

G. Gschwend

Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Konsequenzen für die therapeutische Praxis

Zusammenfassung Verschiedene Formen der Extremtraumatisierung verursachen einheitliche psychophysiologische Reaktionen und charakteristische Persönlichkeitsveränderungen, die sich zu einer sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) verfestigen können, die grundlegend durch psychische Fragmentierung und entsprechende Phänomene der Desintegration gekennzeichnet ist. Die therapeutische Arbeit trägt den Besonderheiten der PTBS durch den Gebrauch spezifischer Methoden Rechnung, indem sie sich an gewissen Leitlinien in Akutintervention und Therapie orientiert und die charakteristische Psychodynamik in der therapeutischen Begegnung berücksichtigt. Diese Aspekte sind Gegenstand des vorliegenden Beitrags.

Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörung, Akutintervention, Trauma-Therapie, Übertragung, Gegenübertragung.

Diagnostic criteria for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and consequences for therapeutic interventions

Abstract Different kinds of traumatization and victimization cause similar psychophysiological reactions and characteristic changes of personality which may finally result in a so called Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) which is basically characterized by psychic fragmentation and corresponding phenomena of desintegration. The psychotherapeutical approach to PTSD considers its specificity by using appropriate methods and by its orientation on certain „guide-lines“ for first-aid-interventions and therapy as well as on characteristic psychodynamic phenomena. These topics are subject of this paper.

Keywords: PTSD, First-aid-principles, Post-Traumatic-Therapy, transference, counter-transference-reactions.

Critères servant à diagnostiquer l'état de stress post-traumatique et leurs conséquences pour la pratique thérapeutique

Résumé Les personnes ayant subi un traumatisme très grave ont passé par un vécu exceptionnellement menaçant ou catastrophique ayant provoqué certaines réactions psychophysiologiques et des modifications caractéristiques de la personnalité (cf. DSM IV et ICD 10/F43.1). C'est sur cette base qu'un état de stress post-traumatique est diagnostiqué. Selon le DSM IV (cf. Fischer et Riedesser, 1998) il faut distinguer trois catégories de symptômes: ceux qui sont associés à la reviviscence répétée et incontrôlée de l'événement traumatique, ceux qui sont caractérisés par une "anesthésie psychique" et par l'évitement des comportements pouvant réveiller des souvenirs, ainsi que ceux accompagnant un état prolongé d'hyperactivité neurovégétative.

Durant la phase aiguë, l'individu traumatisé a besoin en priorité de retrouver un sentiment de sécurité et de contrôle, ceci s'appliquant tout d'abord au contexte de la réalité extérieure et du domaine psycho-

social. Pour qu'il retrouve un sentiment de sécurité intérieure, il est important que le traumatisé comprenne que ses réactions post-traumatiques sont normales et que son état peut s'améliorer. Il faut aussi que les interventions thérapeutiques soient conçues de manière telle qu'elles renforcent son vécu en tant que personne autonome et compétente. Au niveau du transfert, ce sont des rapports puissance/impuissance, domination/soumission qui sont répétés et mis en scène. Le thérapeute est alors alternativement perçu comme sauveteur ou comme persécuteur – avec souvent un passage soudain de l'un à l'autre. Dans le cadre du contre-transfert, il arrive fréquemment que celui-ci soit "contaminé" par le traumatisme et qu'il réagisse en faisant l'expérience des mêmes symptômes que la victime: impuissance et colère, dégoût, peur, sentiment de culpabilité, s'accompagnant d'une tendance prononcée au refoulement. L'intensité des aspects psychodynamiques soulevés par le travail

avec des traumatisés fait que l'intervision et la supervision y jouent un rôle particulièrement important.

Dans ce contexte, une attitude d'abstinence morale est contre-indiquée. Il faut au contraire que le/la thérapeute formule clairement "un strict non" aux infractions qui ont été commises contre les droits de l'homme. Le meilleur soutien qui peut être apporté aux traumatisés est celui d'un "pacing and leading" thérapeutique, d'une démarche comportant une juste mesure à la fois d'empathie et de structuration, ceci en fonction des ressources à disposition des clients. Des méthodes non- ou para-verbales sont d'une utilité particulière, ainsi que la participation au traitement des co-victimes ou de la famille.

Lewis Herman (1993) distingue trois "étapes de guérison": 1. retrouver la sécurité, 2. se souvenir et faire son deuil et 3. se reconnecter. Chacune de ces

trois phases implique des priorités et objectifs thérapeutiques spécifiques. Dans un premier temps il s'agit de gérer le monde intérieur et extérieur "ici et maintenant" – objectif: rétablissement d'un sentiment de sécurité intérieure et extérieure et renforcement du moi par des formes d'intervention thérapeutique mettant l'accent sur le soutien et la recherche de solutions. Une fois que son moi est redevenu suffisamment stable, l'individu est à même de s'affronter consciemment à ce qui s'est passé et d'effectuer un travail de deuil en rapport avec les nombreuses pertes qu'il a subies; ici les interventions thérapeutiques sont de type mise en lumière et confrontation. Finalement, durant la phase de reconnection le traumatisé réfléchit à sa propre identité, à ses priorités et objectifs existentiels et à son avenir; la thérapie se centre alors sur l'interprétation et – c'est important – sur la prévention d'une éventuelle rechute.

1. Traumatische Störungen

Unter Trauma versteht man die Folgen eines Ereignisses, das den Rahmen alltäglicher Erfahrungen und Belastungen bei weitem übersteigt. Extrem traumatisierte Menschen wurden erfahrend oder beobachtend mit Ereignissen konfrontiert, „die tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten“ (s. Anhang: Diagnostische Kriterien der PTBS). Jemand der solches erlebt, ist der Erfahrung von totaler Ohnmacht, absolutem Kontrollverlust, von Entsetzen und intensiver (Todes-)Angst hilflos ausgesetzt.¹ Die menschlichen Selbstschutzstrategien angesichts von (Lebens-)Gefahr, Flucht sowohl wie Widerstand, erweisen sich als nutz- und sinnlos. Opfer von Gewalt erleben mit jeder Zelle ihres Körpers, wie ausgeliefert und schutzlos ein Mensch angesichts von übermächtiger Gewalt tatsächlich ist. Sie wissen, wie schnell und absolut das vermeintlich existentielle Recht auf psychische und physische Unversehrtheit willkürlich außer Kraft gesetzt werden kann und sie erfahren, wie es sich anfühlt, als Mensch, seiner Würde und Identität gänzlich beraubt, „entmenschlicht“ zu werden, sich „als Tier“ zu fühlen oder sich innerlich in Stein zu verwandeln.

Die Zerstörung/Fragmentierung psychischer Strukturen und vielfältige Verluste sind die Folge solch massiver Traumatisierung. Zerstört, zersplittert, verloren werden „... das Bewusstsein von Autonomie und Zugehörigkeit, von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt, von Unverletzlichkeit und Wert des eigenen Selbst, von Handlungsfähigkeit und Kontrolle“ (Wirtz und Zöbeli, 1995). Das sind radikale Folgen radikaler Ereignisse, die die Fundamente des Selbst (be-)treffen, die eigene Selbstwahrnehmung, das Verhältnis auch zum eigenen

Körper, in dem man nicht mehr in gleicher Art zu Hause ist. Im zwischenmenschlichen Bereich treten Gefühle von Misstrauen, von Entfremdung und Isolation auf. Die traumatische Erfahrung liegt jenseits der Möglichkeit der Kommunizierbarkeit, sie ist nicht mitteilbar, und oft macht der zum Opfer gewordene Mensch die Erfahrung, dass er tatsächlich allein gelassen wird. Das soziale Umfeld will häufig gar nicht so genau wissen, was da geschehen ist, verleugnet, verdrängt, dissoziiert, denn das Wissen bedeutet auch die Konfrontation mit eigenen Ängsten, eigener Verwundbarkeit und der „Dimension des Bösen“ in der Welt.

Es hat sich erwiesen, dass in Folge extremer Traumatisierung bestimmte charakteristische Reaktionen und Persönlichkeitsveränderungen auftreten, die mit gängigen diagnostischen Kriterien nicht adäquat zu erfassen sind und so zu einer eigenständigen diagnostischen Kategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung zusammengefasst wurden.

Es sind zunächst normale Reaktionen auf ein „krankes“ Ereignis, Reaktionen, wie sie jeder Mensch in einer solchen Situation hätte. Von einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird erst gesprochen, wenn die lebensbehindernden Symptome über einen längeren Zeitraum als einen Monat hinweg unvermindert anhalten. Ganz allgemein ist die PTBS durch psychische Fragmentierung gekennzeichnet, durch Phänomene der Desintegration und Dissoziation, in der die Verbindungen von Erleben, Erinnerung, Wissen und Gefühl aufgelöst sind, eine ursprüngliche Überlebensstrategie, die sich autonom fortsetzt. Dabei gibt es eine große Spannbreite von Opferreaktionen, die sich zu charakteristischen Symptomen verdichten.

Grundsätzlich werden drei charakteristische diagnostische Oberkategorien unterschieden (s. Anhang: Diagnostische Kriterien der PTBS nach DSM IV):

1. *Intrusive Symptome*: Die Betroffenen werden unfreiwillig immer wieder vom Erleben der traumatischen Erfahrung überflutet. Dies geschieht in Form von (Alp-)Träumen, von Flashbacks oder von quälenden Erinnerungen.

¹ Ich beziehe mich in meinen Ausführungen in erster Linie auf Opfer von vorsätzlicher Gewaltausübungen durch andere Menschen (Vergewaltigung, Missbrauch/Misshandlung, Folter).

2. *Konstriktive Symptome* sind durch psychische Erstarrung oder nachhaltiges Vermeidungsverhalten gekennzeichnet. Die PatientInnen sind und wirken auch wie erstarrt, betäubt, als seien ihre Gefühle „abgefroren“. Psychogene Amnestien treten auf, oder erinnerungsauslösende Reize, Orte, Menschen, Tätigkeiten werden gemieden. Die Zukunft scheint keine Perspektive zu haben.
3. *Nachhaltige Erregung*: Die Betroffenen leben psychisch und physisch ständig angespannt, auf einem erhöhten Erregungsniveau. Dies äußert sich in Reizbarkeit und unkontrollierten Wutausbrüchen, aber auch in Form von Konzentrationsschwächen, übertriebenen Schreckreaktionen, (Ein-)Schlafstörungen und einer generellen Überwachsamkeit.

2. Akutintervention

Unter Akutintervention verstehe ich an dieser Stelle zusammenfassend sowohl therapeutische Leitlinien und Maßnahmen der Krisenintervention als auch solche der Trauma-Akuttherapie im Sinne von Fischer und Riedesser (1998). Zu diesem Zeitpunkt haben wir es mit normalen Belastungsreaktionen auf ein extremes Geschehen zu tun, wie sie jede(r) von uns in einer vergleichbaren Situation hätte, noch nicht mit einer PTBS. Die Betroffenen sind im Schock noch unter der direkten Einwirkung des Ereignisses, wobei die somatopsychischen Notfallmechanismen autonom weiter funktionieren. Eventuell ist auch, je nach Zeitpunkt und Persönlichkeitsstruktur, schon ein gewisser Abstand vorhanden in dem Sinne, dass psychische Abläufe, die der Verarbeitung des Geschehenen dienen, eingesetzt haben. Eine angemessene psychotherapeutische Intervention zu diesem Zeitpunkt kann der Entwicklung zur eigentlichen PTBS mit sekundären gesundheitlichen Folgen wie z. B. Depressionen, psychosomatischen Beschwerden, Drogenmissbrauch, maßgeblich entgegenwirken.

Methodisch stehen Techniken im Vordergrund, die einerseits den Prozess der Fragmentierung und der Abspaltung des Traumas verhindern sollen, wie z. B. das „Debriefing“, andererseits werden aber auch körperliche und/oder visuelle Verfahren des Stressmanagements im Rahmen der Entspannung/Beruhigung und der Dosierung/Distanzierung praktiziert und vermittelt. Vorrangig für den traumatisierten und überwältigten Menschen ist es, sein Gefühl von Sicherheit, Autonomie und Kontrolle wiederherstellen zu können. In diesem Zusammenhang stellt sich zunächst die Frage der Sicherheit im realen Äußeren und im psychosozialen Bereich. Die äußere Sicherheit muss gewährleistet werden, die Frage geklärt, ob ein soziales Netz besteht, das das Opfer (unter-)stützt. Dieses Netz, ebenso wie beteiligte andere HelferInnen und Institutionen sollten in die Beratung und Behandlung einbezogen werden, einerseits zur Unterstützung des Opfers, andererseits aber auch, weil die Bezugspersonen selbst als Mitbetroffene der Hilfe bedürfen.

Für die innere Sicherheit zentral ist es, die Betroffenen über posttraumatische Reaktionen aufzuklären und zu betonen, dass solche nicht pathologisch, son-

dern normal sind. Obwohl die Angst des Opfers anzuerkennen ist, mag es wichtig sein, den (realitätsgerechten) Unterschied zwischen der Trauma-Situation „dann“ und der Situation „jetzt“ immer wieder deutlich zu machen. Zusätzlich können den Betroffenen oben erwähnte Distanzierungs- und Entspannungsmethoden vermittelt werden, mit denen er/sie selbst aktiv die innere Kontrolle wiederherstellen kann.

Allgemein sind Interventionen fördernd, die das Opfer zwar nicht überfordern, aber doch sein Gefühl von Kontrolle, Autonomie und Kompetenz verstärken, indem Entscheidungsalternativen angeboten und Wahlmöglichkeiten wieder hergestellt werden (über die Tat reden/nicht reden, die nächsten Schritte planen usw).

Es erübrigt sich (fast) zu sagen, dass eine Gesprächshaltung, die den Opfern in irgendeiner Form oder Deutung Schuld zuweist, kontraproduktiv ist und die ohnehin vorhandenen Scham- und Schuldgefühle verstärkt. Im Gegenteil ist eine engagierte und parteiliche Haltung hilfreich, die die Tat in keiner Weise sanktioniert. Opfer in der Krise brauchen im Zusammenhang mit der Wiederherstellung von Sicherheit vor allem Verständnis und Empathie, andererseits aber im besonderen Maß auch, dass der Helfer/die Helferin Struktur anbieten können in ihrem strukturlosen Zustand und fähig sind, Führung und Handlungsverantwortung in der Begegnung zu übernehmen.

3. Zur Psychodynamik

Scham und Schuld

Scham und Schuldgefühle sind bei Trauma-Betroffenen zentrale Themen und sollten auch aktiv angesprochen werden. Die Scham ist Folge der durch das traumatische Geschehen ausgelösten Diskrepanz zwischen Selbstbild und Ich-Ideal des traumatisierten Menschen. Opfer schämen sich, sich der Macht unterworfen zu haben, sich zum Opfer gemacht haben zu lassen. Sie schämen sich, wenn die Beziehung zum Täter ambivalent ist, denn z. B. ist der Täter, der Gewalt ausübt gleichzeitig auch der Retter, in dessen Macht es steht, die Tortur zu beenden. Gerade in komplexen Beziehungsgeflechten besteht eine ambivalente Beziehung zum Täter, und Opfer schämen sich dafür, stoßen auch in der sozialen Umwelt auf Unverständnis für die Ambivalenz. Zum dritten ist die Identifikation mit dem Aggressor ein Faktor, der zur Scham beiträgt: Opfer haben eine Einstellung von Selbstentwertung und Selbstverurteilung zu sich selbst, wie sie vom Täter induziert wurde.

Fragt man traumatisierte Menschen, ob sie sich irgendwie Vorwürfe machen, ist häufig eine Antwort von „wäre ich ... hätte ich doch nur ...“ die Folge, die deutlich macht, dass das Opfer einen Teil der Schuld am erlittenen Trauma übernimmt. Die Haltung, einen Teil der Verantwortung zu übernehmen, hat Schutzfunktion und dient der Ohnmachtsabwehr. Für die HelferInnen heißt das, diese Schuldgefühle nicht vorzeitig „wegzunehmen“, nicht zu versuchen, sie dem Opfer auszureden, sondern sie allenfalls positiv umzudeuten (Reframing). Erst wenn eine gewisse Sicherheit und Autonomie erlangt wurde, ist das Opfer in der Lage, die

Scham- und Schuldgefühle als nicht ihm, sondern als eigentlich dem Täter zugehörig zu erkennen.

Die traumatische Übertragung

In der traumatischen Übertragung wiederholt und inszeniert der/die traumatisch Leidende die Dynamik von Macht und Ohnmacht, Dominanz und Unterwerfung. Die TherapeutInnen werden dabei gleichermaßen als RetterInnen wie als VerfolgerInnen erlebt und das oft in jähem Wechsel. Schwer traumatisierte Menschen haben oft sehr hohe idealisierte Erwartungen an die Hilfspersonen, die entsprechend schnell enttäuscht werden. Denn zugleich besteht da auch ein Misstrauen, vielleicht bezüglich der Absichten des/der TherapeutIn, vielleicht auch bezüglich seiner/ihrer „Standfestigkeit“ angesichts der Konfrontation mit der vom Opfer erlittenen Erfahrung, es mögen Zweifel bestehen, ob überhaupt jemand zu helfen in der Lage ist, der solches Leiden nur begrenzt nachzuvollziehen im Stande ist. Und in Bezug auf all das verfügen Opfer, besonders solche von Langzeittraumatisierung, über eine besonders ausgeprägte Fähigkeit zur Beobachtung und Entschlüsselung selbst subtilster Signale von Gemütsbewegung ihres Gegenübers, die sie erlernen mussten, um zu überleben. Hat nun der/die posttraumatisch Leidende z. B. das Gefühl seitens des Gegenübers eine Haltung der Distanzierung oder Unloyalität festzustellen, kommt es zum Umkippprozess in dem das Gegenüber vom „Retter“ zum „Verfolger“ wird. Neben offenen Beschuldigungen können auch indirekte, passive Formen der Aggression und der Demonstration von Unabhängigkeit auftreten wie z. B. kurzfristige Absagen von Therapiestunden bzw. nicht geleistete Zahlungen für solche oder es mag vorkommen, dass der Patient im Versuch das Gefühl von Kontrolle zu erleben, die Hilfsperson zu allen möglichen und unmöglichen Zeiten anruft/aufsucht. Für diese kann es sehr schwierig werden, mit solchen Übertragungsreaktionen umzugehen. Sie sind ein Faktor, der zu Gefühlen von aggressiver Hilflosigkeit des/der TherapeutIn beiträgt, die Teil der traumatischen Gegenübertragung sind, der Gesamtheit der kognitiv-emotionalen Reaktionen des Therapeuten auf das Opfer und auf die traumatische Erfahrung.

Die traumatische Gegenübertragung

Das Trauma ist ansteckend, und angesteckt wird auch der Therapeut/die Therapeutin. Er/sie ist intimer Zeuge eines schrecklichen Geschehnisses, und damit auch den intensiven Gefühlen ausgesetzt, die ein solches Geschehen erzeugt. Es sind die gleichen Symptome der Ohnmacht und der Wut, des Ekels, der Angst und der Schuld, wie sie das Opfer erlebt.

Diese Art der Induktion und die daraus resultierenden Abwehren dürfen nicht unterschätzt werden, sondern sind ein besonderer Gegenstand der Kontrolle in der Trauma-Therapie. Intensive Wutgefühle tauchen auf, die sich gegen den Täter, die Passivität und Gleichgültigkeit des sozialen Umfeldes oder der Gesellschaft allgemein oder auch, in zeitweiliger Identifikation mit dem Aggressor, gegen das Opfer richten können. Angst

kann entstehen angesichts der hautnahen Konfrontation mit der Trauma-Geschichte oder auch vor der emotionalen Intensität der Betroffenen. Wir spüren unsere eigene Verletzlichkeit und unser Ausgesetzt-Sein in einer nur vermeintlich sicheren Welt und auch das erzeugt Angst.

So kann eine Form der Abwehr entstehen, die sich in Skepsis äußern kann, was die Glaubwürdigkeit des Opfers und seiner Geschichte angeht oder in anderen Formen bewussten oder unbewussten Vermeidens der Traumageschichte.

„Bei der Erforschung psychischer Traumata muss man ständig gegen die Neigung ankämpfen, das Opfer als unglaubwürdig hinzustellen oder unsichtbar zu machen. Seit man sich mit den psychischen Folgen von Gewalttaten beschäftigt, hat es immer wieder heftige Diskussionen darum gegeben, ob Patienten mit posttraumatischen Leiden Fürsorge und Respekt verdienen oder Verachtung, ob sie wirklich leiden oder nur so tun, ob ihre Geschichten wahr oder erfunden sind, und wenn sie erfunden sind, ob sie einer Einbildung entspringen oder böswillig konstruiert wurden“ (Lewis Herman, 1993).

Die Induktion durch Hilflosigkeit und Ohnmacht spüren wir, wenn wir in der Therapie wie gelähmt sind und passiv werden, vielleicht auch grundsätzliche Zweifel an Sinn und Erfolg der Behandlung spüren. Ein/e passive/r TherapeutIn zu erleben, ist jedoch für die Betroffenen schwierig, weil sie kein Gefühl von Halt erleben und überfordert sind, die Handlungsverantwortung für sich und den/die TherapeutIn mit zu übernehmen. Andererseits können die Abwehr von Ohnmachtsgefühlen oder auch diffuse Schuldgefühle zu einer übertriebenen Identifikation mit Helfer- und Retterphantasien bzw. zu einer Art leidenschaftlichem „Wiedergutmachungstrieb“ führen. Der/die TherapeutIn agiert überaktiv und nimmt dem/der Betroffenen unter Nicht-Beachtung seiner/ihrer Stärken und Ressourcen alle Entscheidungen und Aktivitäten aus der Hand. Auch das ist schlecht für die Betroffenen, weil man so wieder über sie verfügt, sie entmündigt, entmacht. Da das psychodynamische Geschehen in der Trauma-Arbeit ein Intensives ist, sei abschließend zu erwähnen und zu betonen, dass Menschen, die mit Opfern von Gewalt arbeiten, übereinstimmend aussagen, dass sie in ihrer Arbeit auf begleitende und unterstützende Intervention und/oder Supervision in besonderem Maße angewiesen sind.

4. Trauma-Therapie

Therapeutische Leitlinien

In der Therapie mit posttraumatisch Leidenden haben sich, was die therapeutische Haltung und die verschiedenen Möglichkeiten der Intervention angeht, einige Prinzipien als zentral erwiesen. Die therapeutische Haltung der Abstinenz im Sinne von Neutralität/Parteilosigkeit ist hier kontraindiziert. Es ist im Gegenteil von TherapeutInnen die Fähigkeit gefordert, das Unrecht klar als solches zu benennen, parteilich ein Werturteil zu fällen und „das strikte Nein“ zur geschehenen

Menschenrechtsverletzung zu formulieren. Die Haltung der moralischen Abstinenz, des „neutralen“ Spielens kann auf den/die Betroffene/n retraumatisierend wirken und setzt seiner/ihrer Fragmentierung und Dehumanisierung nichts entgegen. In diesen Zusammenhang gehört es auch, alle therapeutischen Überlegungen deutlich und transparent zu formulieren und die Autonomie und die Entscheidungsfreiheit des/der posttraumatisch Leidenden in jeder Phase des Prozesses zu wahren. Die weiter oben schon beschriebene Balance zwischen Einfühlung einerseits und klarer Führung und Strukturierung andererseits ist in der Arbeit mit Trauma-Patienten besonders wichtig. Allgemein ist unser Vorgehen, v. a. in der Akutphase, strukturierter als vielleicht in unserer „gewöhnlichen“ therapeutischen Arbeit.

Von spezieller therapeutischer Bedeutung ist auch der Einsatz von nonverbalen bzw. paraverbalen Methoden (Malen, Bewegung, visuelle Verfahren), da die Erfahrungen der Opfer und ihre psychische Situation jenseits der Grenze sprachlicher Formulierbarkeit liegen und mit solchen Mitteln auch andere Quellen der Heilung erschlossen werden können als (nur) über das Gespräch.

Abschließend, aber von grundsätzlicher therapeutischer Bedeutung gilt es sich vor Augen zu halten, dass ein Entwicklungs-trauma, eine biographische Entwicklungsstörung, und ein Schocktrauma verschiedene Störungen sind.

Posttraumatisch Leidende bedürfen keiner diagnostischen Zuordnung zwischen Neurose und Psychose, sondern leiden an einer posttraumatischen Belastungsstörung, die als solche diagnostiziert und behandelt werden sollte.

Andererseits wirkt sich die traumatische Erfahrung auf einen Menschen mit speziellen psychischen Dispositionen und Strukturen aus. In der Therapie vermischen sich diese Ebenen, sollten aber, wenn immer möglich, bewusst vom Therapeuten getrennt werden (können).

Die Phasen der Genesung

In Anlehnung an Lewis Herman (1993) können im Verlaufe der Bewältigung einer posttraumatischen Belastungsstörung drei charakteristische „Stationen der Genesung“ unterschieden werden. Sie bezeichnet sie als:

1. Sicherheit,
2. Erinnern und Trauern,
3. Wiederanknüpfung.

Wie ersichtlich, haben diese Phasen verschiedene therapeutische Schwerpunkte und Zielsetzungen: Die erste Station ist primär an der Gegenwart ausgerichtet, an der Bewältigung des „Hier und Jetzt“ in Innen und Außenwelt. Die 2. Station bringt die bewusste Begegnung und Konfrontation mit der Trauma-Geschichte, so dass die Integration des Traumas in die Lebensgeschichte eine Orientierung in eine (sinnvolle) Zukunft und die Wiederanknüpfung an das „normale Leben“ erlaubt.

Entsprechend können verschiedene therapeutische Ansätze und Methoden kombiniert werden. Sie stehen

aber immer auf dem Boden der oben beschriebenen Leitlinien und orientieren sich durchgängig an den Ressourcen des Betroffenen. In der therapeutischen Realität überlappen sich die Stationen natürlich und es gibt „Sprünge“ dazwischen. Oft kommen die Betroffenen ja auch nicht akut und in der ersten Phase in die Therapie oder überhaupt wegen der traumatischen Extremerfahrung, die vielleicht schon lange zurückliegt, sondern wegen anderer Schwierigkeiten, bei denen das Trauma als pathogene Ursache verkannt wird.

Die 1. Station: Sicherheit

Vieles, was in dieser Phase geschieht oder therapeutisch geschehen sollte, wurde bereits unter „Akutintervention“ dargestellt, allerdings kann aber die erste Phase in der Therapie posttraumatisch Leidender sehr lange dauern. Wie beschrieben, ist Fragmentierung und Dissoziation das wesentliche Kennzeichen der posttraumatischen Belastungsstörung und für den destrukturierten Zustand des/der Betroffenen ist zunächst das Herstellen der äußeren und inneren Sicherheit vorrangig, die Stärkung des Ich, das Erleben der eigenen Kompetenz, von Autonomie und Kontrolle, die sie/ihn aus ihrer/seiner Ohnmacht und Defensivität herausführen. In diese Phase gehört auch die Aufklärung über Wesen, Begleiterscheinungen und Verlauf der PTBS, gegebenenfalls die Sorge für praktische Bedürfnisse wie Ruhe und Erholung in einer sicheren Umgebung, sowie der Einbezug des sozialen Bezugsfeldes des Opfers in die Behandlung.

Für den/die Betroffenen(n) sind Ich-stützende Formen der Therapie indiziert, die lösungsorientiert sind und nicht fokussiert am traumatischen Geschehen. Das bedeutet, dass mit den Ressourcen und Stärken des/der PatientIn gearbeitet wird, dass diese auch aktiv unterstützt und verstärkt werden, z. B. indem man dem/der PatientIn eigenes therapeutisches „Werkzeug“ wie z. B. einfache Körper-, Atem- oder visuelle Methoden an die Hand gibt.

Es ist zunächst auch wichtig, die Abwehr zu unterstützen und zu stärken, um innere Überflutungen durch das Erlebte zu vermeiden, denen das Ich noch nicht gewachsen wäre. Anders als dann in der nächsten Phase des Prozesses sollten solch aufbrechende Überflutungen therapeutisch „abgeblockt“ werden, z. B. durch dissoziative Techniken. Es versteht sich, dass regressionsfördernde Interventionen, assoziative Verfahren, sowie der Gedanke, das Trauma müsse so schnell als möglich „erinnert, wiederholt und durchgearbeitet“ werden, an dieser Stelle kontraindiziert sind und sich gegebenenfalls retraumatisierend auswirken.

Die 2. Station: Erinnern und Trauern

Erst wenn eine ausreichende Ich-Stabilität erreicht worden ist, kommt die Zeit für die Konfrontation, die Exploration und Rekonstruktion des Traumas, die Phase des Erinnerns und des „Durcharbeitens“, des damit verbundenen Trauerns um die vielen Verluste.

Was geschehen ist, wird aufgedeckt und konfrontiert, die intensiven und schmerzhaften Gefühle von Angst, Ohnmacht, Ekel und Wut können jetzt zugelassen und

anerkannt werden. Die Fragmente von Erinnerung, Wissen und Gefühl werden zusammengefügt, das Abgespaltene wieder angeeignet, bis eine zusammenhängende Geschichte entsteht, die der/die Betroffene erzählen kann, ohne seine/ihre Gefühle abspalten zu müssen oder von ihnen überwältigt zu werden. Das Geschehene in Worte, in einen Rahmen fassen zu können, hilft, die Übermacht des Unvorstellbaren, das geschah, zu bannen. Das Verlorene an Idealen, an Beziehungen, an Vertrauen in sich und die Welt werden betrauert, und der/die Betroffene kann allmählich bewusst den verletzten Teil als zu sich und seiner/ihrer Lebensgeschichte gehörig annehmen. In diesem Prozess macht es die gewonnene Ich-Stabilität möglich, vermehrt auch konfrontativ-aufdeckende, mit Widerständen arbeitende Möglichkeiten der therapeutischen Intervention einzusetzen.

Die 3. Station: Wiederanknüpfung

Kann das Trauma solcherart in die Lebensgeschichte integriert werden, kommt die Phase einer neuen Auseinandersetzung mit der eigenen Identität, der Neubewertung von Prioritäten und Lebenszielen, der Wiederanknüpfung an das „normale Leben“. Neue Erfahrungen werden erprobt, Beziehungen (wieder-)hergestellt, wobei es therapeutische Aufgabe ist, die Wünsche des/der Betroffenen zu erforschen und ihre/seine Eigeninitiative zu fördern. Hier ist aber auch die Rückfallprävention wichtig, weil es gerade in der Phase der Wiederanknüpfung wieder zu unerwarteten „Rückfällen“ kommen kann.

In die Zeit der Wiederanknüpfung fällt auch eine wichtige Entscheidung, nämlich die darüber, welche Einstellung der/die Leidende der traumatischen Erfahrung gegenüber einnehmen will oder kann, und den Platz, den sie im Leben zugewiesen bekommt. In der therapeutischen Arbeit mit Bedeutungszuschreibungen geht es darum, ob die Verinnerlichung der Opferrolle, die Identifikation mit dem Opfer-Status abgelegt werden kann, oder ob der/die Betroffene in seinem/ihrer Selbstverständnis vom Opfer zum „Überlebenden“ wird, der/die trotz des Leidens ihr/sein Leben auf eine neue Grundlage stellen kann.

Integration des Traumas

Ist die Bewältigung oder Heilung posttraumatischer Leiden überhaupt möglich? Warum überwindet jemand das traumatische Geschehen und kann in die Zukunft schauen, während jemand anderer Gefangener seiner traumatischen Vergangenheit bleibt? Solche Rätsel können wohl nicht vollständig gelöst werden, aber es haben sich doch einige Faktoren herauskristallisiert, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind.

War das traumatische Geschehen einmalig oder handelt es sich um ein Langzeittrauma, betrifft es, wie bei Kindern, die gesamte Identitätsbildung? Welche psychischen Strukturen konnten bereits aufgebaut werden, welche Selbst- und Objektbeziehungserfahrungen wurden gemacht, wurden frühere traumatische Erfahrungen erfolgreich bewältigt? Wie stark trägt das soziale

Netz und wie groß ist die Unterstützung durch die Gesellschaft? – solche Fragen sind dabei sicher Anhaltspunkte.

Als besonders zentral für eine größere psychisch-physische Überlebensfähigkeit und die Verarbeitung des traumatischen Leidens hat sich aber der Faktor erwiesen, ob der/die Betroffene diesem Leiden Bedeutung und Sinn für seinen/ihren persönlichen Lebenszusammenhang geben kann. Dies ist nicht zu verwechseln mit der Sinnlosigkeit der erlebten Gewalttat. Diese bleibt objektiv grausam und sinnlos, aber die Erfahrung ist nicht identisch mit der Bedeutung, die man ihr gibt.

Bedeutung kann darin liegen, im Trauma einen persönlichen Sinn zu erkennen, indem die/der posttraumatisch Leidende z. B. an Stärke, Kompetenz oder Reife gewonnen hat.

Ein stabiles inneres Wertgefüge wirkt helfend und heilend, etwas, was therapeutisch nicht erzeugt, aber genutzt werden kann.

So wurde in Untersuchungen festgestellt, dass z. B. „der religiöse Glaube ... dem Leiden einen Sinn verleiht und Bewältigungsstrategien möglich macht, die nicht in das übliche Stress-Reaktions-Paradigma fallen“ (Wirtz und Zöbeli, 1995).

Es muss nicht ein religiöser Glaube sein – jede Art von lebendigem überpersönlichen Wertgefüge ethischer, politischer oder spiritueller Natur kann ein starker Boden sein, der auch angesichts von Extremsituationen trägt. Überraschend viele traumatisierte Menschen finden aus ihrer Erfahrung heraus zu einer heilenden Aktivität, einer Aufgabe, die auch sozialen Sinn macht. Sie werden sich der politischen oder religiösen Dimension ihres Schicksals bewusst und erfahren einen Sinn ihrer Erfahrung, indem sie in diesem Bewusstsein gesellschaftlich aktiv werden. Dennoch bleibt: wer missbraucht und misshandelt wurde, bleibt missbraucht und misshandelt, wer gefoltert wurde, bleibt gefoltert.

Die „Narben der Gewalt“ bleiben – Psychologie und Psychotherapie können jedoch einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass Opfer zu „Überlebenden“ werden und eine zutiefst zerstörerische Erfahrung sich nicht chronisch lebensbehindernd auswirkt.

Anhang: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV (1994) (nach Fischer und Riedesser, 1998)

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. *Beachte:* Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

1. Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. *Beachte:* Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. *Beachte:* Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten
3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). *Beachte:* Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
4. Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
5. Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

1. Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.
2. Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen.
3. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.
4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.

6. Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).
7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
3. Konzentrationsschwierigkeiten,
4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
5. übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob

akut: wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern;

chronisch: wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob

mit verzögertem Beginn: wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Literatur

- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München
Lewis-Herman J (1993) Die Narben der Gewalt. Kindler, München
Wirtz U, Zöbeli J (1995) Hunger nach Sinn. Kreuz, Zürich

Korrespondenz: Gaby Gschwend, Kurhausstrasse 5, CH- 8032 Zürich, Schweiz.