

FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg

WENN ERINNERUNGEN ZUR QUAL WERDEN

Posttraumatische Belastungsstörungen

Hier und jetzt –
Das ungewollte Wiedererleben

Traumatherapie unterm Mangobaum

PTBS –
Modediagnose oder Krankheit?





Wenn Erinnerungen zur Qual werden

- 4 _ Wie gehen Sie mit Belastungen um?
 - 6 _ Hier und jetzt
 - 12 _ Zahlen, Daten, Fakten.
 - 13 _ Von Hysterie und Kriegszitterern zur Posttraumatischen Belastungsstörung
 - 14 _ Wenn das Schlimmste geheim bleiben muss
 - 16 _ Modediagnose oder Erkrankung?
 - 18 _ Ein Gefühl von Sicherheit
 - 20 _ Zuflucht im Alkohol
 - 22 _ Deshalb bin ich der Mensch, der ich bin
 - 24 _ Mit der Seele gemalt
 - 27 _ Traumatherapie unterm Mangobaum
 - 30 _ Das stille Leiden
 - 32 _ Wenn Wahrnehmungen zerreißen
 - 34 _ Literatur- und Filmempfehlungen
 - 36 _ Die Erinnerung des Körpers
 - 38 _ Traumaambulanz Reutlingen
 - 39 _ Manche Einsätze lassen einen lange nicht los
 - 42 _ Information, Beratung, Kontakt
 - 43 _ Qualität ist Ansichtssache
- Impressum



6 _ Hier und jetzt
Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen werden längst vergangene Geschehnisse unerwartet wiedererlebt.



16 _ Modediagnose oder Erkrankung?
Prof. Dr. Tilman Steinert über Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik Posttraumatischer Belastungsstörungen.

27 _ Traumatherapie unterm Mangobaum
Dr. Ulrike Amann, Diplompädagogin im ZfP Südwürttemberg, hat erlebt, wie die Traumata der Bevölkerung in Uganda aufgearbeitet werden.





Schicksalsschläge und belastende Situationen müssen wir im Leben wohl alle meistern. Wir ärgern uns, trauern, sind vielleicht eine Zeit lang niedergeschlagen. Mit der Zeit legen sich die Gefühle, wir haben es überstanden. Dann ist man wieder ganz „die Alte“ oder sogar durch das Erlebnis noch etwas reifer und stärker geworden. Doch wann werden schlimme und traurige Erlebnisse zur Qual? Wann sind diese nicht mehr zu bewältigen? Und machen uns nicht mehr stärker, sondern lasten auf uns und holen uns immer wieder ein?

Das Redaktionsteam hat für diese Facetten-Ausgabe mit Menschen gesprochen, die Furchtbares erlebt haben – Geschichten, die einem nahegehen. Aber auch mit jenen, die diesen Menschen helfen und sich Tag für Tag mit traumatischen Erlebnissen auseinandersetzen. Was sie uns erzählt haben und wie mit traumatischen Erlebnissen umgegangen werden kann, lesen Sie auf den folgenden Seiten.

Rieke Mitrenga

Wie gehen Sie mit Belastungen um?

Belastende Ereignisse oder Schicksalsschläge gehören zum Leben dazu. Wie geht man damit eigentlich um? Wir haben uns für Sie umgehört ...



Ich muss auf jeden Fall mit jemandem darüber reden. Das immer und immer wieder durchgehen.

Lea, Biberach



Ich hatte einen Autounfall. Zuerst habe ich das eher verdrängt. Später versuchte ich herauszufinden, wie und warum das passiert ist. Schließlich habe ich mich bewusst mit meiner Angst konfrontiert und mich wieder ins Auto gesetzt.

Sam, Bad Schussenried



Manchmal ist es das Beste, das Ganze erst einmal sacken zu lassen, mal drüber schlafen. Oft sieht die Situation am nächsten Tag schon gar nicht mehr so düster aus.

Martha (32), Berlin



Viel reden hilft immer, um Probleme zu lösen.

Ismail, Bad Schussenried



Ich versuche mich abzulenken. Meist wird's eine Kneiptour oder Zockernacht mit den Kumpels.

Gordon (22), Ravensburg





Wenn mich etwas belastet oder ich Probleme habe, spreche ich viel darüber mit Menschen, die mir nahe liegen.

Michael, Düsseldorf



Sport hilft immer. Wenn mich etwas belastet, laufe ich fast die doppelte Strecke beim Joggen. Danach fühle ich mich besser.

Anja (28), Magdeburg



Ich bin mehr der Typ, der sich ins stille Kämmerchen zurückzieht und das dann alles gut mit sich selber ausmachen kann.

Elke, Bad Schussenried



Meine beste Freundin ist immer für mich da, wenn etwas schief läuft. Eine Flasche Wein, ganz viel Süßes und dann quatschen wir die ganze Nacht durch.

Clara (18), Bad Saulgau



Schokolade, die Lösung für alles.



Susanne (20), Ravensburg



Ich finde es dann wichtig, sich selbst etwas Gutes zu tun, Essen gehen im Lieblingsrestaurant oder einen Tag in der Sauna.

Margot (62), Hannover



Ich brauche etwas Zeit für mich. Wenn möglich, fahre ich mit dem Segelboot raus. Da kann ich nachdenken und die Seele baumeln lassen.

Peter (45), Hannover



Hier und jetzt

Das ungewollte Wiedererleben

Stellen Sie sich vor, Sie träumen. Sie hören Reifen quietschen, spüren die Hitze auf Ihrer Haut und riechen verbranntes Fleisch. Es fühlt sich real an, als ob es jetzt gerade passiert. Bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann ein längst vergangenes traumatisches Geschehnis unerwartet wiedererlebt werden. Dabei wissen Betroffene oft nicht, wie ihnen geschieht.



Mehr als die Hälfte aller Menschen ist im Laufe ihres Lebens mindestens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt. Das bedeutet: Es ist wahrscheinlicher, ein Trauma zu erleben, als davon verschont zu bleiben. Gemeint sind außergewöhnliche Ereignisse, die als extrem belastend, katastrophal oder die Existenz gefährdend erlebt werden. „Die meisten Menschen bewältigen solche Erfahrungen erfolgreich“, berichten Dr. Berthold Müller und Dr. Joachim Hartmann, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im SINOVA-Verbund des ZfP Südwürttemberg. Das funktioniert aber nicht immer.

Insbesondere mehrfach erfahrene lebensbedrohliche Situationen, gewalttätige Übergriffe oder Vernachlässigung, vor allem bei Kindern, können schwere seelische Schäden hervorrufen. Dabei spielt die Art des Traumas eine wichtige Rolle. Passiert etwas unerwartet und unmittelbar als einmaliges Ereignis, wie beispielweise ein Unfall? Oder wird das Ereignis, zum Beispiel der Suizid eines nahen Angehörigen, indirekt erlebt? Schwerwiegendere Folgen entstehen meist, wenn der Betroffene dem Trauma dauerhaft ausgesetzt ist, sei es bei jahrelangem Missbrauch oder in Gefangenschaft als Geisel. Unterschieden wird auch, ob das Trauma durch menschliche Willkür verursacht ist, wie Missbrauch oder Vergewaltigung oder ob es sich um ein Naturereignis handelt, wie ein Tsunami oder ein Erdbeben. „Solche traumatischen Erfahrungen rufen Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht, des Kontrollverlusts und der Verzweiflung hervor“, wissen die Experten Müller und Hartmann.



Ein einmalig und unerwartet erlebtes Trauma, wie ein Autounfall, kann mit der Zeit oft von selbst bewältigt werden.

Belastungen nach einem Trauma

Im ICD10, dem internationalen Klassifikationsschlüssel der Krankheiten, sind drei Traumafolgestörungen beschrieben. Eine akute Belastungsreaktion beginnt unmittelbar nach dem auslösenden Ereignis. Wer darunter leidet, fühlt sich oft leer und betäubt, zieht sich sozial zurück oder ist überaktiv und panisch. Die Symptome bilden sich meistens innerhalb von drei Tagen wieder zurück. Eine Anpassungsstörung beginnt innerhalb eines Monats nach dem auslösenden Ereignis. Sie äußert sich durch Angst und Gefühle von Überforderung und Hilflosigkeit bis hin zu körperlichen Störungen wie Schmerzen in den Beinen. Wer an einer Anpassungsstörung leidet, fühlt sich oft betrübt und pessimistisch, manchmal auch verbunden mit Suizidgedanken. Meistens hält ein solcher Zustand aber nicht länger als ein halbes Jahr an.

» —————
Die wohl bekannteste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).
«

Im Gegensatz zu einer akuten Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung kann die PTBS unbehandelt ein ganzes Leben andauern. Die Symptome sind auch hier vielfältig, erklärt Müller: „Das kommt ganz auf den Menschen an – die ganze Palette menschlicher Emotionen können Ausdruck einer PTBS sein.“ Ängste, Depression, Alpträume, emotionale Abstumpfung oder Überreaktionen, auch körperliche



Reaktionen könnten ein Bewältigungsversuch sein. Ein weiterer Hinweis auf ein unverarbeitetes Trauma sind Nachhallerinnerungen, sogenannte Flashbacks. Die wohl bekannteste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Auf einmal ist alles wieder da

Ein auslösender Reiz genügt und das damalige Erlebnis wird in Gedanken wiedererlebt. Alle Sinneseindrücke, wie Gerüche und Bilder, auch die Gefühle sind wieder gegenwärtig. Hartmann beschreibt: „Es ist, als ob es jetzt grade passiert. Wie wenn Sie nachts träumen und das Geträumte dabei als völlig real empfinden.“ Der Reiz, der einen Flashback auslöst, wird als Trigger bezeichnet. „Für jemanden, der einen Tsunami miterlebt hat, fast ertrunken wäre oder anderen dabei zusehen musste, könnte das Trinken aus einer Wasserflasche ein Trigger sein, einen Flashback auslösen und die damalige Situation zur Gegenwart werden lassen“, erklärt Müller. Auch Reize wie Gerüche können solche Erinnerungen auslösen. Eine Frau, die früher vergewaltigt wurde, hört einen älteren Mann beim Joggen schwer atmen – ebenfalls ein möglicher Trigger. Solche Reize können weder aus der Welt geschaffen noch vermieden werden. „Zudem weiß die Person nicht, wie ihr geschieht, sie kann es nicht zuordnen und bewerten“, berichtet Müller. Hartmann ergänzt: „Sie kommen sich in diesen Situationen fremd vor und stellen sich selbst in Frage.“



*Wer dem Trauma dauerhaft
ausgesetzt ist, weil er in
einem Kriegsgebiet lebt oder
in Gefangenschaft als Geisel,
kann schwerwiegende Folgen
davon tragen.*



Flashbacks und Trigger lassen sich gut an dem Modell
des heißen und kalten Gedächtnisses erklären.



So speichern wir unsere Sinneseindrücke – also Bilder oder Geräusche – zusammen mit Gedanken und Gefühlen an einem Ort im Gehirn ab: im sogenannten heißen Gedächtnis. Informationen wie Zeit und Ort werden dagegen im kalten Gedächtnis gespeichert. Eine vergangene Erfahrung kann nur dann zur Erinnerung werden, wenn sie zeitlich auch so verortet abgespeichert wird. Gelingt dies nicht, bleibt das Ereignis gegenwärtig. Es ist das heiße Gedächtnis, welches durch einen Trigger aktiviert wird und die vergangenen Ereignisse wieder hervorruft. Flashbacks und Trigger lassen sich gut an dem Modell des heißen und kalten Gedächtnisses erklären.



Ein einziges Trauma macht noch keine Erkrankung

Bei Menschen, die Opfer einer Vergewaltigung wurden, kommt es sehr häufig zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Etwa 55 bis 80 Prozent sind betroffen. Beim Erleben einer Naturkatastrophe hingegen entwickeln nur 5 Prozent der Betroffenen eine PTBS. „Ein Erdbeben wird nicht so schlimm bewertet, weil die Menschen, die in gefährdeten Gebieten leben, sich auf ein solches Ereignis eingestellt haben“, erläutert Müller. Anders wie beispielsweise bei den Terroranschlägen des 11. Septembers. Hier hatten sich die Menschen in Sicherheit gewöhnt. Hartmann nennt einen weiteren wichtigen Aspekt: „Je größer der Faktor Mensch, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer PTBS.“ Noch schlimmer sind die Auswirkungen, wenn es innerhalb der eigenen Familie passiert, man von einer Person verletzt oder gedemütigt wird, der man nahesteht und vertraut.

Ein einfaches, also einmalig erlebtes Trauma, können die meisten Menschen mit der Zeit ganz von allein bewältigen. Klingt die Beschwerden nicht ab, können diese mit professioneller Hilfe fast immer erfolgreich behandelt werden. Das liegt insbesondere daran, dass ein einziges Ereignis immer im kalten und heißen Gedächtnis gespeichert wird, sodass die Gefühle und Bilder zeitlich und räumlich verortet sind.

Anders ist es bei komplexen, vielschichtigen Traumata. Wer seit seiner Kindheit regelmäßig furchtbaren Ereignissen ausgesetzt ist oder wer in Kriegsgebieten lebt und ständiges Leid erfahren muss, dem wird es schwerfallen, Ort und Zeit den einzelnen Ereignissen zuzuordnen und im Gedächtnis als Erinnerungen abzuspeichern. Die Ereignisse vermischen sich und werden zu einer generellen gegenwärtigen Gefahr. Die Anzahl schlimmer Ereignisse ist also ausschlaggebend für das Entstehen einer PTBS. Je mehr erlebte Traumata, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Mensch bricht und traumatisiert wird. Dieses Phänomen wird als Building Block Effekt bezeichnet.

» —————
Eine gezielte Traumatherapie kann helfen, sich wieder zu stabilisieren und in den Alltag und ins Leben zurückzukehren.
————— «

Vom Opfer zum aktiven Gestalter

Wer Schreckliches erlebt hat, erinnert sich nicht gern zurück. Wer es mit einem Flashback ungewollt wiedererleben muss, hat regelrechte Angst davor. Folglich werden mögliche Auslöser gänzlich vermieden. Betroffene ziehen sich immer mehr aus dem Leben zurück. Sie suchen sich oft erst professionelle Hilfe, wenn das Leiden unerträglich und der Alltag nicht mehr zu meistern ist. Manchmal kommt eine Therapie auch aus ganz anderen Gründen zustande. Wer sich nicht erinnern will und das Trauma nicht verarbeitet hat, bringt Symptome auch nicht mit diesem in Verbindung. Der Arzt wird wegen körperlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen aufgesucht. Erst wenn nach vielfachen Tests eine körperliche Ursache ausgeschlossen werden kann, wird an psychische Ursachen gedacht und der Patient findet den Weg in die Behandlung.

Auch wenn das Erlebte nicht mehr rückgängig zu machen ist – eine gezielte Traumatherapie kann helfen, sich wieder zu stabilisieren und in den Alltag und ins Leben zurückzukehren. Bevor traumatische Erlebnisse aufgearbeitet werden können, werden die Folgen ebendieser behandelt. Es geht um Themen wie Selbstwert oder Bindungsstörungen. Zudem wird über Schuld gesprochen – über die eigene Rolle



glossar

Wasgenauisteigentlich...



Die alltäglichen Reize können Trigger sein: Das Trinken aus der Wasserflasche, das die Wellen des Tsunamis wieder spüren lässt, der beim Joggen schwer atmende Mann, der Erinnerungen an die Vergewaltigung hervorruft oder das laute Knallen der Silvesterraketen, das der Kriegsheimkehrer nicht mehr ertragen kann.

als Opfer und die des Täters. Anstatt in der Opferrolle des Fehlverhaltens anderer zu verharren, sollen Betroffene lernen, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. Müller betont, wie wichtig es sei, dass Betroffene Verantwortung übernehmen. Ihnen müsse klar sein: „Mir ist das passiert. Jetzt habe ich das Problem. Darüber, wie es jetzt weitergeht, entscheide ich.“ Hartmann ergänzt: „Wenn die Bereitschaft da ist, mit den eigenen Möglichkeiten zur Gesundung beizutragen, können aktive Schritte zur Bewältigung erfolgen.“ Nur dann können die traumatischen Ereignisse verarbeitet und in das eigene Leben integriert werden, so dass sie die Lebensqualität nicht mehr beeinträchtigen und wieder befriedigende Zukunftsperspektiven entwickelt werden können.

Text: Rieke Mitrenga – Fotos: istock, Pixabay



— Trauma

Der Begriff „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Verletzung“. Traumata sind Ereignisse außergewöhnlichen Ausmaßes, die als extrem belastend, katastrophal oder die Existenz gefährdend erlebt werden. Das können schwere Unfälle, Erkrankungen und Naturkatastrophen oder Erfahrungen erheblicher psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt sowie schwere Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen sein.

— Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Traumatische Erlebnisse können extremen Stress und Gefühle der Hilflosigkeit und des Entsetzens auslösen. Wenn das Bewältigungssystem eines Menschen damit überfordert ist, kann eine Traumafolgestörung entstehen. Im Gegensatz zu einer akuten Belastungsstörung oder einer Anpassungsstörung kann eine PTBS auch lange nach dem traumatischen Ereignis auftreten und monate- oder jahrelang anhalten. Gekennzeichnet ist eine PTBS durch Ängste, emotionale Abstumpfung oder depressive Zustände sowie sich aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis.

— Flashback

Die aufdrängenden Erinnerungen werden auch als Flashbacks bezeichnet. Das damalige Erlebnis wird in Gedanken wiedererlebt. Bilder, Gefühle sogar Gerüche werden bei einem Flashback wahrgenommen. Das Erlebnis wird nicht als Erinnerung, sondern als unmittelbar erlebt.

— Trigger

Der Reiz, der einen Flashback auslöst wird als Trigger bezeichnet. Trigger stehen mit gewissen Aspekten des Traumas in Verbindung oder ähneln diesen, wie bestimmte Situationen, Gegenstände oder Geräusche, Gerüche und Empfindungen.

Zahlen, Daten, Fakten.



In der US-Armee geht man davon aus, dass jeder fünfte Soldat, der in Afghanistan oder im Irak kämpfte, Symptome des „Rückkehrer-Traumas“ zeigt.

Die Häufigkeit der Entstehung einer PTBS nach einer Vergewaltigung liegt bei

55–80 %

nach der Diagnose Krebs bei **10–20 %**

nach einem Unfall bei

8 %

und nach dem Erleben einer Naturkatastrophe bei

5 %


Bei Flüchtlingen und Asylbewerbern ist die Rate für PTBS im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung **um das Zehnfache** erhöht.

F 43.1

– dieser Code steht im Internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten, dem ICD10, für die Posttraumatische Belastungsstörung.


Die wissenschaftlichen Forschungen zu den Folgen von Extrembelastungen reichen mehr als 150 Jahre zurück.

1867 ———→ 2017

In Europa ist jeder Zweite  mindestens einmal im Leben einem Ereignis ausgesetzt, das Monate oder gar Jahre danach eine chronische PTBS auslösen kann. In den USA liegt die Rate sogar bei über

80 %.

Bei Männern  wird PTBS am häufigsten **zwischen 41 und 45 Jahren** diagnostiziert;

bei Frauen  liegt die kritische Phase **zwischen 51 und 55 Jahren**.

Dabei erkranken Frauen insgesamt **zwei Mal so häufig** wie Männer.

Von Hysterie und Kriegszitterern zur Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Geschichte einer Diagnose

Das Erleben traumatischer Ereignisse ist so alt wie die Menschheit. Doch erst vor 37 Jahren wurde die Posttraumatische Belastungsstörung in das amerikanische Diagnosemanual aufgenommen. Die Entwicklung bis zum heutigen state of the art war von zahlreichen Diskussionen geprägt.

Die Folgen von Kriegstraumata wurden schon von Homer in der Ilias geschildert. Lange Zeit blieb es bei der Beschreibung der Symptome, die heute als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bekannt sind. Seit den 1860er Jahren wurden unterschiedlichste Konzepte und Ideen unter dem Begriff Trauma entwickelt. Dies wird in den zahlreichen Bezeichnungen deutlich, die im Zusammenhang mit psychischer Traumatisierung benutzt wurden. Zum Beispiel die „Railway-Spine“: Eine Bezeichnung für Folgen von Eisenbahnglücken zur Zeit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Traumatisierung von Kindern ging ursprünglich von Gerichtsmedizinern aus, bereits Mitte des 19. Jahrhunderts. Aus dieser Tradition heraus interpretierte Freud die Hysterie 1896 als Folge von sexuellem Missbrauch im Kindesalter. „Die Geschichte der Traumabehandlung ist eng mit der Geschichte der Hysterie verbunden“, erklärt Dr. Stefan Tschöke, therapeutischer Stationsleiter in der Allgemeinpsychiatrie des ZFP Südwürttemberg in Weissenau.

Können traumatische Erlebnisse eine Störung hervorrufen? Wirkt sich das Trauma auf die Seele aus oder wirkt es auf den Körper, so dass Symptome Ausdruck einer organischen Störung sind? Die öffentliche Diskussion über Traumafolgen flammte insbesondere zur Zeit des Ersten Weltkrieges auf. Die überlebenden Soldaten wurden als „Kriegszitterer“ bezeichnet. Die Diagnosen lauteten „Granatenschock“ oder „Schütteltremor“ – mit eindeutigen Symptomen einer PTBS. Die Ursache war dagegen strittig. Sind ins Hirn gelangte Granatsplitter verantwortlich? Oder sind die Symptome nur vorgetäuscht, um Entschädigungszahlungen zu erlangen?

Im Laufe des Jahrhunderts folgten zahlreiche Diagnosen und Erklärungsversuche. Die Kriegsheimkehrer nach dem zweiten Weltkrieg hatten das „Survivor-Syndrom“. „KZ-Syndrom“ lautete die Diagnose bei Überlebenden des Holocaust. Unter dem „Post-Vietnam-Syndrom“ litten überlebende Soldaten des Vietnamkriegs. Dieser führte auch zu genaueren Untersuchungen des Störungsbildes.

1980 wurde die PTBS in das amerikanische Diagnosehandbuch „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-III) aufgenommen und damit offiziell anerkannt. Seitdem erlebte die Diagnose weiteren „Aufschwung“ – rasant stieg die Anzahl an Beiträgen, wissenschaftlichen Untersuchungen und Diskussionen um Therapiemöglichkeiten. Tschöke ergänzt: „Auch heute werden die psychischen Folgen von Traumatisierung immer noch kontrovers diskutiert. In der 2013 erschienenen 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen wird die PTBS gemeinsam mit der akuten Belastungsstörung und den Anpassungsstörungen in einem neuen Kapitel aufgeführt.“

Text: Rieke Mitrenga

1860

Unter dem Begriff Trauma werden unterschiedlichste Konzepte und Ideen entwickelt.

1889

„Aus den körperlichen Veränderungen heraus entwickeln sich seelische Symptome“ – Der Forscher Hermann Oppenheim formuliert als erster eine traumatische Neurose.

1916

Im Ersten Weltkrieg leiden zahlreiche Soldaten unter einer seltenen Symptomatik – einem unstillbaren Zittern. Hieraus entstand die Bezeichnung „Kriegszitterer“.

1980

Die PTBS wird in das amerikanische Diagnosehandbuch „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-III) aufgenommen und damit offiziell anerkannt.

PS St

Wenn das Schlimmste geheim bleiben muss

Wie emotional verwirrend muss es für ein Kind sein, wenn der Onkel, der Stiefvater oder sogar der eigene Vater ihm weh tut oder es sexuell missbraucht. Es kann die Übergriffe weder einordnen noch begreifen, ist seinem Peiniger schutzlos ausgeliefert. Die Opfer schweigen oft Jahre, manchmal ihr ganzes Leben. Entweder weil sie sich schämen oder weil sie die Beziehung zum Täter nicht gefährden wollen. Und manchmal, weil ihnen keiner glaubt und sie keine Unterstützung finden. „Ich kenne das“, sagt Johann P.*

Angefangen hat es als er sechs Jahre alt war. Da wurde Johann P. das erste Mal von seinem Onkel sexuell missbraucht. Immer wieder, bis er zwölf wurde. Er wuchs gemeinsam mit fünf Geschwistern bei seinen Eltern auf. Der Onkel wohnte in der Nachbarschaft. Er stand Johanns Familie sehr nahe, besuchte sie häufig. „Am Anfang habe ich nicht gewusst, was er da macht, was das ist – ich war beschämt und hilflos“, erinnert sich Johann P.. Mit der Zeit merkte der Junge, dass das Verhalten seines Onkels nicht richtig ist. Doch er erzählte es niemandem. Er hatte Angst, dass sein Vater den Onkel umbringen und im Gefängnis landen würde – er ohne Vater aufwachsen müsste. Er hatte auch Angst, dass man ihm nicht glauben würde.

Er sei ein eher freches, aufgewecktes Kind gewesen, sagt der 37-Jährige. Oft hätten seine Eltern ihm nicht geglaubt, auch bei ganz alltäglichen Dingen. Sein Onkel redete ihm ein, dass er als Lügner dastehen würde, sollte er sein Schweigen brechen. Er schwieg. Mit zwölf unternahm er einen Selbstmordversuch. Er wurde gerettet. Johann P. erinnert sich: „Die anderen haben das als Unfall wahrgenommen – ich habe nichts gesagt.“

„Meine Kindheit und Jugend sind an mir vorbeigerauscht.“

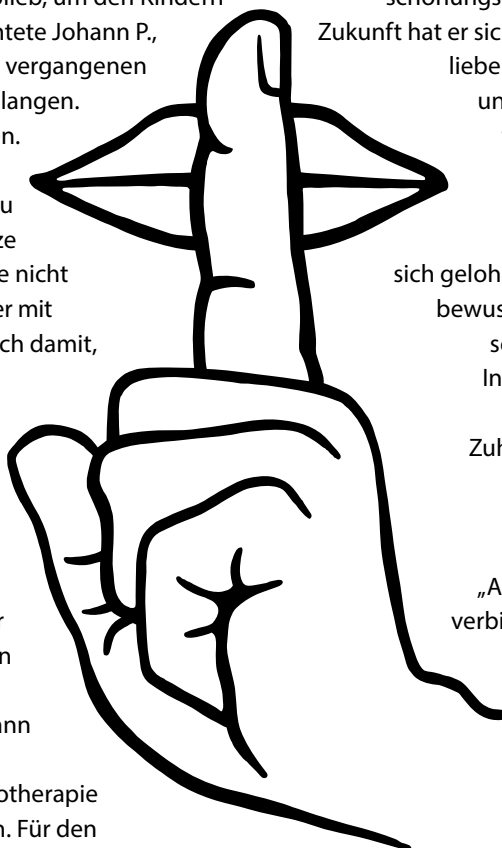
„Ich wurde zu einer Art Übermensch“, berichtet Johann P. Die darauffolgenden Jahre waren vor allem geprägt durch eines: Leistung. Der Jugendliche wollte sich nicht unterkriegen lassen. Dann weitere Schicksalsschläge. Seine jüngere Schwester starb. Johann war dabei, hielt sie in seinen Armen. Sechs Wochen später starben zwei Geschwister bei einem Autounfall. Johann P. musste die Leichen identifizieren, weil die Mutter im Koma lag. Sein Vater erlitt einen Herzinfarkt. Der Jugendliche fühlte sich für seine Familie verantwortlich. Er musste funktionieren, sich nicht um sich selbst, sondern um sie kümmern. Das tat Johann P., mit all seinen Kräften. Doch den jungen Mann plagten Alpträume. Nachts konnte er oft nicht schlafen, tagsüber fühlte er sich ausgelaugt. Meist wollte er allein sein. Seine zwei Geschwister deuteten Johanns Verhalten anders als er es erwartet hatte. Sie bezeichneten ihn als egoistisch, er würde sich für etwas Besseres halten. „Das war schmerzhaft. Da war keine Anerkennung. Egal was ich gemeistert hatte, alles war selbstverständlich.“ Johann P. wurde noch härter mit sich selbst. Er musste funktionieren. Er schloss ein Studium ab, entwickelte sich beruflich stets weiter. Mit 27 wurde er Geschäftsführer bei einem internationalen Konzern.

Mit 24 heiratete Johann P. die Frau, die er liebte. Er hatte das Gefühl, angekommen zu sein. Ein paar Jahre vergingen. Das Paar bekam zwei Kinder, baute ein Haus. „Ich habe immer alles dafür gegeben, dass es meiner Frau und meinen Kindern an nichts fehlt“, erzählt er. Mit 30 Jahren gründete er seine eigene Firma. Drei Jahre später „ging nichts mehr“. Johann P. musste seine Arbeit niederlegen und seine Firma verkaufen. Die Beziehung zu seiner Frau hatte unter der vielen Arbeit gelitten. Seine Albträume wurden schlimmer, er konnte die Berührung seiner Frau kaum ertragen. Sie wurde immer eifersüchtiger, es kam oft zum Streit. Das belastete seine instabile Seele zunehmend. Er blieb, um den Kindern die Trennung zu ersparen. Erneut flüchtete Johann P., diesmal in ein zweites Studium. In den vergangenen vier Jahren änderte er sich in vielen Belangen. Seine Ehe konnte nicht weiter bestehen. „Ich will keine Lügen mehr, mich nicht mehr verstellen. Ich will meiner Ehefrau nicht wehtun – ich liebe sie und schätze sie als Mensch, aber ich kann ihre Liebe nicht erwidern.“ Bei einer Scheidung würde er mit den Konsequenzen leben müssen – auch damit, von der Familie verstoßen zu werden. Das belastete Johann P..

Vor drei Monaten brach Johann P. sein Schweigen. Er erzählte zum ersten Mal von dem Missbrauch durch seinen Onkel. Seine Geschwister glaubten ihm anfangs nicht. „Sie haben damals gezweifelt und bis heute bin ich mir nicht sicher.“ Kurz danach begann er eine Therapie in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten. Für den 37-Jährigen war das eine Blamage. Er war es gewohnt, immer alles unter Kontrolle zu haben: „Ich habe mich klein, verletzt und wertlos gefühlt. Alles was ich aufgebaut hatte, war mit einem Schlag kaputt.“ Andererseits wollte Johann P. nicht mehr schweigen. „Ich wollte, dass mein Leben mir gehört und für dieses Leben Anerkennung bekommen.“

Seine Geschwister machten ihm Vorwürfe, seine Albträume wurden schlimmer. In der Klinik versuchte Johann P. schließlich erneut, sich das Leben zu nehmen. „Ich sah keinen Ausweg und keine Hoffnung für mich. Doch ich hatte meiner Ehefrau versprochen am Leben zu bleiben.“ Es blieb bei dem Versuch und einem Abschiedsbrief an seine Kinder. Johann P. entschied sich, ein neues Leben anzufangen.

Die Zeit in der Klinik habe ihm gut getan. So konnte er Abstand von allem gewinnen. „Dennoch ist es knochenharte Arbeit, an sich selbst zu arbeiten“, sagt Johann P.. „Man muss schonungslos sein, dann gelingt es einem.“ Für die Zukunft hat er sich viel vorgenommen: „Ich möchte mich lieben lernen, auch mal schwach sein dürfen und die Leichtigkeit und Freude im Leben wiederentdecken.“ Es erforderte seinen ganzen Mut, sich bemerkbar zu machen und den Missbrauch nicht weiter zu verheimlichen. Doch es hat sich gelohnt, ist Johann P. überzeugt. „Mir ist jetzt bewusst, dass ich kein schlimmer Mensch bin, sondern mir Schlimmes widerfahren ist.“ In ein paar Tagen hat der 37-Jährige seine Therapie beendet. Er hofft, dass er für Zuhause ausreichend Durchhaltevermögen mitbringt. Für die Zeit wird ihm sein Lebensmantra behilflich sein: Du darfst nicht aufgeben. Johann P. schmunzelt: „Aber nicht so extrem wie früher. Nicht so verbissen und hart zu sein kann man lernen, und ich bin dabei.“ **I**



*Name von der Redaktion geändert.

Text: Rieke Mitrenga – Illustration: Zambrino

Posttraumatische Belastungsstörung:

Modediagnose oder Erkrankung?

Menschen, die etwas Schlimmes erleben – sei es als Zeuge eines Unfalls, als Opfer einer Gewalttat oder als Ersthelfer bei einer Naturkatastrophe – werden heute in der Regel psychologisch betreut. Sie sollen sich das Erlebte von der Seele reden, den Schicksalsschlag verarbeiten und somit einem Trauma vorbeugen. Aber ist das immer zu ihrem Besten?

Prof. Dr. Tilman Steinert warnt vor den Folgen vorauseilender Fürsorge.

FACETTEN: Die American Psychiatric Association meldet, dass acht Prozent aller Menschen im Laufe ihres Lebens einmal an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erkranken würden. Zeichnet sich da eine neue Volkskrankheit ab?

PROF. DR. TILMAN STEINERT: Sagen wir einmal, wir richten inzwischen mehr Aufmerksamkeit darauf. Traumatisierungen gab es schon immer. Vor allem muss man betonen, dass „traumatisiert“ keine Diagnose ist. Der natürliche und häufigste Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist, dass sie spontan innerhalb einiger Wochen und Monate wieder abklingt. Etwas einmal im Lauf des Lebens zu haben, heißt ja nicht, das dann auf Dauer zu haben. Richtig ist aber sicher, dass Fälle chronischer und schwerer PTBS früher gelegentlich nicht ausreichend erkannt wurden und dann eben unter anderen Diagnosen liefen, vermutlich auch unzureichend behandelt.

FACETTEN: Neigen wir denn dazu, den Begriff Trauma zu verallgemeinern?

STEINERT: Es gibt typische Reaktionen auf traumatische Erlebnisse mit belastenden Erinnerungen und daraus folgenden emotionalen Reaktionen, die bis zu einem gewissen Ausmaß fast jeder Mensch kennt. Aus guten Gründen bezeichnet man nicht alle derartigen Reaktionen, etwa nach einem Unfall mit einem gebrochenen Bein oder einer auseinandergelassenen Liebesbeziehung, als Posttraumatische Belastungsstörung. Man sollte keineswegs vergleichsweise alltägliche Ereignisse mit den schweren psychischen Folgen etwa von Folter oder Geiselnahme gleichstellen. Wir Psychiater arbeiten daher bei der Diagnose einer PTBS mit Schwellenwerten, etwa mit der Definition, dass das auslösende Ereignis lebensbedrohlichen Charakter gehabt haben muss.

FACETTEN: Wird die Störung zu häufig diagnostiziert? Und falls ja, was sind die Ursachen?

STEINERT: Die klinisch in Erscheinung tretenden Krankheitsbilder sind bei weniger schweren traumatischen Einwirkungen oft ähnlich. Eine „traumazentrierte Perspektive“ hat sich in vielen Fällen auch als hilfreicher Ansatz für die Therapie bewährt. An den Folgen eines Traumas zu leiden, ist eine Erklärung, die von vielen Betroffenen subjektiv gut akzeptiert werden kann. Für manche Fälle kommt hinzu, dass es die einzige psychiatrische Diagnose ist, die implizit eine klare Feststellung der Verursachung enthält. Das ist hilfreich, wenn es etwa um Haftungsansprüche oder Versicherungsfragen geht. Daher beobachtet man immer wieder einmal, dass die Diagnose vielleicht zu unkritisch gestellt wird, was zumindest dann sehr kritisch überprüft werden muss, wenn es um gutachtliche Beurteilungen geht.

FACETTEN: Im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation ist der Auslöser einer PTBS eher vage definiert, es ist von einem „Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung und katastrophentypischen Ausmaßes“ die Rede. Lässt diese Definition zu viel Interpretationsspielraum zu?

STEINERT: Diese Definition zielt darauf ab, den Schwellenwert nicht zu niedrig anzusetzen — im amerikanischen Diagnosemanual ist es vielleicht etwas präziser, da geht es um lebensbedrohliche Ereignisse. Aber auch das eröffnet eine Grauzone. Beispielsweise wurde durchaus ernsthaft diskutiert, ob das Mitansetzen der Ereignisse bei dem Terroranschlag vom 11. September im Fernsehen zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung geführt haben könnte. Mit der „außergewöhnlichen“ Bedrohung und dem „katastrophentypischen“ Ausmaß meint man jedenfalls, dass es um Ereignisse gehen muss, die deutlich außerhalb der alltäglichen Lebenserfahrung liegen.



Der natürliche und häufigste Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung ist, dass sie spontan innerhalb einiger Wochen und Monate wieder abklingt.

FACETTEN: Ist es denn zwingend erforderlich, dass Menschen, die solch eine Erfahrung gemacht haben, psychologisch betreut werden?

STEINERT: Nein, das ist es nicht. Sehr sinnvoll ist allerdings, dass die Möglichkeit dazu besteht. Erfahrungen mit dem systematischen „Debriefing“, also dem intensiven Nachbesprechen traumatischer Erlebnisse, haben keine guten Ergebnisse gezeigt. Im Durchschnitt ging es Personen, die diese psychologische Intervention erhalten hatten, bei Nachuntersuchungen einige Zeit später schlechter als denjenigen, bei denen das nicht erfolgt war. Deshalb gibt es keine Empfehlung, grundsätzlich eine psychologische Betreuung durchzuführen. Man sollte denjenigen Menschen Hilfe und Gespräche anbieten, die das möchten; wenn die Betroffenen andere Möglichkeiten für sich bevorzugen, ist das auch in Ordnung. Nahestehende Vertrauenspersonen sind eine hervorragende Alternative — wenn es sie denn gibt. Die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung beginnt typischerweise auch erst nach einer relativ unauffälligen Zeitspanne, mit einer Verzögerung von bis zu einem halben Jahr. Dann allerdings ist gezielte therapeutische Hilfe sinnvoll und wichtig.

FACETTEN: Es gibt also keine Grundregel, anhand derer sich festlegen lässt, ob jemand nach einem negativen Erlebnis Hilfe benötigt oder nicht?

STEINERT: Nein. Das hängt nicht zuletzt auch mit Persönlichkeitseigenschaften zusammen – manche Menschen neigen sehr niederschwellig dazu, um Hilfe nachzusuchen, andere wollen sich auch dann nicht helfen lassen, wenn sie es dringend nötig hätten.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk — Foto: Ernst Fessler



Prof. Dr. Tilman Steinert

ist Ärztlicher Direktor der Weissenauer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg und Leiter des Bereichs Forschung und Lehre. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist Autor zahlreicher Fachbücher und Herausgeber mehrerer psychiatrischer Fachzeitschriften.



Ein Gefühl von Sicherheit

Traumatherapie für Flüchtlinge

Die Zahlen sind erschreckend: 70 Prozent der in Deutschland lebenden Flüchtlinge wurden Zeugen von Gewalt. Mehr als die Hälfte hat sie am eigenen Leib erlebt. Dies bleibt nicht ohne Folgen. Fast ein Viertel leidet unter Posttraumatischen Belastungsstörungen. Im Reutlinger Zentrum für Migrationspsychiatrie des ZfP Südwürttemberg geht es bei der Therapie dieser Menschen vor allem um eines: Sicherheit vermitteln.

Tarik Z.* wurde in Syrien mehrere Monate in Gefangenschaft gehalten, musste endlose Verhöre und Folter über sich ergehen lassen. Mit seinem Pass, etwas Bargeld und dem Nötigsten an Kleidung machte er sich auf die Flucht. Ganz alleine. Seine beschwerliche Reise führte ihn auf dem Landweg über die Balkanroute und Österreich schließlich bis nach Deutschland, wo sein Bruder wohnt. Unterwegs erlebte er Plünderungen, erlitt Hunger und Durst, wurde beschimpft. Mit im Gepäck war die stetige Ungewissheit.

„Viele der Flüchtlinge kommen schwer traumatisiert nach Deutschland“, berichtet Dr. Imet Aslani, Leiter des Zentrums für Migrationspsychiatrie. Dort warten jedoch statt des besseren Lebens, das sie sich erhofft hatten, erst einmal jede Menge Probleme. „Diese Menschen sind in einem fremden Land, verstehen die Sprache nicht, haben sich durch traumatische Erlebnisse vielleicht auch von sich selbst entfremdet, sprich: das komplette Welt- und Selbstverständnis ist erschüttert“, beschreibt der Facharzt für Psychiatrie die schwierige Situation.

Angst und Alpträume

Nach mehr als drei Monaten hatte es Tarik Z. schließlich bis nach Passau geschafft. „Dort bekam ich ein Bett, konnte duschen und wurde mit sauberer Kleidung und Essen versorgt – ich habe mich nach langer Zeit erstmals wieder als Mensch anerkannt gefühlt“, berichtet der Syrer. Vom Auffanglager ging es für Tarik Z. weiter nach Stuttgart, zu seinem Bruder und dessen Familie. Doch obwohl er die Gefahren im Heimatland und die Strapazen der Flucht scheinbar hinter sich gelassen hatte, ging es ihm von Tag zu Tag schlechter. „Ich litt unter Angstzuständen, fühlte mich hilflos, hatte entweder Alpträume oder konnte gar nicht schlafen.“ Seine Angehörigen brachten ihn schließlich in das Zentrum für Migrationspsychiatrie.

„Wenn ein traumatisierter Mensch zu uns kommt, versuchen wir als erstes, ihm ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln“, erklärt Dr. Imet Aslani. Er und sein Team verfügen über lange

Dr. Imet Aslani und sein Team können dank interkultureller Kompetenz viele Flüchtlinge in deren Muttersprache behandeln – das schafft Vertrauen.





Sie fliehen vor dem Schrecken im eigenen Land und erleben auf der Flucht oft weitere belastende Ereignisse. Dies erhöht das Risiko, an einer PTBS zu erkranken.

Erfahrung bei der Behandlung von Menschen aus fremden Kulturen und wissen daher genau, wo sie ansetzen müssen. Dabei spielt die Sprache eine wichtige Rolle. Die Mitarbeitenden des Zentrums für Migrationspsychiatrie sprechen Albanisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, Russisch, Türkisch, Arabisch, Französisch und Englisch. „Wenn ich jemanden in seiner Muttersprache begrüßen kann und wir vor Therapiebeginn einige Worte wechseln, lockert dies die ganze Situation auf und es ist leichter, Vertrauen zu fassen“, so Aslani. Falls in einer Sprache behandelt werden soll, die keiner aus dem Team spricht, wird ein Dolmetscher hinzugezogen. „Seit einigen Wochen übersetzt ein junger Mann für uns, der selbst als Flüchtling nach Deutschland kam“, berichtet Aslani. „Mit seiner Hilfe können wir Menschen aus Afghanistan, Pakistan, dem Irak und Iran auf Pashtu, Dari und Farsi behandeln.“

Sicherheit und Ruhe

Bereits seit 2005 werden in der Einrichtung in Reutlingen Menschen mit Migrationshintergrund behandelt. Damals kamen vor allem viele Flüchtlinge aus dem Balkangebiet. Durch die langjährige Erfahrung verfügt das Team heute über hohe Fachkompetenz. „Dadurch sind wir in der Lage, auch in schwierigen Situationen Sicherheit und Ruhe ausstrahlen zu können. Das ist eine wichtige Voraussetzung, um schwer traumatisierten Menschen eine Stütze zu sein“, weiß Aslani.

In der Therapie wird das Erlebte aufgearbeitet, indem über die traumatisierenden Ereignisse gesprochen wird. „Die schrecklichen Erlebnisse sind wie ein schwerer Rucksack,

der die Betroffenen erdrückt“, erklärt der Reutlinger Psychiater. „Diese Last können wir niemandem nehmen. Aber wir können dazu beitragen, dass sie etwas leichter wird.“ Auch Medikamente helfen. Weiterhin ist es wichtig, dass die traumatisierten Menschen über die Erkrankung aufgeklärt werden. In der sogenannten Psychoedukation erfahren die Patienten, wodurch die plötzlich auftretenden Angstzustände oder Schlafstörungen ausgelöst werden und wie sie dann reagieren können. Und schließlich müssen auch die äußeren Rahmenbedingungen stimmen: Eine geregelte Wohnsituation, Arbeit und soziale Beziehungen haben erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg.

Bis heute kommt Tarik Z. zur Therapie ins Zentrum für Migrationspsychiatrie, inzwischen allerdings nur noch einmal pro Monat. Früher wurde er immer von einem Familienmitglied begleitet, heute schafft er den Weg allein. Er hat eine Stelle als Bäckermeister gefunden, ist gut in die Familie eingebunden und hat in seiner neuen Heimat erste Freundschaften geknüpft. Mit den traumatischen Ereignissen hat er bis heute zu kämpfen. „Wenn eine Tür zuschlägt, versetzt mich das Geräusch sofort ins Gefängnis zurück, die Angst ist wieder da“, sagt er. Doch dank der Therapie weiß er jetzt, wie er die Kontrolle über das Vergangene zurückerlangen kann. „Und ich kann mich endlich wieder auf die Zukunft konzentrieren.“

*Name von der Redaktion geändert.

Text: Heike Amann-Störk – Fotos: Ernst Fesseler, Pixabay



Zuflucht im Alkohol

Nicht in der erhofften Freiheit, sondern in Haft, Folter und Misshandlungen endete der Fluchtversuch von Michael F.* aus der ehemaligen DDR. Die Erinnerungen an die erlittenen Qualen betäubte er in den Jahren danach mit Alkohol, linderte damit Panikattacken und Alpträume. 30 Jahre später möchte er mit einer Therapie dem Teufelskreis aus Alkoholsucht und Trauma entkommen.

Geboren und aufgewachsen in der ehemaligen DDR, lehnt Michael F. früh das politische System ab. Als Konsequenz ist es ihm nicht erlaubt, Abitur zu machen. Er wird Elektriker, lernt seine erste Frau kennen, eine Tochter wird geboren. Die Unzufriedenheit mit dem System aber bleibt. Nach dem frühen Tod seiner Frau und abgelehnten Ausreiseanträgen beschließt er mit Anfang 20 die Flucht in den Westen zu wagen.

Folter und Misshandlungen in Haft

Sein Fluchtversuch scheitert. In Dunkelheit und absoluter Isolation verbringt er, unterbrochen von Verhören, sechs Monate in Einzelhaft. Das Schlimmste, so Michael F. rückblickend, sei die Ungewissheit gewesen, nicht zu wissen, was als nächstes geschehe und warum gerade ihm das angetan werde. Auf Schläge folgen Stromstöße, später wird ihm eine unbekannte Flüssigkeit gespritzt. Die psychische Folter kommt hinzu: Wie und wann wirkt die Spritze? Nach seiner Verurteilung erlebt Michael F. eine Scheinhinrichtung, das

Erlebnis brennt sich ihm ein. Genauso als ein Mithäftling seinen Freund vor eine Walze stößt und das Fahrzeug den Mann überrollt. Dieses Bild, so Michael F., das habe er bis heute vor Augen.

Nach einem Jahr Arbeitslager gelingt es einem Onkel, ihn freizukaufen. Michael F. kommt in den Westen. Die Haft liegt nun zurück, das Leben, so scheint es, geht aufwärts. Endlich kann er sein Abitur und alles Verpasste nachholen. Mit der zweiten Ehefrau bekommt er nochmals ein Kind, einen Sohn. Er stürzt sich in die Arbeit, beschließt, sich nicht mehr mit der Vergangenheit zu beschäftigen. Die große Einsamkeit und die quälenden, ihn immer wieder überwältigenden Erinnerungen bleiben dennoch.

Die Bilder holen ihn ein

Die Alpträume und Panikattacken sind für den Familienvater nun erträglicher mit Alkohol. Nachts sieht er dann nicht mehr das Bild des toten Freundes, hört nicht mehr die dumpfen Schläge. Zusätzlich fordert der Job viel. Ab und an, dann regelmäßig, genehmigt er sich zwei, drei Bier. Immer öfter ist er nun betrunken, immer öfter gibt es Streit mit der Ehefrau. Dennoch meint er, alles im Griff zu haben. Über die Erinnerungen zu reden gelingt ihm nicht. All das, so denkt er, könne er niemanden zumuten. Wer würde ihn schon verstehen? Wer könne das von ihm Erlebte denn nachempfinden? Und so schweigt er. Trotz einer erfolgreichen Entzugsbehandlung scheitert die Ehe. Bis der Sohn erwachsen ist, schafft es Michael F. zehn Jahre, trocken zu bleiben.

Dann der Rückfall im Gruppenurlaub. Ab da trinkt er zeitweise bis zur Bewusstlosigkeit. Er verliert seinen Job, das einzige, das ihm bis jetzt Struktur und Stabilität gegeben hatte. Mehrere Klinikaufenthalte bricht er ab oder wird wieder rückfällig, bezeichnet sich selbst als Quartalssäufer. Die Traumatisierungen bleiben unbehandelt.

„Um ein Trauma anzugehen ist es wichtig, den Patienten zunächst zu stabilisieren, da es ihm im Laufe der Therapie wieder schlechter gehen kann“, erklärt Kathrin Kranz vom ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten. Die Psychologin begleitet Michael F. bei der Narrativen Expositionstherapie. Es ist das erste Mal, dass sich der inzwischen 56-Jährige mit seinen Traumatisierungen auseinandersetzt. Kranz schreibt seine Erzählungen auf und liest sie ihm bei den nächsten Treffen vor. Ziel ist, dass Michael F. seine traumatischen Erfahrungen als normale Erinnerungen wahrnimmt und auf diese nicht mehr mit körperlichen Symptomen wie Herzklopfen oder Schweißausbrüche reagiert. Begleitend nimmt er im ZfP Angebote wie Ergotherapie, psychodynamische und suchtspezifische Gruppen wahr.

Als die Alpträume seltener werden, überlegt Michael F. wieder mehr Kontakt zu seinem Sohn zu pflegen. Ein gutes Zeichen, findet Kranz: „Der Versuch, mit Bezugspersonen über die Traumatisierungen zu sprechen, zeigt, dass die Patienten bereit sind, sich und ihre Gefühle zu öffnen.“ Auch seine jetzige Partnerin möchte Michael F. an seinen Gefühlen und Erfahrungen teilhaben lassen. Trotz des steinigen Wegs, der noch vor ihm liegt, ist er motiviert abstinenz zu bleiben und die Traumatherapie fortzuführen.

„Die große Ressource des Patienten ist, dass er eine Kindheit mit einem stabilen sozialen Umfeld gehabt hat“, erklärt Kranz. Denn die Traumatisierungen geschahen als isoliertes Erlebnis im jungen Erwachsenenalter, als die Persönlichkeit bereits gefestigt war. Das bedeute auch, dass, wenn Traumafolgestörungen wie Angstzustände und Panikattacken zurückgehen, die Prognose für Michael F. gut ist, weiter abstinenz zu bleiben. ■

*Name von der Redaktion geändert.

Text: Nicola Netzer – Fotos: Pixabay

Das Trauma als Teil des Lebens

Deshalb bin ich der Mensch, der ich bin

Auch wenn das Erlebte nicht mehr rückgängig zu machen ist – eine gezielte Traumatherapie kann helfen, in den Alltag und ins Leben zurückzukehren.

Auf dem orangefarbenen Boden liegt ein Seil, daneben ein Korb mit Steinen und Blumen. Lina W.* soll wichtige Ereignisse ihres Lebens auf die kleinen weißen Zettel schreiben. Sie notiert: Hüft-OP, Tod des Opas, Übergriff des Ex-Freundes. „Gab es auch schöne Ereignisse?“, möchte die Therapeutin wissen. Lina W. notiert: Geburt des Bruders, Einschulung, Job bei der Post. Am unteren Ende des Seils liegt ein Zettel „Meine Geburt“. Lina W. ordnet die Zettel chronologisch am Seil entlang an. Ihre Therapeutin fügt eine Blume für jedes schöne und einen Stein für jedes schlimme Ereignis dazu. Das ist es also – Linas Leben. Vor fünf Wochen begann sie ihre Therapie in der Abteilung für Psychosomatische Medizin im SINOVA-Verbund des ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten. Mit dem Legen der Lebenslinie soll es gelingen, das Trauma in ihre Lebensgeschichte zu integrieren. Natalia Petrouchina, Psychologische Psychotherapeutin in Zwiefalten, erklärt: „Die meisten Patienten haben viel Schlimmes erlebt, ohne das zuordnen zu können. Durch bestimmte Methoden bekommt ihr Leben, mit all den schlimmen, aber auch den schönen Erlebnissen wieder eine Struktur.“ Ludmilla Reimer, pflegerische Leiterin der Abteilung, ergänzt: „Betroffene müssen verstehen – auch das Trauma macht mich zu dem Menschen, der ich bin.“

Stabilisierung und Konfrontation

Die Integration des Traumas ist der letzte Schritt der Therapie. Um so weit zu gelangen, müssen Patientinnen und Patienten aktiv an sich arbeiten. „Am wichtigsten ist die Motivation, etwas im Leben verändern zu wollen“, merkt Reimer an. Vor Beginn der Behandlung wird ermittelt, wo und wie der Patient Unterstützung benötigt und welche Fähigkeiten er mitbringt. „Der Therapieplan wird daraufhin individuell abgewandelt.“ Petrouchina erläutert die Schwerpunkte der Behandlung:

„Traumatherapie heißt nicht zwangsläufig, die traumatischen Erlebnisse aufzuarbeiten – sondern, sich mit den Folgen des Traumas für den Patienten, wie Selbstwertproblematik, Bindungs- und Beziehungsprobleme, Ängste oder Defizite in der Körper- und Selbstwahrnehmung auseinanderzusetzen.“ In der ersten Stabilisierungsphase erfährt der Patient Sicherheit und die Therapie als „sicheren Ort“. Er lernt, sich selbst zu beruhigen, sich in Sicherheit zu bringen, erfährt viel über Gefühle und Bedürfnisse von Menschen und lernt für seine Bedürfnisse zu sorgen. Erst wenn der Patient wieder fähig ist, Gefühle und innere Anspannung zu regulieren und es sich zutraut, wird auch die Traumaverarbeitung besprochen und die dramatisch erlebte Situation betrachtet.

Um den eigenen Bewältigungskompetenzen wieder vertrauen zu können, muss das Selbstwirksamkeitsgefühl gestärkt werden. Es geht darum, die Opferrolle zu verlassen und sein Leben aus einer anderen Perspektive zu betrachten – nicht mehr Opfer, sondern Handelnder zu sein. „Der Patient muss erkennen, dass er nicht Opfer seines Schicksals ist – er kann sein Leben selbst in die Hand nehmen“, betont Petrouchina. Auch bisherige Verhaltensweisen gilt es zu überdenken. Reimer verdeutlicht: „Betroffene müssen oft erst lernen, dass Gefühle nicht durch arbeiten und putzen zu kompensieren sind.“

Die Methoden

Viele Übungen werden in einer Gruppe durchgeführt und diskutiert. Reimer begründet: „Bei Rollenspielen bekommen die Patienten Rückmeldung von den anderen – so können sie ihre Selbstwahrnehmung überprüfen. In der Stabilisierungsgruppe lernen die Patienten ihre Aufmerksamkeit von inneren belastenden Bildern aus der Vergangenheit auf die Gegenwart zu fokussieren. Bei der „Innerer sicherer Ort“-Übung stellen sich

Mit speziellen Übungen wie dem Legen der Lebenslinie und in Gesprächen lernen traumatisierte Menschen, die belastenden Ereignisse einzuordnen. Das hilft bei der Bewältigung.



die Patienten einen schönen Ort vor, wo sie sich sicher und wohl fühlen. Die inneren Bilder dienen als imaginärer Zufluchtsort vor auftauchenden Erinnerungen an das Trauma.

Auch der Umgang mit Triggern, die Flashbacks auslösen könnten, ist Teil der Behandlung. Patienten werden bestimmten Reizen bewusst ausgesetzt. Mögliche Trigger werden dann auf ihre Realität hin geprüft. Reimer erklärt: „Sie lernen, Trigger zu erkennen und auseinanderzuhalten – wer ein bestimmtes Parfum riecht darf sich erinnern, aber muss sich bewusst machen, dass er in Sicherheit ist und es nicht jetzt erlebt.“



Gängige Methoden der Traumatherapie, aufbauend auf die Stabilisierungsphase, sind unter anderem die Narrative Expositionstherapie (NET) und die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Bei der NET werden bedeutende Ereignisse des Lebens detailliert wiedererlebt und durchgearbeitet sowie zeitlich und räumlich im Schutz der heutigen Distanz eingeordnet. Zentrales Element der EMDR ist die Nachverarbeitung belastender Erinnerungen durch bilaterale Stimulation. Der Patient konzentriert sich zunächst auf das Erlebnis. Dann folgt er mit den Augen den Handbewegungen des Therapeuten von rechts nach links. Die Stimulation soll Selbstheilungskräfte des Gehirns aktivieren. „Hauptsächlich versuchen wir psychotherapeutisch zu behandeln“, kommentiert Petrouchina. Psychopharmaka können die Folgen der Traumatisierung nicht ursächlich behandeln. Sie können jedoch bei starken Symptomen hilfreich sein, wie zum Beispiel Schlafstörungen, oder wenn gleichzeitig eine andere psychiatrische Erkrankung vorliegt, beispielsweise eine Depression.



Die Methoden sollen Patienten wie Lina W. befähigen, schlimme Erlebnisse in ihr Leben einzuordnen und mit den Folgen umzugehen. Sie können beeinflussen, wie es in ihrem Leben weitergeht. „Wir machen den Patienten immer wieder deutlich – die Vergangenheit kann man nicht ändern, aber die Zukunft kann man mitgestalten“, betont Reimer **f**



* Name von der Redaktion geändert.

Text: Rieke Mitrenga – Fotos: Rieke Mitrenga, Ernst Fessler

Mit der Seele gemalt

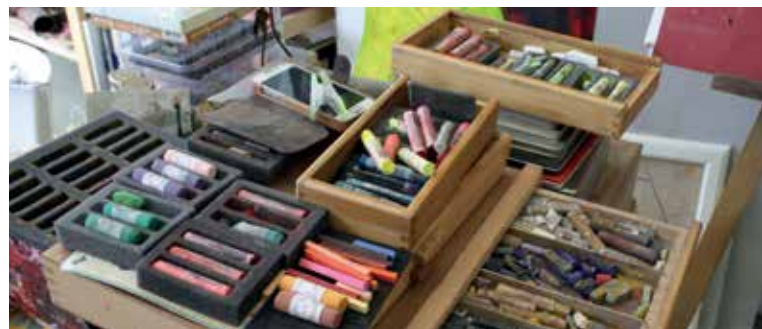
Mit jedem Bild, das Ingrid Geiger malt, lässt sie ein kleines Stück ihrer Vergangenheit hinter sich. Ihre Seelenbilder, wie sie die Werke nennt, halten sie am Leben und sind ihr Weg, traumatische Erlebnisse und Erinnerungen aufzuarbeiten. Das Malen ist aus ihrem Leben nicht mehr wegzudenken.



Schürze, Pastellkreide, Pappkarton und Kopfhörer – mehr benötigt Ingrid Geiger an diesem Freitagnachmittag nicht. Im offenen Atelier in Ravensburg, einem Angebot des ZfP Südwürttemberg, wird sie heute an einem Bild weiterarbeiten. Drei weiße Kreise zieren bereits den schwarzen großen Pappkarton auf der Staffelei. Daneben liegen Pastellkreiden, MP3-Player und Kopfhörer auf einem Tischchen bereit. Ringsum an den Wänden prangen verschiedene Werke von Ingrid Geiger: leuchtend bunte Bilder mit verschlungenen und abstrakten Formen.

In neun Jahren hat sie über 800 Bilder gemalt – und ist noch längst nicht fertig. Ingrid Geiger muss malen. „Ohne das Malen wäre ich nicht die, die ich heute bin.“ Träume, Emotionen, Sehnsüchte und Wünsche, aber auch Trauer und Wut stecken in ihren Bildern. „Alles, was in mir ist, muss raus.“

„Ich mag dieses Bild und bin fasziniert, dass ich sowas male. Es ist nichts von meinen Erinnerungen und meiner Kindheit drin“, so Ingrid Geiger über ihr Lieblingsbild.



Schauen Sie Ingrid Geiger beim Malen über die Schulter.
 YouTube: Bei der Suche „Kunst im Inklusiven Atelier“ eingeben.

*Beim Malen ist Ingrid Geiger
 in ihrer eigenen Welt,
 mit Musik abgeschirmt
 von Gesprächen und
 Geräuschen um sie herum.*

Durch meine Hände fließt es auf das Papier“, erklärt die 60-Jährige und bindet sich die Schürze um. Malen ist ihre Art der Aufarbeitung, ihr Weg, die traumatischen Erlebnisse ihrer Kindheit zu verarbeiten oder, wie sie selbst sagt, die Erinnerungen abzulegen.

Malen als Therapie

Die Traumatisierung durch den alkoholkranken, gewalttätigen Vater, der die Mutter vergewaltigte und die Kinder missbrauchte, die quälenden Erinnerungen an die Zeit im Heim und in einer Pflegefamilie – alles fließt in ihre Bilder ein. Diese sind mal dunkel, aber auch mal bewusst farbenfroh, ein Kontrast zu den düsteren Erlebnissen. „Nach dem Malen ist die Wut weg, die Sprachlosigkeit, die Enttäuschung über das Leben. Manchmal bin ich dann leergemalt“, so Geiger.

Vor neun Jahren kam sie während eines stationären Aufenthaltes im ZfP in Weissenau zum Malen, ermutigt durch Ergotherapeutin Sabine Knörzer. Jenen Nachmittag, als sie ihr erstes Bild malte, beschreibt sie als Schlüsselmoment. Trotz der leisen Stimme in ihrem Hinterkopf, die seit ihrer Kindheit hartnäckig flüsterte: „Du bist nichts, du kannst nichts.“ Ingrid Geiger malte dennoch. Und langsam, nach einem Jahr, verstummte die Stimme schließlich.

Seitdem ist das Malen fester Bestandteil ihres Lebens. In den Jahren zuvor hatte sie die quälenden Erinnerungen und ihre Schlaflosigkeit mit Medikamenten bekämpft und sich mit Drogen und Alkohol betäubt. Heute hat sie ihre Suchterkrankungen bewältigt, seit sechs Jahren ist sie abstinent und in der Weissenauer Gärtnerei im Rahmen der WfbM, der Werkstatt für behinderte Menschen, tätig. Einzig die Malerei ist nun ihre „Sucht“. „Das offene Atelier ist wie eine Familie für mich, ich liebe die Gemeinsamkeit, Atmosphäre und Kreativität in diesem Raum. Hier sammle ich Kraft für die Woche“, erzählt Geiger. Jeden Freitagnachmittag und zweiten Samstag im Monat komme sie her, nutze außerdem jede freie Minute, um an ihren Bildern weiterzuarbeiten. „Das Malen ist großartig, aber leider hilft es natürlich nicht bei allem“, sagt Geiger. Immer noch leidet sie an Schlaflosigkeit und unter Essstörungen. Bis heute kann sie keine tickenden Uhren und keine geschlossenen Türen ertragen, immer noch bleibt sie unbewusst nachts wachsam, ob Schritte zu hören sind.

Nach und nach betreten weitere Menschen den Raum. Lächelnd geht Ingrid Geiger auf eine Besucherin zu, umarmt diese und steckt ihr einen kleinen mitgebrachten Schokoladenhasen zu. Ein junger Mann betrachtet sein Bild, unschlüssig, ob er heute daran weiterarbeiten soll. „Einfach machen“, ermuntert Ingrid Geiger ihn. Ein elementarer Bestandteil ihres intuitiven Malens ist die Musik. Von klassischen über melancholische Stücke bis hin zu Musik der 60er und 70er Jahre ist alles dabei. „Je nach Musik laufen meine Hände langsam oder schnell über das Papier.“ So entstehen abstrakte Formen, ab und an mischen sich Vögel, Fische oder Gesichter darunter. In kleineren Ausstellungen hat sie ihre Werke bereits präsentiert, unter anderem im Modehaus Reischmann in Ravensburg. „Bei der Vernissage war ich völlig authentisch und echt. Ich merke auch, wie ich offener werde und wieder riechen, fühlen, weinen und lachen kann.“ In solchen Momenten lege sie die Maske ab, die sie seit ihrer Kindheit trage und die sie beschütze. Und es scheint, mit jedem Bild, das sie malt, findet sie ein Stück mehr zu sich selbst und wird mutiger. In Eigeninitiative hat sie bereits einen weiteren Ausstellungsort, die Kunst und Kultur Bar Impuls in Weingarten, für ihre Bilder gewinnen können.

„Wenn ich male, versöhne ich mich“

Das Malen ist nicht nur ihr Weg der Aufarbeitung, sondern auch der Weg zur Vergebung und Versöhnung mit sich selbst. Sie hofft, nicht nur mit ihren Erinnerungen, sondern auch Frieden mit sich selbst zu schließen und die Vergangenheit hinter sich zu lassen. Inzwischen hat sie wieder Kontakt zu Mutter und Geschwister aufgenommen. Bilder der Tochter zieren nun die Wände in der Wohnung der Mutter. Mit dem toten Vater setzt sich Ingrid Geiger

während des Malens auseinander: „Wenn ich male, versöhne ich mich. In Gedanken zeige ich ihm dann meine Bilder.“ Wut und Hass verspüre sie nicht mehr, geblieben sei der Wunsch, die Vergangenheit gänzlich abzulegen. Ihre bisher fertiggestellten Bilder hat Geiger fotografiert und die Fotografien in Bücher eingeklebt. Manchmal blättere sie diese durch, ungläubig, dass sie diese Bilder gemalt haben soll. Alle hat sie jedoch nicht aufbewahrt. Die in der Suchttherapie entstandenen hat sie zerrissen: „Ich brauche sie nicht mehr, sie erinnern mich an keine guten Zeiten.“

Vieles verdanke sie den Therapien, ihrem großen Lebenswillen und nicht zuletzt der Malerei. Und das Malen, ist sie sich sicher, wird sie weiterhin begleiten. „Solange ich meine Hände bewegen kann, solange werde ich noch malen“, sagt Ingrid Geiger abschließend mit einem Lächeln, setzt ihre Kopfhörer auf und wendet sich ihrer Staffelei zu. ■

Text: Nicola Netzer – Fotos: Nicola Netzer

glossar

Was genau ist eigentlich ...

— das inklusive Atelier?

Das inklusive Atelier ist ein Angebot des ZfP Südwürttemberg im Bereich Arbeit und Wohnen. Kunstinteressierte aus Ravensburg und Umgebung treffen sich regelmäßig zum offenen Atelier in den Räumen der Kapuzinerstraße 27 in Ravensburg, um zu unterschiedlichen Themen kreativ zu arbeiten, sich auszutauschen und ins Gespräch zu kommen. Teilnehmen kann jeder, unabhängig von Alter, Geschlecht, Malkenntnissen und psychischer oder physischer Beeinträchtigung.

— Kunsttherapie?

Kunsttherapie gehört zur Fachrichtung der künstlerischen Therapien und wird beispielsweise neben Musik-, und Tanztherapie angewandt. Sie kommt bei Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zum Einsatz. Gestalterisch und mit Hilfe verschiedener Materialien werden so innere Prozesse sichtbar gemacht. Dabei können kreative Ressourcen neu entdeckt, Selbstheilungskräfte mobilisiert und vielfältige Veränderungsprozesse angeregt werden.



Traumatherapie unterm Mangobaum

Uganda weist eine lange Geschichte von Bürgerkriegen auf und war von den wohl schlimmsten Konflikten der Geschichte Afrikas betroffen. Dr. Ulrike Amann, Diplompädagogin im ZfP Südwürttemberg, hat erlebt, wie die Traumata der Bevölkerung dort aufgearbeitet werden.



Die Rebellen kamen nachts. Da war James* zwei Jahre alt. Er wurde entführt und verschleppt, verbrachte viele Jahre seiner Kindheit mit den Widerstandskämpfern der Lord's Resistance Army (LRA) im Busch. Dabei wurde er selbst mehrfach durch Schläge mit Stöcken und Macheten misshandelt, schließlich auch gezwungen, andere zu quälen und zu töten. Im Alter von fünf Jahren musste er eine Hütte in Brand setzen, in der elf Menschen zu Tode kamen. Dies benennt er später in seiner „lifeline“ als schlimmstes Ereignis.

Aufarbeitung mit Blumen und Steinen

Das Erstellen einer „lifeline“ ist Teil der Narrativen Expositionstherapie (s. Interview), bei der die Lebensgeschichte mit Hilfe von Blumen, Steinen und Stöcken so verarbeitet wird,

dass Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der Regel deutlich reduziert werden oder ganz verschwinden. Die Organisation vivo international betreibt seit 2011 eine Ambulanz im nordugandischen Gulu, um traumatisierten Menschen – viele von ihnen ehemalige Kindersoldaten – eine Anlaufstelle zu bieten. Dr. Ulrike Amann, Diplompädagogin im ZfP Südwürttemberg, hat vivo in Uganda besucht und bei der Supervision einheimischer Lientherapeuten mitgewirkt. „Da die Narrative Expositionstherapie als Kurzzeit-Therapie konzipiert ist, kann sie auch von besonders geschulten Mitarbeitenden, die keine therapeutische Ausbildung vorweisen, angewendet werden“, erklärt sie.

Die Trainings, die von einer fest angestellten deutschen Psychologin durchgeführt werden, bestehen aus einer



Seite 27: Bastmatte, Blumen, Steine – die Therapie findet unter einfachsten Bedingungen statt.

Seite 28: In Gulu, Norduganda, hat vivo eine ständige Basis. Dr. Ulrike Amann (links) wirkte bei der Schulung und Supervision der Laitherapeuten mit.

Kombination von Vorträgen, Übungen und Rollenspielen, zusätzlich erhalten die einheimischen Therapeuten regelmäßig Supervisionen. „Da in Uganda kulturspezifische Besonderheiten und Hintergründe für mich neu waren, war es immer ein gegenseitiges Voneinanderlernen“, berichtet Amann. Ausgestattet mit dem Handwerkszeug besuchen die Laitherapeuten dann die umliegenden Dörfer und arbeiten mit Betroffenen vor Ort. Es sei interessant gewesen, zu sehen, wie offen und unbefangen die Mitarbeiter dabei umgehen. „Sie lernen, auch die schrecklichsten Dinge sensibel anzusprechen und nehmen kein Blatt vor den Mund.“ Obwohl – oder gerade vielleicht weil – viele von ihnen selbst traumatisierende Erfahrungen gemacht haben.

Auch James erlebte während seiner Zeit bei den Rebellen Schreckliches. Er wurde wiederholt gezwungen, Menschen mit Messern oder Holzprügeln zu töten. Später, nachdem er mit einem Gewehr ausgestattet worden war, auch zu erschießen. Er sah, wie seine Mitgefangenen menschliches Fleisch kochten und andere dazu zwingen mussten, es zu essen. Er selbst

wurde gezwungen, diejenigen zu töten, die sich weigerten. Während seiner Kindheit im Busch lernte und verinnerlichte er Regeln und Ideologie der LRA, schließlich tötete er freiwillig und ohne Reue. 2008 gelang ihm mit Hilfe des ugandischen Militärs die Flucht. Er kehrte in sein Heimatdorf zurück und begann, dort die Schule zu besuchen. Kurz danach traten die ersten Symptome auf: Alpträume, Flashbacks, Gewaltausbrüche, an die er sich kurze Zeit später nicht mehr erinnerte.

Täter und Opfer zugleich

Mit 17 Jahren knüpfte James Kontakt zu einer Mitarbeiterin der Organisation vivo und erhielt die Chance, seine Lebensgeschichte aufzuarbeiten. Zweimal wöchentlich setzte er sich mit Sarah* unter den Mangobaum vor seiner Hütte. Dabei sprachen die beiden nicht nur über die Qualen, die James erleiden musste, sondern auch über seine Rolle als Täter. „Die Kindersoldaten sind häufig Täter und Opfer zugleich“, erklärt Dr. Ulrike Amann. „Viele von ihnen haben nie ein Unrechtsbewusstsein oder Gefühle von Schuld und Reue entwickelt.“ Während der Therapie lernte James, seine Taten einzuordnen: Damals war er gezwungen, Unrecht zu begehen, heute ist er hingegen für sein Handeln verantwortlich. Nachdem er regelmäßig und hochmotiviert an den Sitzungen teilgenommen hat, kann James die Therapie mit einer Gesamtschau seines Lebens abschließen. Seine Alpträume sind seltener geworden und auch seine plötzlich auftretenden Gewaltausbrüche hat er mittlerweile besser im Griff.



Vivo international

Ein Netzwerk von Fachkräften hat sich 2001 zu vivo international e.V. zusammengeschlossen. Schwerpunkte sind die Gebiete Psychotraumatologie, internationale Gesundheit, humanitäre Hilfe, wissenschaftliche Arbeit und Feldforschung, nachhaltige Entwicklung sowie Verteidigung der Menschenrechte. Schon seit den Anfängen ist vivo in Uganda präsent. In Gulu, Norduganda hat vivo eine ständige Basis. Mehr Informationen über die Organisation und Unterstützungsmöglichkeiten unter www.vivo.org

Dankbar und mutiger

Dr. Ulrike Amann möchte die Zeit in Uganda nicht missen, sie war seither noch ein zweites Mal vor Ort, um in dem Projekt weiterzuarbeiten. „Für mich ist dies eine große Chance, mein Wissen einzubringen und Neues dazu zu lernen“, berichtet sie. Und auch sie selbst habe durch die Arbeit und den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen vor Ort viele wertvolle Erfahrungen gemacht und neue Erkenntnisse gewonnen.

Gleichzeitig werde einem bewusst, wie gut die Situation in Deutschland ist, angefangen von der Sicherheit bis hin zu den therapeutischen Möglichkeiten. „Die Zeit in Uganda hat mich dankbar und ein bisschen demütiger gemacht“, so Dr. Amann nachdenklich. „Und ich bin mutiger geworden, auch mal Tabuthemen anzugehen und die Dinge beim Namen zu nennen.“

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Heike Amann-Störk – Fotos: vivo international, Ulrike Amann

Nachgefragt

Narrative Expositionstherapie



Dr. Maggie Schauer ist Psychologin und spezialisiert im Bereich Traumafolgestörungen. Sie leitet seit 2001 das Kompetenzzentrum Psychotraumatologie der Universität Konstanz am Zentrum für Psychiatrie Reichenau. Schauer koordiniert Therapie- und Hilfsprojekte in Kriegs- und Krisengebieten und arbeitet in Deutschland mit Menschen nach körperlicher, sexueller, familiärer und organisierter Gewalt.

FACETTEN: Sie haben gemeinsam mit Prof. Dr. Frank Neuner und Prof. Dr. Thomas Elbert die Narrative Expositionstherapie (NET) entwickelt. Auf welchem Prinzip basiert dieser Ansatz?

DR. MAGGIE SCHAUER: Bei NET geht es – im Gegensatz zu Vorgehensweisen, die sich auf Symptome oder Probleme konzentrieren – darum, die biographische Entwicklung eines traumatisierten Menschen im Blick zu haben. Gerade Menschen mit traumabedingten Gedächtnisstörungen profitieren davon, wenn sie ihre Lebensgeschichte aufarbeiten und dadurch auch bewahren können. Bei der Narrativen Expositionstherapie wird das ganze Leben erzählt. Dabei werden alle emotional bedeutsamen Szenen der Vergangenheit – sowohl negativ als auch positive besetzte Ereignisse – mittels imaginativer Exposition, also dem Aktivieren und kontrollierten Wiedererfahren dieser Geschehnisse, während der Erzählung bearbeitet und beim Berichten in den chronologischen Zeit- und Geschehensablauf eingebettet.

FACETTEN: Wie geht man bei der NET vor?

SCHAUER: Stark angst- und emotionsbesetzte Momente der Vergangenheit werden in kleinen Schritten besprochen und verarbeitet. Dies geschieht auf allen Ebenen der Gegenwart, also Empfindungen, Sinneswahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Körpererleben und Bedeutungsinhalte. Dabei werden möglichst alle Elemente des emotionalen Netzwerkes im Schutz des „Sprechens über“, in der Distanz zum Damals so lange aktiviert, bis das Erlebte sich autobiographisch einordnen, benennen, begreifen und verorten lässt und letzten Endes eine Erleichterung erfolgt.

FACETTEN: Die Narrative Expositionstherapie sieht sich als eine psychotherapeutische Intervention mit Menschenrechtsfokus. Welche Möglichkeiten konnten bisher nachgewiesen werden?

SCHAUER: Zunächst geht es um die Würdigung der Person und ihrer Biographie – ein unerlässliches Element in der Behandlung von Überlebenden von Unrecht, von Menschen- und Kinderrechtsverletzungen. Durch die Gesamtschau des Lebens kann die Intervention auch bei multipler und komplexer Traumatisierung angewandt werden. Zudem kennen alle menschlichen Kulturen die Tradition des Erzählens, was das Vorgehen unabhängig von formaler Schulbildung kultursensibel macht. Die Integration der Traumaerfahrungen in die Lebensgeschichte ermöglicht nicht nur ein besseres Verständnis des Erlebens und Verhaltens, sondern führt auch zur vermehrten Fähigkeit, die Faszination an Gewalt zu regulieren. Wichtig war uns die Niederschwelligkeit der Kurzzeitbehandlung. NET ist auch in Ländern möglich, in denen es kaum therapeutische Ressourcen gibt oder deren Gesundheitssysteme überfordert sind. Inzwischen gibt es international zahlreiche gute wissenschaftliche Studien, welche die Wirksamkeit der NET in vielen Ländern nachweisen. Nicht nur psychologische Symptome bessern sich oder verschwinden, auch körperliche Probleme. Durch die gelungene Traumatherapie kann häufig die soziale und berufliche Funktionstüchtigkeit wieder erreicht werden.

Text: Heike Amann-Störk – Foto: Universität Konstanz

Das stille Leiden

Für Kinder und Jugendliche, die Gewalt erfahren haben, Opfer von sexuellen Übergriffen oder Misshandlungen wurden, ist die Traumaambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg eine wichtige Anlaufstelle. Dort finden sie und ihre Angehörigen gezielte erste Hilfe.

Rumms – mit einem dumpfen Schlag fällt die Puppe vom Stuhl. Ungerührt packt die 8-Jährige ihre Stoffpuppe und setzt sie wieder zurück. Ein kurzer fester Schubs und die Puppe fällt wieder. Ohne aufzusehen wiederholt Lena* die Spielszene: Puppe hinsetzen, schubsen, packen, hinsetzen.

Im Spiel stellt sie den tödlichen Sprung der Mutter aus dem 3. Stock nach. Niemand hatte mitbekommen, dass das Kind diesen beobachtet hatte. Erst als Lena sich zurückzog und ihr Verhalten auf den Stand eines Kleinkinds zurückfiel, wurde der Vater aufmerksam. Der Kinderarzt verwies Vater und Tochter schließlich an die Traumaambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg in Weissenau. Hier werden Kinder wie Lena und Jugendliche nach traumatischen Lebensereignissen wie Gewalt, Missbrauch oder Verlust einer nahestehenden Person behandelt. Je früher sie und ihre Bezugspersonen dort Hilfe suchen oder dorthin überwiesen werden, desto besser. „In erster Linie dient die Ambulanz dazu, traumatisierte Kinder und Jugendliche zu stabilisieren, erste Symptome zu behandeln und damit gegebenenfalls die Wahrscheinlichkeit abzuschwächen, dass sich Traumafolgestörungen, wie beispielsweise eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), entwickeln“, so Anne Roth, Ärztin in der Traumaambulanz. Nicht immer können Traumafolgestörungen abgewendet werden. So werden zum Beispiel auch Patienten bei ihr vorstellig, die bereits unter einer PTBS leiden.

*Einsamkeit und ein Gefühl des „Andersseins“
begleiten Missbrauchsopfer oft ein Leben lang.*



Viele Betroffene schalten in einen Überlebensmodus

Oft weisen Kinder keinerlei Symptome auf, die Außenstehenden Hinweise auf eine mögliche Traumatisierung geben könnten, wie im Fall der 8-jährigen Lena. Nicht selten leiden die Kinder im Stillen, sie schalten dann, wie Roth erklärt, in eine Art Überlebensmodus, klassische Frühwarnzeichen zeigen sie nicht. „Besonders Opfer sexuellen Missbrauchs verhalten sich unauffällig und versuchen die Traumatisierung durch Konzentration auf das Funktionieren im Alltag möglichst beiseite zu schieben.“ Meist treten Symptome erst nach und nach in der Therapie auf, wenn die Gefahr vorbei ist und das Kind realisiert, wie schlimm es war.

So im Fall des 9-jährigen Leon*. An den Wochenenden verging sich der von seiner Frau getrennt lebende Vater sexuell am gemeinsamen Sohn. In Internetforen stellte er Fotos des Missbrauchs ein, über die die Polizei schließlich Täter und Opfer ermittelte. Eine Freundin der Familie begleitete die unter Schock stehende Mutter und das aufgewühlte Kind zur Ambulanz. Dort erlernen die Betroffenen zunächst erste Stabilisierungsübungen, außerdem wird das Ausmaß der Symptomatik besprochen. Seit Bekanntwerden des Missbrauchs litt der 9-Jährige unter Schlafstörungen und verhielt sich auffallend aggressiv.

„Für das Kind ist es wichtig, dass eine Person, zu der es Vertrauen hat, zum Erst- und den Folgeterminen mitkommt“, erklärt Roth. Feste Bezugspersonen und ein stabiles soziales Umfeld seien positive Schutzfaktoren, die die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse begünstigen. „Zum Beispiel hat die Schwere der Erlebnisse nichts damit zu tun, wie schnell eine Traumatisierung verarbeitet wird“, so die Ärztin. „Auch, dass Schule und Alltag weiterlaufen, gibt den Kindern Struktur und Sicherheit“, weiß Roth. Primäres Ziel der Ambulanz ist also, das Kind für den Alltag stabil und handlungsfähig zu halten. Das bedeutet beispielsweise, dass die Gedanken der Patienten nicht immer um die Erlebnisse kreisen und Alpträume seltener werden.

Kinder und Jugendliche, die nicht in Behandlung kommen, laufen Gefahr, ihr „Päckchen“ ein Leben lang mit sich zu tragen. „Als Kind kann man die Erlebnisse manchmal noch gut verdrängen und im Alltag beiseite schieben“, erklärt Roth. Schlafstörungen, das Gefühl des „Andersseins“ und soziale Isolation begleiten die Patienten jedoch oft bis ins hohe Erwachsenenalter. Um nicht zu grübeln, sind sie dann oft sehr aktiv oder verausgaben sich im Job. Sobald Ruhe einkehrt, sei es in Form von Rente, Routine oder Arbeitslosigkeit, können traumatische Erinnerungen durchbrechen und sich beispielsweise in chronischen Schmerzen äußern.



Ein verändertes Spielverhalten kann Hinweis auf eine mögliche Traumatisierung sein.

Für Leon war es ein langer Weg, die Aufarbeitung anzugehen. Regelmäßig kamen er und seine Mutter zum Therapiegespräch. Im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie „erzählte“ er seine Erlebnisse zunächst anhand einer Bilder Geschichte. „Damit soll eine langsame Desensibilisierung und ein anderer Umgang mit den traumatischen Erlebnissen verinnerlicht werden“, erklärt Roth. In Gesprächen mit den Bezugspersonen kommen, wie im Fall von Leons Mutter, nicht selten auch Selbstvorwürfe und Schuldgefühle zur Sprache. Parallel begleiten die Bezugspersonen die Therapie des Kindes und stehen im Austausch mit der Therapeutin. Abschließend teilte der 9-Jährige seine Leidens- und Bilder Geschichte mit der Mutter.

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Nicola Netzer – Fotos: Pixabay, iStock



*Der erfahrene Psychotherapeut
Dr. Joachim Hartmann leitet seit 2016
die Abteilung für Psychosomatische
Medizin des ZfP Südwürttemberg am
Standort Zwiefalten.*

Wenn Wahrnehmungen zerreißen

„Sie hat sich ja gar nicht gewehrt“, betont der Anwalt vor Gericht. Sie, eine 20-Jährige, die sexuell missbraucht worden ist. Die junge Frau ist heute Patientin im ZfP Südwürttemberg. Sie will lernen, mit dem traumatischen Erlebnis umzugehen. Gegen ihren Peiniger leistete sie damals keinen Widerstand, sie erstarrte.

„Wenn jemand eine schreckliche Erfahrung macht, ist es biologisch völlig nachvollziehbar, dass es zu einer Dissoziation kommt, das heißt, dass das Erlebte aus dem Bewusstsein abgespalten wird“, sagt Dr. Joachim Hartmann, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im SINOVA-Verbund des ZfP Südwürttemberg. Dissoziation ist eine natürliche Abwehrreaktion, die dazu dient, nicht zu bewältigende Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen und Wahrnehmungsinhalte abzuspalten, um eine Situation erträglich zu machen – um überleben zu können. „Dabei ist auch ein normalerweise bewusstes Wahrnehmen und Kontrollieren kognitiver, emotionaler und handlungsbezogener Prozesse nicht mehr möglich“, erläutert Hartmann.

Der Facharzt erklärt den Vorgang: „Stellen Sie sich vor, Sie begegnen einem gefährlichen Raubtier. Zunächst halten Sie kurze inne und erstarren – um sich zu orientieren und zu tarnen. Dann wird entschieden: Flucht oder Kampf.“ Gegen ein Raubtier, beispielsweise einen Tiger, wäre weglaufen sowie kämpfen ohne weitere Hilfsmittel schier aussichtslos. Wem das Raubtier bereits seine Krallen ins Fleisch geschlagen hat, sollte sich möglichst widerstandslos verhalten, am besten tot stellen – sich also nicht bewegen und keine Laute von sich geben. Dies würde erneute Fluchtchancen erhöhen oder zumindest den bisherigen Schaden weitestgehend minimieren. „Wenn Sie keine Chance haben, dann dissoziieren Sie“, erklärt Hartmann. Diese Reaktion setzt ganz automatisch

ein, sie ist als Urinstinkt tief in uns verankert. Der Körper erschläft, der Kreislauf bricht – bis hin zur Bewusstlosigkeit – zusammen.

Hartmann ergänzt: „Es ist nicht nur eine Abschottung nach außen, sondern auch nach innen, zum Beispiel wenn jemand in Todesangst gerät.“ Bestimmte Gedanken, Empfindungen und Erinnerungen sind vom Erlebten abgespalten, sie bleiben dem eigenen Bewusstsein unzugänglich. Ohne diese Verknüpfung kann das erlebte Ereignis nicht der Vergangenheit zugeordnet und nicht als Erinnerung abgespeichert werden. Als Folge haben Betroffene einerseits intensive Erinnerungszustände, andererseits jedoch ausgeprägte Erinnerungslücken.

Im Gegensatz zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist die Dissoziation nicht hinlänglich bekannt und für viele nicht nachvollziehbar. „Insbesondere das Gerichtswesen und die Polizei benötigen viel Aufklärung“, ist Hartmann überzeugt. Jeder Mensch reagiert auf ein Trauma unterschiedlich – und nicht jeder entwickelt eine PTBS. Es gibt mehrere Faktoren, die eine Dissoziation begünstigen. Unter anderem wenn der eigene Körper betroffen ist, so wie im Fall der 20-jährigen Frau, die sexuell missbraucht worden ist. Auch starke Schmerzen sowie eine ausweglose Situation fördern eine Dissoziation. Wie reagiert wird, hängt zudem mit früheren Erfahrungen zusammen. Wer im Leben schon einmal dissoziiert ist, neigt eher dazu, diese Reaktion zu wiederholen als sich der Situation zu stellen.

Bei einer Traumatherapie wird das Erlebte eingeordnet – die Fakten des Traumas, wie Zeit und Ort, und die Gefühle werden miteinander verknüpft. Bei dissoziierten Patienten kann das zur Herausforderung werden. Wird das Erfahrene besprochen und aufgearbeitet, ist es sehr wahrscheinlich, dass der Patient wie damals reagiert – und dissoziiert. Möglicherweise wäre er dann nicht einmal mehr ansprechbar. „Therapieren wäre so nicht möglich“, kommentiert Hartmann. In der ersten Therapiephase sollte der Patient daher zunächst lernen, bestimmte Auslöser zu erkennen, sich zu regulieren und den entstehenden Stress auf andere Weise abzubauen. Bei der späteren Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis, muss dann besonders darauf geachtet werden, dass der Patient die schmale Grenze zwischen Erregung und Dissoziieren nicht übertritt – und sich mit seinen Erlebnissen auseinandersetzen und diese aufarbeiten kann. ■

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Rieke Mitrenga – Foto: Ernst Fesseler

Was bedeutet Dissoziation?

Das Wort „Dissoziation“ leitet sich ab vom lateinischen „dissociare“ = trennen, scheiden. Es bezeichnet eine natürliche Abwehrreaktion, die dazu dient, nicht zu bewältigende Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen und Wahrnehmungsinhalte abzuspalten, um eine Situation erträglich zu machen. Gleichzeitig können eigene Wahrnehmungen und Handlungen nicht mehr gelenkt und kontrolliert werden.

Literatur- und Filmempfehlungen

Speak – Die Wahrheit ändert alles

2004 (seit 2014 mit deutscher Synchronisation)
90 Minuten
Regie: Jessica Sharzer

Wenn die Worte wegbleiben

In den Sommerferien wird Melinda auf einer Party vergewaltigt. Statt über das Erlebte zu sprechen oder gar Anzeige zu erstatten, versucht die Schülerin, alleine damit klar zu kommen. Sie schweigt, zieht sich immer weiter zurück, versinkt in Depressionen. Dann richtet sie sich in einer vergessenen Abstellkammer in der Schule ein kleines Atelier ein. Die Kunst hilft ihr, sich wieder zu öffnen und neuen Mut zu fassen. Twilight-Star Kristen Stewart versteht es, all den Schmerz, die Angst und die Trauer der Hauptfigur zum Ausdruck zu bringen.

Glaubhaftes und schmerzzerfülltes Pubertäts-Drama.
Heike Amann-Störk



Der Klang der Wut

James Rhodes
ISBN 978-3312006540

Klassik als Therapie

Als Kind jahrelang von seinem Sportlehrer vergewaltigt, kehrt James Rhodes in seinem autobiographischen Roman die Scherben seines Lebens zusammen. Verzweifelt sucht er nach Halt – sei es in Drogen, Beziehungen oder der Psychiatrie. Doch nur die klassische Musik kann ihm helfen: Sie gibt ihm Struktur, fordert ihn heraus und entführt ihn in fremde Welten.

Lässt man sich als Leser nicht davon abschrecken als „Arschloch“ und „Wichser“ beschimpft zu werden, bekommt man ein schonungslos offenes Bild eines Mannes, der mit den Dämonen seiner Vergangenheit kämpft.

Marlene Pellhammer

Kinderseelenallein

Die Narben meiner Kindheit und wie ich ins Leben fand
Ann Helena Neudek
ISBN 978-3-8436-0728-5

Eine Kindheit geprägt von Misshandlungen, Verachtung und Entwertung in einem Elternhaus, das die Fassade einer glücklichen Familie erfolgreich aufhält. Ann Helena Neudek berichtet von ihrem heutigen Leben und ihren Erinnerungen an die Kindheit, unterstützt durch poetische Passagen. Sie setzt sich intensiv mit den Auswirkungen ihrer Erlebnisse auseinander. Und versucht ihre eigenen, wie auch die Handlungsweisen ihrer Eltern nachzuvollziehen.

Detaillierte Schilderungen der Gewalt braucht es nicht, um den Leser zu fesseln. Das gelingt Neudek, indem sie an ihrer Gefühlswelt und intimsten Gedanken teilhaben lässt.

Rieke Mitrenga

Redaktion

Heike Amann-Störk kann sich bei Krimis und Kochbüchern am besten entspannen.

Rieke Mitrenga besitzt noch viele ihrer Kinderbücher.

Nicola Netzer kann Fantasy-Romanen nichts abgewinnen.

Marlene Pellhammer liest gerne Texte auf Mittelhochdeutsch.

Redaktionstipp ...

Der Turm der toten Seelen

Christoffer Carlsson
ISBN 978-3-570-10232-9

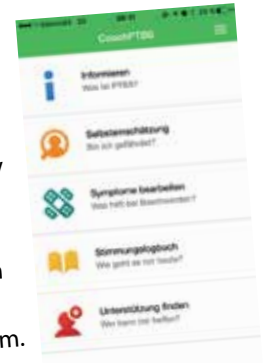
Ein Kreislauf des Bösen

Leo Junkers Kindheit war geprägt von Gewalt, Bedrohung und Demütigungen, seine erste Liebe endete mit einem dramatischen Todesfall. Heute hat er die düstere Vergangenheit nur scheinbar hinter sich gelassen. Ein mysteriöser Todesfall, bei dem er als Polizist an den Ermittlungen beteiligt ist, lässt die Geister vom damals plötzlich wieder lebendig werden. Dem schwedischen Nachwuchs-Krimiautor Christoffer Carlsson ist ein dramaturgisch brillant konstruierter Krimi gelungen, der unter die Haut geht. Mit erzählerischer Raffinesse lässt er die Grenzen zwischen Gut und Böse, zwischen Täter und Opfer, verschwimmen.

Ein verheißungsvoller Auftakt des jüngsten Sterns am schwedischen Krimihimmel.
Heike Amann-Störk

Selbsthilfe per App

Die Dunkelziffer ehemaliger und aktiver Soldaten, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, ist hoch. Aus Angst vor Stigmatisierung zögern viele, sich aktiv Hilfe zu suchen. Dem entgegen wirkt die App „CoachPTBS“ des Psychotraumazentrums der Bundeswehr und bietet auf dem Smartphone erste Informationen und Soforthilfe – jederzeit, überall und anonym. Neben App-Tools wie „Selbsteinschätzung“ oder „Stimmungslogbuch“ kann der Benutzer Entspannungsübungen austesten und Experten kontaktieren.



CoachPTBS
für Android
und iOS kostenlos
Herausgeber:
Psychotrauma-
zentrum der
Bundeswehr

Auch wenn die App keine Psychotherapie ersetzt, so senkt sie die Hemmschwelle, sich professionelle Hilfe zu suchen und ermöglicht den Einsatzkräften, sich anonym mit Symptomen auseinanderzusetzen und damit früh eventuellen Folgeerkrankungen und chronischen Schäden entgegenzuwirken.

Als niederschwelliges und modernes Angebot zu Selbsthilfe und Prävention zeigt die App, dass neue Medien auch bei psychischen Erkrankungen zielgruppenorientiert eingesetzt werden können.
Nicola Netzer

bemerkenswert

Buch: Sebastian Fitzek, Das Paket Ein Trauma in der Kindheit, später wird sie vergewaltigt: Die junge Psychiaterin Emma Stein ist ein seelisches Wrack. Ein für ihren Nachbarn bestimmtes Paket bringt sie nun vollends aus dem Tritt.

Instagram: Cameron Bloom: penguinhemagpie Der Fotograf Cameron Bloom dokumentiert, wie ein kleiner Vogel seiner Familie, die nach einem tragischen Unfall beinahe zerbricht, die Lebensfreude zurückschenkt. Wer es lieber analog mag, wird im Bildband „Penguin Bloom“ fündig.

Buch: Loung Ung, Der weite Weg der Hoffnung Ein ergreifendes Buch über eine zerstörte Kindheit in Kambodscha während der Schreckensherrschaft der Roten Khmer – jetzt auch verfilmt von Angelina Jolie.

Video: Wie Kinder wieder lachen lernen: Hilfe nach dem Trauma Die 15-jährige Lilly, der 11-jährige Nicolas und der 2-jährige Lorenz – sie alle haben in ihren jungen Jahren schon viel durchmachen müssen. Die ARD Dokumentation zeigt an ihrem Beispiel, wie bedeutend eine kindgerechte Traumatherapie ist.



Die Erinnerung des Körpers

Wenn Traumata körperliche Schmerzen verursachen

Eine Odyssee durch Arztpraxen und allmählich schwindet die Hoffnung, den Grund der Schmerzen zu finden und behandeln zu können – der eingebildete Kranke? Wird keine körperliche Erklärung für den Schmerz gefunden, ist vielleicht die Seele mit im Spiel.

Seelische Verletzungen können die unterschiedlichsten körperlichen Symptome hervorrufen. Je nach Veranlagung treten die Schmerzen zum Beispiel im Rücken oder im Kopf auf, das Trauma kann sich sogar als Juckreiz äußern oder als Panikattacke mit Herzstolpern und Atemnot. Auch wenn keine körperlichen Ursachen gefunden werden, der Schmerz ist real.

Eine funktionelle Kernspintomografie macht durch Kontrastmittel die aktiven Hirnareale sichtbar. So konnte nachgewiesen werden, dass bei Patienten mit ungeklärten Schmerzen der Teil im

Gehirn aktiv ist, der für das Schmerzempfinden zuständig ist. Zudem sind für traumatisierte Personen typische Empfindungen wie Stress, Trauer oder Einsamkeit in demselben Hirnareal verortet, wie die Wahrnehmung von Schmerzen. Leidet ein Patient mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) also beispielsweise an Angst, kann gleichzeitig auch sein Schmerzzentrum aktiviert sein, wodurch er einen realen körperlichen Schmerz empfindet.

„Oftmals erkennen Patienten keinen Zusammenhang zwischen ihren körperlichen Beschwerden und einem möglichen traumatischen Ereignis – dies kann unter anderem am Zeitpunkt des Traumas liegen“, erklärt Dr. Susanne Bachthaler, Cheffärztin der SINOVA Klinik Ravensburg des ZfP Südwürttemberg. Bis zum Alter von circa eineinhalb bis zwei Jahren – solange die Gehirnstruktur für das Langzeitgedächtnis, der Hippocampus, noch nicht ausgebildet ist – können Kinder ihre Umwelt nicht rational begreifen, nichtsdestotrotz nehmen sie Stimmungen und Gefühle wahr. An einen Missbrauch im Säuglingsalter kann sich der Patient nicht bildlich erinnern, die gefühlte Angst und Ohnmacht ist jedoch im Gehirn gespeichert. Da Emotionen und Schmerz im gleichen Hirnareal liegen, können die durch ein frühes Trauma hervorgerufenen Gefühle Schmerzen verursachen.



Dr. Susanne Bachthaler, Cheffärztin der SINOVA Klinik Ravensburg des ZfP Südwürttemberg, erklärt den Zusammenhang von Körper und Trauma.

Eine Behandlung der Symptome durch Schmerzmittel ist bei psychisch bedingten Schmerzen wenig zielführend, da nicht nur der Schmerz, sondern oft auch die Seele „betäubt“, jedoch die Ursache nicht behoben wird. So können Schmerzmittel zu einer Bewältigungsstrategie werden, um mit einer PTBS umzugehen. Durch eine Psychotherapie ist es möglich, alternative Taktiken zu finden: seien es Sport, mentale Übungen wie der Gedankenstopp oder die Einführung einer Stabilisierungsübung zum Beispiel den „inneren sicheren Ort“.

Gemeinsam ist diesen Methoden, dass sie trainiert werden müssen. Durch ihre Wiederholung werden sozusagen Wege im Gehirn ausgebaut: „Man kann die Nervenzellen, die sich im Sinne der Neuroplastizität des Gehirns bei häufigem unerwünschten Auftreten eines Flashbacks bilden, mit einer Autobahn vergleichen, auf der man entlang rast“, so Dr. Susanne Bachthaler. „Eine Bewältigungsstrategie kann dann eine Ausfahrt sein, runter von der Autobahn und weg vom Flashback. Die Ausfahrt kann aber nur genommen werden, wenn sie in gutem Zustand und quasi gut geteert ist, das heißt wenn die Bewältigungsstrategie wiederholt angewandt wurde und sich dementsprechend neue Nervenzellen gebildet haben. Ist das nicht der Fall, gleicht die Ausfahrt einem Weg voll Dornengestrüpp, durch das man kaum hindurch kommt.“

„Oftmals erkennen Patienten keinen Zusammenhang zwischen ihren körperlichen Beschwerden und einem möglichen traumatischen Ereignis – dies kann unter anderem am Zeitpunkt des Traumas liegen.“

„Oftmals erkennen Patienten keinen Zusammenhang zwischen ihren körperlichen Beschwerden und einem möglichen traumatischen Ereignis – dies kann unter anderem am Zeitpunkt des Traumas liegen.“

Manche Patienten wollen den Schmerz nicht loswerden, sondern fügen ihn sich selbst zu. Wenn Traumapatienten dissoziieren, ihr Körper und ihre Psyche keine Einheit mehr bilden, kann es vorkommen, dass sie sich selbst verletzen. Durch Auslösung eines Schmerzes spüren sie sich wieder und können sich dadurch wieder ganz in ihrem Körper verorten. Diese Bewältigungsstrategie hält jedoch nur kurz an und führt oft zu schweren Verletzungen. Die stabilisierende Therapie setzt auch hier bei Alternativlösungen an, die nicht rein mental sein müssen, sondern besonders auch körperlicher Art sein können: laut Musik hören oder starke Geruchs- und Geschmacksreize wie das Riechen an Ammoniak oder das Essen einer scharfen Chilischote.

Wenn PTBS-Patienten lernen mit ihren Emotionen umzugehen und Strategien gegen Flashbacks oder die gefühlte Ohnmacht entwickeln, ist eine Linderung der Schmerzen möglich. Nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell lassen sich chronische Schmerzen nicht nur rein körperlich oder seelisch erklären – das Verhältnis von Körper, Psyche und sozialem Umfeld sollte in Einklang gebracht werden. Wird also durch eine Psychotherapie ein positiver Umgang mit der PTBS erlernt, hat das wiederum Einfluss auf den Körper: „Verändert sich eine der drei Komponenten, gerät das Gleichgewicht von Körper und Seele außer Kontrolle. Durch Strategien, die individuell mit jedem Patienten erarbeitet werden müssen, kann die Balance wieder hergestellt werden – was die Schmerzen lindern kann.“¹

Text: Marlene Pellhammer — Foto: Ernst Fesseler

Sofortige Hilfe für Opfer nach Gewalttaten

Traumaambulanz Reutlingen

Mit der Traumaambulanz in Reutlingen und fünf weiteren in Baden-Württemberg startete das Sozialministerium 2014 einen dreijährigen Modellversuch, der Opfern von Gewalttaten direkt nach der Tat psychotherapeutische Hilfe anbietet – und das rund um die Uhr. Grundlage dafür bildet das Opferentschädigungsgesetz (OEG), nach dem jedem Gewaltopfer besonderer Schutz zusteht. Durch die unmittelbare Betreuung nach einer Gewalttat soll psychischen Folgeerkrankungen vorgebeugt werden.



In der Traumaambulanz in Reutlingen wird Opfern von Gewalttaten sofortige psychotherapeutische Hilfe zugesichert.

„Die letzten drei Jahre haben gezeigt, dass vor allem Frauen das Angebot wahrnehmen, die Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt wurden“, berichtet Dr. Ulrike Leins, leitende Psychologin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Reutlingen. Die Patient:innen der dortigen Traumaambulanz zeigen hauptsächlich Symptome von Traumafolgestörungen wie Anpassungsstörung oder das Gefühl von Wertlosigkeit aber auch depressive Symptome wie Angst oder Schlafstörungen. Bis die Opfer sich Hilfe suchen, können wenige Tage bis mehrere Monate vergehen. Schuld- und Schamgefühle machen es ihnen oft schwer, sich schnell an das psychotherapeutisch-psychiatrische Angebot zu wenden. Die Einrichtung arbeitet dabei eng mit dem Verein „Weißer Ring“, Frauenhäusern, aber auch der Polizei zusammen, die die Opfer an die Traumaambulanz vermitteln.

Zwischen der Kontaktaufnahme und dem Erstgespräch verstreicht nur wenig Zeit: „Meistens können wir innerhalb einer Woche einen Termin anbieten. Das ist wichtig, weil eine schnelle Hilfe eine Verstärkung der Symptome verhindern kann“, so Dr. Ulrike Leins. Von großer Bedeutung sei es, den Patient:innen einen Rahmen zu bieten, innerhalb dessen sie sich sicher fühlen und ohne Tabu über alles sprechen können. Nach dem Erstgespräch können bis zu fünf weitere Therapiesitzungen folgen, die über das Landratsamt beantragt werden müssen. Reichen diese nicht aus, werden weiterführende Möglichkeiten der Behandlung gezeigt und abgesprochen.

Unabhängig von der Evaluation des Modellversuchs, die derzeit noch aussteht, wollen die Traumaambulanzen dem Sozialministerium einen Bericht vorlegen, der aus therapeutischer Sicht die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Betreuung herausstellt. Die Traumaambulanz ergänzt die bestehenden Angebote für Opfer von Gewalt und kann dabei helfen, Folgesymptome eines Traumas zu minimieren. „Wünschenswert sei es jedoch“, so Ulrike Leins, „wenn sich die bürokratischen Hürden der Antragstellung vermindern ließen, um sich noch mehr auf die Opfer konzentrieren zu können.“

Text: Marlene Pellhammer – Fotos: Ernst Fessler

„Manche Einsätze lassen einen lange nicht los“

Psychosoziale Notfallversorgung

In akuten Krisensituationen wie einem Unfall oder Todesfall sind sie für Betroffene und Angehörige da: Psychosoziale Notfallseelsorger (PSNV) helfen, organisieren oder hören einfach nur zu. Gleichzeitig sind sie mit Leid und großer Trauer konfrontiert. Nicht selten begleiten die Bilder sie noch mehrere Tage. „Ganz wichtig ist, nach einem Einsatz über das Erlebte zu reden“, sagt Anneliese Heinz, Leiterin der PSNV des Kreisverbands des Deutschen Roten Kreuzes Ravensburg.

Wenn die Familie vom Suizid des Vaters erfährt oder ein Kind plötzlich verstirbt, stehen die handlungsunfähigen Angehörigen zunächst unter Schock. Ihnen zur Seite steht dann Anneliese Heinz. Sie unterstützt und signalisiert: „Ich bin da, Sie sind nicht allein.“ Seit 15 Jahren arbeitet die gelernte Einzelhandelskauffrau im Ruhestand ehrenamtlich als Psychosoziale Notfallseelsorgerin, seit 13 Jahren leitet sie das elfköpfige PSNV-Team.

Der Piepser ertönt, ein Verkehrsunfall mit Schwerverletzten. Über die Rettungsleitstelle Oberschwaben werden Heinz und ihre Teammitglieder über Einsatz und Ort informiert. Heinz meldet zurück, den Einsatz zu übernehmen. In den nächsten Stunden ist sie nun die direkte Bezugsperson für traumatisierte Menschen. An der Unfallstelle wird sie auf eine weitere Kollegin treffen. Je nach Ausmaß eines Einsatzes machen sich mehrere Psychosoziale Notfallseelsorger auf den Weg, mindestens sind sie jedoch immer zu zweit vor Ort.

Im Auto beginnt das Kopfkino

„Grundsätzlich sollte man sich während der Autofahrt zum Einsatz nichts vorstellen. Im Hinterkopf ist das Kopfkino natürlich trotzdem da“, so Heinz. In Rollenspielen und



An Einsatzorten werden Psychosoziale Notfallseelsorger mit schweren Schicksalen und tragischen Szenen konfrontiert.



Über die Rettungsleitstelle fordern Polizei, Notarzt oder Feuerwehr PSNV-ler als Unterstützung an.

Gesprächen während der Grundausbildung zu Psychosozialen Notfallseelsorgerin hat sie gelernt mit Situationen wie diesen umzugehen. Jeder der PSNV-ler muss zusätzlich eine Sanitätsausbildung vorweisen. Auch nach der Abschlussprüfung begleiten viele weiterhin zunächst ihre Kolleginnen und Kollegen, um mehr Einsatzerfahrung zu sammeln.

Anneliese Heinz trifft am Unfallort ein. Der Einsatzleiter deutet auf eine am Boden kauende Frau mit Kind. Während die Feuerwehr den Familienvater aus dem Unfallauto schneidet, setzt sich Heinz zur Frau des Unfallopfers. „Gibt es vielleicht jemanden, den Sie anrufen möchten?“ Später wird sie Mutter und Kind zum schwerverletzten Vater ins Krankenhaus fahren. Insgesamt wird sie die Betroffenen fünf Stunden begleiten, mit Ärzten sprechen, Essen und Trinken organisieren und als Ansprechperson da sein. So lange bis Angehörige eintreffen und sie sich zurückziehen kann.

„Total kaputt“ ist sie nach mehrstündigen Einsätzen wie diesen. Auf der Heimfahrt bleibt das Radio aus. „Was ich dann brauche, ist absolute Stille.“ In den Tagen danach sortiert sie bei der Gartenarbeit Gedanken, geht das Erlebte nochmals durch. „Die Auszeit nehme ich mir, so lange wie ich sie brauche.“ Jeder der Notfallseelsorger

hat für sich Strategien gefunden, abzuschalten. Während der eine beim Joggen Kraft tankt, hilft es dem anderen, Gefühle und Gedanken aufzuschreiben.

„Aufeinander zu achten ist das A und O“

Im direkten Anschluss an jeden Einsatz setzen sich die beiden Notfallseelsorger in Ruhe zusammen, egal zu welcher Tages- oder Nachtzeit. „Beide vergewissern sich, wie geht es dem anderen? Gibt es etwas, was uns beschäftigt?“, erklärt Heinz. So wird sichergestellt, dass jeder wohlbehalten und in stabiler Verfassung heimkomme. Auch abseits von Gruppentreffen tauschen sich die ehrenamtlichen PSNV-ler regelmäßig aus. Jeder kann mit jedem über Sorgen und Belastungen reden, Vertrauen und Zusammenhalt wird großgeschrieben. „Aufeinander zu achten ist das A und O“, weiß Heinz. Dazu gehöre auch, Veränderungen beim Anderen wahrzunehmen: Hat ein Kollege das Rauchen angefangen? Wirkt er fahrig oder gehetzt? Zieht er sich aus dem Team zurück? Für sie und ihre Teamkollegen bedeutet das, den Betroffenen zur Seite zu nehmen und die Beobachtungen anzusprechen. Für Einzelgespräche können sich die Notfallseelsorger außerdem jederzeit an den begleitenden Psychologen wenden.

„Im schlimmsten Fall liege ich ein paar Nächte wach und sehe die Bilder, höre was gesprochen wurde.“

Zuhören, Trost spenden, da sein – in Krisensituationen leisten Psychosoziale Notfallseelsorger „Erste Hilfe für die Seele“.



„Besonders wenn Kinder betroffen sind, lässt einen ein Einsatz lange nicht los“, erzählt Heinz. Manchmal gehe sie Gespräche nochmals durch, fragt sich, ob sie alles gemacht habe, was sie machen konnte. „Im schlimmsten Fall liege ich ein paar Nächte wach und sehe die Bilder, höre was gesprochen wurde.“ Auch nach Jahren erinnere sie sich noch an solche Einsätze. „Belastend ist es dann aber nicht mehr, da es in der Supervision aufgearbeitet wurde.“

Ohne Supervision ginge es nicht

Denn auch mit jahrelanger Einsatzerfahrung ist jeder Einsatz speziell, der jeden immer wieder belasten könne, weiß Heinz. Umso wichtiger sind verpflichtende Supervisionen für alle

Psychosozialen Notfallseelsorger. An drei bis vier Terminen pro Jahr werden im Team Einsätze besprochen und Erfahrungen ausgetauscht. Immer dabei ist der Supervisor, ein Psychologe, der fachliche Informationen und wichtige Hinweise für die nächsten Einsätze gibt.

Trotz des Leids und der Belastungen übt Anneliese Heinz ihre Tätigkeit mit Engagement und Herz aus und empfindet sie nicht als Last: „Es ist ein sehr schönes Gefühl, Menschen helfen zu können.“

Text: Nicola Netzer — Fotos: Pixabay, iStock

Nachgefragt

Sich selbst helfen



Dr. Berthold Müller ist als Facharzt für Psychosomatische Medizin im SINOVA-Verbund des ZfP Südwürttemberg tätig. Der Experte erklärt, welche Verhaltensweisen nach einem traumatischen Ereignis zu empfehlen sind.

FACETTEN: Mit wem kann und sollte ich über das Erlebte sprechen?

DR. BERTHOLD MÜLLER: Am liebsten reden wir mit vertrauten Menschen über persönliche Dinge. Dazu gehören auch Erlebnisse, die uns sehr nahe gehen oder uns belasten. Da jeder anders mit seinen Problemen umgeht, gibt es hier kein absolutes richtig oder falsch. Wer die Erfahrung gemacht hat, dass es ihn entlastet, wenn er über seine Erlebnisse sprechen kann, sollte dies auch bei traumatischen Erfahrungen tun. Ein Gespräch darüber muss nicht unbedingt mit Fachleuten geführt werden, denn die größte Erleichterung verspürt man, wenn man sich verstanden und nicht alleingelassen fühlt. Manche Menschen wollen erst mal in Ruhe gelassen werden, damit sie ihre Gefühle ordnen können. Für sie wäre ein Sprechen eine zusätzliche Belastung. Hilfreich ist, diesen Menschen zu vermitteln, dass sie nicht alleingelassen sind und Unterstützung bekommen können.

FACETTEN: Wie kann ich mit innerer Unruhe umgehen?

MÜLLER: Innere Unruhe ist Ausdruck einer starken Aktivierung unseres Stresssystems. Die Evolution hat damit einen Schutzmechanismus geschaffen, um uns vor weiteren traumatischen Erfahrungen zu schützen. Wir sind ständig auf der Hut, also wachsam und reagieren auf ungewohnte Signale sensibel und spontan. Bei den meisten Menschen beruhigt sich das aktivierte Stresssystem bald wieder, wenn sie in einer sicheren Umgebung sind und keine weiteren Gefahrensituationen erwarten müssen. Ablenkung, soziale Kontakte, Bewegung und andere angenehme

Tätigkeiten helfen, die innere Balance wiederzufinden. Bei quälender innerer Unruhe kann die übergehende Verordnung eines beruhigend wirkenden Medikaments unterstützen.

FACETTEN: Welche Tipps haben Sie noch?

MÜLLER: Ein traumatisches Erlebnis wirkt verstörend und kann uns aus gewohnten Abläufen reißen. Ein möglichst rasches Wiederanknüpfen an gewohnte Tätigkeiten und Vorlieben hilft dabei, in den Lebensalltag zurück zu finden. Belastende Erfahrungen bleiben uns lebenslang in Erinnerung. Wenn es gelingt, sie als Teil unseres Lebens in unsere Biografie zu integrieren, kann das Leben wieder weitergehen.

FACETTEN: Wann sollte ich professionelle Hilfe in Anspruch nehmen?

MÜLLER: Wenn nach einer schwerwiegenden traumatischen Erfahrung Beschwerden auftreten, wie erhebliche Schlaflosigkeit, große Unruhe, Albträume, unkontrolliertes Wiedererleben der belastenden Situation, Ängste und Depressionen, dann sind die seelischen Kräfte mit der Bewältigung deutlich überfordert und professionelle Hilfe nötig. Je früher in diesem Fall therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird, desto geringer ist die Gefahr einer späteren Posttraumatischen Belastungsstörung.

Text: Rieke Mitrenga – Foto: Rieke Mitrenga

Information, Beratung, Kontakt



Portale

www.angriff-auf-die-seele.de

Informationen für Soldatinnen und Soldaten, die im Auslandseinsatz besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Das Angebot richtet sich auch an ehemalige Einsatzsoldaten sowie an die Angehörigen. Unter anderem wird dort ein Test für die Diagnostik von Posttraumatische Belastungsstörungen geboten.

www.fonds-missbrauch.de

Opfer sexuellen Missbrauchs können hier Sachleistungen wie Therapien oder Beratungsleistungen beantragen. Für Fragen zu Beratungsangeboten und Hilfe bei der Suche nach geeigneten Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt es eine kostenlose Telefonnummer: 0800 4001050.

www.emdria.de

EMDR ist eine der traumatherapeutischen Methoden, die in der Praxis vielfach bewährt ist. Der Fachverband EMDIRA Deutschland e.V. stellt ein nach Postleitzahlen geordnetes Verzeichnis qualifizierter Anwender (z. B. Therapeuten und Therapeutinnen), Supervisorinnen, Trainer und Fortbildungsinstitute im Internet zur Verfügung.



Traumaambulanzen

Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche
Rasche und unbürokratische Soforthilfe erhalten Gewaltopfer im Kindes- und Jugendalter sowie deren Eltern in der Traumaambulanz des ZfP Südwürttemberg. Die Telefonnummer 0171 7179072 ist rund um die Uhr besetzt.

Traumaambulanz Reutlingen
Opfer von Gewalttaten können sich rund um die Uhr in der Traumaambulanz der PP.rt Reutlingen unter der Telefonnummer 07121 9200-0 melden.



Ratgeber

Powerbook – Erste Hilfe für die Seele

Mit dem Powerbook des Kinder- und Jugendpsychiaters Dr. Andreas Krüger können betroffene junge Menschen – anhand zahlreicher Fallbeispiele – ihre traumatischen Erfahrungen besser verstehen. Darüber hinaus dient es Eltern, Lehrern und Mitarbeitenden sozialer und anderer Berufe als Ergänzung für die praktisch-soziale Tätigkeit.

Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik
Ulrike Beckrath-Wilking, die auch schon als Dozentin an der akademie südwest des ZfP Südwürttemberg zu Gast war, hat gemeinsam mit Marlene Biberacher, Volker Dittmar und Regina Wolf-Schmid ein Handbuch zur Psychotraumatologie im beratenden und pädagogischen Kontext herausgegeben.

Traumareaktionen verstehen und Hilfe finden

Ein Ratgeber für Traumaüberlebende, ihre Familien und Menschen, die mit Traumatisierten arbeiten von Dr. Claudia Herbert, Klinische Psychologin. Das Selbsthilfebuch soll Betroffene befähigen, die Auswirkungen von Trauma zu verstehen und sie so auf ihren Weg der Gesundheit zu unterstützen.



Hilfsorganisationen

Weisser Ring

Der Weiße Ring ist ein gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Kriminalitätsoffern und zur Verhütung von Straftaten. Er bietet unter 116006 ein kostenloses Opfer-Telefon. Außenstellen befinden sich in ganz Deutschland.

E-Mail: info@weisser-ring.de

www.weisser-ring.de

Bundesverband ANUAS e.V.

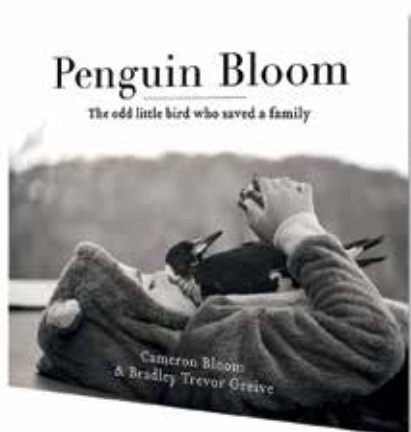
Hilfsorganisation für Angehörige von Mord-, Tötungs-, Suizid- und Vermisstenfällen.

Telefon: 030 25045151, E-Mail: info@anuas.de

www.anuas.de

Mitmachen und gewinnen!

Qualität ist Ansichtssache ...



Qualität – was ist das überhaupt? Reichen vorgegebene Standards oder geht es eher um die persönliche Zufriedenheit? Facetten begibt sich in der nächsten Ausgabe auf die Suche nach den verschiedenen Aspekten von Qualität. Uns interessiert: Was verstehen Sie unter dem Begriff Qualität?

Verraten Sie es uns über facetten@zfp-zentrum.de oder schicken Sie eine frankierte Postkarte an das ZfP Südwürttemberg, Abteilung Kommunikation, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried.

Wir sind gespannt auf Ihre Ansichten – die ein oder andere wird in der nächsten Facetten-Ausgabe veröffentlicht. Alle eingesendeten Ideen nehmen außerdem an der Verlosung des faszinierenden Bildbands Penguin Bloom des Fotografen Cameron Bloom teil (s. Kostproben S. 35).

Einsendeschluss ist der 15. Mai 2017.
Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Haben Sie's gewusst? In der Dezember Ausgabe haben wir den Satz „Heute was bewegen“ gesucht. Gewonnen hat Elvira Kukaqi. Das Facetten-Team gratuliert und wünscht viel Freude mit der Holzente.

Impressum

Facetten – Das Magazin des ZfP Südwürttemberg — Herausgeber ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de — Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe Rieke Mitrenga — Redaktion Dr. Berthold Müller, Dr. Joachim Hartmann, Heike Amann-Störk, Rieke Mitrenga, Nicola Netzer, Marlene Pellhammer — Konzept und Gestaltung Zambrino Unternehmersgesellschaft, Ulm — Druck Druckerei der Weissenauer Werkstätten — Auflage 4.700 Exemplare — Gedruckt auf Arctic Volume — Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation unter 07583 33-1588 oder per Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden — Die nächste Ausgabe erscheint im Juli 2017



Möchten Sie über weitere Themen aus dem ZfP Südwürttemberg aktuell und kompakt informiert werden?

Melden Sie sich unter www.zfp-web.de/newsletter für unseren Newsletter an.

„Mehr als die Hälfte aller Menschen ist im Laufe ihres Lebens mindestens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt.“