Depression; (11) vorherrschende PTB Emotion und damit verbundene Kognitionen: **Furcht** („Er möchte mit mir schlafen“); (12) weitere PTB Emotion(en) und

damit verbundene Kognitionen: **Selbstvorwurf** („Ich müßte in der Lage sein, ihn zu stoppen“), **Hilflosigkeit** („Ich sitze in der Falle und kann mich nicht wehren“), **Peinlichkeit** („Ich werde in der Öffentlichkeit erniedrigt“), **Wut** („Wie kann es sein, dass er sich das ungestraft leisten kann?“); (13)  
Keine vorherigen Traumata explorierbar.

Die vorliegende PTB Emotion war Furcht und die hauptsächliche Bewältigungsstrategie Vermeidung, daher war die Konfrontationstherapie in sensu (KT) die Behandlung der Wahl. Das Augenmerk im KT wurde auf die sexuelle Belästigung gerichtet, die PJ während des Aufenthaltes des Chefs als am belastendsten empfunden hatte. Sie nannte einen Zeitraum von einigen Stunden, in dem sie mit ihrem Chef auf engem Raum zusammenarbeiten mußte und er wiederholt an ihr Bein stieß als auch ihre Arme und Hände berührte. PJ hatte in dieser Situation den Eindruck, sie könne nichts dagegen unternehmen, wenn sie nicht ihren Job riskieren wollte. Am Ende des Arbeitstages sagte er schließlich, es gäbe noch mehr zu tun. Sie würden die Arbeit am Abend beim gemeinsamen Ausessen fortsetzen – in einem kuscheligen Restaurant mit engen Tischen und einer Zigarrenbar. PJ beschrieb, wie das Anfassen und -stoßen während des Essens weiterging. Sie schämte sich und fühlte sich gefangen und erniedrigt. Später führte er sie in eine kleine, enge Sitzecke in der Zigarrenbar. Er wies auf eine dort rauchende, „wunderschöne Frau“ hin und sagte, „das ist ja so sexy, wie sie die Zigarre aus ihrem Mund zieht; gucken Sie mal“. Er bestellte zwei Zigarren und bestand darauf, dass PJ eine mit ihm rauchte. Sie schämte sich ihrer, fühlte sich verletzt und herabgestellt, „denn er wollte nur, dass ich die Zigarre rauche, um sich an dem Gedanken aufzugeilen, mit mir Oralsex zu haben“.

Sechs KT Sitzungen mit diesem Erlebnis brachten keine Symptomverbesserung, ein deutliches Behandlungshindernis tat sich also auf. Warum habituierte PJ nicht? Wurde die Exposition etwa nicht angemessen durchgeführt (unwahrscheinlich; der Behandler hatte in 20 Jahren dieses Verfahren bei PTB schon vielfach erfolgreich eingesetzt)? Was verhinderte die habituation? War KT in diesem Fall unangebracht? Gab es doch eine andere vorherrschende PTB Emotionen als Furcht, durch die die Symptomatik aufrechterhalten wurde? Es sollte gesagt werden, dass sich während der sechs Sitzungen keine spontane kognitive Umstrukturierung (KU) eingestellt hatte.

Der Behandler schlug sich mit derlei Fragen herum. Er hatte im Therapieverlauf auch bemerkt, dass PJ ihre Hausaufgaben (das Hören der Expositionscassette) machte und nicht in Vermeidungsverhalten verfallen war. Eine neuerliche Analyse ihrer herausgearbeiteten Kognitionen ließ ihn schlußfolgern, dass ihre Kognitionen im Zusammenhang mit **Erniedrigung, Peinlichkeit und Hilflosigkeit** doch belastender waren als die mit **Furcht** assoziierten. In einem neuem Konzept stellte der Kliniker folgende Hypothesen auf: (1) das Behandlungshindernis basierte darauf, dass er fälschlicherweise als vorherrschende PTB Emotion Furcht identifiziert und damit eine nicht angemessene Intervention gewählt hatte, (2) Erniedrigung, Peinlichkeit und Hilflosigkeit waren die vorherrschenden PTB Emotionen, und (3) KU Interventionen daher die besseren Behandlungsoptionen.

Interventionen, die darauf zielten, belastende visuelle Erinnerungen und verbundene Gedanken zu aktivieren und zu verändern (Beck, et. al., 1985; Smucker & Dancu, 1999; Smucker, et. al., 2002) erschienen indiziert, denn die belastendsten Erinnerungen traten bildhaft auf (wiederkehrende Bilder, vom Chef belästigt zu werden). Die klinische Entscheidung fiel auf die imagery rescripting and reprocessing therapy (IRRT) – eine integrative KU Behandlung, die sich der **Konfrontation** bedient, um das Furchtgedächtnis zu aktivieren, der **Bewältigungsbildern**, um traumatische Imaginationen mit Bildern des Meisters zu ersetzen und der **linguistischen Verarbeitung**, um einen Wechsel in negativen Kognitionen und Schemata zu bewirken (Smucker & Dancu, 1999).

Die erste IRRT Sitzung war insofern nicht erfolgreich, als dass keine Modifikation der Kognitionen der Patientin gelang. Am Ende der Sitzung führte PJ allerdings aus, sie fühle sich genauso wie sie sich fühlte, als sie noch 14 Jahre alt war. PJ teilte nun ihr Geheimnis, dass sie als Teenager sexuell mißbraucht worden war. Details zum Mißbrauchs wollte sie zu diesem Zeitpunkt nicht geben (diesen Mißbrauch hatte PJ bei ihrer Aufnahme verschwiegen). Ohne mehr preisgeben zu wollen, erkannte PJ an, dass es einen Zusammenhang zwischen ihren jetzigen traumatischen Gedanken und Gefühlen und dem früheren sexuellen Trauma geben könne. In der nächsten Sitzung dann stimmte PJ zu, einige IRRT Sitzungen zu machen, die auf ihr frühes sexuelles Trauma fokussieren sollten. Während der Exposition in sensu beschrieb PJ, wie sie ihre Eltern fragte, ob sie am Abend ausgehen dürfe. Obwohl ihr Vater es verbot, schlich sie sich aus dem Haus heraus, nachdem ihre Mutter zur Arbeit gegangen war, und hatte eine „wunderschöne“ Nacht zusammen mit einem Freund an der nahegelegenen Promenade. Um fünf Uhr morgens kam sie erst wieder nach Hause. Sie öffnete ganz leise die Haustür, um sich unbemerkt hineinzuschleichen, als sie auch schon im Dunkeln das Glühen einer Zigarette im Wohnzimmer sah. Sie wußte, dass es ihr Vater sein müsse,

der auf sie wartete. Im folgenden Transkript zeigen sich als dominierende, vorherrschende Emotionen **Erniedrigung** und **Wut**:

Pat: Er fragte, „Wo warst Du die ganze Nacht?“ und ich sagte ihm, dass ich auf der Promenade gewesen war. Er fragte weiter, „Du hattest Sex mit einem Burschen, was?“

T: Können Sie dies bitte in der Jetzt-Form beschreiben, als würde alles nun geschehen?

P: Ich hatte keinen Sex mit ihm. Das ist ein echt netter Kerl, der würde das nicht machen! Er sagt, „Ich weiß, dass Du Sex mit ihm hattest. Komm sofort rüber und stelle Dich vor mich!“ Ich gehe rüber, stelle mich vor ihn und bin total verängstigt. Plötzlich greift er an meine Hose und zieht sie runter; dann greift er an meinen Slip und zieht den auch runter. Ich bedecke meinen Genitalbereich, aber er klebt mir eine und sagt, er würde mir beweisen, dass ich Sex hatte. Er schlägt mich nieder. Während ich auf dem Boden liege, zieht er mir meine runtergezogenen Sachen ganz aus. Ich zittere wie verrückt. Er sagt, „So, jetzt die Beine auseinander. Ich muß kontrollieren, was Du gemacht hast!“. Ich sage, „Nein, das kann ich nicht“. Er antwortet, „Oh doch, oh doch“. Er drückt mich wieder herunter, stellt seine Beine zwischen meine und drückt sie auseinander. Dann schiebt er seine Finger in meine Vagina. Ich hasse ihn, aber habe zu viel Angst, irgendwas zu machen!

T: Können Sie sich nun vorstellen, wie sie als jetzige Erwachsene in den Raum treten? (PJ nickt). Sie sehen als Erwachsene wie PJ daliegt und vom Vater die Finger in die Vagina geschoben hat. Gibt es etwas was Sie, die heutige PJ, gerne machen oder sagen würden?

P: Ich würde mich gerne umdrehen und weglaufen. Es macht mich krank zu sehen, was er ihr antut.

T: Aha, Sie würden ihn also fortfahren lassen mit der Hand in ihrer Vagina?

P: Nein! Nein! Ich möchte ihn anschreien, um ihn zu stoppen, um ihm zu sagen, dass er sie in Ruhe lassen soll.

T: Können Sie es ihm direkt sagen?

P: Hör damit auf, Arschloch. Laß sie in Ruhe.

T: Wie antwortet er?

P: Er guckt mich einfach an und lässt seine Finger in ihr. Ich hasse ihn. Ich brülle ihn noch mal an, aber er hört nicht auf. Ich renne zu ihm rüber und trete ihm in den Schritt. Er schreckt weg, aber ich trete ihn wieder. Ich sage, „Wie gefällt dir das, Du Unmensch?“ Er rollt sich vor Schmerz am Boden und wimmert. Ich trete ihn noch einmal und noch einmal und noch einmal, bis er sich nicht mehr rührt.

T: Was passiert dann?

P: Ich gehe zu PJ, helfe ihr auf und sage, „der wird die nie mehr weh tun“. Sie beginnt zu weinen. Ich halte und tröste sie. Dann begleite ich sie zum Badezimmer, um sie zu waschen. Wir gehen hoch und ich helfe ihr beim Anziehen. Danach hole ich die anderen Kinder und wir gehen zusammen raus zu meinem Auto. PJ bleibt innen, also gehe ich rein, um zu schauen, wo sie bleibt. Sie guckt ihn an. Ich bringe sie zu den anderen zum Auto. Anschließend nehme ich mir eine Schachtel Streichhölzer, gehe zurück ins Haus und zünde es an. Dann geh ich wieder raus, wir setzen uns alle ins Auto, fahren davon und singen, während das Haus niederbrennt.

T: Und, wie fühlen sie sich jetzt?

P: Ich fühle mich gut. So als sei ein riesiges Gewicht von meinen Schultern gefallen.

Während der Imaginationssitzung gelang es PJ, mit dem früheren Typ I Trauma verbundene, unverarbeitete Erniedrigungs- und Wutkognitionen zu aktivieren, umzuschreiben und zu verarbeiten. Nach zwei weiteren IRRT Sitzungen hatte PJ das Gefühl, das frühe Trauma gut verarbeitet zu haben. Sie deutete an, nun bereit zu sein, sich wieder auf die kürzlich geschehenen, traumatischen sexuellen Belästigungen zu konzentrieren.

Es bedurfte drei weiterer IRRT Sitzungen, um die emotionale Verarbeitung ihrer aktuellen belastenden Kognitionen über die Treffen mit ihrem Chef zu leisten. **Erniedrigung** und **Wut** waren die dominierenden Trauma Emotionen. Basierend auf der Erfahrung des erfolgreichen Verarbeitens des früheren Traumas, gelang es PJ nun mit relativer Leichtigkeit die sexuellen Belästigungen durch ihren Chef kognitiv umzustrukturieren und emotional zu verarbeiten. Dies führte zu einer deutlichen Reduktion ihrer Intrusionen und ihres Vermeidungsverhaltens. Nach zwei weiteren Sitzungen zur

Aufrechterhaltung des Therapieerfolges, wurde die Behandlung beendet. Die Verbesserung setzte sich nach der Behandlung fort; zur 6 Monats Katamnese war die Patientin weiterhin symptomfrei.