

2/ 2005
22.Jahrgang

TAGUNGSBERICHT

**Die verletzte Person -
Trauma und Persönlichkeit**

Impressum ??

ORIGINALARBEITEN

Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese (*Alfried Längle*) 4
Schädel-Hirn-Trauma (*Natalja S. Ignatjewa*) 39

VORTRÄGE

Trauma und posttraumatische Belastungsstörung (*Ulrich Schnyder*)..... 19
Die neurobiologische Verankerung traumatischer Erfahrungen (*Gerald Hüther*)..... 28
Trauma und Persönlichkeit (*Luise Reddemann*) 34

SYMPOSIA

Mein Leben besteht nur noch aus Angst (*Barbara Jöbstl*) 47
Fallbeispiel einer Borderline-Patientin mit psychotischem Erleben
(*Karin Matuszak-Luss*) 53
Mobbing (*Elisabeth Knizak*) 60
Wenn uns selbst die Worte fehlen (*Martin Duda*) 64
Stumme Wunden Sozialer Verletzungen (*Marlies Blersch*) 71
Trauma im System (*Jana Bozuk, Boris Bratus, Derrick Klaassen, Ruth Ronen,
Gabriel Traverso, Chris Wurm*) 77

FORUM

Existenzanalyse und Psychodrama: Sollen die zusammenkommen?
(*Irina N. Efimova*) 79

BUCHBESPRECHUNGEN 80

PUBLIKATIONEN 83

BEILAGE: GLE - INFO

KONTAKTADRESSEN 2
Dr. Eva Kozdera zum Gedenke 3
Univ. Prof. Dr. Roland Kuhn 4
AKTUELLES 5
TERMINE, MITTEILUNGEN, INSTITUTE 11

BANKVERBINDUNGEN DER GLE-INT.

Österreich: Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr. Spar-Casse-Bank, BLZ 20111
Deutschland: Konto Nr.: 7000006, Acredobank Nürnberg, BLZ 76060561
Schweiz: Konto Nr. 203054-10-556, Credit Suisse
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung
oder mittels DC, VISA, EC/MC

BANKVERBINDUNGEN DER LÄNDERVEREINE

GLE-Österreich: Konto Nr.: 281-120-961/00, Erste Österr. Spar-Casse-Bank
GLE-Deutschland: Konto Nr.: 8460700, Bank für Sozialwirtschaft
IGEAP-Schweiz: Konto Nr. 42 391044435, Berner Kantonalbank (BeKB)

ABO-PREISE FÜR DIE EXISTENZANALYSE

Jahresabonnements für Nichtmitglieder: Euro 25,-/sfr 38,- inkl. Versand
Einzelpreis: Euro 16,-/ sfr 24,- inkl. Versand (Europa) – Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.
Die EXISTENZANALYSE mit Info Beilage erscheint 2 mal jährlich.

Wissenschaftlicher

B E I R A T

Michael ASCHER
Philadelphia (USA)
Karel BALCAR
Prag (CZ)
Gion CONDRAU
Zürich (CH)
Herbert CSEF
Würzburg (D)
Nolberto ESPINOSA
Mendoza (ARG)
Reinhard HALLER
Feldkirch (A)
Hana JUNOVÁ
Prag (CS)
Christoph KOLBE
Hannover (D)
George KOVACS
Miami (USA)
Jürgen KRIZ
Osnabrück (D)
Anton-Rupert LAIREITER
Salzburg (A)
Alfried LÄNGLE
Wien (A)
Karin MATUSZAK-LUSS
Wien (A)
Corneliu MIRCEA
Temesvar (RO)
Christian PROBST
Graz (A)
Heinz ROTHBUCHER
Salzburg (A)
Christian SIMHANDL
Wien (A)
Christian SPAEMANN
Braunau (A)
Michael TITZE
Tuttlingen (D)
Liselotte TUTSCH
Wien (A)
Helmuth VETTER
Wien (A)
Beda WICKI
Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFER
München (D)
Elisabeth WURST
Wien (A)

HINWEISE

Themenredaktion
Mag. Karin Steinert

MR Dr. Eva Kozdera
zum Gedenken
Infoheft Seite 3

Univ. Prof. Dr. Roland Kuhn
(1912-2005)
Entdecker von Antidepressiva
und Daseinsanalytiker
Infoheft Seite 4

„pro mente“ bietet an
Propädeutikum
ab Frühling 2006
mit Lehrpersonal aus der
Existenzanalyse
Infoheft Seite 8

Kongress GLE-Int.
Prag 28.-30. April 06
,Hab mich gern...!'
Dis-sozialität und Anpassung
Programm unter
www.existenzanalyse.org

Kongressnachlese
Auditorium Netzwerk
CD, DVD und MC
Seite 69

THEMEN-VORSCHAU
1/2006
Supervision Teil II
2/2006
Tagungsbericht
Dissozialität und Anpassung

gle@existenzanalyse.org
<http://www.existenzanalyse.org>

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Dieser zweite Band des Jahres der EXISTENZANALYSE stellt, wie es schon Tradition ist, einen Kongressband dar. Der heurige Jahreskongress der GLE-International in Zusammenarbeit mit der GLE-Österreich fand Ende April in Wien zum Thema „Die verletzte Person – Trauma und Persönlichkeit“ statt und war für die GLE ein überaus erfolgreicher Kongress: Mit über 700 Teilnehmern der bisher Größte und dabei über 400 Besucher, die nicht aus der Existenzanalyse kamen, waren ein Novum für die GLE.

Ebenso sollte das Tagungsthema in einer gewissen Breite der Aspekte zugänglich gemacht werden. Sowohl von der empirischen Seite der Traumaforschung herkommend als auch von einem Konzept von Persönlichkeit und Person unter der Einwirkung eines Traumas spannte sich der Bogen. Die Referate sind zum Teil in diesem Tagungsbericht aufgenommen und gehen von der Darstellung der Entwicklung eines grundsätzlichen Verständnisses traumabedingter Störungen (U. Schnyder) über deren neurobiologische Verankerung (G. Hüther) zur Wechselwirkung mit der Persönlichkeit (L. Reddemann), dem Traumaverständnis vor dem Hintergrund der existenzanalytischen Anthropologie (A. Längle) zu Fallberichten und deren Behandlungsmöglichkeiten (B. Jöbstl, K. Matuszak-Luss, E. Knizak, M. Duda, M. Blersch). Ergänzend konnten wir eine Arbeit von Natalja Ignatjewa aus der Moskauer Gruppe zur existenzanalytischen Arbeit bei Schädel-Hirn Trauma bekommen.

MR Dr Eva Kozdera – langjährige Mitarbeiterin von V. Frankl an der Poliklinik und Gründungsmitglied der GLE – ist im November gestorben. Auf ihren Impuls hin kam dieses Vehikel GLE mit Ausbildung und Vereinsgründung ins Rollen, sie war erfahrene und verlässliche Begleiterin der Kurse in den frühen Jahren. Ein Nachruf würdigt ihr Schaffen und ihre Persönlichkeit.

In diesen winterlichen Tagen wünsche ich Ihnen Ruhe und Muße beim Vertiefen in dieses Heft mit seinen bewegenden Schilderungen und Gedanken.



Ihre Silvia Längle

Im Namen des Redaktionsteams

Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese

Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen

Alfried Längle

Das Thema „Traumatisierung“ hat eine besonders große existentielle Relevanz. In der Existenzanalyse wird das Spezifische der schweren Traumatisierung im Erleben des „Entsetzens“ gesehen, in dem die Abgründigkeit des Seins (statt des Nichts) erfahren wird. Diesem zentralen Erleben der Traumatisierung wird auf zwei Ebenen nachgegangen: die Prozeßebene wird durch eine Analyse der Ich-Struktur aufgerollt. Das Modell der Ich-Struktur der Existenzanalyse wird an jenes von Ch. Scharfetter angelehnt.

In der strukturelle Ebene sind durch ein schweres Trauma alle vier Grunddimensionen erfüllter Existenz betroffen. Das macht einerseits die Entstehung einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) und andererseits den hohen Komorbiditätsgrad dieser Störung verständlich. Auch wird durch die Lähmung auf der Prozeßebene eine verminderte Wechselwirkung mit der existentiellen Struktur mit Weltverlust, Beziehungsverarmung, Selbstverlust und Zukunftsverlust. Typische Copingreaktionen begleiten das Erleben – vor allem Totstellreflexe und ein Aktivismus der ersten Grundmotivation.

Therapeutisch ist eine Restrukturierung der existentiellen Grundbezüge und der personalen Funktionen erforderlich. Das Modell der Grundmotivationen gibt spezifische therapeutische Schritte vor, um die existentielle Entwurzelung zu überwinden und mit dem Einsatz „unspezifischer“ Faktoren wie Dialog und Begegnung die personalen Funktionen zu mobilisieren.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Grundmotivationen, Personale Existenzanalyse, PTBS (PTSD), Trauma

The topic of traumatizing has a particularly great, existential relevance. In existential analysis the specificity of grave traumatizing is considered to be the experience of „horror“ at seeing the abysmal side of one’s being (instead of the void). This central experience in traumatizing is looked at on two levels. The process level is examined via an analysis of the self-structure, with the existential-analytical model of self-structure being close to the one propounded by Ch. Scharfetter.

On the structural level all four fundamental dimensions of fulfilled existence are touched by grave traumatizing. This explains the genesis of PTSD (post-traumatic stress disorder) as well as the high comorbidity factor of this disorder. As a direct consequence of trauma the interaction with the existential structure is reduced, causing a loss of world, relationship, self and future. Characteristic coping reactions accompany all experience – above all the death-feigning reflex and activism on the first fundamental motivation.

Therapy must restructure the existential fundamental references and the functioning of the person. The model of the fundamental motivations provides specific therapeutic steps to overcome the existential deracination and to mobilise the functions of the person with the help of non-specific factors such as dialogue and encounter.

Key words: existential analysis, fundamental motivations, personal existential analysis, PTSD, trauma,

1. Einführung

Da passiert ein Unfall auf der Autobahn: Ein vollbesetzter Bus streift die Leitplanke, schlitzt die Längsseite auf, Men-

schen fallen aus dem schlingernden Fahrzeug, das sich nun überschlägt. Zerrissene Leiber, Schreiende, Wimmernde, Blutende, Bewußtlose auf der Straße. Ahnungslos stoßen weitere Menschen auf die Szene, fallen förmlich aus heiterem Him-

mel in diese Hölle, die gemütliche Musik noch ihm Ohr, die Ausflugsphantasien im Kopf, Urlaubsstimmung oder vielleicht gerade einen Ehezwist im Herzen. Schlagartig verändert sich ihre Wirklichkeit. Die harmlose, liebliche Realität stürzt in einen nie erlebten, nie gesehenen, nie ertragenen Abgrund. Wie mit dem Kopf gegen eine unsichtbare Glastüre geschlagen weiß man für einen Moment nicht mehr, was ist – was Wirklichkeit ist. Orientierungslos und fassungslos stehen die dazukommenden Menschen vor dem Schreckensbild auf der Autobahn. Die meisten sind gelähmt; einige erfassen die Situation, mehr mechanisch als fühlend stellen sie Warnsignale auf, beginnen den nächst Liegenden erste Hilfe zu geben.

Wenn wir uns aus der Hölle eines solchen Szenarios nehmen und auf die Auswirkungen für die Überlebenden wie für die überraschend Dazugekommenen schauen, so ist jedenfalls von einer Schockwirkung auszugehen, wie man sich leicht vorstellen kann. In der Folge jedoch sind die Entwicklungen unterschiedlich und es stellt sich die psychologisch relevante Frage: Warum wirkt ein solches Ereignis auf die einen Menschen traumatisierend, auf die anderen jedoch nicht? Warum wird das eine Erlebnis zu einer *Erfahrung*, das andere zu einem *Trauma*? – Und wodurch wird es vielleicht zu einer *anhaltenden* Störung?

Es lohnt sich aus mehreren Gründen, dieser Frage nachzugehen. Ein paar Hinweise mögen die Bedeutsamkeit des Themas in einem größeren Rahmen beleuchten:

- Es ist die psychologisch-anthropologische Frage nach der *Verletzbarkeit und Verletzlichkeit* des Menschen. Was ist das, was im Menschen verletzbar ist? Warum schmerzt uns überhaupt etwas? Dies bildet die Basis der folgenden Ausführungen.
- Es ist darin das psychologisch-philosophische Thema der *Erfahrung der überdimensionalen Erschütterung*, des Entsetzens, das alles bisher Dagewesene aus den Angeln hebt. – Wie ist eine solche Wirkung möglich, und womit hängt sie zusammen?
- Es lohnt sich aus persönlichen Gründen, einer solchen Frage nachzugehen, denn sie gehört wie der Tod selbst zur *menschlichen Wirklichkeit*. Man wird sich vielleicht fragen, was man selbst täte und wie es einem wohl ginge, was einem vielleicht helfen könnte, sollte ein solches Unglück einem selber zustoßen. Dieses Nachgehen kann bewirken, daß wir diese Seite der Realität, diese Möglichkeit ihres Einbrechens, nicht übersehen, nicht wegschieben oder fern halten, vielleicht nicht mehr verdrängen oder abspalten müssen. Es geht hier also um das *Risiko*, auch als *psychisch Gesunder*¹ ohne spezifische Vulnerabilität *erkranken* zu können, was ebenso für das Kind wie für die Erwachsenen gilt.
- Natürlich lohnt sich die Beschäftigung mit diesen Fragen aus *professionellen* Motiven. Wir wissen, wie verbreitet Traumatisierungen sind. Wie die Traumawirkung in der Psychotherapie lange nicht erkannt worden ist und wie die Forschung heute ihre Relevanz für die Entstehung verlustreicher, störender Entwicklungen deutlich macht. Für die Existenz-

analyse stellt das Thema eine besondere Herausforderung dar, ist doch die Katastrophe, der totale Einbruch des existentiellen Halts bei weitem nicht so ein großes Thema in der existentiellen Literatur, wie es das Scheitern, die Absurdität oder der Tod sind.

Wir wissen, wir alle können unversehens *Zeugen*, ja auch *Opfer* eines solchen Schreckensszenarios werden. Das menschliche Leben ist nicht geschützt vor dieser Seite möglicher Realität. Weder Wissen noch Bewußtsein, weder Wissenschaft noch Glaube können uns davor bewahren, können uns den Schock ersparen, sollten wir damit konfrontiert werden. Wahrscheinlich könnten wir ein alltägliches Leben kaum bewältigen, wären wir uns der möglichen Abgründe des Daseins ständig bewußt. So *adaptiert* sich der Mensch auf ein Bild von Realität, das sie als sicher, handhabbar, überschaubar, verlässlich und vertrauenswürdig darstellt. Und meistens fährt man ganz gut mit diesem Bild von Wirklichkeit.

Doch kann uns dieses Bild so unvermutet zerrissen werden, daß uns diese brutale Gewalt bis in die Grundfesten erschüttert. In extremen Situationen wie Naturkatastrophen, lebensbedrohlichen oder tödlichen Unfällen, menschlicher, nie gesehener Grausamkeit, welche Würde und Existenz gleichermaßen außer Kraft setzt, gelten die Regeln und Gesetzmäßigkeiten der kulturell „gezähmten Wirklichkeit“ nicht. In solchen Extremsituationen versagen die *operativen Schemata* wie Haltungen und Einstellungen, mit denen wir an die Alltagswirklichkeit herangehen. Das traumatische Erleben ist mit so gänzlich Neuem konfrontiert, daß man weder *adaptiert* ist noch *Umgangsweisen* zur Verfügung hat. Statt der Frage: „Was macht die Person mit dem Trauma“ gilt in solchen Fällen die Fragerichtung umgekehrt: *Was macht das Trauma mit dem Menschen?*

2. Trauma, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und posttraumatische Persönlichkeitsstörung

Was kennzeichnet ein Trauma? – Unter Trauma versteht man allgemein ein schädliches Ereignis, das „*außerhalb der üblichen Menschen Erfahrung*“ liegt (Vermetten, Charney, Brenner 2000, 67). Im DSM IV wird es auf Ereignisse beschränkt, in denen man dem *Tod* oder ernsthafter *körperlicher Verletzung* oder Beschädigung bei einem selbst oder bei anderen ausgesetzt war, was zu einer intensiven subjektiven Reaktion von Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen führte (ebd.). Durch diese Beschränkung der Definition auf die Konfrontation mit Tod oder körperlicher Unversehrtheit faßt das DSM IV das Trauma deutlich enger als das ICD 10 (ebd. 70), das die Ereignisse an die subjektive Größe einer im normalen Menschenleben nicht vorkommenden Erfahrung knüpft.

Damit unterscheidet sich ein Trauma von gewöhnlichen Belastungsfaktoren und von Verletzungen, wie sie in jedem Leben unvermeidlich sind. Nur jene Traumata sind als Ursache einer PTBS anzusehen, welche die üblichen Verarbeitungs-

¹ Geschlechtsbezogene Bezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

kapazitäten des Menschen überschreiten, weil sie eine *überwältigende Dimension* haben und entsprechend zu *ungewöhnlich heftigen Reaktionen* führen. Hier begegnet der Mensch einer Wucht, einer Gewaltigkeit, einer Größe von Zerstörung, die ihn gänzlich hilflos macht und mit Schreck und Entsetzen erfüllt.

Mehr als die Hälfte der Menschen (60 % der Männer, 51 % der Frauen) erleben ein solches Ereignis wenigstens einmal in ihrem Leben (ebd. 67; Kessler, et al. 1995).

Die Symptome des PTBS werden in drei Kategorien unterteilt (Vermetten et al. 2000, 71f.):

- *Wiedererleben* des Ereignisses: Es braucht mindestens ein Symptom von den „Nachhall-Symptomen“ wie eindringliche Erinnerungen, belastende Träume, wiederkehrendes Fühlen des Ereignisses, intensive psychische Belastung bei Hinweisreizen;
- *Vermeidungsverhalten*: Es braucht mindestens drei Symptome aus den Gruppen der Gefühle des Betäubtseins, eingeschränkter Reagibilität und der Vermeidung;
- *Anhaltende Symptome erhöhter Erregbarkeit*: Mindestens zwei Symptome wie Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, übermäßige Wachsamkeit, übertriebene Schreckreaktion.

Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und erhöhte Erregbarkeit haben etwas gemeinsam: sie sind Phänomene eines Verarbeitungsversuchs, somit Symptome eines Prozesses. Die PTBS kann man daher als eine *Verarbeitungssymptomatik* auffassen. Der Mensch steht in einem erhöhten Erregungsniveau, das sich auf alle drei anthropologischen Dimensionen funktionell störend auswirkt: *somatisch* (vegetative Symptome, Gewichtsverlust, motorische Störungen), *psychisch* (Fühlen, Schlafen, Tagesschwankungen, Lustlosigkeit, Motivationskraft, Konzentration) und *personal* (Selbstwert, Lebenskonzept und Lebenshaltung, Aufmerksamkeit und Motivation). Das Erlebte belastet den Menschen, seine Ich-Strukturen geben nach, sodaß er nicht mehr auf „seine Höhe“ kommt.

Diese noch diffuse Symptomatik kristallisiert deutlichere Konturen aus, wenn die PTBS zu einer **posttraumatischen Persönlichkeitsstörung** (bzw. Persönlichkeitsänderung, wie sie im ICD 10 genannt wird - F 62,0) wird. Das Bild der aufgewühlten, unruhigen, akuten Symptome sedimentiert zu einer schützenden Haltung der Welt gegenüber, die mit einem markanten Ich-Verlust verbunden ist. Diese „Verbarrikadierung“ der Persönlichkeit findet auf dem Boden eines eingeschränkten Weltbezugs und Innenbezugs statt. Man kann die fünf Merkmale der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung“ des ICD 10 diesen beiden personalen Basisbezügen zuordnen:

a) *eingeschränkter Weltbezug*

1. eine mißtrauisch-feindliche Haltung der Welt gegenüber
2. sozialer Rückzug

b) *eingeschränkter Innenbezug*

3. Leeregefühle, Hoffnungslosigkeit
4. chronische Nervosität und ständiges Bedrohtsein

5. Entfremdung

Nach einem solchen Ausmaß von grauenvollem Erleben kann *keine normale Beziehung* mehr aufgenommen oder gehalten werden. Die Welt ist schlichtweg zu *bedrohlich* und das Subjekt so *geschwächt*, daß die anderen Menschen (die bei manchen Traumatisierungen noch dazu ursächlich mitwirken) nicht mehr ertragen werden können. Mit diesem breiten Rückzug aus der Welt geht unter dem Schatten von anhaltender Angst ein Selbstverlust mit innerer Leere und Entfremdung einher.

3. Das Entsetzen als existentielles Thema der Traumatisierung

Es stellt sich einem unweigerlich die Frage, womit der Mensch konfrontiert ist, wenn er so außerordentlich heftig reagiert. Die Symptomatik weist auf ein *extremes* Erleben hin, das im Unterschied zu einer „normalen Angst“ *überwältigend* ist und daher nicht in den Rahmen „üblicher menschlicher Erfahrung“ eingeordnet werden kann.

Goethe (o.J., 370) hat in „Dichtung und Wahrheit“ (16. Buch) sehr präzise solche ungewöhnlich starken Erlebnisse, die jegliche Vertrautheit und Berechenbarkeit übersteigen, mit den Begriffen „Staunen“ und „Entsetzen“ belegt: „Die Natur wirkt nach ewigen, notwendigen, dergestalt göttlichen Gesetzen, daß die Gottheit selbst daran nichts ändern könnte. Alle Menschen sind hierin unbewußt, vollkommen einig. Man bedenke, wie eine Naturerscheinung, die auf Verstand, Vernunft, ja, auch nur auf Willkür deutet, uns Erstaunen, ja Entsetzen bringt. (...) Ein ähnliches Entsetzen überfällt uns dagegen, wenn wir den Menschen unvernünftig gegen allgemein anerkannte sittliche Gesetze, unverständlich gegen seinen eignen und fremden Vorteil handeln sehen. Um das Grauen loszuwerden, das wir dabei empfinden, verwandeln wir es sogleich in Tadel, in Abscheu, und wir suchen uns von einem solchen Menschen entweder wirklich oder in Gedanken zu befreien.“

Entsetzen und unerträgliche Gefühle bedrängen uns, wenn der Rahmen der Gesetzmäßigkeiten oder des sittlich Erwarteten bzw. als natürlich Angesehenen aus den Fugen gerät. Alles Vertrauen ist dann zerstört. Solches Erleben ist ein Trauma. Es scheint das Charakteristische des Traumaerlebens nicht so sehr die Angst zu sein als vielmehr die Erfahrung (Wahrnehmung) einer *erschütternden Unfaßlichkeit der Realität*, die nun ohnegleichen da steht. Freyd (1994) kommt in ihren Untersuchungen über die Ursache von frühkindlichen, zwischenmenschlichen Traumatisierungen zu solchen Ergebnissen. Sie findet z.B. bei 75 traumatisierten Personen primär eine *Erschütterung des Vertrauens* (das wäre in unserem Verständnis die unmittelbare Folge der erlebten „Unfaßlichkeit“ und die tiefste, faßbare Symptomatik). Solche Erfahrungen machen natürlich auch Angst² (vor allem und wahrscheinlich mehr im Rückblick!), aber sie lösen in der Akutsituation vor allem *Entsetzen* aus. Entsetzen definieren wir als *fassungsloses Unverständnis vor etwas Fremdem, dessen Vorhandensein als unmöglich angesehen wurde*. Eine PTBS hätte damit einen the-

² Freyd (ebd.) meint aber dezidiert, daß es nicht primär die Angst im Vordergrund des Erlebens stehe, sondern eben diese *Erschütterung des Vertrauens*. Sie sei es schließlich auch, die zur Entwicklung von *Dissoziationen* (und eben nicht zu den klassischen Angst-Reaktionen) führt.

matischen Kern: die Konfrontation mit dem Inhalt des Entsetzens, und zwar im besonderen mit der Fassungslosigkeit, in der wir uns gegen alle Erwartung dem Sein gegenüber vorfinden. Es ist, als ob das Sein den Menschen betrogen hätte – und doch ist er weiterhin auf das Sein angewiesen, kann ohne es nicht weiterleben (man beachte die Ähnlichkeit mit dem Erleben des Kindes den Eltern gegenüber – und wenn diese Lebensader von Beziehung durch Mißbrauch betrogen wird; Freyd baut ihre Traumatheorie auf solche Erfahrungen auf).

Um den Gedanken der Unfaßlichkeit besser zu verstehen, müssen wir das Spezifische des Entsetzens näher betrachten. Entsetzen ist im Grunde eine Form des *Staunens*; bloß mit dem Unterschied, daß der Gegenstand nicht ein unfaßbarer Wert oder eine überdimensionale Größe ist, die staunen läßt, sondern sein Gegenstand ist die *Unfaßlichkeit der Abgründigkeit der Existenz*. In Sprache gehoben sagt das Gefühl des Entsetzens: „Ist das denn möglich? Das gibt es doch nicht! – Das gibt es also auch noch!“

Solche Gefühle bekommen wir z.B. bei so einem Autobahn-Unfall, wie eingangs geschildert, oder wenn wir von Kriegsgreuel erfahren, Bilder vom KZ sehen, zusehen, wie das World Trade Center am 11. 9. 01 einstürzt; Entsetzen kann uns auch bei der Mitteilung einer unheilbaren oder schweren Krankheitsdiagnose befallen. Wann immer wir Entsetzen erleben, wird Vertrauen zerstört. Es geht im Entsetzen nicht immer und nicht eigentlich um die Eigengefährdung, wie es beim Schrecken der Fall ist, als vielmehr um das *Unverständnis* und den *Vertrauensverlust* ins Dasein.

Während in der Psychologie diesem Begriff keine Aufmerksamkeit geschenkt wurde (allenfalls wurde Entsetzen als Begleitgefühl von Angst beschrieben), hat Emmanuel Levinas in seinem Frühwerk (1947) ein tiefes Verständnis dieses Erlebens entwickelt. Es kann als grundlegend für ein existentielles Verstehen von Entsetzen und Trauma angesehen werden. Für Levinas ist das, was man im Entsetzen erlebt, etwas anderes als Angst. Im Unterschied zur Angst wird das Entsetzen von etwas ausgelöst, das *ist*. Während man in der Angst mit dem potentiellen *Nichts* konfrontiert ist, ist es beim Entsetzen das *Sein*, das die Erschütterung auslöst. Das Entsetzliche ist eben, daß „es das gibt“, und nicht, daß da *nichts* ist. Levinas spezifiziert dieses Sein als das „anonyme“ Sein, als „apersonalen Strom des Seins“, das da den Menschen überschwemmt. Dieses Sein ist nicht das „gebende“ Sein, das „umsorgte“ oder „besorgte“ Sein, wie es Heidegger beschrieb, sondern das „anonyme Rauschen“ des „es gibt“. Im Erleben des Entsetzens stoßen wir also auf eine *Paradoxie des Seins*. Unser gewöhnliches Erleben von Sein ist, daß es Schutz, Raum und Halt vermittelt. Es ist der tragende Grund des „In-der-Welt-Seins“ (Heidegger), ist Boden neben der Abgründigkeit. Nun bricht dieses Vertrauen ein durch das Erleben dessen, „was es da *doch* gibt“, womit man gar nicht gerechnet hat und wahrscheinlich auch nicht rechnen kann, und das als Sein das eigene Sein doch extrem zu bedrohen vermag.

Die wiederholte oder die überdimensionale Erfahrung, daß das Sein „nicht hält“, entzieht dem Menschen den Boden in seiner Welt. Ohne Standfläche gerät er in eine Machtlosigkeit gegenüber einem Ereignis, das sich seiner Kontrolle entzieht, und das er nun auch nicht mehr verarbeiten kann. Es kommt dadurch zu einer „Unterbrechung“, wie es Kleber & Brom (1992) in einer mehr psychologischen Sprache bezeichnen, durch die „drastische Zerstörung grundlegender Annahmen und Erwartungen“ (Kleber 2000, 728).

In diesem Rahmen zerbrochener Kontinuität stehen auch die Traumakonzepte, die auf Antonovskis (1997) Kohärenzgefühl aufbauen. Frommberger, Stieglitz, Straub, Nyberg, Schlickewei, Kuner, Berger, Brügger (1999) konnten z.B. bei Opfern schwerer Unfälle zeigen, daß die kognitiven und emotionalen Reaktionen bei Verkehrsunfallopfern, die eine PTBS entwickelten, unabhängig vom Schweregrad der Verletzung waren (!), jedoch mit dem *Kohärenzgefühl* (d.h. mit der subjektiven Bedeutung des negativen Ereignisses) korrelierten. Ein gutes Kohärenzgefühl war negativ mit der Entwicklung einer PTBS korreliert. D.h. wenn man ein schwieriges oder traumatisches Ereignis in einen Sinnzusammenhang einordnen kann, scheint die traumatische Wirkung des Ereignisses abgeschwächt zu sein.

Auf einem solchen kognitiven Hintergrund und auf dem Boden der Erfahrung, „daß das Sein nicht hält“, kommt es natürlich und in der Folge zu einem anhaltenden Erleben von Gefahr. Da entsteht Angst. Im *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modell* von Ehlers & Clark (2000)³ ist dieses anhaltende Gefühl der Bedrohung einer der Hauptgründe für das Entstehen einer PTBS. Aus unserer Sicht setzt dieses Modell relativ spät in der Entwicklungslinie der Traumaentstehung an.

Der Vollständigkeit halber sei ein psychodynamisches Konzept der Traumaentstehung erwähnt. Nach Gabbard (2000) wird die Traumatisierung ebenfalls der subjektiven Bedeutung des Stressors zugeschrieben und nicht einem objektiv meßbaren Schweregrad. Zur Entwicklung einer PTBS kommt es aber erst dann, wenn die traumatische Erfahrung mit einem *Kindheitstrauma* in Resonanz gerät. In einem solchen Falle wird die Erschütterung so stark, daß die Affekte nicht mehr reguliert werden können und Somatisierungen sowie Alexithymie auftritt.

4. Die Psychodynamik in der Überforderung

Was hier der Mensch erlebt, überfordert seine Verarbeitungskapazität. Die Unfähigkeit, mit dem Erlebten zurechtzukommen, sich neben und mit dem Erlebten im Sein einzurichten, „Behausung“ zu erhalten, eine solche „existentielle Verunsicherung“ (Butollo, Rosner, Wentzel 1999, 184) führt zu einem *Oszillieren* in den Reaktionen. Überaktivität und Passivierung treten gleichzeitig auf. Versuche, das Erlebte doch anzugehen und einzuarbeiten wechseln mit Phasen der Lähmung und der Ermüdung. So schwankt der Mensch

³ Die Entstehung des Gefährerlebens beziehen sie allerdings auf „excessively negative appraisals (added meanings) of the trauma and / or its sequelae“. Die negative Bewertung wäre aus unserer Sicht jedoch nicht als beliebig anzusehen, sondern als emotionale Wahrnehmung und Stellungnahme zum Erlebnisinhalt.

zwischen Intrusionen und Leugnung, zwischen andauerndem Wiedererleben und Vermeidungsverhalten, zwischen erhöhter Erregtheit und Abstumpfung. Es scheinen drei der vier grundlegenden *Copingreaktionstufen*, wie wir sie in der Existenzanalyse beschreiben (Längle z.B. 1998), gleichzeitig mobilisiert zu sein, und zwei davon in den Bereichen aller vier Grunddimensionen der Existenz. Das macht das Ausmaß der strukturellen Bedrohung bzw. Zerstörung deutlich (vgl. dazu die Neurose, wo üblicherweise die Fixierung in vorwiegend einem einzelnen Copingmechanismus vorliegt). Tab. 1 gibt einen Überblick über diese Reaktionen:

Weltverlustes der PTBS aufgenommen ist. Diesem früher als hysterische Neurose bezeichneten Phänomen kommt eine *Zwischenstellung* zwischen der akuten PTBS und der noch tiefergreifenden Persönlichkeitsstörung zu.

5. Die Struktur des Ich nach Scharfetter

Das Entsetzen, dem man im Trauma ausgesetzt ist, sprengt die übliche Verarbeitungskapazität des Menschen, haben wir festgestellt. Dadurch kommt es zu einer Überforderung der Verarbeitungsstruktur des Ich. Der Ort der Verarbeitung, der

Störungen der GM: Grundgefühl	Grundbewegung (Vermeidungsversuch)	paradoxe Bewegung = Aktivismus (Bewältigungsversuch)	Abwehrdynamik im Nicht-Entkommen (Aggressionstyp)	Überwältigungserleben (Totstellreflex)
1.GM ängstlich	<u>Flehen</u>	Ankämpfen	<i>destruktiv</i> : Haß	Lähmung
2.GM depressiv	<u>Rückzug</u>	Leisten	<i>beziehungs-suchend</i> : Wut	Erschöpfung, Resignation, Apathie
3.GM hysterisch	<u>auf Distanz gehen</u>	Rechtfertigen, Recht geben (Überspielen)	<i>abgrenzend</i> : Zorn / Ärger	Dissoziation (Spaltung, Leugnung)
4.GM suizidal u. dependent	<u>Provisorisches Engagement</u>	Provokation, Idealisierung, Fanatismus, „Para-Existentialität“	<i>Kontext bildend</i> : spielerische Aggr., Zynismus, Empörung	Betäubung

Tabelle 1: Die Formen des automatischen Schutzverhaltens (Copingreaktionen), gegliedert nach den Themen der Grundmotivationen (aus Längle 1998, 23). Unterstrichen sind jene Copingreaktionen, die durch das traumatische Entsetzen mobilisiert werden.

Alle Formen des *Überwältigungserlebens* (der Totstellreflexe) sind in der PTBS zugleich zu finden und dominieren das Bild. Es finden sich die Totstellreflexe aller vier Grundmotivationen gleichzeitig: Lähmung, Apathie, Dissoziation⁴ und Betäubung. Nur bei schweren Störungen sind alle Schichten der Existenz betroffen. Das Bild ist gepaart mit der Mobilisierung der schützenden **Grundbewegung**, die ebenfalls alle vier Grunddimensionen der Existenz überspannt: Vermeiden, Rückzug, auf Distanz gehen und provisorisches Engagement. Zusätzlich und wie zur Unterstreichung der Angstdimension, die in der PTBS enthalten ist, ist auch die Reaktionsstufe des **Aktivismus der 1. Grundmotivation** mobilisiert, das Ankämpfen in Form von Intrusionen, belastenden Träumen, Wiederfühlen des Traumas etc.

Da es in diesem gleichzeitigen Mobilisieren gegenläufiger Verhaltensweisen kaum ein Weiterkommen in der Verarbeitung des Traumas gibt, erstaunt es nicht, daß 86 % der PTBS eine *komorbide dissoziative Störung* entwickeln (Bremner et al. 1998, in Vermetten et al. 2000, 80). Die Entwicklung einer Dissoziation darf als starke Reaktion gelten. Eine *Dissoziation* stellt ein Versagen „der integrativen Funktionen des Bewußtseins, des Gedächtnisses, der personalen Identität sowie der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung der Umwelt“ dar (Kapfhammer 2000, 152f.). Das macht deutlich, daß im Phänomen der Dissoziation der Duktus des Selbst- und

Integration bzw. der Aussonderung der Eindrücke ist das *Ich*. Welche Strukturen des Ich sind es, die dem Erlebten nicht standhalten können? – Dazu ist zuerst eine kurze Darstellung eines Ich-Konzeptes vonnöten, um dann die Auswirkung der Pathologie aufzuzeigen. Das Ich-Konzept der Existenzanalyse kann weitgehend an das Ich-Konzept von Scharfetter angebunden werden.

Christian Scharfetter (2002, 72-116) bezeichnete das Ich als „Erlebens- und Verhaltenszentrum, das sich im sozialen Kontext, in der Welt überhaupt ortet, die Einlaufstelle für das Ankommende, Verbindungsstätte von Gegenwärtigem mit Vergangenheit und Zukunft, Verarbeitungs- und Sendestelle für alles Efferente“ ist (ebd., 73). Es ist der Ort, worin „alle diese Funktionen zu einem einheitlichen Wesen ... zusammengehalten werden“ (ebd.).

Ihm schreibt Scharfetter verschiedene Dimensionen oder Aspekte zu, die er graphisch als konzentrische Kreise darstellt, bei denen die inneren die jeweils peripheren durchdringen und somit in ihnen enthalten sind. Der innerste Kern ist in diesem Schema die **Ich-Vitalität** und die Erfahrung des selbstverständlichen „ich bin“ mit seiner leibhaftigen Anwesenheit und Gestimmtheit (ebd., 74). – In der Existenzanalyse (EA) ist diese Grunddimension des menschlichen Daseins das Thema der 1. Grundbedingung der Existenz. Existenz beginnt mit dieser

⁴ Bei starker Dissoziation finden sich signifikant mehr menschliche Traumatisierungen und Vertrauensbrüche durch Menschen, von denen man abhängig ist. Vor allem Dissoziation hilft, ein weiteres, notwendiges Zusammenleben zu ermöglichen (z.B. Kinder in Familien). (Freyd 1996, DePrince & Freyd 2002, Freyd 2003)

Grunderfahrung des „ich bin“ bzw. des „es gibt mich“, durch die uns in der Folge eine Mächtigkeit und eine Energie zukommt – die zur Grundlage des Sein-Könnens und des *Könnens* überhaupt wird.

2.) Es folgt die **Ich-Aktivität**: Sich als eigenmächtig in seinem Handeln und Vernehmen zu erfahren; zu erleben, daß „ich“ es bin, der das erfährt, fühlt, denkt, sich erwartet usw. – In der EA findet diese Dimension ihre Entsprechung in einer Kombination der ersten und zweiten Grundmotivation, im Erfahren der Mächtigkeit des eigenen Könnens und im Erleben der Vitalität.

3.) Die **Ich-Kohärenz** ist die Erfahrung des Zusammenhalts, der Einheit, der Zusammengehörigkeit der Strebungen und Kräfte in unseren Selbstsein. – Wir sprechen in der EA von der Ich-haftigkeit in der 3. Grundmotivation. Es ist das konsistente Erleben innerer Einheit, die von Einmaligkeit und Einzigartigkeit (als Grundlage der Verschiedenheit von anderen – s.u.) geprägt ist.

Halten wir kurz inne. Wenn man diese Dimensionen auf dem Hintergrund der PTBS betrachtet, so kann man sich leicht vorstellen, daß die Erschütterung genau diese Ich-Dimensionen angreift. Die zuletzt genannte Einheit des Ich („Ichhaftigkeit“ des Erlebens und Verhaltens) ist durch die Massivität des Einbruchs erschüttert und in ihrer Lebensbedeutsamkeit und Selbstverständlichkeit durch die Ungeheuerlichkeit des Erlebten zumindest in Frage gestellt, wenn nicht aufs äußerste relativiert. Kann man sich überhaupt noch als „innerlich zusammengehörig“ erleben, wenn das Leben so mit einem spielt, daß man ihm *nichts mehr dagegensetzen* hat? Kann bei einer solchen erlebten Inkonsistenz und so einem Bruch von Welterfahrung überhaupt noch eine *innere* Konsistenz gehalten werden? – Wir können uns vorstellen, daß sich das Trauma der Ich-Aktivität entgegenstellt, sie auslöscht, uns erfahren läßt, daß wir in entscheidenden existentiellen Belangen nicht die actores, die Handelnden sind. Das Trauma erfaßt das Ich bis ins Mark, greift topographisch bis in den innersten Kern dieses Schemas hinein. Die selbständige, leibhaftige Anwesenheit, das natürliche „ich bin“ voller Vitalgefühl und kräftiger Gestimmtheit ist nicht mehr zu erleben. Es ist erstarrt, betäubt, fühllos, verunsichert.

Die unausgesprochene, intime Frage nach solchen Katastrophen lautet etwa: „Gibt es *mich* noch oder gibt es nur noch diese Wucht, diese Welle, diese Brutalität, die mich schon längst ausgelöscht hat?“ Das *Ich-Sein in dieser überdimensionalen Wirklichkeit* scheint dem Subjekt nicht mehr *möglich*. Dieses, wie mir scheint, *zentrale Phänomen des Trauma-Erlebens* pflanzt sich in die weiteren Dimensionen des Ich fort. Es ist der innere „Abdruck“ des Unfaßlichen, des Erlebens von etwas, das es „eigentlich nicht geben kann“ – nun „gibt es auch einen selbst nicht mehr“.

4.) Scharfetter beschreibt als vierten Punkt die **Ich-Demarkation**, die Fähigkeit, sich vom Nicht-Ich abzugrenzen, was einerseits die Ich-Bildung ermöglicht und andererseits die Realitätskontrolle schafft. – In der EA sehen wir in der Abgrenzung des Ich eine *Voraussetzung für die Fähigkeiten* des

Ich bzw. der 3. Grundmotivation: der *Selbstbeobachtung*, der Selbstwahrnehmung, durch die eine Abgrenzung möglich wird und die ihrerseits durch die Abgrenzung über eine Feedbackschleife gestärkt wird. Diese Grenze zur Welt ist unheilbar durchbrochen, die ich-schützende und ich-bildende Grenze zerbrochen. Scharfetter (ebd. 74) spricht davon, daß es in pathologischen Fällen entweder zu einer Mauerbildung oder zu einem „schutzlosen Überschwemmtwerden vom ‚Nicht-Ich‘, ‚von außen‘“ kommen kann. Genau das geschah im Trauma, geschieht im Flashback wieder und wieder.

Was geschieht mit der 5.) **Ich-Identität**? Scharfetter beschreibt sie als die Erfahrung der Selbigkeit über die Zeit hinweg: „... daß ein Mensch weiß, daß er von Geburt an bis heute derselbe Mensch ist, der von sich ‚ich‘ sagen kann (...) trotz des Wandels von eigener und Umweltgestalt im Verlauf der Lebensgeschichte“ (ebd. 74). Diese Identität ist gebrochen, durch das Trauma in zwei geteilt. Man erfährt sich nicht mehr als derselbe, der man war, man ist ein anderer geworden, ist sich fremd geworden. Von nun an gibt es ein Vorher und ein Nachher.

Schließlich beschreibt Scharfetter 6.) **das Selbstbild** als eine Ich-Dimension: das, was jemand von sich selbst hält, wozu auch sein **Selbstwertgefühl** gehört. Diese Dimension scheint durch das Trauma *nicht direkt betroffen* zu sein, aber auf **indirekte** Weise dennoch ins Spiel zu geraten. Der traumatisierte Mensch ist so ausschließlich mit der Bewältigung des Erlebten beschäftigt, daß er für den Selbstwert keine Kraft, kein Interesse hat. Das Elementare ist nun wichtiger.

Für Scharfetter ist die 7.) **Ich-Stärke** das Resultat des Zusammenspiels dieser Dimensionen. Seiner Meinung nach handelt es sich dabei um ein „sehr globales Konstrukt“ (ebd. 77). Das Besondere dieser Theorie ist jedoch, daß die *Ich-Stärke sehr dynamisch verstanden* wird als eine „Qualität verschiedener Ich-Funktionen“ (worauf übrigens schon Federn 1956 hingewiesen habe, vermerkt Scharfetter anerkennend). Scharfetter meint, daß durch diese Qualität des Zusammenspiels der einzelnen Ich-Funktionen die hohe *Adaptabilität* und *Syntheseleistung* des Ich verständlich werde.

6. Die Ich-Struktur im existenzanalytischen Verständnis

Das Konzept der Ich-Struktur in der EA, das phänomenologisch im Rahmen eines personalistischen Ansatzes gewonnen wurde, ist ähnlich aufgebaut wie die von Scharfetter beschriebene Dynamik der Ich-Stärke. Vermutlich geht diese Parallele auf eine gemeinsame phänomenologische Vorgangsweise zurück. In der Konzeption der EA wird die **Ich-Stärke** im Zusammenspiel jener Fähigkeiten gesehen, die den letzten *drei Dimensionen Scharfettters* entsprechen. Das Ich erhält seine Stärke durch die Ausbildung und den Einsatz spezifischer Fähigkeiten, die das *Selbst-Sein* begründen (Längle 1999a,b,c; 2002a,b,c). Phänomenologische Studien (z.B. Eckhard 2000, 2001; Längle 1999a, 2002a,c,d) ergaben, daß dafür drei Voraussetzungen vonnöten sind:

1. Durch die **Selbst-Wahrnehmung** kommt es zur Grenz- bildung und zur Trennung von Ich und Nicht-Ich, von Eige-

nem und anderem. Ausdifferenzierung von Grenzen und Unterschiedlichkeiten ist die Basis für jeden *Dialog*. Austausch ist nur möglich, wo eine Differenz besteht.

2. Bei der **Selbst-Beurteilung** handelt es sich um eine Ich-Aktivität, die gerne übersehen wird, die aber als *konstitutiv für die Ich-Bildung* angesehen werden muß. Ein Personenverständnis, in welchem der Mensch verstanden wird als jemand, der sich selbst gegeben ist, unterstreicht die Fähigkeit zur Selbst-Annahme wie auch zur Selbst-Distanzierung (Frankl 1996, 234ff.; Längle 1999b,c; 2002a; Tutsch 2000). Dieses Essentielle des Personseins bringt die Notwendigkeit der *Stellungnahme* mit sich. Durch die Stellungnahme zu sich selbst wird die gefundene *Grenze* und das von ihr umschlossene *Eigene* gefestigt, „zu eigen gemacht“. Erst in der Selbstbeurteilung, also in der Feststellung, was man von sich hält, was man als zu sich gehörig, zu einem passend, einem entsprechend von all seinen Plänen, Erlebnisweisen und Handlungen ansieht, *konsolidiert* sich das Ich. Es ist eine Form des „sich zu sich Stellens“, des inneren Abgrenzens sich selbst gegenüber, des sich *Ernst-Nehmens* in dem, was man selbst ist, und ihm zum *Durchbruch* zu verhelfen. Dies ist die *eigentliche integrative Aktivität*, durch die die Ich-Identität wirksam begründet wird.

Es ist im besonderen diese Fähigkeit, die durch die *traumatische Erfahrung* in ihrem Vollzug unterbrochen wird. Das Erschütternde im Erleben führt zu einem Verlust der Ich-Integrität und stellt den Traumatisierten vor Fragen wie: „Was gehört nun noch zu mir? – Wie soll ich mich vor mir selbst positionieren, wo doch diese Ungeheuerlichkeit der Erfahrung alles Dagewesene in den Schatten stellt? Gibt es da überhaupt noch ein Eigenes, das mir gehört und das mir nicht im nächsten Augenblick durch eine Woge des Schreckens entrissen wird, als gehörte es mir nicht?“

3. Durch **Selbst-Wertschätzung** kommt die Selbst-Integration zum Abschluß. In ihr stellt sich der Mensch explizit zu dem, was er an sich schätzen kann, und fundiert so den *Selbstwert*. Dadurch erhält das Gefühl der Ich-haftigkeit sein *Dach*, seine Abrundung, daß die Fähigkeit der kritischen Selbst-Betrachtung in ein *Spüren für das Positive* im eigenen Entscheiden und Handeln übergeht. Diese Aktivität ist in besonderem Maße Selbst-bildend.

Im *Trauma* ist das eigene Handeln gelähmt bzw. steht es so im Schatten der Ereignisse, daß es keine Bedeutung mehr für das Subjekt hat. Es kann dann auch gar nicht mehr zu einer wertschätzenden Beurteilung der eigenen Entscheidungen und Handlungen kommen. Damit fehlt die Abrundung der Selbst-Bildung, was die Gefühle der *Leere* und der *Entfremdung* noch *verstärkt*.

Diese Ich-Funktionen stehen natürlich im Wechselspiel mit dem *Gesehen-Werden von anderen*, ja werden durch die Ich-Du Interaktion überhaupt erst angestoßen. Erfährt der Mensch daher Grausamkeiten durch andere Menschen, werden diese Ich-Funktionen in noch viel größerem Maße angegriffen und ihre Wirkung gelähmt. Das könnte der Grund sein, warum die Wahrscheinlichkeit, nach einem Trauma eine PTBS zu entwickeln, durch die erlittene *Brutalität von Menschen* zehn mal

höher ist als bei Opfern von Naturkatastrophen (40-65 % bei Kampfsituationen und Vergewaltigung versus unter 5 % bei Naturkatastrophen) (vgl. Kessler, et al. 1995, zitiert nach Friedmann 2004, 14).

7. Traumawirkung

Die Wirkung des Traumas hat im existenzanalytischen Theoriemodell eine doppelte Topographie. Es findet sich durch die Intensität des Geschehens eine markante Veränderung auf der **Strukturebene** der existentiellen Verankerung, sowie eine persistierende Blockade der **Prozeßfunktion** im Existenzvollzug.

7.1 Auswirkung auf die Struktur der Existenz

Das oben beschriebene Modell von Scharfetter konnte mit seinen drei basalen Ich-Funktionen mit den ersten drei existentiellen Grundmotivationen parallelisiert werden. Die weiteren Ich-Funktionen Scharfetters haben in unserem Theoriemodell ihre Entsprechung in den Voraussetzungen der Selbstbildung, also *innerhalb* der dritten Grundmotivation. Zu ergänzen wäre noch, daß im DSM IV eine weitere Traumawirkung angegeben wird, nämlich das Gefühl einer *eingeschränkten Zukunft* (Vermetten et al. 2000, 74). Bei der schwereren Störungsform, der Persönlichkeitsveränderung (ICD 10), wird eine noch intensivere Form dieses Gefühls angegeben: die *Hoffnungslosigkeit*. Im existenzanalytischen Modell bedeutet das, daß auch die **4. Grundmotivation** im schweren Trauma strukturell mitbetroffen ist (bei den Copingreaktionen haben wir schon gesehen, daß auch diejenigen der 4. Grundmotivation aktiviert sind).

Wir erkennen anhand der international beschriebenen Symptomatologie, daß sich das schwere Trauma – im existentiellen Paradigma betrachtet – *auf alle vier Grundbedingungen der Existenz ausbreitet* und sie weitgehend blockiert. Im Lichte dieses Modells ergibt sich der Schluß, daß das Trauma u.a. deshalb so ernsthafte Folgen hat, weil *alle* strukturellen Ebenen des Daseins von ihm erfaßt werden. Bei einer Neurose beispielsweise ist die Traumawirkung auf ein *spezifisches, einzelnes* Thema existentieller Grundbedingungen fokussiert. Eine PTBS bzw. eine andauernde Persönlichkeitsstörung hat die *Existenz in ihrer Totalität* zum Thema. Die Erfahrung eines schweren Traumas erschüttert die Dimensionen des Sein-Könnens, blockiert die Beziehung zum Leben inklusive des vitalen Wertgefühls und des Beziehungslebens, löscht die Ich-Funktionen aus, sodaß Selbstbild, Identität und Selbstwert verblassen. Schließlich raubt das Trauma den Glauben an eine Zukunft, an eine Entwicklung, in der das eigene Leben und Handeln aufgehen könnte (vgl. Frommberger et al. 1999). Und im Unterschied zu *Persönlichkeitsstörungen* wie Borderline, Narzißmus, histrionische etc. ist nicht ein Haupt- und ein Nebenthema betroffen, sondern sind *alle* Themen *mehr oder weniger gleichermaßen* im Spiele.

Führt die Traumawirkung zu einer **andauernden Persönlichkeitsstörung** (ICD 10), so stellt sie sich nachgerade als *Fixierung der Defizite aller vier Grundmotivationen* dar:

1. GM: feindliche/mißtrauische Haltung der Welt gegenüber
2. GM: sozialer Rückzug
3. GM: Gefühle der Leere
4. GM: Gefühl der Hoffnungslosigkeit; chronisches Gefühl von Nervosität [gedeutet als frustranes Äquivalent von Aktivität]

Eine Fixierung in allen Dimensionen der Existenz erklärt auch die hohe *Komorbidität* der PTBS mit Angst, Depression und dissoziativen Störungen (70-85 % bei Kapfhammer 2000, 157; 86 % bei Vermetten et al. 2000, 79), Somatisierungsstörungen und substanzbedingten Störungen (Vermetten et al. 2000, 78). Aus Sicht des existenzanalytischen Theoriemodells kann diese Anfälligkeit durch die Strukturschwächung der Grundmotivationen erklärt werden, wobei es Akzentuierungen gibt aufgrund von Persönlichkeitseigenschaften, Vorerfahrungen, direkte Traumawirkung usw. Hier ist die Schnittstelle zur traumabedingten Entwicklung spezifischer Persönlichkeitsstörungen, unter denen die Borderline-Persönlichkeitsstörung wohl an erster Stelle steht.

Einen interessanten Gedanken für die Entwicklung von Persönlichkeitsveränderungen nach PTBS teilte mir die russische Existenzanalytikerin Natalja Ignatseva mit (vgl. 2005), die seit Jahren mit schwerst Traumatisierten in einer neurologischen Abteilung in Moskau arbeitet. Sie sieht das zentrale Geschehen der Traumawirkung ganz allgemein zunächst in einer *Verminderung der Bewußtseins- und Aktivitätslage*, die sich auf alle Grundmotivationen auswirkt. In der Folge ist diese Wirkung mit einer Reihe körperlicher Symptome, mit einem Verlust an psychischer Spannkraft, mit einem Verlust an Person-Sein und Zukunftssicht verbunden. Da die Person nach der Traumawirkung den *Zugang zu sich selbst* (und zu den Grundmotivationen) *verloren* hat, ist sie *angewiesen auf andere Menschen*, die ihr diesen Zugang immer wieder schaffen und öffnen. In der Gewöhnung an diese Fremdhilfe besteht ihrer Erfahrung nach ein Hauptgrund für die Entwicklung einer *Persönlichkeitsveränderung*.

7.2 Auswirkungen auf die Prozeßebene

Sind der Person die Strukturelemente der Existenz entzogen, bricht der Verarbeitungsprozeß von inneren wie äußeren Eindrücken zusammen. Der Mensch verliert durch die Traumawirkung den *Zugang zu seinen personalen Ressourcen* und somit zu seiner *Ich-Aktivität*. Bezogen auf die Ich-Funktionen kann Trauma als *Auseinandersetzungsschock* gesehen werden, der zur *völligen Ich-Blockade* führt. – In der EA wird die Auseinandersetzungsfähigkeit des Ich in der Methode der Personalen Existenzanalyse (PEA) (Längle 1993, 2000) beschrieben. Der schwer traumatisierte Mensch ist somit nicht nur in der Verankerung in allen vier Grunddimensionen der Existenz erschüttert, sondern zugleich – und das macht die Traumabehandlung so schwierig – steht der traumatisierte Mensch unter einer „*protrahierten PEA-Lähmung*“. Er ist vom Eindruck so überwältigt, daß er die primäre Emotion nicht zu fassen vermag, geschweige denn den alles sprengenden phänomenalen Gehalt. Verstehen, Stellungnahme, Willensbildung und schließlich ein adäquates Ausdrucksverhalten – alle diese

personalen Verarbeitungskräfte erliegen der Wucht des Eindrucks. Statt der Verarbeitung tauchen immer wieder die *alten* Bilder auf dem Rücken der primären Emotion auf. Bald ersetzen sie das Gefühl und emotionale Taubheit macht sich breit. Es entsteht Teilnahmslosigkeit, Abstumpfung, Anhedonie. Die Aktivität ist auf die Reaktionsebene verschoben und wird von Vermeidungsverhalten beherrscht. Dabei ist die Person wie unter Eis gelegt, eingefroren, verschüttet. Ihre Versuche, aktiv zu werden, erzeugen ob des eingemauerten Zustands, nur Nervosität, Irritiertheit, Übererregung – Symptome überwältigter Gegenwehr, doch immerhin Symptome des Lebens, das sich noch immer regt; man könnte sie als „*Klopfzeichen des Ich*“ bezeichnen, das unter der fortgesetzten psychischen Bedrohung mit übermäßiger Schreckhaftigkeit, erhöhter Vigilanz und Schlaflosigkeit reagiert (vgl. die Symptomliste des ICD 10).

Das Problem der PTBS ist, daß es sich nicht um einen *Leidensprozeß* handelt, sondern um einen *Leidens-Zustand*. PTBS ist eigentlich eine Unfähigkeit, unter diesen Bedingungen überhaupt zu einem Leiden zu kommen. Zur Entlastung des unerträglichen, intensiven Schmerzes herrscht weniger ein Leiden als eine Lähmung vor, analog wie die Depression weniger in ein Trauern als in ein Erstarren in einem trauerähnlichen Zustand führt. Die *Erstarrung* in der PTBS fußt im Verlust der Verankerung im Fundament der Existenz. Es ist ein Überwältigtsein durch die Erfahrung von 1. Erschütterung, 2. Verlust, 3. Schmerz und 4. Unbegreiflichkeit, entsprechend der vier Grundstrukturen der Existenz, wie oben beschrieben. Der *traumatische Stress* entsteht daher nicht durch die *Leidverarbeitung*, sondern durch die Unfähigkeit, in diesem notwendigen Prozeß voranzukommen.

a) Behinderte Verarbeitung

Grundsätzlich braucht jede Adaptation auf eine neue Situation *psychische Kraft und geistige Präsenz*, besonders wenn es sich um einen Verlust oder Tod eines nahestehenden Menschen handelt. Solche Verarbeitung braucht Zuwendung und Zeit, während der man in Erinnerungsbilder eintaucht und Visionen für die Zukunft entwickelt. Verarbeitung von Traumata geschieht nach demselben Prinzip wie die Verarbeitung von Problemen, Verlusten, Leid. Immer geht es darum, das Ich in der neuen Realität zu plazieren, seine *Lebendigkeit* wieder neu zu fassen, das *Selbstbild* und die Identität im Austausch mit dem neuen zu restrukturieren und den *Sinnhorizont* zu erahnen, d.h. das Neue in einen sinnvollen, größeren Kontext zu stellen.

Bei der *Traumaverarbeitung* ist das Besondere, daß die Wirkung des Geschehens so stark ist, daß das *Ich nicht zu einer eigenen, stabilen Aktivität* kommt. Es wird durch die Massivität des Ereignisses immer wieder neu überschwemmt. Jeder Bearbeitungsversuch endet in einem *kolikartigen* Aufbäumen und Anrennen gegen die überdimensionale Destruktion. Die emotionale und kognitive Aufmerksamkeitszuwendung erlahmt danach aber wieder, wird aufgegeben, ja vermieden, um in einer *Taubheit der Gefühle* wenigstens etwas *Ruhe* zu erhalten und nicht wieder in der Erinnerung die Traumatisierung durchmachen zu müssen. Dennoch gibt die

Dynamik des Lebens keine Ruhe; es verlangt nach Restrukturierung ihrer Form und ihrer Fähigkeiten. Man kann eine gute körperliche Analogie finden für die psychische Situation, die dem *Würgen* und den begleitenden kolikartigen Schmerzen nach Einnahme einer verdorbenen Speise ähnelt. Analog leidet der Traumatisierte an dem „Würgen und Erbrechen des Unverdaulichen“. Dabei kommt es zu krampfartigen, die eigenen Kräfte außer Gefecht setzenden, überwältigenden und passivierenden Vergegenwärtigungen des Geschehens.

Die besondere Situation des Traumatisierten ist nun, daß er in diesen psychischen Konvulsionen stecken bleibt – er *kann* das Erlebte nicht wirklich verarbeiten, weil die Ich-Strukturen nicht ausreichen; und er *mag* auch nicht daran arbeiten, weil die Gefühle so heftig sind. So kommt die Traumatisierte nicht in einen Bearbeitungsprozeß, sondern persistiert in einem vitalen Geschehen von *Copingreaktionen*. Diese schützen den Traumatisierten vor dem, was er nicht *annehmen*, ja nicht einmal aushalten kann (1. GM); sie schützen ihn bei dem bestehenden Mangel an Kraft und dem *Unwert* des Erlebten, um sich nicht mit dieser reinen Zerstörung in Beziehung setzen zu müssen (2. GM). Man fühlt, daß man sich im direkten Gegenüber mit dem Erlebten nicht mehr im Leben halten könnte. Man fühlt, in einer solchen Welt kann man nicht mehr *so sein*, wie man zuvor war, und weiß nun nicht mehr, wer man eigentlich ist (3. GM). Die zerstörerische Dramatik des Geschehens läßt auch keinerlei Spielraum für eine zukunftssträchtige Entwicklung, für eine Hoffnung, etwas *Konstruktives* zu haben, das man solchen Zerstörungsausmaßen entgegenstellen könnte.

Die Wiener Dichterin Johanna Vetter (2005, 30) hat das in leidvoll-klare Worte gefaßt:

IMMER NOCH
UND IMMER WIEDER
ÖFFNET DIE GESCHLOSSENE TÜRE
DEN SCHACHT MIT DER GEWISSHEIT DES UNENTRINNBAREN
DER ENDGÜLTIGEN VERLORENHEIT

UNDURCHDRINGLICHE EISWÄNDE
VERGEWALTIGEN DEN ATEM
ZERSETZEN FARBEN IN GRAU
VERSCHLINGEN DAS JETZT UND DAS NACHHER
IM VORHER
(...)

b) Traumafolge

Die Behinderung der personalen Verarbeitung des Erlebten bringt den dialogischen Austausch auch in den existentiellen Grundbezügen zum Erliegen. Die Schwächung der vier existentiellen Grunddimensionen wirkt sich auf den existentiellen Prozeß so aus:

1. Das Erlebte löscht das Gefühl aus, daß **ein wirkliches, effektives Dasein-Können** in der Welt möglich wäre. Es geht der Boden für das Sein in der Welt verloren. Dieser Verlust des *Weltbezugs* schlägt sich auch in einem veränderten und geschwächten Erleben der eigenen *Körperlichkeit* nieder.

2. Eine weitere Folge ist die Blockade der **inneren Resonanz** beim Erleben. Die Fähigkeit zum fühlenden Mitschwingen ist eingeeengt, die *emotionale* Verbindung zu den Werten ist wie abgerissen. Damit fehlt der vitale Bezug im Erleben, durch den ein *Zeitgefühl* ins Erleben kommt, das bei Traumatisierten wie ausgelöscht ist – es gibt keine Struktur nacheinander abfolgender Prozesse, das Trauma bleibt gegenwärtig.
3. Das Erlebte blockiert das **Verinnerlichen** und das **innerliche Gegenüberhaben** des Schrecklichen. Es erlaubt ob seiner Überdimensionalität kein wirkliches Nachdenken und sich bewußt machen. Dadurch kommt es nicht zu einem persönlichen „Realisieren“ des Vorgefallenen bzw. zu integrierenden Stellungnahmen. Das Erlebte bleibt „draußen“, ich-fremd, darf nicht zum Eigenen werden und zur Existenz dazugehören.
4. Sowohl wegen des Inhalts des Eindrucks stets neu überwältigender, lähmender Erinnerungen als auch wegen der geschwächten personal-existentiellen Strukturen gibt es **keine Ausschau**, die eine Sicht **in eine lebenswerte Zukunft** eröffnete. Der Rahmen, in welchem das Leben nun steht, ist wie eine Wüste, ohne Horizont von Werten oder einer Entwicklung, die einen Sinn ergeben würde.

In einer Art „existentieller Ur-Dissoziation“ (die sich dann in der Symptomatologie wie in einer Fuge repetetiv fortsetzt) sprengt das Trauma alle diese strukturgebenden *Wechselwirkungen mit den Grunddimensionen der Existenz*. Die vier fundamentalen existentiellen Bezüge sind blockiert: eine solche Welt *trägt* nicht mehr; ein solches Leben verliert seine anziehende *Kraft* und Wärme; sich selbst fremd geworden findet sich der *Zugang zu sich selbst* nicht mehr; und auch nicht zu einer Welt, in der das Wertvolle jederzeit und unvorhergesehen auf das schlimmste zerstört werden kann. Eine solche Zukunft ist nicht *konstruktiv*, in ihr gibt es kein *sinnvolles Werden* und Wachsen.

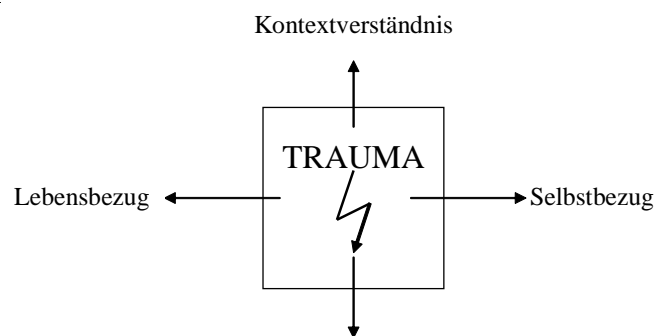


Abbildung 1: Das Trauma sprengt den existentiellen Zusammenhalt, der im Konzept der vier Grunddimensionen (Grundmotivationen) der Existenz systematisch gefaßt ist.

Das Trauma *sprengt den existentiellen Zusammenhalt* in allen relevanten Dimensionen der Existenz und entzieht damit dem Ich den Boden zur Durchführung des Bearbeitungsprozesses (wie er in der Personalen Existenzanalyse gefaßt ist), wodurch der existentielle Vollzug der Person zum Erliegen kommt.

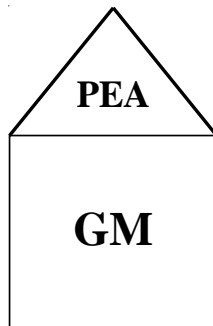


Abbildung 2: Man kann sich den Zusammenhang zwischen *Struktur der Existenz* und *Verarbeitungskapazität* so vorstellen, daß die Prozeßfähigkeit des Ich auf der Struktur-Erfahrung aufruht. Gibt die Erfahrung der Struktur nach, sind die Prozesse nicht mehr vollständig durchführbar.

Dieses Verschränktsein von Struktur und Prozeß zeigt noch einmal, wie schwer die Störung einer PTBS *existentiell* gesehen ist. Der Existenzvollzug ist in der ganzen Bandbreite der existentiellen Grunddimensionen gestört und entzieht der Prozeßfunktion den Boden. Und in einer Feedback-Schleife wirkt die überforderte Prozeßebene destabilisierend und blockierend auf die existentiellen Grundbezüge zurück. Damit kommt es in der PTBS zu einer „*Störung des eigenen Zusammenseins*“. Das wird als „sich selbst verloren gehen“ mit Fremdheitsgefühlen erlebt, was wir als ein Symptom der 3. Grundmotivation verstehen: der Zugang zum eigenen Personsein, zum „Mit-sich-Sein“, kommt abhanden. Die PTBS führt zu einer gravierenden Störung der *Integrität* und der *integrativen Potenz* des Ich, wodurch das Ich nur noch zum Schatten seiner selbst wird.

c) Coping Reaktionen

Bei einer derart starken Bedrohung des Daseins brechen die Abwehrstrukturen ein und fallen auf die letzt mögliche Abwehrstufe zurück: auf den *Totstellreflex*. Halb schon überwältigt wird als letzter Rest einer schützenden Aktivität das passive sich ruhig Verhalten als beste Überlebenschance instinktiv empfunden. Erst sekundär stellen sich die Grundbewegungen der existentiellen Dimensionen und ein *Aktivismus* der ersten Grundmotivation ein – ein Hinweis, daß die PTBS topisch am nächsten zur *Angst* und zum Weltbezug angesiedelt ist⁵. Der massive Einsatz von (psychodynamischen) Copingreaktionen geht auf Kosten des (personalen) Dialogs mit sich selbst und mit der Außenwelt.

8. Restrukturierung personaler Funktionen als Basis für die Therapie

Wir haben gesehen, daß die weitgehende Erstarrung und Blockade personaler Kräfte einen Verlust der existentiellen Verankerung zur Folge hat. Die Grundbezüge zu den tragenden Strukturen der Existenz gehen verloren, und die Grundbedin-

gungen erfüllter, stabiler Existenz können durch das Ausbleiben der Prozeßdynamik nicht wiederhergestellt werden.

Die tiefste Wirkung des Traumas besteht in der Erschütterung des *Grundvertrauens*. Es geht damit das Gefühl verloren, daß „da immer etwas ist, das uns auffängt und Halt gibt“. Grundvertrauen ist ein Vertrauen in „etwas Größeres“, das den Menschen erlebnismäßig übersteigt und auffängt (eine Welt, ein Kosmos, eine göttliche Ordnung). Darauf war Verlaß, diese Größe war empfunden und gab psychisch-geistigen Halt, Orientierung, Unerschütterlichkeit (diese Enttäuschung bezeichnet Freyd, 2003, bei sozialen Traumata als „betrayal“, als Erschütterung des Vertrauens durch Treubruch und Ver- rat).

Neben dem Grundvertrauen sind, wie wir schon gesehen haben, auch die anderen tragenden Bezüge der Existenz erschüttert, gleichsam „aus der Verankerung gerissen“: die Grundbeziehung zum Leben, zur eigenen personalen Tiefe und in eine zukunftssträchtige Entwicklung. Auch sie können wegen der fehlenden personalen Prozeßfunktion nicht wieder gefestigt werden. Zur Initiierung dieses Prozesses ist darum *Fremdhilfe* nötig. Es wird auf diesem Hintergrund sehr verständlich, daß der traumatisierte Mensch den anderen Menschen braucht, und daß sich ein abgründiges Gefühl von Verlorensein einstellt, wenn er alleinbleibt. Es dürfte allein die Anwesenheit und das Dabeisein des anderen Menschen, der in dem Schrecken „nicht davongeht“, sondern ihn mit aus- hält, ohne weitere fachliche Intervention heilsam sein.

Eine erste empirische Evidenz über den positiven Einfluß personal-existentialer Kompetenzen auf die Traumaverarbeitung konnte Rödhammer (2002) in einer Untersuchung von 40 Verkehrsunfallopfern erbringen. Betroffene mit geringen Scores in der Existenzskala (Längle, Orgler, Kundi 2000) reagierten auf den Unfall mit Grübeln, Dissoziation, Vermeidung und negativen Gedanken zum Selbst. Die Autorin sah die verminderte Fähigkeit zur Traumaverarbeitung als Folge einer reduzierten Offenheit an, sich auf ein belegendes Gegenüber einzulassen. Tritt Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität oder Psychotizismus auf, nahm die dysfunktionale Traumaverarbeitung noch weiter zu, was mit der weiteren Reduzierung des dialogischen Austausches mit der (Um)Welt verständlich wäre.

Die Restrukturierung der personal-existentialen Kompetenzen, d.h. die *spezifische* Therapie kann anhand der Grundstrukturen der Existenz systematisiert werden. Mit Hilfe ihrer Inhalte können die Themenbereiche der Therapie benannt werden:

In der *Folge* dieser „existentiellen Entwurzelung“ ergeben sich vielfältige konkrete Themen. Sie sollen hier kurz angeführt werden:

1. Da ist zunächst eine tiefe **Verunsicherung** im „in der Welt Sein“: Der Traumatisierte ist existentiell verwirrt, „kennt sich nicht mehr aus“. Er weiß nicht mehr, was „wirklich ist“ und worauf er sich verlassen kann. Seine existentielle Verunsicherung erzeugt das Gefühl, daß *jederzeit* die Ka-

⁵ Im Vergleich dazu: Die *Neurosen* scheinen primär durch eine Fixierung auf der ersten und/oder zweiten Abwehrstufe zu arbeiten, die *Persönlichkeitsstörungen* mit einer Fixierung der vierten und der zweiten (Totstellreflex und Aktivismus) zu reagieren; die *Psychosen* dürften vorwiegend allein mit der vierten Stufe (Totstellreflex) reagieren.

Systematische Ansatzpunkte der Therapie	Konkrete Themen der Therapie
1. Bezug zur realen, faktischen Welt und ihrer Wahrnehmung	Gestörtes Bild der Wirklichkeit ; Vertrauen, fehlende Tragfähigkeit der Wirklichkeit („core assumptions“ über Wirklichkeit)
2. Bezug zu erlebbaren Werten und ihrem gefühlsmäßigen Erfassen	Unfähigkeit, sich in Beziehung zu setzen; Verlust der Festigkeit tragender Beziehung und ihres lebenserhaltenden Wertes; Apathie, Mangel an Motivationskraft; Schuldgefühle
3. Bezug zum eigenen Selbst und der integrierenden Fähigkeit des Ich	Entscheidungsschwäche ; resignierte Einstellungen und Haltungen, Führungslosigkeit der Person; Scham
4. Bezug zum größeren Kontext und Teilhabe an Entwicklung/Wachstum/ Werden (Veränderung zum Positiven)	Orientierungslosigkeit , Sinnlosigkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit

Tabelle 2: Entsprechend der erschütterten Dimensionen der Existenz (existentiellen Grundmotivationen) ergeben sich konkrete Themen für die Behandlung des Traumas bzw. der PTBS.

tastrophe wieder hereinbrechen kann und alles Vertraute, alles Sichere entrißt. Die bisherigen Annahmen über die Wirklichkeit, ihre Verlässlichkeit und ihren Zusammenhalt sind zerbrochen (Janoff-Bulman 1992 beschreibt es als Zerbrechen von Grundannahmen – von „Schemata“ – über die innere und äußere Wirklichkeit, die nun nicht mehr gelten). Das Erlebte bringt den Traumatisierten erlebnismäßig in *Psychose-Nähe*⁶, was die Dimension des Vertrauens in die Realität betrifft: was ist Wirklichkeit? Kann man einer Wirklichkeit vertrauen, aus der man jählings wie über eine übersehene Felsklippe in einen furchtbaren Abgrund gefallen ist? – Das Gefühl der Welt gegenüber ist *Mißtrauen*, *Hoffnungslosigkeit* im Sinne von: es nicht sein lassen können im Vertrauen darauf, daß es gut wird, und darin Halt zu bekommen.

2. Da ist die **gefühlsmäßige Taubheit**, der Verlust an Erleben. Es ist geradezu unmöglich, sich von etwas berühren zu lassen, weil sogleich ein unbeschreibliches Leid aufgewühlt wird. Und selbst wenn es sich um Schönes, Gutes handelt, was den Traumatisierten berühren könnte – er kann/mag sich nicht darauf einlassen, weil es im nächsten Augenblick ebenso jäh und unerbittlich wieder zerschlagen sein kann und den Rest des soeben wieder angefachten Lebensfunken zum Erlöschen bringt. Dies verunmöglicht geradezu, sich auf Beziehungen einzulassen und auf das Leben zuzugehen. Ein apathischer Zustand, fern allen Berührtseins und eingekapselt in einen Schutzmantel, macht den leidvollen Zustand erträglicher und reduziert die Gefahr der Retraumatisierung. Das Quälendste dabei ist manchmal das Gefühl, selbst versagt zu haben. Das erzeugt oft *unrealistische Schuldgefühle* beim Traumaopfer.
3. Der **Identitätsverlust** tritt als Folge der *zerstörten Integritätsfähigkeit* des Ich regelmäßig bis zu einem gewissen Grade auf. Man verliert die Kenntnis von sich, weiß nicht mehr recht, wer man selbst ist, weil das, was das Ich

zuvor konnte, jetzt nicht mehr da ist (van der Kolk & Fisler, 1995, sprechen von der Zerstörung der expliziten Gedächtnisinhalte, die das Selbst definieren). Es geht das intuitive Selbsterleben durcheinander, flimmert, bringt kein stabiles Bild von sich zustande. Der Traumatisierte wird führungslos, verliert Haltungen und Einstellungen. Das Gefühl des eigenen Versagens und Verletztseins in seiner persönlichen Tiefe verdichtet sich zur *Scham*.

4. Schließlich fällt der Traumatisierte in **Verzweiflung**, **Hoffnungslosigkeit** und leidet an **Sinnverlust**. Er sieht sich aus den *Zusammenhängen* gerissen⁷, wie

nicht mehr eingebettet in einen geordneten Kosmos, sondern überrollt von Chaos und Zerstörung. In einer Metaanalyse fand Smyth (1998), daß das *Sinnverständnis* grundlegend für die Eingliederung der neuen Erfahrung ist. Daß die Frage nach dem Sinn des Erlebten die Menschen auch jahrzehntelang beschäftigt, zeigte z.B. eine kanadische Studie (Silver, Boom, Stones 1983). 80 % der Frauen nach sexuellem Mißbrauch sind nach 20 Jahren noch immer mit der Sinn-Frage beschäftigt, 50 % davon erleben diese Frage wie einen Zwang, der sich immer wieder aufdrängt und dabei Wunden aufreißt (und umgekehrt führen die Symptome der PTBS wie in einem Teufelskreis wieder ins Leiden der Sinnlosigkeit – Wirtz 1989, 152). Die *Perspektive auf ein Wachsen und Reifen*, auf ein gutes Zu-Ende-Kommen des Lebens, des eigenen Wirkens und Daseins ist unter den Trümmern des Geschehens begraben worden. Es gibt eigentlich keine Zukunft mehr nach einem solchen Trauma, nichts mehr, worauf man *ausgerichtet* ist und hinleben mag, worin man aufgehen könnte und sich in etwas anderem zur *Erfüllung* bringen könnte.

Die *Entwicklungsmöglichkeiten* sind *doppelt abhanden* gekommen: Im Umgang mit der *Welt* und den anderen ist die Bedrohung das Dominante – in *sich selbst* fehlt jegliche Grundlage, sind keine Entwicklungskräfte mehr spürbar, fehlt die Kraft und Struktur für einen Prozeß. Das Gefühl des Fehlens einer existentiellen Perspektive, des „Abrisses des Lebensfadens“, kann sich in *Verzweiflung* niederschlagen und in *Hoffnungslosigkeit* im Sinne von fehlendem Vertrauen, daß es in der Zukunft *gut* werden könnte.

Die Folgen einer solchen „*existentiellen Entwurzelung*“ machen es aus, daß wir in der Therapie mit PTBS (wie im übrigen auch bei vielen schweren Persönlichkeitsstörungen) beim Patienten eine Art von *Bodenlosigkeit* erleben können. Ihr entsprechen neuroanatomische, neurobiologische, neuro-

⁶ Im Unterschied zur Psychose ist natürlich die Realitätstüchtigkeit erhalten.

⁷ Van der Kolk & Fisler (1995) weisen auf die kritische Rolle des Traumas auf den Lebenskontext hin, der „deformiert“ werde, wodurch alle gesetzten Lebensbezüge durcheinander geraten.

physiologische und neuropsychologische Veränderungen, wie erhöhte Aktivität der Amygdala (Störung der Gefühlswelt), die Abnahme des Volumens des Hippocampus, die Verschlechterung der Regulation im Orbito-frontalen Cortex (die mit einer besonderen Empfänglichkeit für PTBS verbunden sein dürfte) usw. (vgl. z.B. Hüther 1997, 2002; Stein et al. 1997; Schore 2001; Kent et al. 2003). Alle Ansätze von Einsicht, Üben, Verbesserung brechen immer wieder ein und es tauchen wieder die alten Symptome, Bilder, Verhaltensweisen, Reaktionen und Verständnisse auf. Die Klarheit der Gefühle, die während der Therapiestunde erarbeitet wird, die Vorhaben, Motivationen und Entscheidungen verlieren sich wieder, kaum daß die Patienten zu Hause sind. Mein Kollege Hans Zeiringer verglich einmal den Verlust dieser Strukturen mit Patienten nach einem *Schlaganfall*: Nur in dem Maße, wie sich die neurologische Struktur nach dem Insult wieder regeneriert, können therapeutische Maßnahmen greifen und Bestand haben. Manche Schlaganfallpatienten erholen sich weitgehend, bei anderen bleibt ein permanenter Schaden zurück. Es ist für das Verständnis und praktische Arbeiten hilfreich, die Vorgänge bei PTBS auf der psychischen Ebene analog zu sehen (vgl. auch Hüther 2002). Nicht unterschätzt werden soll die Rückwirkung dieser hartnäckigen Stagnation in der Therapie auf den Therapeuten selbst. In der Gegenübertragung entstehen schnell Gefühle der Machtlosigkeit und Inkompetenz. Sie verlangen eine große Anstrengung vom Therapeuten, eine echte Wertschätzung in seine Fähigkeiten, um sein Selbstvertrauen aufrecht zu erhalten (van der Kolk et al. 1996).

9. In den Dialog kommen

Um in der Therapie anfänglich Boden zu gewinnen, ist aus unserer Sicht die Arbeit am Dialog und die Führung des Patienten auf mehreren Ebenen zentral. Über den „geführten Dialog“ wird einerseits Struktur angeboten, andererseits wird die *Prozeßfähigkeit* des Patienten angeregt und geweckt. Die Führung des Dialogs ist nicht nur wegen des impliziten *Vermeidungsverhalten* wichtig, sondern auch wegen des nicht kontextualisierenden, assoziativen Funktionierens des traumatisierten *Gedächtnisses* (beide gelten, gemeinsam mit dem schon erwähnten ständigen Gefühl der Bedrohung durch exzessiv negative Bewertungen, als Entstehungsfaktoren der PTBS im kognitiv-behavioralen Modell von Ehlers & Clark 2000). Esterling et al. 1999 weisen darauf hin, daß sich *nicht geführte* Dialoge oder auch alleiniges Schreiben zu Hause oft schädlicher auswirken, als wenn keine solchen Aktivitäten stattfinden.

Stephens (2002) führt mehrere Studien an, die zeigen, daß genügend empirische Evidenz besteht, wie die Behinderung des Sprechens über ein Trauma die psychische und körperliche Gesundheit verschlechtert. Dagegen zeigen die Studien mit ausreichender Evidenz, daß das Sprechen (oder auch Schreiben)

über ein Trauma positive Effekte auf psychische und körperliche Gesundheit hat. Pennebaker, Mayne und Francis (1997) meinen, daß es sich beim Sprechen und Schreiben um zwei unabhängige Prozesse handelt, die daher parallel zum Einsatz kommen können: Beim ersten gehe es um das Bedürfnis, eine Geschichte bzw. Erklärung des Ereignisses zu schaffen, beim zweiten mehr um die Notwendigkeit, die Gefühle zu benennen.

Um sich nach einem Trauma mit der Welt wieder auseinanderzusetzen, ist der Anstoß durch ein *Du* von größter Wichtigkeit. Der erschütterte, verstummte Mensch braucht jemanden, dem er vertrauen kann, der ihm nahe ist, der ihn schätzt und führt, ihm auch entgegentritt und ihn manchmal eingrenzt⁸, und der an eine Entwicklung und Zukunft für ihn glaubt. Das *Du* verkörpert so den *Gegenpol seines Befindens*, kommt ihm mit den spezifischen Qualitäten einer „*existentiellen Verwurzelung*“ entgegen, die er für den Patienten gewissermaßen übernimmt und ihm als Konterfei entgegenhält (Stuhr, Wirth 1990). An der Haltung des Therapeuten und durch die Vermittlung des Dialogs soll die *personale Starre* langsam aufgelöst werden, was durch eine Neuverwurzelung der existentiellen Strukturen ermöglicht wird. Damit soll die *apersonale Blockade* in der Folge des Traumas „*personiert*“, von der Person durchdrungen werden (van der Kolk, McFarlane, Weisæth 1996). An dieser Stelle ist besonders darauf zu achten, nicht zu forcieren – es wäre nur wieder Retraumatisierung (Roderick, Schnyder, 2003)! Hier ist vielmehr Bedacht zu nehmen auf die zunehmende Strukturbildung in allen existentiellen Bereichen – sie gibt im Gegenzug wieder mehr Prozeßfähigkeit frei. *Welche* existentiellen Strukturen zuerst wachsen – ob dies eine regelhafte Reihenfolge hat oder entsprechend der Persönlichkeit des Patienten u/o des Therapeuten von Fall zu Fall verschieden wächst, ist meines Wissens erst noch zu untersuchen. Das gilt auch für die Frage, wie sich die Strukturbildung auf die Ich-Funktionen und ihre Freigabe auswirkt.

Für die Therapie *zentral* ist es, einen konstruktiven *inneren Dialog* aufzubauen. Der Anstoß dafür kommt von einem guten, vertrauensvollen, empathischen *äußeren Dialog*, der als Modell und Bahnung für den inneren Dialog dient⁹. Schon *entwicklungsgeschichtlich* ist es so, daß sich der Mensch nicht alleine hervorbringt, sondern die Begegnung mit dem anderen dafür benötigt. In einer PTBS beginnt der Mensch existentiell wieder „wie von vorne“ und bedarf daher der anderen, um den Zugang zu sich zu finden, Vertrauen in den eigenen Körper aufzubauen, die Gefühle wieder als die seinen zu erkennen, eine neue Identität aufzubauen und in die Zukunft zu ziehen. Traumatisierte durch *Mißbrauch* brauchen im besonderen Maße verlässliche, wohlwollende, schützende Begegnungen, in der sie ihre eigenen personalen Kräfte gespiegelt sehen, um selbst wieder einen Zugang zu sich zu gewinnen und sich sehen zu können. Gerade Mißbrauchspatienten haben

⁸ Lutendorf und Antoni (1999) fanden, daß die Gefahr von Intrusionen und negativen Stimmungen mit der Zahl der verwendeten Wörter beim Niederschreiben zunahm – ein Symptom dissoziativ-histrionischen Verarbeitens, das der Eindämmung durch ein Gegenüber bedarf?

⁹ Z.B. Janoff-Bulman 1992; zur Bedeutung der Sprache als Strukturbildung für den Heilungsprozeß vgl. Pennebaker, Mayne and Francis 1997; auch das Schreiben über das Trauma – sofern es emotional befrachtet ist, ist heilsam, gemessen an weniger Arztbesuchen und Krankheiten: Pennebaker, 1992, Pennebaker and Beall 1986; vgl. auch die Metaanalyse von Smyth 1998, die trotz divergierender Ergebnisse in der Summe zum selben Schluß kommt.

neben dem zerstörerischen Bild der Welt, wie es z.B. eine Naturkatastrophe mit sich bringt, auch noch ein auf direktem Wege *zerstörtes Selbstbild*: Was von ihnen gesehen wurde, wie mit ihnen umgegangen wurde, läuft jeder möglichen Form von Selbstannahme zuwider. Darum verlieren sich diese Patienten immer wieder, sehen sich nicht mehr, geraten augenblicklich in denselben Selbstverlust, den sie akut erlebt haben, wenn z.B. ein Bekannter ihre Hand ergreift, oder können zur Quelle von Gewalt werden (May 1972).

Neben diesen Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf sich selbst können auch heftige *psychodynamische Gegenreaktionen* durch diese *ständigen Verluste von sich selbst* entstehen. Sich selbst immer wieder abhanden zu kommen sind wiederholte, schmerzhaft, retraumatisierende Erfahrungen des nicht Zu-sich-selber-stehen-Könnens. Weil dafür die strukturellen Voraussetzungen fehlen, erlebt der Traumatisierte ein eigenes Versagen und so kann es zu Selbsthaß und Selbstentwertung kommen. Ohne ein Gegenüber, der den traumatisierten Menschen sieht und die *Struktur für ihn hält*, kommen diese Menschen kaum mehr aus dem Teufelskreis heraus. – Sie brauchen den äußeren Dialog als Nahrung für das seelisch-geistige Wachstum und für den Aufbau eines echten, sich und der Situation angemessenen inneren Dialogs. Der innere Dialog ist unerlässlich, denn erst durch ihn wird das Erhaltene realisiert, das zur Verfügung Gestellte in das eigene Ich integriert.

10. Praktische Therapie-Anleitungen

Für die praktische therapeutische Arbeit sollen abschließend konkrete Arbeitsgebiete taxativ aufgezählt werden, für die sich – entsprechend dem existenzanalytischen Strukturmodell und den Ausführungen über die vom Trauma in Mitleidenschaft gezogenen spezifischen Strukturen des Ich – folgende Gliederung und Reihenfolge von Therapieschritten ergeben:

1. Realität (Weltbezug)

Arbeit an den „core assumptions“ (Annahmen über die Wirklichkeit, d.h. über das „*Weltbild*“); Arbeit an und Üben in *haltgebenden* Strukturen, vor allem an der *Akzeptanz* des Gegebenen (entsprechend der ersten Grundmotivation).

2. Werte und Beziehungen (Lebensbezug)

Zuwendung: Einsatz der therapeutischen Beziehung, die haltgebende Funktion hat (und üblicherweise zu Beginn der Therapie vom Patienten auf ihre Verlässlichkeit „getestet“ wird und daher auch ein aktives Bemühen von Seiten des Therapeuten verlangt – vgl. z.B. Grassmann 2004, 46f.); die *Gefühle* schrittweise ins Gespräch einbinden mit behutsamer (!) Empathie (mit „minimaler Differenz“ zur traumatischen Erfahrung – ebd.); *Parteilichkeit* in der Beziehung (Wirtz & Zöbeli 1995) und Stellungnahmen durch Therapeuten.

3. Restrukturierung des Selbst (Selbstbezug)

Begegnende Führung durch den Therapeuten; Arbeit an der Realisierung kleiner Schritte von *Freiheit* und Selbst-

gestaltung des Lebens; Ermöglichen und Hinführen zu eigenen *Stellungnahmen*. Zentrale Prozeßarbeit mithilfe der *PEA* zur schrittweisen Bearbeitung der traumatisierenden Ergebnisse. Hyer & Brandsma (1999) betonen, daß die Behandlung des Traumas allein ungenügend sei; es komme vielmehr darauf an, die Person und ihr Bild von sich selbst zu behandeln.

4. Wiederherstellung eines Kontextbezugs (Sinnbezug)

Existenzielle Wende und erschließen des *situativen Sinns* (Frankl); *ontologischer Sinn* und Spiritualität (Wirtz & Zöbeli 1995); *abgeben* des Nicht-Verstandenen an „übergreifende Realität“.

Diese Vorgangsweise enthält in erster Linie *restrukturierende* Elemente. Das Mobilisieren und Einbauen von *Ressourcen* ist die Grundlage der Therapie nach den Verwüstungen eines traumatischen Erlebens. Zuerst gilt es, das Notwendigste zu schaffen, um zu überleben und um sich ein wenig Spielraum zu schaffen. Dabei können die existentiellen Grundmotivationen und personalen Ressourcen als Voraussetzungen für ein „posttraumatic growth“ (Jaffe 1985; Calhoun, Tedeschi 2000; Tedeschi, Calhoun 2004) angesehen werden, was die Untersuchung über den Einfluß der existentiellen Grundfähigkeiten nahelegt (Rödhammer 2002). Das Wachsen am Trauma besteht in einer Vielzahl von Möglichkeiten, wie z.B. eine größere Wertschätzung für das Leben allgemein, sinnvollere zwischenmenschliche Beziehungen, ein deutlicheres Gefühl für die persönliche Kraft, veränderte Prioritäten, ein reicheres existentielles und spirituelles Leben (Tedeschi et al 2004, 1).

Doch sollte nicht übersehen werden, daß die **Konfrontation** mit dem traumatisierenden Erleben und seine Bearbeitung einen kritischen Punkt der Therapie des Traumas darstellt (für einen Überblick vgl. Schnyder 2005, 496ff.). Ohne vorhergehende Entlastung und ohne Ressourcenmobilisierung (z.B. Erleben neuen Halts, neue Beziehung zu Werten und Emotionalität) ist mit einer *Retraumatisierung* zu rechnen. Natürlich besteht aus der helfenden Sicht des Therapeuten der Wunsch, daß der Patient zu einer anhaltenden, sogar endgültigen Befreiung aus seinem Leiden kommt. Die Therapie soll ja möglichst „kausal“ wirken und nicht nur symptomatisch. Dieser therapeutische Ehrgeiz bzw. die unbedachte Gegenübertragung eines Heilswunsches des Patienten kann dazu verleiten, das Traumaerleben zu kühn, zu früh, zu direkt usw. anzugehen (Roderick et al 2003). Man muß sich doch bewußt bleiben, daß manche schwere Traumatisierung *nicht bearbeitbar* ist, sondern daß bei ihnen nur gelernt werden kann, „trotz“ dieses Erlebens bzw. „mit“ ihm wieder Fuß im Leben, in einem *neuen*, veränderten Leben zu fassen. Daß es manchmal nur darum gehen kann, den Rest an verbliebenen Möglichkeiten auszuschöpfen, und *neben* den Ruinen wieder aufzubauen. Dafür steht Viktor Frankl mit seinem berühmten „*trotzdem Ja zum Leben sagen*“. Nach meiner Erfahrung und Vorstellung ist es kaum *möglich*, ein schweres Trauma so weit zu bearbeiten, daß es innerlich je *ganz ruhig* werden kann und nicht mehr schmerzt. Eine so ungeheuerliche Erfahrung kann *nie ihre Ungeheuerlichkeit verlieren* – dann wäre die Trauma-

tisierung und das Entsetzen ja nur übertriebene Reaktion gewesen und entbehrte ihrer existentiellen Tiefe und Ernsthaftigkeit.

Erst wenn *genügend Struktur* da ist, kann mit dem Bearbeitungsprozeß begonnen werden. Den Intrusionen z.B. ist zuerst mit Strukturbildung zu begegnen, um sie ein wenig einzudämmen. Ist das gelungen, sodaß der Patient sich durch die Intrusionen nicht ganz verloren fühlt, kann mit der Bearbeitung des Traumas z.B. mithilfe der PEA begonnen werden. – Eine sensible Anwendung der PEA liefert auch Hinweise, ob der Zeitpunkt zur Traumabearbeitung schon geeignet ist. Über die gelungene Traumabewältigung schreiben Simonet & Daunizeau (2002): „Ohne die Opferrolle leugnen zu wollen, kann die Erfahrung integriert werden und führt zu einer Veränderung der Identität. Diese Menschen ‚sterben zu sich selbst‘ um wieder geboren zu werden – als andere. In Kenntnis ihrer Verletzlichkeit und der Brüchigkeit ihrer inneren und äußeren Welt erreichen sie den tieferen Sinn und sind besser in der Lage, den Augenblick zu schätzen.“ (Zit. nach Lavallée & Denis 2004)

Während bei den geläufigen psychischen Störungen jeweils ein oder zwei Grundbedingungen der Existenz zum Problem geworden sind, ist beim Erleben eines Traumas die ganze Basis der Existenz wie durch eine übermächtige Woge aus ihrer Verankerung gerissen. Da keine der „vier Wurzeln“ der Existenz mehr Halt verleiht und das Dasein nähren kann, gibt es anfänglich auch nichts, wo die Therapie ihre Brücke „aufsetzen“ kann und im Vorgehen „freien Rücken“ hat. Diese Gleichzeitigkeit der Störung aller Dimensionen des Daseins erklärt die *Komplexität* der Traumatherapie und die spontane Hilflosigkeit den Opfern gegenüber. Dies mag ein Grund gewesen sein, daß Psychiatrie und Psychotherapie die spezifische Traumawirkung jahrzehntelang übersehen hat. Frankls (1946, 1996) Beschäftigung mit der „Psychologie des KZ“ war eine Pioniertat und strich die Notwendigkeit einer geistigen Beschäftigung mit dem Sinn als unerlässlich für die Überwindung des entsetzlichen Erlebens hin. Doch wurde Frankl bis in die 90er Jahre des letzten Jahrhunderts mit seiner „Psychologie vom Geistigen her“ im Bereich der Psychotherapie kaum ernst genommen. Mit dieser Hilflosigkeit gegenüber dem Trauma ging die Verdrängung und Leugnung von *Mißbrauchsgeschehen* einher, die mit dem historisch fatalen Fehler Freuds begonnen hat, die Traumatheorie als eine Entstehungsursache der Neurose fallen zu lassen (Freud 1896; Attwood, Orange 2000).

Uns Psychotherapeuten – und vielleicht kann dies in besonderem Maße für die Existenzanalyse gesagt werden – gibt diese Arbeit einen Anstoß, auf das Leben in seiner *tieftsten Struktur* und *Unfaßlichkeit* zu schauen und an der eigenen *Verankerung* im Grunde des Seins vermehrt zu arbeiten. So kann die Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht nur den Betroffenen dienen, sondern uns allen zu gute kommen und indirekt auch uns selbst zu mehr Wachstum verhelfen.

Literatur

- Antonovsky A (1997) *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: DGVT-Verlag
- Attwood GE, Orange DM (2000) *Verführungstheorie.* In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) *Wörterbuch der Psychotherapie.* Wien: Springer, 754f
- Butollo W, Rosner R, Wentzel A (1999) *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen.* Bern: Huber
- Bremner JD, Krystal JH, Putnam F et al. (1998) Measurement of dissociative states with the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS). In: *J Trauma Stress* 11, 125-136
- Calhoun LG, Tedeschi RG (2000) Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth. In: *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues, and Perspectives.* In: Violanti JM, Paton D, Dunning C (Hg) Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publishers, pp135-152
- Eckhardt P (2000) *Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben.* Wien, Gruwi-Fakultät der Univ.: unveröff. Diss.
- Eckhardt P (2001) *Selbstwert und Werterleben aus existenzanalytischer Sicht.* *Existenzanalyse* 18, 1, 35-39
- Ehlers A, Clark DM (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38, 319-345
- Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW (1999) Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. In: *Clinical Psychology Review*, 19, 1, 79-96
- DePrince AP, Freyd JJ (2002) The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal? In: Kauffman J (Ed) *Loss of the Assumptive World: a theory of traumatic loss.* New York: Brunner-Routledge, 71-82
- Frankl VE ([1946] 1982) *Ärztliche Seelsorge.* Wien: Deuticke, 10°
- Frankl VE (1996) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie.* München: Piper (Neuausgabe)
- Freud S [(1896), 1982] *Zur Ätiologie des Hysterie.* In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg) *Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst.* Frankfurt/M: Fischer, 37-145
- Freyd JJ (1994) *Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse.* In: *Ethics & Behavior* 4 (4), 307-329
- Freyd JJ (1996) *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse.* Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
- Freyd JJ (2003) *What is a Betrayal Trauma? What is Betrayal Trauma Theory?* Retrieved April 1, 2003 from www.dynamic.uoregon.edu/~jff/defineBT.html
- Friedmann A (2004) *Allgemeine Psychotraumatologie.* In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg) *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung.* Wien: Springer ,5-34
- Frommberger U, Stieglitz RD, Straub S, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M, Brügger G (1999) The concept of „sense of coherence“ and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research.* 46; 343-348
- Gabbard GO (2000) *Anxiety disorders: psychodynamic aspects.* In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI (Hrsg) *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry.* Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 1472-1474, 7°
- Goethe JWv (oJ) *Dichtung und Wahrheit.* In: *Goethes Werke in zwei Bänden.* Salzburg: Bergland, Bd. 1, 129-390
- Grassmann H (2004) *Körperpsychologische Grundlagen einer Traumatherapie. Posttraumatische Übertragungsphänomene im therapeutischen Dialog.* In: *Psychologische Medizin* 15, 3, 43-47
- Hüther G (1997) *Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hüther G (2002) *Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung.* Göttingen: Psychiatr. Univ.-Klinik [http://www.agsp.de/UB_Veroffentlichungen/Aufsätze/Aufsatz_34_hauptteil_aufsatz_34.html] Zugriff 20. 4. 2005

- Hyer L, Brandsma JM (1999) The Treatment of PTSD Through Grief Work and Forgiveness. In: CR Figley C (Ed) Traumatology of Grieving. Philadelphia: Brunner/Mazel
- ICD 10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Dilling H, Mombour Welt, Schmidt MH (Hrsg). Bern: Huber 1991
- Ignatjewa NS (2005) Schädel-Hirn-Trauma – Phasen der Wiederherstellung des Selbst- und Weltbezugs und seine existenzanalytische Behandlung. In: Existenzanalyse 22, 2, 39-46
- Jaffe DT (1985) Self-renewal: Personal transformation following extreme trauma. J Human Psychol 25, 99-124
- Janoff-Bulman R (1992) Shattered assumptions. Toward a new psychology of trauma. New York: The Free Press
- Kapfhammer HP (2000) Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 149-185
- Kent JM, Rauch SL (2003) Neurocircuitry of anxiety disorders. Curr Psychiatry Rep. 5(4), 266-273
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: Arch Gen Psychiatry 52, 12, 1048-1060
- Kleber RJ, Brom D (1992) Coping with trauma: theory, prevention and treatment. Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- Kleber RJ (2000) Traumatischer Stress. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) (2000) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 727f
- Längle A (1993) Personale Existenzanalyse, In: Längle A (Hrsg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7. Wien: GLE, 133-160
- Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 15, 1/98, 16-27
- Längle A (1999a) Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29
- Längle A (1999b) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In: Existenzanalyse 16, 1, 18-25
- Längle A (1999c) Authentisch leben - Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein oder: Wie können wir trotzdem werden, wer wir sind? - Anregungen aus der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 16, 1, 26-34
- Längle A (2000) (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas
- Längle A (2002a) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16, 1, 1-8
- Längle A (2002b) (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas
- Längle A (2002c) Die grandiose Einsamkeit. Narzißmus als anthropologisch-existentialles Phänomen. In: Existenzanalyse 19, 2+3, 12-24
- Längle A (2002d) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas, 127-156, 134
- Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala. Göttingen: Hogrefe Beltz
- Lavallée F, Denis MC (2004) From surviving to living. How does one return from horror? Vortrag 23. 7. 2004 bei 3rd Biennial International Conference on Personal Meaning, Vancouver B.C.
- Levinas E (1947) De l'existence à l'existant. Paris: Editions de la Revue Fontaine. *Deutsch*: (1997) Vom Sein zum Seienden. Freiburg: Alber
- Lutgendorf SK, Antoni MH (1999) Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. In: Cognitive Therapy and Research 23, 1, 423-440
- May R (1972) Die Quellen der Gewalt. Eine Analyse von Schuld und Unschuld. Wien: Molden
- Pennebaker J W, Beall SK (1986) Confronting a traumatic event: towards and understanding of inhibition and disease. In: Journal of Abnormal Psychology, 95, 274-281
- Pennebaker JW (1992) Inhibition as the linchpin of health. In: Friedman HS (Ed) Hostility coping and health. Washington: American Psychological Association
- Pennebaker JW, Mayne T, Francis ME (1997) Linguistic predictors of adaptive bereavement. In: Journal of Personality and Social Psychology, 72, 863-871
- Roderick O, Schnyder U (2003) Reconstructing Early Intervention after Trauma. Innovations in the Care of Survivors. London: Oxford Univ.-Press
- Rödhammer M (2002) Existenz & Unfalltrauma. Existenzanalytische Erhellung von Traumaverarbeitung am Beispiel Verkehrsunfall. Innsbruck: Univ., Psychol. Institut, unveröff. Dipl.-Arb.
- Scharfetter C (2002) Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart: Thieme, 5°
- Schnyder U (2005) Posttraumatische Störungen. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 493-501, 3°
- Schore AN (2001) The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. In: Infant Mental Health Journal 22, 201-269. Wiederabdruck in: www.traumapages.com
- Silver R, Boom Ch, Stones M (1983) Searching for Meaning in Misfortune. Making Sense of Incest. In: J Social Issues 39, 2, 81-102
- Simonet E, Daunizeau B (2002) Les prises en charge psychothérapeutique. In Lopez G, Sabouraud-Séguin A (Éds) Psychothérapie des victimes. Paris: Dunod, 55-82
- Smyth J (1998) Written emotional expression: effect size, outcome types, and moderating variables. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 174-184
- Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. Psychol Med 1997; 27: 951-959
- Stephens Ch (2002) Health benefits of the disclosure of emotions about traumatic experiences: What is the evidence and potential for therapeutic benefits? In: The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1, <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2002-1/editial.htm> 2. 4. 2005
- Stuhr U, Wirth U (1990) Die Bedeutung des Therapeuten als inneres Objekt des Patienten. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg) Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer, 54-70
- Tedeschi RG, Calhoun L (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence. In: Psychological Inquiry 15, 1-18
- Tutsch L (2000) Selbst-Distanzierung. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 624f
- van der Kolk BA, Finkelhor R (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. Overview and explanatory study. In: J. Traumatic Stress 8, 505-536
- van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L (1996) Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford (dt. 2000)
- Vermetten E, Charney DS, Bremner JD (2000) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 59-136
- Vetter J (2005) Mein Raum ist ein auswegloser Hinterhof. Gumpoldskirchen/ Wien: [-de'A-] Lyrik-Verlag
- Wirtz U (1989) Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich: Kreuz
- Wirtz U, Zöbeli J (1995) Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen. Grenzen der Psychotherapie. Zürich: Kreuz

Anschrift des Verfassers:
DDr. Alfried Längle
Ed. Sueß-Gasse 10
1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org

Trauma und posttraumatische Belastungsstörung

Theorie und Behandlung

Ulrich Schnyder

Trauma gehört seit jeher zur condition humaine. Seit der Einführung der diagnostischen Entität der posttraumatischen Belastungsstörung in das psychiatrische Klassifikationssystem DSM-III im Jahre 1980 hat die Erforschung der bio-psycho-sozialen Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf den menschlichen Körper und Geist wie auch auf die Gesellschaft einen enormen Aufschwung genommen. Nach einem Überblick über aktuelle theoretische Konzeptionen der Psychotraumatologie wird das diagnostische Spektrum der posttraumatischen psychischen Störungen vorgestellt. Es folgt eine Präsentation epidemiologischer Daten und eine Diskussion der wichtigsten protektiven und Risikofaktoren sowie eine Beschreibung des zu erwartenden natürlichen Verlaufs. Diesbezügliche Kenntnisse sind für die Therapieplanung von großer Bedeutung. Posttraumatische Belastungsstörungen werden primär psychotherapeutisch behandelt, wobei die kognitiv-verhaltensorientierten Ansätze zur Zeit den besten Wirksamkeitsnachweis vorlegen können. Erst in zweiter Linie kommen pharmakotherapeutische Interventionen in Frage. Die Behandlung von Menschen mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen erfordert oft ein multimodales, multiprofessionelles Vorgehen, in welchem die Psychotherapie eine wichtige, aber keineswegs allein hinreichende Rolle spielt.

Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörungen, Trauma

Trauma has always been part of the human condition. Ever since the introduction of the diagnostic entity of the posttraumatic stress disorder in the psychiatric classification system DSM-III in 1980 research into the bio-psycho-social effects of traumatic experiences on the human body and mind as well as on society has increased enormously. After a review of the current theoretical conceptions of psychotraumatology the diagnostic spectrum of posttraumatic disorders is presented. A presentation of epidemiological data and a discussion of the most important protective and risk factors as well as a description of the natural course follows. This knowledge is essential for planning the therapy. Posttraumatic stress disorders are primarily treated by psychotherapy with the cognitive-behavioural approaches currently showing the best proofs of efficiency. Pharmacotherapeutic interventions only enter into question in second place. Therapy of people with complex posttraumatic stress disorders often demand a multimodal, multiprofessional approach with psychotherapy playing an important, but in no way in itself sufficient role.

Key words: posttraumatic stress disorder, trauma

Einleitung

Als „railway spine“ wurde Mitte des 19. Jahrhunderts ein Syndrom mit kognitiven und (psycho-) somatischen Beeinträchtigungen bezeichnet, das in der Folge von Eisenbahnunfällen beobachtet wurde (Erichsen 1866). Die „railway spine“ gilt als eine der ersten wissenschaftlichen Beschreibungen der posttraumatischen Belastungsstörung. Man nahm zunächst an, dass die

Symptome durch eine Rückenmarks-Erschütterung hervorgerufen würden. Der Londoner Chirurg Herbert Page stellte aber bereits 1892 fest,

„[...] dass die meisten der seltsamen, so gewöhnlich nach Eisenbahnunfällen zu constatierenden nervösen Symptome nicht anatomischen Läsionen des Rückenmarkstranges ihren Ursprung verdanken, sondern mehr oder weniger unmittelbare Begleiterscheinungen der gewaltigen psychischen Alteration sind, wel-

che fraglos die besondern Schrecknisse jeder Collision bedingen. [...] Das plötzliche Eintreten des Ereignisses, die äussere Hülfslosigkeit des Reisenden, das ohrbetäubende Krachen, die trostlose Verwirrung, das Jammern der Verletzten, all diese traurigen Erscheinungen, ganz besonders, wenn der Unfall in finsterner Nacht stattfindet, sind sicherlich vollauf geeignet, einen tiefgehenden Eindruck auf das Nervensystem zu machen, und wenn sie auch augenblicklich keinen Shock oder Kollaps erzeugen, in nicht entfernter Zeit eine Reihe nervöser Störungen auftreten zu lassen.“ (Page 1892)

Der Zürcher Eduard Stierlin interessierte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts für die Folgen von Erdbeben, Grubenunglücken und Vulkanausbrüchen. Er kann als der erste „Katastrophenpsychiater“ angesehen werden, obschon er nicht Psychiater, sondern ausgebildeter Chirurg war. Über die Opfer eines Erdbebens in Messina berichtete er in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift:

„Etwa 25% der von mir in Süditalien untersuchten Überlebenden litten noch ein bis drei Monate nach dem Erdbeben an Schlafstörungen. Sie träumten viel und äußerst lebhaft von den Schreckensereignissen, fuhren oft mit Schreckgefühl und Herzklopfen aus dem Schlafe auf. Einige hatten dabei eigentliche Herzbeklemmung. [...] Die rein psychogene Entstehung von Neurosen wird zwar noch nicht allgemein anerkannt. Wiederholte Nachuntersuchungen der Überlebenden von Katastrophen in großem Maßstabe haben mich aber immer mehr von der großen ätiologischen Bedeutung des psychischen Faktors auch in denjenigen Fällen überzeugt, wo Entschädigungsansprüche ausser Betracht fallen.“ (Stierlin 1911)

Seit Beginn der 1980er Jahre erlebte die Traumaforschung einen regelrechten Boom, der bis heute unvermindert anhält. Individuelle Traumata sind beispielsweise Folter und Kriegserlebnisse, Unfälle und Überfälle, aber auch Vergewaltigung oder Inzesterfahrungen. Kollektive Traumata entstehen durch Naturkatastrophen wie Überschwemmungen, Lawinenunglücke, Erdbeben oder Wirbelstürme sowie durch menschlich verursachte Ereignisse wie Flugzeugabstürze und Grossbrände. All diesen Ereignissen ist gemeinsam, dass sie Gefühle von intensiver Angst, Schrecken oder Hilflosigkeit auslösen. Entsprechende Krankheitsbilder wurden im DSM zunächst als „gross stress reaction“ (APA 1952) und im DSM-II als „transient situational disturbance“ (APA 1968) bezeichnet. Mit dem Erscheinen des DSM-III im Jahre 1980 (APA 1980) wurde der Begriff „posttraumatic stress disorder“, auf Deutsch „posttraumatische Belastungsstörung“, eingeführt, der schliesslich im DSM-IV noch durch die diagnostische Kategorie „acute stress disorder“ (APA 1994) ergänzt wurde. Im ICD-10 (WHO 1992) wird zwischen akuten Belastungsreaktionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und andauernden Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung unterschieden.

Epidemiologie

Über die Hälfte aller Menschen machen im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal eine traumatische Erfahrung (Breslau

et al. 1998; Kessler et al. 1995). Vor allem interpersonelle Traumata wie Folter oder Vergewaltigung rufen in einem hohen Prozentsatz posttraumatische Belastungsstörungen hervor. Neben Naturkatastrophen und dem Miterleben, wie eine andere Person schwer verletzt oder getötet wurde, gehören allerdings schwere Unfälle weltweit zu den am häufigsten vorkommenden Traumatypen: In den USA werden 25% der Männer und 14% der Frauen im Laufe ihres Lebens Opfer eines lebensbedrohlichen Unfalls (Kessler et al. 1995), aus Australien und Deutschland liegen ähnliche Zahlen vor. Verkehrsunfälle stellen deshalb ganz offensichtlich eine besonders ungünstige Kombination von Häufigkeit und Auswirkung einer traumatischen Erfahrung dar (Norris 1992).

In Abhängigkeit von der Art des Traumas und einer ganzen Reihe weiterer prä-, peri- und posttraumatischer Variablen entwickeln etwa 10% der von einem traumatischen Ereignis betroffenen Menschen eine posttraumatische Belastungsstörung (Breslau et al. 1998). Die Lebenszeitprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung liegt bei etwa 9% (Breslau et al. 1991; Kessler et al. 1995). Erste epidemiologische Untersuchungen aus Deutschland weisen darauf hin, dass die posttraumatische Belastungsstörung in Europa möglicherweise weniger häufig vorkommt; der Grund hierfür liegt offensichtlich hauptsächlich darin, dass die Expositionsrate in Bezug auf traumatische Ereignisse insgesamt in Europa (bis heute noch) tiefer liegt als in den USA (Hepp et al.; Perkonig et al. 2000). Frauen tragen bei vergleichbarer lebenslanger Trauma-Exposition ein etwa doppelt so grosses Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken (Breslau et al. 1997; Kimerling et al. 2002).

Diagnostik traumabedingter psychischer Störungen

Viele Menschen, wahrscheinlich sogar die meisten, verarbeiten ein traumatisches Erlebnis mit Hilfe ihrer inneren und äusseren Ressourcen so, dass sie nie psychosozial auffällig werden. Wie bereits erwähnt, entwickelt aber ein Teil der Betroffenen (in Abhängigkeit von Art und Stärke des Stressors, von biographischen protektiven Faktoren und Belastungsfaktoren, sowie von situativen Variablen) spezifische posttraumatische Störungen, die nun im Folgenden beschrieben werden sollen. Da sich in Europa, insbesondere für den klinischen Gebrauch, die ICD-10 (WHO 1992, 1993) in letzter Zeit weitgehend durchgesetzt hat, hält sich die Darstellung der Phänomenologie dieser spezifischen posttraumatischen Zustandsbilder hauptsächlich an diese Klassifikation. Wesentliche Unterschiede zum DSM-IV (APA 1994) werden erwähnt.

Akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) ist eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich „bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine aussergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt, und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt“ (WHO 1992). Der Betroffene muss

ein überwältigendes traumatisches Erlebnis durchgemacht haben, das mit einer ernsthaften Bedrohung für seine Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit oder der einer geliebten Person einherging. Auch Verluste durch mehrere Todesfälle oder einen Brand, die eine ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes hervorrufen, können als Traumata in diesem Sinne gelten. Die Reaktion entwickelt sich in der Regel innerhalb weniger Minuten nach dem Trauma und ist geprägt durch ein gemischtes und rasch wechselndes Zustandsbild: Nach anfänglicher Betäubung werden depressive Symptome, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder sozialer Rückzug bis hin zum dissoziativen Stupor beobachtet. Eine Einengung der Aufmerksamkeit und Desorientierung unterschiedlichen Ausmasses sind häufig. Nicht selten bleibt eine teilweise oder vollständige psychogene Amnesie für diese Episode bestehen.

Die der akuten Belastungsreaktion entsprechende Diagnose heisst im DSM-IV „acute stress disorder“ (APA 1994). Mit dieser Bezeichnung wird bereits deutlich, dass die Anforderungen zur Diagnosestellung im Akutbereich nach einem traumatischen Erlebnis im DSM-IV höher liegen. So werden beispielsweise dissoziative Symptome zwingend verlangt. Auch ist die Dauer der Störung mit mindestens zwei Tagen und längstens einem Monat festgelegt, womit im DSM-IV durch diese Diagnose der gesamte Akutbereich abgedeckt wird, bis dann, bei weiterer Persistenz der Symptomatik, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden kann. Die Diagnose wurde eingeführt, um diejenigen Patienten frühzeitig diagnostisch erfassen zu können, die später mit hoher Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln würden. In jüngster Zeit wird das Konzept aber wieder kontrovers diskutiert: Es wird darauf hingewiesen, dass der prädiktive Wert der Diagnose im Hinblick auf die spätere Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung fraglich sei; ausserdem wird der Stellenwert der Dissoziation wieder eher in Frage gestellt (Harvey, Bryant 2002).

Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) entsteht als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischer Ausmasses [...], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (WHO 1992). Typisch und nahezu pathognomonisch, jedenfalls für die Diagnosestellung unabdingbar, sind die sogenannten Symptome des Wiedererlebens, die sich den Betroffenen tagsüber in Form von Erinnerungen an das Trauma, in Tagträumen oder Flashbacks, nachts in Angstträumen aufdrängen. Gewissermassen das Gegenstück dazu sind die Vermeidungssymptome, die aber in der klinischen Realität meistens parallel zu den Symptomen des Wiedererlebens auftreten: emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit der Umgebung und anderen Menschen gegenüber, aktive Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wach-

rufen könnten. Manchmal können wichtige Aspekte des traumatischen Erlebnisses nicht mehr (vollständig) erinnert werden. Häufig kommt ein Zustand vegetativer Übererregtheit dazu, der sich in Form von Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrations-schwierigkeiten, Hypervigilanz, oder einer erhöhten Schreckhaftigkeit manifestieren kann.

Auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung finden sich einige Unterschiede zwischen den beiden erwähnten Klassifikationssystemen. Ein wichtiger Unterschied betrifft die Stressor-Kriterien, die im DSM-IV erstmals neben den Ereignis-bezogenen Merkmalen auch Opfer-bezogene Merkmale einbeziehen: Das Ereignis muss beim Betroffenen eine Reaktion von Angst, Hilflosigkeit oder Grauen hervorrufen, um als traumatisch eingestuft zu werden. Die Einführung eines subjektiven Bewertungskriteriums ist sicherlich sinnvoll, weil das gleiche Ereignis bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedliche Reaktionen hervorrufen kann: Je nach biographischem Hintergrund, vorbestehender Vulnerabilität, momentaner Lebenssituation und aktuellem Bewältigungsvermögen wird ein belastendes Ereignis in seiner traumatischen Potenz individuell bewertet. So kann beispielsweise die traumatische Amputation des Endgliedes des linken Kleinfingers für einen Geigenvirtuosen eine Tragödie bedeuten, während der gleiche Unfall von einem Schreiner unter Umständen problemlos verarbeitet wird. Auf der anderen Seite bringt die Einführung dieses zusätzlichen Aspekts auch Probleme mit sich, beispielsweise bei den Fällen, in denen das Trauma mit einer organisch bedingten oder psychogenen Amnesie verbunden ist, wie das insbesondere bei schweren Unfällen mit Schädelhirntrauma der Fall ist. Es ist übrigens heute unbestritten, dass sich auch nach einem Schädelhirntrauma trotz organisch bedingter Amnesie eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln kann (Bryant et al. 2000). Gemäss DSM-IV spricht man von einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung, wenn die Symptome länger als drei Monate andauern. Es gibt auch noch eine Sonderform, nämlich die posttraumatische Belastungsstörung mit verzögertem Beginn, die dann diagnostiziert werden soll, wenn zwischen dem traumatischen Ereignis und dem Beginn der typischen Symptomatik ein symptomfreies Intervall von mindestens sechs Monaten liegt.

Die posttraumatische Belastungsstörung ist mit einem hohen psychiatrischen Komorbiditäts-Risiko verbunden. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, vor allem aber auch Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (Alkohol, Benzodiazepine, Opiate) sind die häufigsten komitierenden psychischen Erkrankungen.

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) kann sich nach traumatischen Erlebnissen in einem Konzentrationslager, nach Folter, Katastrophen oder andauernden lebensbedrohlichen Situationen wie Geiselschaft oder langer Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr entwickeln.

VORTRAG

Sie kann auf dem Boden einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung entstehen und wird dann als irreversible Folge der extremen Belastung angesehen. Die Diagnose darf erst gestellt werden, wenn eine solche Persönlichkeitsänderung über mindestens zwei Jahre bestanden hat. Sie äussert sich in einem Muster unflexiblen und unangepassten Verhaltens, das die zwischenmenschlichen privaten und beruflichen Beziehungen erheblich beeinträchtigt. Typisch ist eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, so-

ter, unterdurchschnittliche Intelligenz und niedriger sozio-ökonomischer Status zu nennen, aber auch frühere traumatische Erfahrungen und psychische Störungen in der persönlichen Biographie und in der Familienanamnese (Brewin et al. 2000; Ozer et al. 2003). Je nach Art des Traumas und der Persönlichkeit des Betroffenen, aber auch unter dem Einfluss von protektiven bzw. belastenden Umgebungsfaktoren, kann eine posttraumatische Belastungsstörung entstehen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Prädiktoren.

Prätraumatische Variablen	Peritraumatische Variablen	Posttraumatische Variablen
Weibliches Geschlecht	Objektiver Schweregrad des Traumas	Ungenügende soziale Unterstützung
Jüngeres Alter	Subjektive Bedrohung durch das traumatische Erlebnis	Traumabedingte körperliche Funktionseinschränkungen
Unterdurchschnittliche Intelligenz	Externale Schuldzuschreibung	Anhaltende Schmerzen
Niedriger sozio-ökonomischer Status	Peritraumatische Dissoziation	
Missbrauch in der Kindheit	Früh einsetzende Wiedererlebenssymptome	
Vorbestehende psychische Störungen		

Tabelle 1: Prädiktoren für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung

zialer Rückzug sowie Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit. Häufig berichten die Betroffenen über ein chronisches Gefühl von Nervosität, wie wenn sie ständig bedroht wären. Viele empfinden auch mehr oder weniger quälende Gefühle der Entfremdung.

Im DSM-IV gibt es übrigens keine entsprechende diagnostische Kategorie. Auch hier wird allerdings darüber diskutiert, eine zusätzliche Diagnose einzuführen, die den komplexen psychopathologischen Zustandsbildern Rechnung trägt, welche bei Opfern Zeit-extendierter und wiederholter Traumatisierungen nicht selten zu beobachten sind. Im Englischen wird dieses Syndrom „Complex PTSD“ oder „DESNOS“ (Disorders of extreme stress not otherwise specified) genannt. Die vorläufige Konzeption dieses Syndroms schliesst eine Vielfalt von Symptomen ein, die über die typischen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen (z.B. Somatisierung, Dissoziation, affektive Veränderungen). Andererseits weisen DESNOS-Patienten charakteristische Persönlichkeitsänderungen auf, die sich in erster Linie in einem veränderten, gestörten Beziehungsverhalten und Identitätserleben äussern, ähnlich wie man sie bei Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeit (Borderline-Persönlichkeit) beobachtet. Zudem sind solche Menschen offenbar besonders anfällig, als Opfer oder Täter immer wieder in Traumatisierungen verwickelt zu werden (Herman 1993).

Risikofaktoren

Eine Reihe von prätraumatischen Variablen erhöhen das Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken: Neben dem weiblichen Geschlecht sind hier jüngeres Al-

ter objektive Schweregrad der Belastung ist häufig, aber nicht in allen Fällen ein guter Prädiktor für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Während beispielsweise bei Kriegsveteranen oder Rettungshelfern eine eindeutige Korrelation zwischen dem Expositions-niveau und der posttraumatischen Symptomausprägung besteht, lässt sich ein solcher Zusammenhang bei Unfallopfern nur in einem relativ bescheidenen Ausmass belegen. Die emotionalen und kognitiven Reaktionen, die bei den Betroffenen während und unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis ablaufen, spielen eine entscheidende Rolle für die Traumaverarbeitung: Die subjektiv erlebte Bedrohung, die oft keineswegs mit den objektiven Trauma-parametern korreliert, ist ein wichtiger Prädiktor für die Entstehung der posttraumatischen Belastungsstörung (Ozer et al. 2003; Schnyder et al. 2001). Andererseits haben Patienten, welche die Verantwortung für den Unfall sich selber zuschreiben, ein geringeres Risiko, später an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken (Delahanty et al. 1997). Die Bedeutung der peritraumatischen Dissoziation als Risikofaktor für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung wird immer noch kontrovers diskutiert (Bryant, Harvey 1997; Wittmann et al.).

Ob sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt oder nicht, hängt schliesslich in erheblichem Ausmass davon ab, ob der Betroffene nach der traumatischen Exposition Umstände vorfindet, die einer raschen psychosozialen Erholung förderlich sind. Besonders wichtig ist hier das Ausmass der sozialen Unterstützung und der Schutz vor zusätzlichen Belastungen (Brewin et al. 2000; Ozer et al. 2003). Wenn das Trauma mit einer körperlichen Verletzung verbunden war, können körperliche Funktionseinschränkungen oder anhaltende Schmerzen eine entscheidende Rolle spielen.

Neurobiologische Aspekte

Die Neurobiologie menschlicher Reaktionen auf traumatische Ereignisse umfasst eine ganze Reihe von Mechanismen, die an sich schon lange und gut beschrieben sind. Die unmittelbaren körperlichen Überlebens-Strategien sind als „fight-flight“ bzw. als „freeze“-Reaktionen bekannt. Früh setzen aber auch schon Konditionierungsprozesse ein, und es werden erste Gedächtnisinhalte abgespeichert. Im weiteren kommt es zu komplexen, sozial modulierten Anpassungsvorgängen. Alle diese Reaktionen werden durch eine Vielzahl weiterer Variablen stark beeinflusst: z.B. spielt es eine grosse Rolle, wie die momentane Bedrohung und die aktuell verfügbaren Ressourcen von den Betroffenen subjektiv eingeschätzt werden. Wie hoch ist das Ausmass an Kontrollierbarkeit bzw. Kontrollverlust? Welche Bewältigungs-Strategien stehen zur Verfügung? Kausalattributionen (Bedeutungs-Zuschreibungen), frühere traumatische Erlebnisse, aber auch Erfahrungen erfolgreicher Krisenbewältigung, Glaubenssätze auf individueller Ebene und auf Gruppen-Ebene können sich unter Umständen erheblich auf den Verlauf auswirken (Shalev 2003).

Im zeitlichen Ablauf sieht das etwa so aus: Innerhalb von Sekundenbruchteilen setzen Abwehrreflexe (Schreckreaktionen) ein. Nach wenigen Sekunden kommt es zu einer Aktivierung des Sympathikus und zur Freisetzung von Adrenalin. Die Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse), und die folgende Ausschüttung des Stresshormons Cortisol benötigt einige Minuten. Schon nach Stunden können frühe Gen-Expressionen nachgewiesen werden. Zur Konsolidierung von Gedächtnisprozessen werden Tage vergehen, und bis es schliesslich zu permanenten Veränderungen im zentralen Nervensystem kommt, z.B. zur postulierten Schrumpfung des Hippocampus, dauert es Wochen oder sogar Monate (Shalev 2003).

Zweifellos wissen wir noch viel zu wenig über die genauen Vorgänge, die sich auf neurobiologischer Ebene abspielen, wenn eine Person einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt war. In den vergangenen Jahren hat die Forschung jedoch eine Reihe hochinteressanter Befunde vorgelegt, die unser Verständnis um einige Schritte vorwärtsgebracht haben. Eine kleine Auswahl dieser Forschungsergebnisse soll im Folgenden vorgestellt werden:

- Neben der subjektiven Todesbedrohung hat auch das Ausmass des körperlichen Schmerzerlebens einen grossen Einfluss auf die Ausbildung einer akuten Belastungsstörung, wie wir bei unseren eigenen Untersuchungen an hospitalisierten Unfallopfern feststellen konnten (Fuglsanget al. 2002).
- Shalev und Mitarbeiter konnten zeigen, dass körperlich verletzte Traumaopfer, die später eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, kurz nach dem traumatischen Ereignis einen signifikant erhöhten Ruhepuls haben, und zwar nicht nur im Vergleich mit Patienten, die psychisch gesund bleiben, sondern auch gegenüber denen, die im weiteren Verlauf unspezifische psychische Störungen entwickeln, also z.B.

eine Depression oder eine Angststörung (Shalev et al. 1998). Auf psychophysiologischer Ebene scheinen die Weichen sehr früh gestellt zu werden!

- Eine Forschungsgruppe um Delahanty fand heraus, dass Opfer von Verkehrsunfällen, die später eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, in den ersten 15 Stunden nach dem Unfall wesentlich weniger Cortisol freisetzen als Unfallopfer, die psychisch gesund bleiben (Delahanty et al. 2000). Eine ungenügende endokrinologische Stressantwort scheint also für die Entwicklung der posttraumatischen Belastungsstörung ebenfalls eine wichtige Rolle zu spielen.
- Der Zusammenhang zwischen Trauma und körperlichen Gesundheitsstörungen wurde erst in den letzten Jahren in seinem vollen Ausmass bekannt: Je mehr traumatischen Erfahrungen eine Person in der Kindheit ausgesetzt war, desto grösser ist ihr Risiko für körperliche Erkrankungen (z.B. Lungen-, Herz/Kreislauf- oder Tumorerkrankungen) im Erwachsenenalter. Auch gesundheitliches Risikoverhalten wie Bewegungsmangel, Übergewicht und Rauchen steigt in Abhängigkeit von Traumatisierungen in der Kindheit (Felitti et al. 1998). Vietnam-Veteranen mit posttraumatischen Belastungsstörungen haben ein erhöhtes Risiko für somatische Morbidität (Boscarino 1997) und Mortalität (Bullman, Kang 1994). Schnurr und Green schlagen ein Erklärungsmodell vor, nach dem traumatischer Stress primär über die posttraumatische Belastungsstörung und andere psychologische Veränderungen krank macht, welche sich negativ auf das Krankheitsverhalten auswirken. Der Einfluss der posttraumatischen Belastungsstörung auf die Gesundheit wird somit über psychologische, biologische Mechanismen und Verhaltens-Mechanismen vermittelt (Schnurr, Green 2004). Man geht davon aus, dass hier ein komplexes Wechselspiel zwischen psychologischen Faktoren (Depressivität, Feindseligkeit, Coping), gesundheitsrelevantem Verhalten (z.B. Rauchen, Ernährung, Bewegung) und biologischen Prozessen (u.a. kardiovaskuläre Reaktivität, autonomes Hyperarousal, gestörte Schlaf-Physiologie, adrenerge Dysregulation, erhöhte Schilddrüsenfunktion, und veränderte HPA-Aktivität) zum Tragen kommt.

Diese wenigen Beispiele sollen zeigen, dass wir mittlerweile doch einiges über den Zusammenhang zwischen „psyche“ und „soma“ bei Menschen wissen, die unter den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Es ist damit zu rechnen, dass diese Erkenntnisse in den kommenden Jahren unsere Möglichkeiten differenzieller Therapieangebote erweitern werden. Damit kommen wir zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen.

Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung

Die psychoreaktive Genese der posttraumatischen Belastungsstörung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass man nur bei akuten Fällen von einer günstigen Prognose ausgehen

kann. In etwa einem Drittel der Fälle kommt es zu chronischen Verläufen; hier sind rasche Heilungen eher die Ausnahme. Die Behandlung solcher komplexer Störungen wird deshalb oft aus einer klinisch indizierten Kombination verschiedener Ansätze bestehen, beispielsweise aus einer psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung. Insgesamt sind aber die Effektivitäten für Psychotherapie höher als für medikamentöse Behandlungen (van Etten, Taylor 1998), weshalb eine posttraumatische Belastungsstörung primär psychotherapeutisch behandelt werden sollte.

Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung

Die *kognitive Verhaltenstherapie* (englisch cognitive-behavioral therapy, CBT) versteht die posttraumatische Belastungsstörung mit Hilfe der Lerntheorie: Ein Trauma wirkt als aversiver Stimulus, der eine konditionierte emotionale Reaktion hervorruft (klassische Konditionierung). Die Reaktion generalisiert über den ursprünglichen Stimulus hinaus, Verhaltens- und Gefühls-Vermeidung verstärken die Reaktion (operante Konditionierung). Angst und intrusive Symptome werden so zu unabhängigen aversiven Stimuli. Wiederholte therapeutische Exposition mit objektiv harmlosen konditionierten Stimuli, einschliesslich der traumatischen Gedächtnisinhalte, führt zur Extinktion der Angstreaktionen. CBT setzt neben der Exposition eine Reihe ergänzender Techniken ein, wie z.B. die systematische Desensibilisierung, Stress-Impfungstraining, kognitive Restrukturierung, Selbstbehauptungstraining und Entspannungsübungen. CBT wird normalerweise als Kurzzeit-Therapie durchgeführt: 8-12 Sitzungen in einer Frequenz von 1-2 Sitzungen pro Woche. CBT und insbesondere Expositionstherapie weist momentan den überzeugendsten Wirksamkeitsnachweis bei der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen auf (Foa et al. 2000). Dieser Ansatz hat aber auch seine Grenzen, weil nicht alle Patienten bereit sind, sich einer Therapie zu unterziehen, in der sie mit traumatischen Erinnerungen konfrontiert werden und die nicht selten mit einer vorübergehenden Verstärkung der psychopathologischen Symptome einhergeht.

Beim *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* führt der Patient unter Anleitung des Therapeuten ruckartige horizontale Augenbewegungen durch. Die Methode scheint ähnlich wirksam zu sein wie andere kognitiv-verhaltenorientierte Ansätze, die Augenbewegungen als solche bringen aber wahrscheinlich keinen zusätzlichen therapeutischen Effekt (Davidson, Parker 2001). Zwar ist die Wirksamkeit der EMDR-Methode im Vergleich zu „wait list“-Kontrollgruppen gut belegt. Der Vergleich mit etablierten Therapiemethoden fällt etwas weniger günstig aus. Besonders interessant sind aber die Befunde einer ganzen Reihe von „dismantling studies“ (Boudewyns, Hyer 1996; Devilly et al. 1998; Pitman et al. 1996; Renfrey, Spates 1994), die übereinstimmend zeigen, dass es keinen Unterschied macht, ob das EMDR-Therapieprotokoll mit oder ohne Augenbewegungen durchgeführt wird. Es sieht also eher so aus, dass die Augenbewegungen (oder andere „Lateralisierungen“) nicht das wirksame Element in diesem Therapie-

ansatz sind. Vielmehr scheinen andere Wirkfaktoren für den Erfolg des EMDR verantwortlich zu sein. Der Grund für den Erfolg der EMDR-Methode liegt vielleicht eher in den kognitiven Komponenten und der in sensu Exposition, beides bekannte und bewährte Therapie-Elemente in der Psycho-traumatologie.

Psychodynamische, d.h. psychoanalytisch fundierte Therapien arbeiten darauf hin, normale psychologische Mechanismen wieder in Gang zu setzen, indem unbewusste Elemente angesprochen und, in erträglichen Dosen, bewusst gemacht werden. Die psychologische Bedeutung der traumatischen Erfahrung wird durch die Bearbeitung unbewusster Wünsche, Fantasien, Ängste und Widerstände geklärt. Übertragung und Gegenübertragung sowie die therapeutische Beziehung sind zentrale Elemente dieses Ansatzes. Psycho-dynamische Behandlungen dauern in der Regel länger als CBT. Leider gibt es in diesem Bereich nur sehr wenige gute empirische Untersuchungen (Brom et al. 1989; Foa et al. 2000). Zur Zeit muss deshalb die wissenschaftliche Evidenz bezüglich der Wirksamkeit psychodynamischer Therapien zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen als ungenügend bezeichnet werden.

Kürzlich wurde ein multimodales Therapieprogramm vorgeschlagen, in dem kognitiv-verhaltensorientierte und psychodynamische Elemente kombiniert werden (Gersons et al. 2000): *Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEP)* umfasst 16 Therapiesitzungen und beinhaltet fünf zentrale Elemente, nämlich (1) Psychoedukation, (2) Exposition, (3) Schreibaufgaben und die Arbeit mit Erinnerungsstücken, (4) Bedeutungszuschreibung und Integration, und (5) ein Abschiedsritual. BEP scheint vielversprechend, weil darin, entsprechend den Erkenntnissen der modernen Psychotherapieforschung, Wirkfaktoren aus unterschiedlichen Therapieschulen berücksichtigt und zu einem integrativen und kohärenten Ansatz vereint werden. Die Wirksamkeit von BEP wurde bisher in zwei randomisierten kontrollierten Studien belegt (Gersons et al. 2000; Lindauer et al. 2005). Die Ergebnisse müssen jedoch zunächst noch von unabhängigen Forschergruppen repliziert werden.

Aufgrund einer kürzlich publizierten Meta-Analyse lässt sich sagen, dass mehr als die Hälfte der Patienten mit den etablierten Psychotherapieansätzen eine spürbare Besserung erwarten können (Bradley et al. 2005). Die Tatsache, dass etwa 20% der Patienten eine kognitiv-verhaltensorientierte Behandlung abbrechen (Ballenger et al. 2000) und dass bis zu 58% der Patienten nach Abschluss einer CBT immer noch eine posttraumatische Belastungsstörung haben (Resick et al. 2002; Tarrrier et al. 1999), sollte allerdings Anlass genug sein, verbesserte oder ergänzende Therapieansätze zu entwickeln (Schnyder 2005). Trotz der überwältigenden wissenschaftlichen Evidenz, die für den Einsatz von Expositionstechniken spricht, ist es noch nicht sicher, ob die Behandlung wirklich in allen Fällen zwingend eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis beinhalten muss (McFarlane, Yehuda 2000). Es ist nicht auszuschliessen, dass Exposition bei sehr instabilen Patienten zu einer „Retraumatisierung“ und damit zu einer Symptomverschlechterung führen kann. Andere sind vielleicht ganz einfach nicht bereit,

eine doch sehr belastenden Expositionsbehandlung mitzumachen. Die Untersuchung neuerer Ansätze wie z.B. „Selbstachtsamkeit“ (mindfulness) oder „Selbstfürsorgliche Akzeptanz“ (acceptance) hat im Bereich der Traumaforschung erst begonnen (Follette et al. 2004). Es ist immerhin denkbar, dass ein Teil der Patienten mehr von einer Verbesserung ihres „psychological well-being“ (Ryff 1989) hat, wie dies kürzlich in einer eindrücklichen Kasuistik beschrieben wurde (Belaise et al. 2005).

Pharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung

Nicht selten ist zusätzlich und in Ergänzung zur psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Psychopharmaka erforderlich. Bei der medikamentösen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung stehen die Antidepressiva ganz im Vordergrund: *Serotoninspezifische Antidepressiva* (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), gelten als Medikamente erster Wahl (Foa et al. 2000). Sie verbessern nicht nur die oft im Sinne der Komorbidität vorhandene depressive Symptomatik, sondern auch die spezifischen Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der physiologischen Überregbarkeit (Tucker et al. 2001). Bei ungenügender Wirkung können in einem zweiten Schritt trizyklische Antidepressiva eingesetzt werden. *Benzodiazepine* wirken nur auf die Arousal-Symptomatik, nicht aber auf die Wiedererlebens- oder Vermeidungssymptome. Zudem beeinträchtigen sie die kognitive Leistungsfähigkeit. Sie sollten deshalb, wenn überhaupt, nur vorübergehend zur Behandlung ausgeprägter Schlafstörungen eingesetzt werden. Leider werden Benzodiazepine nach wie vor, insbesondere von Hausärzten, sehr häufig verschrieben, obschon bekannt ist, dass Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen besonders anfällig für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit sind (Jacobsen et al. 2001). Für *Neuroleptika* gibt es bei der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen keine spezifische Indikation.

Die International Society for Traumatic Stress Studies ISTSS hat im Jahre 2000 erstmals umfassende „practice guidelines“ zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung herausgegeben (Foa et al. 2000). In minutiöser Arbeit wurde die gegenwärtig verfügbare wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit der wichtigsten Therapieansätze zusammengetragen und aufbereitet. Zu folgenden Bereichen wird differenziert und dezidiert Stellung genommen: Debriefing, kognitive Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Gruppentherapie, psychodynamische Therapie, stationäre Behandlung, Rehabilitation, Hypnose, Paar- und Familientherapie, und Kreativtherapie. Die „practice guidelines“ der ISTSS gelten heute weltweit als Standardwerk. Die Kapitel sind knapp und einfach zu lesen. Eine Überarbeitung und Aktualisierung ist in Vorbereitung.

Posttraumatische Störungen sind bio-psycho-soziale Störungen par excellence, es liegt also auf der Hand, dass die Behandlung oft multimodal erfolgen muss. Klinisch am erfolgreichsten

sind wahrscheinlich Behandlungsmodelle, die es erlauben, auf der Basis einer konsistenten Therapietheorie psychotherapeutische, pharmakotherapeutische, soziotherapeutische, physiotherapeutische und andere Interventionen zur Wirkung zu bringen. Oft braucht der Patient auch die Unterstützung eines Juristen zur Lösung zivil- oder strafrechtlicher Probleme. Nur selten wird ein Psychotherapeut alle diese Aspekte alleine abdecken können. Er sollte sich und dem Patienten immer wieder die Begrenztheit seiner Möglichkeiten bewusst machen. Auf diese Weise kann er allfällige Allmachtsphantasien und übertriebene Helferimpulse kontrollieren, die der Patient, insbesondere im Zuge der Idealisierung zu Beginn der Behandlung, durch unrealistische Erwartungen bei ihm geweckt haben mag.

Literatur

- APA (1952) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association
- APA (1968) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 2°
- APA (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 3°
- APA (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 4°
- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Foa EB, Kessler RC et al. (2000) Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 5, 60-66
- Belaise C, Fava GA, Marks IM (2005) Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 878 (in Druck)
- Boscarino JA (1997) Diseases among men 20 years after exposure to severe stress complications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine* 59, 6, 605-614
- Boudewyns PA, Hyer LA (1996) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3, 3, 185-195
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2, 214-227
- Breslau N, Davis GC, Andreski B, Peterson E (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 48, 216-222
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR (1997) Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 54, 11, 1044-1048
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community - The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry* 55, 7, 626-632
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 5, 748-766
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 5, 607-612
- Bryant RA, Harvey AG (1997) Acute stress disorder: a critical review of diagnostic issues. *Clin. Psychol. Rev.* 17, 7, 757-773
- Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, Gurka JA (2000) Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry* 157, 629-631
- Bullman TA, Kang HK (1994) Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182, 11, 604-610

- Davidson PR, Parker KCH (2001) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 2, 302-316
- Delahanty DL, Herberman HB, Craig KJ, Hayward MC, Fullerton CS, Ursano RJ et al. (1997) Acute and chronic distress and post-traumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 4, 560-567
- Delahanty DL, Raimonde AJ, Spoonster E (2000) Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biological Psychiatry* 48, 940-947
- Devilley GJ, Spence SH, Rapee RM (1998) Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy* 29, 435-455
- Erichsen JE (1866) *On railway and other injuries of the nervous system*. London: Walton & Maberly
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study [see comments]. *American Journal of Preventive Medicine* 14, 4, 245-258
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (2000) *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press
- Follette VM, Palm KM, Rasmussen Hall ML (2004) Acceptance, mindfulness, and trauma. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM (Hg) *Mindfulness and acceptance - Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford, 192-208
- Fuglsang AK, Moergeli H, Hepp-Beg S, Schnyder U (2002) Who develops acute stress disorder after accidental injuries? *Psychotherapy and Psychosomatics* 71, 214-222
- Gersons BPR, Carlier IVE, Lamberts RD, van der Kolk BA (2000) Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 2, 333-348
- Harvey AG, Bryant RA (2002) Acute Stress Disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin* 128, 886-902
- Hepp U, Gamma A, Milos G, Eich D, Ajdacic-Gross V, Roessler W et al. Inconsistency in reporting potentially traumatic events. *British Journal of Psychiatry* (in Druck)
- Herman JL (1993) Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In: Davidson JRT, Foa EB (Hg) *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington DC: American Psychiatric Press, 213-228
- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR (2001) Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry* 158, 8, 1184-1190
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060
- Kimerling R, Ouimette P, Wolf J (2002) *Gender and PTSD*. New York: Guilford
- Lindauer RJL, Gersons BPR, van Meijel EPM, Blom K, Carlier IVE, Vrijlandt I et al. (2005) Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress* 18, 205-212
- McFarlane AC, Yehuda R (2000) Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 6, 940-953
- Norris FH (1992) Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 3, 409-418
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129, 1, 52-73
- Page HW (1892) *Eisenbahn-Verletzungen in forensischer und klinischer Beziehung*. Berlin: S. Karger.
- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, 1, 46-59
- Pitman RK, Orr SP, Altman B, Longpre RE, Poire RE, Macklin ML (1996) Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry* 37, 6, 419-429
- Renfrey G, Spates CR (1994) Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 25, 231-239
- Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA (2002) A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 4, 867-879
- Ryff CD (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 6, 1069-1081
- Schnurr PP, Green BL (Hg) (2004) *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington DC: American Psychological Association
- Schnyder U (2005) Why new psychotherapies for posttraumatic stress disorder? Editorial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 74, 199-201
- Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R, Buddeberg C (2001) Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry* 158, 594-599
- Shalev AY (2003) Psychobiological perspectives on early reactions to traumatic events. In: Ørner JR, Schnyder U (Hg) *Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors*. Oxford: Oxford University Press
- Shalev AY, Sahar T, Freedman S, Peri T, Glick N, Brandes D et al. (1998) A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 55, 6, 553-559
- Stierlin E (1911) Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 37, 2028-2035
- Tarrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E et al. (1999) A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 1, 13-18
- Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R, Ruggiero L, Dillingham K, Pitts CD (2001) Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 62, 11, 860-868
- van Etten ML, Taylor S (1998) Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 5, 126-144
- WHO (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization
- WHO (1993) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization
- Wittmann L, Moergeli H, Schnyder U Low predictive power of peritraumatic dissociation for PTSD symptoms in accident survivors. *Journal of Traumatic Stress (zur Prüfung)*

*Anschrift des Verfassers:
Univ.-Prof.Dr. med.Ulrich Schnyder
Universitätsspital Zürich, Psychiatrische Poliklinik
Culmannstr. 8
Ch-8091 Zürich
uschnyd@psyp.unizh.ch*

Die neurobiologische Verankerung traumatischer Erfahrungen

Gerald Hüther

Psychische Traumatisierung führt zur unkontrollierbaren Aktivierung stress-sensitiver kortiko-limbischer Netzwerke und neuroendokriner Regelkreise. Unter diesen Bedingungen kommt es zu einer fortschreitenden Destabilisierung bereits etablierter, komplexer Verschaltungsmuster (Regression, dendritische Degeneration, insbesondere im Hippocampus). Anhalten lassen sich diese Prozesse meist nur noch durch die Aktivierung von Notfallreaktionen und durch nachfolgende nutzungsabhängige Bahnung derartiger selbst-schützender, protektiver und defensiver Reaktionsmuster (Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation etc.). Die weitere nutzungs- und erfahrungsabhängige Strukturierung komplexer kognitiver und affektiver neuronaler Verschaltungen, insbesondere in den höheren assoziativen, frontokortikalen Hirnbereichen kann unter diesen Bedingungen nur noch eingeschränkt erfolgen. Die daraus resultierenden strukturellen Veränderungen des Gehirns sind bei frühkindlichen Traumatisierungen besonders deutlich ausgeprägt. Langfristig wird die weitere nutzungs- und erfahrungsabhängige Strukturierung des Gehirns traumatisierter Menschen jedoch weniger durch das tatsächliche erlebte Trauma gefährdet als vielmehr durch die dadurch ausgelöste Zerstörung von Sicherheit bietenden Bindungen, Selbstwertkonzepten und Orientierungen. Wichtigstes Ziel aller therapeutischen Bemühungen muß es daher sein, Bedingungen zu schaffen, die es einem traumatisierten Patienten ermöglichen, diese wichtigsten Ressourcen zur Bewältigung von Angst und Stress möglichst rasch wieder zurückzugewinnen.

Schlüsselwörter: *Bewältigung, Neuroplastizität, Stress-Reaktion, Trauma*

Traumatic experiences elicit an uncontrollable activation of stress-sensitive cortico-limbic neuronal networks and neuroendocrine circuits. The overshooting excitation in conjunction with strong and long-lasting activation of the HPA-System and cortisol secretion causes a destabilization of established neuronal circuitry (dendritic degeneration, synaptic regression) in brain regions with high cortisol receptor density and glutamatergic input (e.g. the hippocampus). Under these conditions, most victims of a trauma switch back into a pattern of „behavioral emergency reactions“ (freezing, panic, stereotypies) and a variety of self-protective, defensive response-patterns (dissociation, depersonalization, derealization). The more the neuronal and synaptic connections involved in the generation of these defense responses become facilitated and stabilized, the more automatized the response. It is difficult under these conditions to acquire novel, more complex (frontocortical) patterns of coping, especially for children. More detrimental to the internal organization of the brain than the actually experienced trauma is the subjectively felt loss or destruction of security-providing resources (psychosocial support, self-image, competence, faith and belief). Therapeutic interventions must therefore aim at the restoration of these resources.

Key words: *coping, neuroplasticity, stress, Traumatization*

Einleitung

Während der „Dekade des Gehirns“ in den 90er Jahren kam es zu entscheidenden Fortschritten auf dem Gebiet der

experimentellen Hirnforschung (vgl. Albright et al. 2000). Die dabei gewonnenen Erkenntnisse über die „nutzungsabhängige Plastizität“ neuronaler und synaptischer Verschaltungen sowie über die Bedeutung emotionaler Prozesse für die struktu-

relle Verankerung psychosozialer Erfahrungen haben deutlich gemacht, wie sehr soziale, psychische und biologische Faktoren und Einflüsse miteinander in wechselseitigen Abhängigkeiten verflochten sind (vgl. Davidson et al. 2000; Rutter 2002). Die lange aufrechterhaltene Grenzziehung zwischen organisch und funktionell bedingten Störungen erwies sich dabei als ebenso künstlich wie die bisherige Trennung von „Leib und Seele“ (vgl. Epstein et al. 2001).

In den angesprochenen 90er Jahren haben die Hirnforscher damit begonnen, die Verschaltungen zwischen den für die Entstehung emotionaler Erregungen zuständigen neuronalen Netzwerken in den ontogenetisch und phylogenetisch älteren limbischen Hirnregionen und den für kognitive Verarbeitungsprozesse zuständigen neokortikalen Netzwerken genauer zu untersuchen. Dabei sind sie auf intensive reziproke Verschaltungen zwischen den limbischen Gebieten (zingulärer Kortex, Hypothalamus, Hippocampus und Amygdala) und einer Vielzahl anderer Hirnstrukturen (im Hirnstamm, im Striatum, in paralimbischen und neokortikalen Regionen) gestoßen (vgl. Carmichael und Price 1995; Pandya und Yeterian 1996). In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass diese komplexen Verschaltungen entscheidend an der Regulation motivationaler, affektiver und emotionaler Reaktion beteiligt sind (vgl. Rolls 1990; Dias et al. 1996). Sie bilden offenbar auch beim Menschen das neurobiologische Substrat, das für die Integration äußerer und innerer Zustandsbilder verantwortlich ist und welches die gleichzeitige sensorische, kognitive und autonome Verarbeitung und Verankerung emotionaler Erfahrungen ermöglicht (vgl. Tucker et al. 1995; Damasio 1996).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wird die Informationsverarbeitung im ZNS (= Zentralnervensystem) heute als ein gleichzeitig seriell und parallel ablaufender Prozeß der Aktivierung bzw. Hemmung multifokaler, eng miteinander verschalteter neuronaler Netzwerke verstanden. Jedes dieser Netzwerke besitzt strukturell festgelegte Verschaltungsmuster mit anderen Netzwerken, die im Verlauf der Individualentwicklung herausgebildet und zeitlebens durch die Art ihrer Nutzung umgeformt und überformt werden („experience-dependent plasticity“). Die Aktivität und die Effizienz der in verschiedenen Bereichen des ZNS operierenden lokalen Netzwerke wird durch „überregionale“ Systeme mit weitreichenden und z. T. überlappenden Projektionen beeinflusst und aufeinander abgestimmt („harmonisiert“, vgl. Übersicht in Mesulam 1990; Spont 1992). Diese Systeme unterscheiden sich – aufgrund der unterschiedlichen Reichweite ihrer Projektionen – durch das Ausmaß der von ihnen erzeugten „globalisierenden“ Wirkungen sowie – aufgrund der unterschiedlichen Wirkungen der von ihnen benutzten Signalstoffe (Azetylcholin, Catecholamine, Histidin, Peptide, Serotonin) – auch hinsichtlich der von ihnen jeweils ausgelösten Effekte. Manche dieser überregionalen, harmonisierenden Transmittersysteme sind tagsüber ständig aktiv und kaum durch äußere Faktoren beeinflussbar (z. B. serotonerges System, vgl. Übersichten in Jacobs und Fornal 1991; Jacobs und Azmitia, 1992). Andere werden erst mit der Wahrnehmung neuartiger Reize aktiviert (noradrenerges System, vgl. Übersichten in Moore und Bloom 1979; Cole und Robbins 1992).

Die so gewonnenen Vorstellungen über die Plastizität des menschlichen Gehirns, über die Bedeutung von Gefühlen und individuellen Bewertungen auf zentralnervöse Verarbeitungssysteme, sowie über die Rolle globalisierender Transmittersysteme, markieren ein neues Denken, das sich nun auch allmählich außerhalb der neurobiologischen Forschung in anwendungsorientierten Disziplinen auszubreiten beginnt. Wer die neurobiologische Forschung der letzten Jahre aufmerksam und kritisch verfolgt hat, wird festgestellt haben, dass sich in diesem Bereich eine Wandlung vollzieht, etwas, das von Karl Jaspers „Achsenzeit“ und von Thomas Kuhn „Paradigmenwechsel“ genannt werden würde. Alte, bisher für richtig gehaltene, bisweilen sogar als Dogma vertretene und von anderen Disziplinen übernommene und dort zu Theoriebildung benutzte Ansichten beginnen allmählich aufzuweichen. Das gilt auch, oder sogar ganz besonders, für das Verständnis der Auswirkungen psychischer Traumatisierung.

Erst in den letzten Jahren ist das Ausmaß der durch psychische Traumata ausgelösten Veränderungen der inneren Ordnung und Struktur des Gehirns und die Vielfalt der daraus resultierenden psychiatrischen und psychosomatischen Störungsbilder so evident geworden, dass eine Neubewertung des Einflusses traumatisierender Erfahrungen inzwischen nicht nur möglich, sondern unausweichlich geworden ist. Die neuen Erkenntnisse über die Auswirkungen frühkindlicher Traumatisierung reichen sogar noch weit über die beobachteten Veränderungen der Hirnentwicklung und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen kognitiver und affektiver Reifungsprozesse der betroffenen Kinder hinaus: Sie werfen auch ein helles Licht auf die Schwachstellen einer Vorstellungswelt, die durch eine allzu bereitwillige Übernahme genetisch-deterministischer und monokausal-mechanischer Modellvorstellungen entstanden ist. Sie zwingen uns nicht nur, bequeme und deshalb lieb-gewonnene Weltbilder zu korrigieren, sondern auch endlich die Verantwortung für eine optimale Gestaltung der Entwicklungsbedingungen der nachwachsenden Generation zu übernehmen und dafür zu sorgen, dass zumindest den in die Gesellschaft hineinwachsenden Kindern traumatische Erfahrungen in Zukunft erspart bleiben.

Nutzungsabhängige Plastizität und neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen

Bahnbrechend für das Verständnis nutzungsabhängiger Umbauprozesse im ZNS waren die Untersuchungen von Merzenich zur Reorganisation somatosensorischer kortikaler Areale nach z.B. Extremitätenamputationen (vgl. Merzenich et al. 1983). Mit dem erweiterten Einsatz funktioneller, bildgebender Verfahren ist in den letzten Jahren deutlich geworden, dass die mit spezifischen Nutzungsmustern einhergehende häufige Aktivierung bestimmter neuronaler Verschaltungen und regionaler Netzwerke zu entsprechenden neuroplastischen Anpassungen führt, die sich als veränderte Aktivierungsmuster in spezifischen Hirnarealen nachweisen lassen. Diese Veränderungen sind um so deutlicher ausgeprägt, je früher das jeweilige Nutzungsmuster während der Kindheit

etabliert worden ist und über je längere Zeiträume es regelmäßig aktiviert wurde (vgl. Hüther 1998). Die dafür verantwortlichen Bahnungsprozesse beruhen auf einer Verbesserung der Effizienz der synaptischen Signalübertragungen in besonders früh und besonders häufig aktivierten synaptischen Verschaltungen innerhalb bestimmter neuronaler Netzwerke. Diese nutzungsabhängige synaptische Plastizität findet – je nach Häufigkeit und Intensität der Aktivierung – auf drei Ebenen und in drei Phasen statt. Zunächst kommt es lediglich zu biochemischen Veränderungen der synaptischen Effizienz durch Änderungen spezifischer Rezeptoreigenschaften oder der Expression einzelner Rezeptoren, Enzyme und anderer, an der Bereitstellung, der Ausschüttung oder der Wiederaufnahme bestimmter Neurotransmitter beteiligter oder in die postsynaptische Signaltransduktion involvierter Proteine. In einem zweiten Schritt erfolgt eine strukturelle Anpassung auf der Ebene einzelner Synapsen, die dann durch entsprechende adaptive Modifikationen komplexer neuronaler Verschaltungsmuster weiter stabilisiert werden.

Einmal entstandene und stabilisierte Verschaltungsmuster und die daraus resultierenden, mit funktionellen bildgebenden Verfahren nachweisbaren regionalen Aktivierungsmuster bleiben so lange erhalten, wie sich an den bisherigen Nutzungsbedingungen nichts Grundlegendes ändert. Das gilt auch, oder ganz besonders, für all jene hochkomplexen Verschaltungsmuster, die das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmen: „Ohne Not verändert sich nichts, am wenigsten die menschliche Persönlichkeit. Sie ist ungeheuer konservativ, um nicht zu sagen inert. Nur scharfe Not vermag sie aufzujagen. So gehorcht auch die Entwicklung der Persönlichkeit keinem Wunsch, keinem Befehl und keiner Einsicht, sondern nur der Not; sie bedarf des motivierenden Zwanges innerer und äußerer Schicksale“ (Jung 1932).

Der wohl mit Abstand wichtigste Trigger für die adaptive Modifikation und Reorganisation einmal entstandener neuronaler und synaptischer, das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmender Verschaltungsmuster ist die mit der Aktivierung emotionaler Zentren einhergehende neuroendokrine Stressreaktion (Hüther 1996). Immer dann, wenn eine Person mit einer Aufgabe konfrontiert wird, die sich nicht „routinemäßig“ durch Abruf bereits bewährter und etablierter Verschaltungs- und Reaktionsmuster lösen lässt, kommt es zur Aktivierung subkortikaler, limbischer Hirnregionen (Amygdala), die auf katecholaminerge Kerngebiete im Mittelhirn und im Hirnstamm (locus coeruleus) sowie auf peptiderge Kerngebiete im Hypothalamus (Nucleus paraventricularis) übergreift (vgl. Dolan 2000; LeDoux 2000). Die im Verlauf dieser sich ausbreitenden unspezifischen Aktivierung vermehrt ausgeschütteten Signalstoffe (z.B. Noradrenalin, Dopamin, Corticotropin-Releasinghormon, Vasopressin, Beta-Endorphine, Kortisol) haben z. T. sehr nachhaltige und tiefgreifende Effekte auf die an der synaptischen Signalübertragung beteiligten Komponenten. Wenn die Störung des emotionalen Gleichgewichtes und die damit einhergehende Aktivierung stress-sensitiver Systeme durch eine geeignete Antwort (Bewältigungsstrategie) abgestellt werden kann, so kommt es unter dem Einfluss der im Zuge dieser

Reaktion vermehrt ausgeschütteten Hormone, Transmitter und Modulatoren zur Bahnung der zur Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichtes erfolgreich eingesetzten neuronalen und synaptischen Verschaltungen (vgl. Hüther et al. 1999; 2000). Diese mit der Aktivierung emotionaler Zentren einhergehenden Bahnungsprozesse sind weitaus tiefgreifender und nachhaltiger als die normalerweise stattfindenden nutzungsabhängigen Bahnungen. Sie werden rascher und effektiver strukturell verankert und sind später nur schwer durch neue Erfahrungen wieder auflösbar („emotionales Gedächtnis“). Die mit Abstand häufigste Ursache für Erschütterungen des emotionalen Gleichgewichtes beim Menschen sind psychosozialer Natur. Aus diesem Grund wird der Erfahrungsschatz eines Menschen im Wesentlichen durch die im Zusammenleben mit anderen Menschen gemachten (positiven wie negativen) Erfahrungen bestimmt.

Verankerung traumatischer Erfahrungen

Die notwendige Offenheit des sich entwickelnden Gehirns für strukturierende Einflüsse aus der äußeren Welt hat zwangsläufig zur Folge, dass es auch Einflüssen ausgesetzt werden kann, welche die Integrität seiner inneren Struktur und Organisation bedrohen. So lässt sich ein Trauma als eine plötzlich auftretende Störung der inneren Struktur und Organisation des Gehirns beschreiben, die so massiv ist, dass es infolge dieser Störung zu nachhaltigen Veränderungen der von einer Person bis zu diesem Zeitpunkt entwickelten neuronalen Verschaltungen und der von diesen Verschaltungen gesteuerten Leistungen des Gehirns kommt. Eine solche Traumatisierung kann durch physische oder psychische (psychosoziale) Einwirkungen ausgelöst werden. Im Fall einer psychischen Traumatisierung wird die Störung durch eine überstarke Aktivierung stress-sensitiver, kortiko-limbischer Netzwerke und hypothalamischer neuroendokriner Regelkreise ausgelöst, die durch keine der bisher entwickelten (d. h. erlernten und in Form bestimmter assoziativer Verschaltungsmuster verankerten) Bewältigungsstrategien unter Kontrolle gebracht werden kann. Unter diesen Bedingungen breitet sich die Erregung so weit aus, bis davon auch ältere, subkortikale Netzwerke erreicht und ebenfalls stimuliert werden. Durch die Aktivierung dieser archaischen Notfallreaktionen und -handlungen (Ohnmacht, Erstarren, Stereotypen etc.) kann die sich ausbreitende unspezifische Erregung meist doch noch in ein spezifisches Aktivierungsmuster umgewandelt und die Überstimulation der emotionalen, stress-sensitiven Schaltkreise gedämpft werden.

Gelingt es einem traumatisierten Menschen jedoch nicht, auf diese Weise einen Ausweg aus einer immer bedrohlicher werdenden Situation zu finden, so führt die mit der anhaltend unkontrollierbaren Stressreaktion einhergehende Destabilisierung über kurz oder lang zum Zusammenbruch seiner integrativen (neuronalen, endokrinen und immunologischen) Regelmechanismen und damit zur Manifestation unterschiedlicher körperlicher oder psychischer Störungen. Meist wird auf diese Weise eine „Notlösung“ möglich. Versagt auch dieser Mechanismus und kann kein neues psychoemotionales und psychosomatisches Gleichgewicht gefunden werden, so kön-

nen diese Destabilisierungsprozesse lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Jeder traumatisierte Mensch spürt das, und er wird deshalb mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln versuchen, die traumatische Erfahrung und die posttraumatisch immer wieder aufflammenden Erinnerungen an das erlebte Trauma, unter Kontrolle zu bringen. Bewährte Strategien, die er bisher zur Bewältigung seiner Ängste eingesetzt hat, wurden angesichts des erlebten Traumas ad absurdum geführt. Auf psychosoziale Unterstützung kann er sich nicht mehr verlassen, vor allem dann, wenn das Trauma durch bisherige enge Bezugspersonen ausgelöst worden ist. Der Glaube an familiäre psychosoziale Geborgenheit ist ihm ebenso verloren gegangen wie der Glaube an seine eigene Fähigkeit, Bedrohungen abwenden zu können. Die einzige Strategie, die ihm nun noch Linderung verschaffen kann, ist die Abkoppelung der traumatischen Erfahrung aus dem Erinnerungsschatz, ihre Ausklammerung durch eine gezielt veränderte Wahrnehmung und assoziative Verarbeitung von Phänomenen der Außenwelt. Er ist gezwungen, mit diesen Strategien gegen die immer wieder aufflackernden Erinnerungen an das Trauma anzukämpfen. Falls er eine Strategie findet, die es ihm ermöglicht, die traumatische Erinnerung und die damit einhergehende unkontrollierbare Stressreaktion kontrollierbar zu machen, hört der Destabilisierungsprozeß auf, und es werden nun all die neuronalen Verschaltungen gefestigt und gebahnt, die zur „erfolgreichen“ Bewältigung seiner, durch die traumatische Erinnerung ausgelösten Ängste aktiviert werden.

Auf diese Weise entstehen zunächst kleine, durch ihre wiederholte „erfolgreiche“ Nutzung aber schließlich immer breiter und effektiver werdende, zentralnervöse „Umgehungsstraßen“ und „Umleitungen“, „Verbotzonen“, „Rastplätze“ und die dazugehörigen „verkehrsregelnden Leiteinrichtungen“. Gefunden werden diese Lösungen mehr oder weniger rasch und meist intuitiv, aber bis die dabei benutzten Verschaltungen hinreichend effektiv gebahnt sind, können Monate und Jahre vergehen. Die dabei ablaufenden Bahnungsprozesse können offenbar so tiefgreifend und weitreichend werden, dass bei manchen Menschen die Erinnerung an das traumatische Erlebnis schließlich nicht mehr abrufbar ist. Bei manchen wird die gesamte emotionale Reaktionsfähigkeit, und damit auch die basale Aktivität und die Aktivierbarkeit der HPA-Achse, permanent unterdrückt. Bei manchen können bizarre oder gar selbstgefährdende Bewältigungsstrategien bis zur Zwanghaftigkeit gebahnt werden.

Bedeutung subjektiver Bewertungen

Bei der Abschätzung der Folgen einer psychischen Traumatisierung stellt sich die Frage, ob eine psychische Belastung in jedem Fall zu einer so massiven Reaktion führen muss. Sicher nicht, denn das Ausmaß der Aktivierung der emotionalen Zentren hängt von der Bewertung der betreffenden Belastung durch die betroffene Person ab. Diese subjektive Bewertung wiederum wird von den bisherigen individuellen Erfahrungen, den bisher entwickelten Kompetenzen (Bewältigungsstrategien), der Verfügbarkeit und Nutzbarkeit psychosozialer Unterstützung und nicht zuletzt von den bis

dahin von einer Person entwickelten, halt-bietenden inneren Leitbildern und Orientierungen bestimmt (vgl. Hüther 1997; Gebauer und Hüther 2001; 2002). Ob also ein traumatisches Ereignis von einer Person auch als eine unbewältigbare, die Integrität der inneren Ordnung des Gehirns (und des Körpers) bedrohende, mit einer überschießenden Aktivierung emotionaler, stress-sensitiver Regelkreise einhergehende Erfahrung erlebt wird, ist im Einzelfall kaum vorhersehbar.

Nicht anders verhält es sich bei der Abschätzung der im weiteren Verlauf, nach einer primären Traumatisierung auftretenden Folgen. Wie lange dieser Zustand anhält, ob er zu persistierenden Veränderungen der inneren Organisation und Struktur des Gehirns führt, und welche Veränderungen in der Folge noch entstehen, hängt auch hier von vielen Faktoren ab. Zunächst davon, ob es durch die überschießende Aktivierung und die massive Ausschüttung von Katecholaminen, Glutamat, und nachfolgend auch von Kortisol, zu direkten oder indirekten Schädigungen von Nervenzellen gekommen ist. Dass solche Schädigungen auftreten können, ist aus tierexperimentellen Untersuchungen gut bekannt (vgl. McEwen 1999). Zweitens ist entscheidend, wie lange eine traumatisierte Person in diesem „Notfallzustand“ verharrt. Je länger die überschießende Reaktion stress-sensitiver Systeme andauert, desto größer wird die Gefahr derartiger Schädigungen. Und drittens hängen die Folgen einer Traumatisierung davon ab, mit welchen Strategien die betreffende Person schließlich irgendwann aus diesem Zustand herausfindet. Unter dem Einfluss der fortbestehenden emotionalen Aktivierung werden die dabei genutzten Verschaltungen (in Abhängigkeit von der Häufigkeit ihrer Benutzung und der individuellen Bewertung ihrer Effizienz) immer stärker gebahnt und gefestigt. Diese individuellen, zur Bewältigung des Traumas und der immer wieder aufflackernden traumatischen Erinnerungen (flashbacks) gefundenen und gebahnten Lösungen (Depersonalisation, Derealisation, Dissoziation etc.) erweisen sich für die weitere Lebensgestaltung meist als äußerst problematisch und verhindern eine adäquate Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen, d.h. deren Integration in den Erfahrungsschatz der betreffenden Person.

Psychobiologische Besonderheiten frühkindlicher Traumatisierung

Noch schwieriger wird die Abschätzung der Folgen psychischer Traumata während der Kindheit, also immer dann, wenn sich eine unkontrollierbare, überschießende Aktivierung stress-sensitiver Systeme in einem sich noch in der Entwicklung befindlichen, noch besonders offenen und daher auch störanfälligen Gehirn eines Kindes ausbreitet. Je weniger ein Kind bereits andere Ressourcen der Stressbewältigung nutzen kann (eigene Kompetenzen oder eigene, innere Sicherheit bietende Leitbilder), desto stärker ist es auf die protektive Funktion sicherer emotionaler Bindungen bei der Bewältigung bedrohlicher Situationen angewiesen (vgl. Gunnar 1998). Desto mehr wird dann aber auch der Verlust dieser Sicherheit bietenden Bindungen zur eigentlichen und wichtigsten Ursache frühkindlicher Traumatisierungen. Das Kind erlebt sich unter solchen Bedin-

gungen als allen äußeren Einflüssen in jeder Hinsicht schutzlos ausgeliefert. Vor der Gefahr einer direkten Schädigung durch eine überschießende Aktivierung stress-sensitiver Systeme ist das kindliche Gehirn aber besser geschützt als das von Erwachsenen: Erstens kann das Kind eine Bewältigungsstrategie aktivieren (Schreien), die relativ rasch zu einem Zustand der Erschöpfung führt. Auf diese Weise wird das weitere Aufschaukeln der initialen Stressreaktion automatisch verhindert. Und zweitens ist das kindliche Gehirn noch besser vor den destabilisierenden Auswirkungen einer überschießenden Cortisolfreisetzung geschützt. Spätfolgen frühkindlicher Traumata werden also vermutlich nicht durch die akute Traumatisierung verursacht. Sehr viel wahrscheinlicher sind sie das Resultat einer, unter Bedingungen emotionaler Aktivierung gemachten und im kindlichen Hirn verankerten fatalen Erfahrung: Sicherheit bietende Bezugspersonen bieten keine Sicherheit. Und bei etwas älteren Kindern, die bereits selbst Wirksamkeitskonzepte entwickelt haben: Die Aneignung von eigenen Kompetenzen bietet keine Sicherheit. Damit verlieren diese Kinder ihr bis dahin entwickeltes Urvertrauen in die Bewältigbarkeit der Welt. Die Folgen dieser durch das Trauma entstandenen Haltung (meist handelt es sich ja um multiple, diese Einstellung immer weiter verstärkende Traumatisierungen) für die weitere Hirnentwicklung sind katastrophal. Das Kind hat außer den archaischen Notfall-Reaktionen (Schreien, stereotype Bewegungen, Erstarren etc.) alles verloren, was geeignet wäre, die, durch neue Anforderungen, Wahrnehmungen oder Bedrohungen aktivierten, stress-sensitiven Systeme, und die damit einhergehende Ausbreitung unspezifischer Erregungsmuster in den limbischen und kortikalen Hirnbereichen, unter Kontrolle zu bringen. Es kann die Aktivierung emotionaler Zentren nicht nutzen, um neue Erfahrungen in seinem Hirn zu verankern, und bleibt damit unfähig, das Trauma zu bearbeiten, d.h. jene, durch die Traumatisierung entstandene Haltung allmählich aufzulösen und sich weiterzuentwickeln. Vor allem im frontalen Kortex können unter diesen Bedingungen all jene hochkomplexen synaptischen Verschaltungsmuster nicht herausgeformt und stabilisiert werden, welche die Grundlage für die subtilsten Leistungen des menschlichen Gehirns bilden: Die Fähigkeit zur Herausbildung eines Selbstbildes, die Fähigkeit zu Impulskontrolle und Handlungsplanung, und nicht zuletzt emotionale und psychosoziale Kompetenz. Damit fehlen die Voraussetzungen für eine zielgerichtete und bewusste Steuerung von Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Entscheidungsprozessen in der Auseinandersetzung mit der äußeren (und vielfach auch inneren, körperlichen und seelischen) Welt. Die weitere Hirnentwicklung kann unter diesen Umständen nur noch entsprechend (nutzungsbedingt) desorganisiert verlaufen. Welche Verschaltungsmuster im Einzelfall nun noch stabilisiert werden, hängt von der Art des erlebten Traumas (sexueller Mißbrauch, körperliche Gewalt, Vernachlässigung etc.), von individuellen Prädispositionen (extrovertierte oder introvertierte Reaktionsmuster, Sensibilität, Handlungsbereitschaft etc.) und den diese Kinder erreichenden und von ihnen nutzbaren äußeren Orientierungsangeboten ab (Elterhaus, Schule, Peers, Medien).

Viele der aus diesen Überlegungen ableitbaren Spätfolgen früherer Traumatisierung sind inzwischen bereits empirisch belegt:

- verringertes Hirnvolumen, erweiterte Ventrikel (vgl. De Bellis et al. 1999),
- verringerte Dicke des Corpus callosum (vgl. Teicher et al. 1993),
- verringertes Volumen des Hippocampus (vgl. Stein et al. 1997; Bremner et al. 1997),
- Defizite der Frontalhirnentwicklungen besonders im Bereich der rechten Hemisphäre (vgl. Schore 2001),
- Defizite auf der Ebene der sensorischen Integrationsfähigkeit, z.B. Körperempfinden (vgl. Young 1992), Schmerzempfinden (vgl. van der Kolk und Ducey 1989), Bewegungskoordination (vgl. Streeck-Fischer et al. 2000),
- vielfältige Verhaltensstörungen (vgl. Putnam 1993),
- Defizite auf der Ebene von Lernen und Gedächtnis (vgl. Pollak et al. 1998),
- Dissoziative Symptome (vgl. Spiegel und Cardena 1991; Putnam 1993),
- gestörte Affektregulation (vgl. van der Kolk et al. 1996; Schore 2001),
- Manifestation unterschiedlicher psychiatrischer Störungsbilder: Somatisierungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Drogenabhängigkeit (vgl. Saxe et al. 1994), selbstverletzendes Verhalten (vgl. van der Kolk et al. 1991), Depressionen, Zwangsstörungen, Ess-Störungen, Angst-Störungen, ADHS etc. (vgl. Swatt et al. 1990; Post et al. 1994; Cicchette and Toth 1995).

Therapeutische Implikationen

Die hier geschilderten neurobiologischen Zusammenhänge und Folgen psychischer Traumatisierung unterstreichen im Grunde nur einige, seit langem bereits angestellte Vermutungen und daraus abgeleitete Forderungen:

- es muss und kann mehr getan werden, um zu verhindern, dass Menschen traumatische Erfahrungen machen, nicht nur um das Leid dieser Menschen zu beenden, sondern auch – und das mag heutzutage noch motivierender sein – um die immensen Kosten zu vermeiden, die aufgrund der vielfältigen Störungen von diesen Opfern direkt oder indirekt verursacht werden.
- Menschen, die solche traumatischen Erfahrungen machen, kann und muss rasch geholfen werden. Sie brauchen so schnell wie möglich ein Sicherheit bietendes Umfeld und Sicherheit bietende emotionale Beziehungen.
- Die psychopathologischen Anzeichen und Hinweise auf eine Traumatisierung können und müssen früher erkannt werden. Je rascher eine Therapie eingeleitet werden kann, um so besser sind die Erfolgsaussichten der Behandlung.

Der vielleicht wichtigste Ansatzpunkt für eine gelingenden Therapie früh traumatisierter Patienten ist die als Folge der Traumatisierung entstandene Haltung (Verlust von Vertrauen in und Ablehnung von Sicherheit bietenden Beziehungen, Abwertung von erworbenen Kompetenzen und von Sinn bietenden Orientierungen). Diese Haltung lässt sich nur verändern, wenn es dem Patienten im Verlauf des therapeutischen Prozesses gelingt, neue positive Erfahrungen über die Verlässlichkeit von

Beziehungen, die Nützlichkeit erworbener Kompetenzen und den Wert innerer Orientierungen zu machen.

Literatur

- Albright TD, Jessell TM, Kandel ER, Posner MI (2000a) Neural science: A century of progress and the mysteries that remain. *Neuron* 25, 1-55
- Bremner J, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen R, Mazure C, Capelli S, McCarthy G, Innis R, Charney D (1997) Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in post-traumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse Preliminary report. *Biological Psychiatry* 41, 23-32
- Carmichael ST, Price JL (1995) Limbic connections of the orbital and medial prefrontal cortex in macaque monkeys. *J. Comp. Neurol.* 363, 615-641
- Cicchetti D, Toth S (1995) Child maltreatment and attachment organization: Implications for intervention. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (Hg) *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. London: The Analytical Press, 279-308
- Cole BJ, Robbins TW (1992) Forebrain norepinephrine: Role in controlled information processing in the rat. *Neuropsychopharmacology* 7, 129-141
- Damasio AR (1996) The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 351, 1413-1420
- Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH (2000) Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychol. Bull.* 126, 890-909
- DeBellis M, Braum A, Birmaher B, Keshavean M, Eccard C, Boring A, Jenkins F, Ryan N (1999) Developmental traumatology Part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry* 45, 1259-1270
- Dias R, Robbins TW, Roberts AC (1996) Dissociation in prefrontal cortex of affective and attentional shifts. *Nature* 380, 69-72
- Dolan RJ (2000) Emotional processing in the human brain revealed through functional neuroimaging. In: Gazzaniga MS (Hg) *The New Cognitive Neurosciences*. Cambridge: MIT Press 1115-1131, 2°
- Epstein J, Stern E, Silbersweig D (2001) Neuropsychiatry at the millennium: The potential for mind/brain integration through emerging interdisciplinary strategies. *Clin Neurosci Res* 1, 10-18
- Gebauer K, Hüther G (2001) *Kinder brauchen Wurzeln*. Düsseldorf, Zürich: Walter Verlag
- Gebauer K, Hüther G (2002). *Kinder suchen Orientierung*. Düsseldorf, Zürich: Walter Verlag
- Gunnar M (1998) Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Preventive Medicine* 27, 208-211
- Hüther G (1996) The central adaptation syndrome: Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612
- Hüther G (1997) *Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hüther G (1998) Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *Int. J. Devl. Neurosci* 16, 297-306
- Hüther G, Doering S, Rüter U, Rüter E, Schüssler G (1999) The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Res.* 87, 83-95
- Hüther G (2000) *Die Evolution der Liebe*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Jacobs BL, Azmitia E (1992) Structure and function of the brain serotonin system. *Physiol. Rev.* 72, 165-229
- Jacobs BL, Fornal CA (1991) Activity of brain serotonergic neurons in the behaving animal. *Pharmacol. Rev.* 43, 563-578
- Jung CG (1932) *Vom Werden der Persönlichkeit*. Vortrag
- LeDoux JE (2000) Emotion circuits in the brain. *Ann Rev Neurosci* 23, 155-184
- McEwen BS (1999) Stress and hippocampal plasticity. *Annual Reviews of Neuroscience* 22, 105-122
- Merzenich MM, Kaas JH, Wall J, Nelson RJ, Sur M, Felleman D (1983) Topographic reorganization of somatosensory cortical areas 3b and 1 in adult monkeys following restricted deafferentation. *Neuroscience* 8, 33-55
- Mesulam MM (1990) Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language and memory. *Ann. Neurol.* 28, 597-613
- Moore RY, Bloom FE (1979) Central catecholaminergic neuron systems: anatomy and physiology of the norepinephrine and epinephrine systems. *Ann. Rev. Neurosci.* 2, 113-168
- Pandya DN, Yeterian EH (1996) Comparison of prefrontal architecture and connections. *Philos Trans R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 351, 1423-1432
- Pollak S, Chicchetti D, Klorman R (1998) Stress, memory and emotion. Developmental consideration for the study of child maltreatment. *Developmental Psychopathology* 10, 811-828
- Post R, Weiss S, Leverich G (1994) Recurrent affective disorder: Roots in developmental neurobiology and illness progression based on changes in gene expression. *Development and Psychopathology* 6, 781-813
- Putnam FW (1993) Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect* 16, 39-45
- Rolls ET (1990) A theory of emotion, and its application to understanding the neural basis of emotion. *Cognition & Emotion* 4, 161-190
- Rutter M (2002) Nurture and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development* 73, 1-21
- Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R et al. (1994) Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry* 151, 1329-1334
- Schore AN (2001). The effect of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22, 7-66
- Spiegel D, Cardena E (1991) Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 366-378
- Spoont MR (1992) Modulatory role of serotonin in neural information processing: implications for human psychopathology. *Psychol. Bull.* 112, 330-350
- Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B (1997) Hippocampal, in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine* 27, 951-959
- Streeck-Fischer A, van der Kolk BA (2000) Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 903-918
- Swatt C, Surrey J, Cohen C (1990) Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among female psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 144, 632-636
- Teicher MH, Glod CA, Surrey J, Swett C (1993). Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 5, 301-306
- Tucker DM, Luu P, Pribram KH (1995) Social and emotional self-regulation. *Ann NY Acad. Sci.* 769, 213-239
- Van der Kolk BA, Ducey CP (1989) The psychological processing of traumatic experience. Rorschach pattern in PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 2, 259-265
- Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel F, McFarlane AC, Herman JL (1996) Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry* 153, 83-93
- Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148, 1665-1671
- Young L (1992) Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse and Neglect* 16, 89-100

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Gerald Hüther

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Von-Siebold-Str. 5

37075 Göttingen

ghuethe@gwdg.de

Trauma und Persönlichkeit

Luise Reddemann

In den letzten Jahren interessiert zunehmend die Frage, ob Persönlichkeitsstörungen mit Traumafolgen in Verbindung gebracht werden können und ob sich daraus ein anderes und therapiedienlicheres Verständnis entwickelt. Im Vortrag werden die Auswirkungen von (schweren) Traumatisierungen auf die Persönlichkeit dargestellt und die Persönlichkeitsänderungen beschrieben. Im Weiteren werden die gängigen Persönlichkeitsstörungen vor dem Hintergrund eines psychotraumatologischen Verständnisses diskutiert.

Schlüsselwörter: Trauma, Persönlichkeitsstörung

In the last years interest has increased in the question of whether a correlation can be established between personality disorders and consequences of trauma and whether this could lead to a different and more productive understanding. The presentation shows the effects of serious traumatisations on the personality and the changes produced in the personality. Furthermore the well-known personality disorders will be discussed against the background of a posttraumatic understanding.

Key words: personality disorder, trauma

Traumaklassifizierungen

Erst in den letzten zwei Jahrzehnten wurde der Einfluss sogenannter realer Traumatisierungen auf eine Vielzahl psychischer Störungen in seinem ganzen Umfang zur Kenntnis genommen.

Wir unterscheiden: *apersonale Traumatisierungen* wie etwa durch Naturkatastrophen von *personalen Traumatisierungen* wie bei Folter, Kriegseinwirkungen sowie körperlicher und sexualisierter Gewalt und Vernachlässigung. Personale Traumatisierungen ziehen meist schwerwiegendere psychische Beeinträchtigungen bei den Opfern nach sich als apersonale.

Weiters werden **Typ-II-Traumata**, auch komplexe Traumatisierung genannt, von **Typ-I-Traumata** unterschieden. Unter Typ-II-Traumata verstehen wir langjährige personale Traumatisierungen im personalen Nahbereich durch Misshandlung, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung, sowie Kriegseinwirkung, Vertreibung, Gefangenschaft und Folter. Allein die Nennung macht deutlich, dass es sich hier um schwere, über lange Zeit gehende Traumatisierungen handelt, die im Allgemeinen weniger leicht verarbeitet werden können als die Traumata des Typ-I, bei denen es sich um einmalige Ereignisse, insbesondere Naturkatastrophen, handelt.

Nicht selten finden wir bei Typ-I-Trauma PatientInnen komplexe Traumatisierungen in der Vorgeschichte, so dass Fischer bei dieser Klientel von einer „Hochrisikogruppe“ spricht, deshalb nämlich, weil die komplexen Traumatisierungen der Vorgeschichte dazu führen, dass das relativ harmlose Typ-I-Trauma schwerwiegendste Folgen haben kann.

Typ-II-Traumata und Persönlichkeit

Im Folgenden soll es um Typ-II-Traumata und deren Fol-

gen gehen. Denn gerade hier finden wir die Auswirkungen auf die Persönlichkeit am ausgeprägtesten.

Die Symptomatik von PatientInnen mit komplexen Traumatisierungen (Typ-II-Trauma) kann höchst vielfältig sein.

Am häufigsten finden wir:

Umfassende Störungen der *Affektregulation* mit chronischer, medikamentös kaum beeinflussbarer Depressivität, mit rasch wechselnder Stimmungslage und Zuständen diffuser Angst und Anspannung.

Als Folge des Erlebens umfassender Demütigung, Entsubjektivierung und Instrumentalisierung entwickeln sich schwerwiegende Störungen des Selbstwertgefühls, als Ergebnis von Introjektionsvorgängen und teils aktiver Implantation durch die Täter kann es zu quälenden Schuldgefühlen kommen.

Von besonderer Bedeutung sind *dissoziative Symptome*, dabei vor allem psychogene Amnesien und Depersonalisationsphänomene. Der Mechanismus der Dissoziation hat in der ursprünglichen traumatischen Situation eine protektive Funktion im Sinne einer psychologischen Fluchtmöglichkeit, um Affekte von Angst, Wut und Schmerz zu bewältigen. Heute spricht man auch von „Struktureller Dissoziation der Persönlichkeit“ (Nijenhuis 2005). Darunter wird verstanden, dass sich während einer traumatischen Erfahrung die Persönlichkeit quasi in wenigstens zwei Anteile aufspaltet, einen anscheinend normal funktionierenden Teil (ANP genannt) und einen ganz in der traumatischen Erfahrung feststeckenden Teil, die sog. „Emotionale Persönlichkeit“ (EP). Man kann das bei z.B. frisch traumatisierten Unfallopfern oft gut beobachten: Das Unfallopfer erscheint sehr klar, vernünftig, angepasst und planend handelnd, kommt man aber auf die schmerzliche Erfahrung zu sprechen, so erfolgt ein Zusammenbruch. Der anscheinend so vernünftige Mensch

kann sich in solchen Zuständen nicht selbst helfen, da die beiden Anteile völlig unverbunden nebeneinander zu existieren scheinen.

Kann die traumatische Erfahrung verarbeitet werden, so erfolgt innerhalb eines Zeitrahmens von bis zu einem Jahr eine Reintegration der Persönlichkeitsanteile. Mitfühlende Angehörige und Freunde sind diejenigen, die in einer solchen Situation am besten helfen können, dass nach und nach die schmerzlichen Erfahrungen integriert werden können. Es lässt sich erkennen, dass der Mechanismus der Dissoziation während und direkt nach der traumatischen Erfahrung eine Selbstheilungsqualität hat, – und mich erfüllt es immer wieder mit Staunen, dass wir vom Leben mit solchen Möglichkeiten ausgestattet sind.

Im späteren Leben – also dann, und auch nur dann, wenn keine Traumata mehr stattfinden – wirkt sich Dissoziation leider meist maladaptiv aus, denn die Kontinuität des Erlebens ist bedroht und die kognitive Leistungsfähigkeit ist durch den Mangel an Wahrnehmung des Hier und Jetzt vermindert.

Typischerweise kommt es zur *Wiederbelebung traumatischer Affekte im täglichen Leben*, und äußere Stimuli rufen assoziativ die ursprünglichen traumatogenen Affekte, insbesondere Gefühle der Verlassenheit und Hilflosigkeit, wach, man nennt das auch „triggern“.

Heute wird die Pathologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung von vielen als posttraumatisches Störungsbild aufgefasst.

Auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen können traumatische Faktoren eine wichtige Rolle spielen. So fragt Fiedler: „Könnte es nicht sein, dass sich erst nach wiederholter oder extremer Trauma- und Belastungserfahrung so etwas wie die Veränderung persönlichkeitsnaher Merkmale eingestellt hat?“ (Fiedler 2003) Fiedler schlägt daher vor,

- die Dissoziale Persönlichkeitsstörung als Folge von Extremtrauma und die Verminderung von Vulnerabilität und Angst,
- die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Fehlregulation emotionalen Erlebens und Handelns infolge von Extremtrauma und
- die Schizotypische Persönlichkeitsstörung als Verstärkung von Angst und Vulnerabilität infolge von Extremtrauma zu betrachten.

Schaut man sich die Krankengeschichten an, so fällt auf, dass gerade bei persönlichkeitsgestörten PatientInnen häufig in der Anamnese zahlreiche schwerwiegende Traumatisierungen beschrieben werden, die Behandler daraus jedoch keinerlei Konsequenzen zum Verständnis und zur Behandlung ziehen.

Störungen durch extremen Stress, die nicht anders spezifiziert sind

Als hilfreiches Instrument in der Praxis hat sich die Beschreibung aus dem Anhang zum DSM-IV – der „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS) –

das sind Störungen durch extremen Stress, die nicht anders spezifiziert sind, erwiesen:

Kriterium A: Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

1. chronische Affektdysregulation
2. Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
3. selbstdestruktives und suizidales Verhalten
4. Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
5. impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

Die Schwierigkeit, mit Ärger gekonnt umzugehen, beobachtet man häufig bei Menschen, die Opfer von traumatischen Erfahrungen wurden. Es fällt ihnen schwer, den Ärger gehen zu lassen, sich „abzuregen“. Häufig wird der Ärger durch die Erwartung von erneuter Schädigung – was nicht immer bewusst zu sein braucht – verstärkt.

Aber es ist nicht nur der Ärger, der Probleme macht, auch andere Gefühle können als bedrohlich erlebt werden. Diese Menschen werden von anderen oft als in Gefühlsdingen distanziert, ja sogar „kalt“ beschrieben. Vielleicht können manche PatientInnen sogar sagen, dass ihnen alle Gefühle Angst machen. Sie können sich nicht „richtig“ freuen, sie können nicht so traurig sein wie andere. Alles, was mit Gefühlen zusammenhängt, wird eher als bedrohlich empfunden.

Manche dieser PatientInnen wünschten sich, dass es anders wäre, aber sie sind nicht fähig, dies von sich aus zu ändern. Am besten lässt sich aus unserer Sicht die Ärgerreaktion als Schutz vor Ohnmachtsgefühlen verstehen.

Menschen mit Traumafolgestörungen gehen oft schnell an die Decke, aber einige lassen sich nach außen nichts anmerken, sondern richten die ganze Spannung gegen sich selbst. Daraus kann dann ein Verhalten resultieren, das sich *selbstdestruktiv, ja sogar suizidal äußert*.

In der Regel berichten PatientInnen nicht von sich aus von diesen Verhaltensweisen. Man sollte danach fragen.

Fast immer fällt es Menschen mit komplexen posttraumatischen Störungsbildern schwer, sich anzuvertrauen oder sich fallen zu lassen. Sie kontrollieren viel, überlassen nichts dem Zufall. Sie handeln im Vergleich mit anderen wenig spontan, planen fast alles und möchten möglichst jedes kleine Detail im Voraus wissen.

Kriterium B: Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

1. Amnesie
2. Dissoziation

Merkwürdigerweise wird hier zwischen Amnesie und Dissoziation unterschieden, obwohl Amnesie als ein typisches dissoziatives Symptom angesehen wird.

Neben den häufig vorkommenden Amnesien beobachtet man vor allem noch Anzeichen für Depersonalisation und Derealisation. Dieses Kriterium verstehen wir heute am bes-

ten aus Sicht des Konzeptes der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (s. o.).

Die PatientInnen erscheinen wie „gar nicht richtig da“, wie „weggetreten“. Im Kontakt hat man den Eindruck, dass sie durch einen hindurch zu schauen scheinen, dass der Blick sich verliert, und dass man sie gar nicht mehr erreichen kann. Hier zeigt sich der Mechanismus der Dissoziation, der sich für die Beziehung wie der Abbruch des Kontaktes auswirkt. Für den Menschen, der sich so verhält, ist dies ein Schutz, nämlich der Versuch, eine ihm unerträglich erscheinende Situation zu verlassen. Für Menschen, die traumatisiert wurden, vor allen Dingen, wenn sie schwer traumatisiert worden sind, kann jede Kontaktaufnahme zu einem anderen Menschen wie eine Bedrohung erlebt werden, und deshalb verschwinden sie sozusagen aus dem Kontakt, wenn andere irgendetwas tun, was sie als „stressig“ empfinden.

PatientInnen berichten von Zuständen, in denen sie sich wie erstarrt fühlen. Oder ganz weit weg von sich selbst. Alles sei wie im Kino - und es sei, als würde der Film gar nichts mit ihnen zu tun haben.

Kriterium C: Somatisierung

Erst in den letzten Jahren wurden immer häufiger Zusammenhänge zwischen Somatisierungsstörungen und Traumatisierungen hergestellt. In Deutschland hat sich insbesondere Egle aus Mainz mit den somatoformen Schmerzstörungen beschäftigt. Er konnte zeigen, dass folgende Traumatisierungen bei somatoformen Schmerzstörungen eine herausragende Rolle spielen:

- eine schlechte emotionale Beziehung zu den Eltern,
- regelmäßige körperliche Misshandlung vor dem 15. Lebensjahr,
- schwere sexualisierte Gewalt,
- familiäre Gewalt.

Die Gesamtbelastung hinsichtlich früher Stressbelastung war hochsignifikant höher als bei der Kontrollgruppe (vgl. Egle, Nickel 2005).

Kriterium D: Chronische Persönlichkeitsveränderungen

1. Änderungen in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden.
2. Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: Verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers.
3. Veränderungen in den Beziehungen zu anderen Menschen:
 - Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten.
 - Die Tendenz, erneut Opfer zu werden.
 - Die Tendenz, andere zum Opfer zu machen.

PatientInnen mit posttraumatischen Störungsbildern leiden fast immer an schweren Selbstvorwürfen. Sie berichten von dem Gefühl, dass sie ohnehin nichts bewirken können, und wirken mut- und hoffnungslos. Meist leiden sie an chronischen Schuldgefühlen, die sie z.T. selbst als unrealistisch

erkennen, ohne die Schuldgefühle verändern zu können. Diese PatientInnen erscheinen häufig als depressiv, weshalb dann häufig die posttraumatische Problematik übersehen wird.

Unerträgliche Affektzustände und Zustände der Depersonalisierung können durch selbstverletzende Verhaltensweisen und bulimische Fress- und Brechattacken gelindert werden.

Die Tendenz dieser PatientInnen, immer wieder zum Opfer zu werden, macht BetreuerInnen oft ratlos. Wir verstehen dies unter zwei Aspekten:

1. Diese PatientInnen haben häufig Schwierigkeiten, die Realität so, wie sie ist, wahrzunehmen, da sie sich oft in mehr oder weniger dissoziativen Zuständen befinden,
2. Dieses Verhalten dient häufig dem Wunsch, doch endlich eine gute Beziehung zu finden.

Die Tendenz, andere zu Opfern zu machen, ist insbesondere bei männlichen Opfern zwischenmenschlicher Traumatisierungen häufig zu beobachten.

In der Regel geschieht vieles von diesem Verhalten unbewusst. Es ist wichtig zu verstehen, dass auch das selbst- oder fremdschädigende Verhalten ursprünglich einen Schutzaspekt hatte. Erst wenn PatientInnen bessere und gesündere Möglichkeiten entwickelt haben, können sie diese destruktiven Verhaltensweisen *dauerhaft* aufgeben.

Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit sind häufig.

Wenn es sich um eine Folge von Traumatisierung im Erwachsenenalter handelt, kann man erfahren, dass sich die Lebensüberzeugungen vollkommen verändert haben, und dass nichts mehr gilt, was früher galt, so dass die PatientInnen häufig viel pessimistischer als früher erscheinen und sich so erleben.

In der Regel findet sich stets eine Komorbidität mit wenigstens einer Persönlichkeitsstörung (sdiagnose).

Gemeinsamkeiten zwischen Borderline-Störung und DESNOS

Die Gemeinsamkeiten zwischen Borderline-Störung und Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) sind auffällig, wenn man die unterschiedlichen Beschreibungen einander annähert, und es erscheint mir sinnvoll, diese zu kennen. (siehe Tabelle 1)

Wie zu zeigen war, verändern traumatische Erfahrungen Menschen in teils erheblicher pathologischer Weise. Dies ist mit viel Leiden für die Betroffenen und ihre Umgebung verbunden. Dennoch ist es mir wichtig aufzuzeigen, dass dies nur die eine Seite der Medaille ist. Die andere zeigt, dass Menschen an traumatischen Erfahrungen auch wachsen können, das hat uns ja Viktor Frankl auf eindrucksvolle Weise vorgelebt. Und selbst wenn viele persönlichkeitsgestört im klinischen Sinn erscheinen, so halte ich es für genauso wichtig wahrzunehmen, welche kreativen Möglichkeiten traumatisierte Menschen einsetzen, um zu überleben. Ich spreche hier von „Überlebenskunst“.

Studiert man die Lebensgeschichten von großen Künstlerpersönlichkeiten, so stößt man immer wieder auf

Borderline-Störung	DESNOS
Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.	
Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.	Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrecht zu erhalten. Die Tendenz, erneut Opfer zu werden. Die Tendenz, andere zum Opfer zu machen.
Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.	Änderungen in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können.
Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).	Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen.
Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.	Selbstdestruktives und suizidales Verhalten.
Chronisches Gefühl von Leere.	Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen.
Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).	Die Tendenz, andere zum Opfer zu machen
Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.	Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden. Amnesie. Dissoziation.
	Somatisierung.

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten zwischen Borderline-Störung und DESNOS

schwere traumatische Belastungen. Häufig sind beispielsweise frühe Verluste der Eltern, so war z. B. J. S. Bach bereits mit zehn Jahren Vollwaise, Beethoven und Schubert verloren ihre Mütter in jungen Jahren, Hölderlin und Schostakowitsch ihre Väter, man könnte die Reihe beliebig fortsetzen. Schwere Erkrankungen sind ein anderes, häufig anzutreffendes Leid, z.B. bei Frida Kahlo, die mit sieben Jahren an Kinderlähmung erkrankte und an den lebenslangen Folgen eines schweren Unfalls im Alter von 18 Jahren litt, oder bei Beethoven, dessen Ertaubung sicher eine schier unerträgliche Belastung darstellte. Sexuelle Gewalt und Vernachlässigung sind auch immer wieder zu finden, z.B. bei Niki de St. Phalle. Kontinuierliche Bedrohung durch ein totalitäres System kann man am Beispiel von Schostakowitsch verfolgen.

Doch welche einen Schatz an Selbstheilungsmöglichkeiten finden wir bei all diesen Künstlern, genauso wie bei vielen anderen, und natürlich auch bei all den kreativen Menschen, die nicht berühmt geworden sind und doch ihr Leben auf kreative Weise meistern.

Viele meiner PatientInnen begannen während ihrer Behandlung zu malen, Gedichte zu schreiben, zu tanzen. Sie entdeckten wieder ihre Freude am Singen, am Gestalten und vieles andere mehr.

Nehmen wir Beethoven als Beispiel: Er erkannte früh sein

Unglück, behielt es erst für sich, teilte es dann mit vertrauten alten Freunden aus Bonn und machte es schließlich publik in seinem berühmten Heiligenstädter Testament. Danach hat er nie mehr darüber gesprochen. Er fand sich damit ab und komponierte weiter. Liest man Beschreibungen seiner Persönlichkeit, so fällt einem das eine oder andere auf, das in klinische Kategorien fallen könnte, sicher war er ein schwieriger Mensch. Aber er kann auch ein Beispiel sein, dass man sich trotz Extrembelastung weiter entwickeln kann. Das Werk, das er selbst am meisten schätzte, war seine „Missa solemnis“. Hier drückt er im „Agnus Dei/Dona nobis pacem“ sein Misstrauen aus, immer wieder brechen die Signale des Krieges in die Botschaft des Friedens ein, so als gäbe es keine Gewissheit, aber im „Benedictus“ z. B. lässt er uns an einer Zärtlichkeit und Liebe teilhaben, die unbeschreiblich sind.

Neben der Musik half Dimitri Schostakowitsch, um ein anderes Beispiel zu nennen, sein Humor. Er passte sich scheinbar äußerlich an, und doch machte er sich – für Kundige erkennbar – über die Machthaber lustig, so geschehen in seiner 14. Symphonie.

Überall finden sich Spuren und darüber hinaus starke Zeichen für Überlebenswillen und die Bereitschaft, dem Leben Sinn zu verleihen.

Zur Traumatherapie

Diese Sicht erscheint mir wichtig für die Therapie. Sie sollte nicht ausschließlich problemorientiert sein, sie sollte nicht nur eine Suche nach Beschädigungen sein, sondern ebenso intensiv nach Ressourcen forschen, diese verstärken und das Heile betonen.

Wir sagen, dass die Psychotherapie „Trauma-adaptiert“ sein sollte, damit meinen wir das Drei-Phasen-Modell der Traumatherapie:

1. Stabilisierungsphase
2. Phase der Bearbeitung des (der) Traumas (Traumata), sog. Konfrontationsphase, besser: Traumarekonstruktion
3. Phase der Integration und des Neubeginns

In allen drei Phasen kommt es den PatientInnen und uns zugute, wenn wir eine Ressourcen orientierte Sichtweise pflegen. Ressourcenorientierung wird seit längerem für die Psychotherapie gefordert (Grawe 2004, Reddemann 2004), jedoch vergleichsweise wenig praktiziert. Bei Menschen, die unter den Folgen ihrer Traumata zu leiden haben, geht man dadurch das Risiko ein, dass sie immer mut- und hoffnungsloser werden, wenn man ihnen nicht hilft, das Gelingende und Gelungene ihres Lebens ebenfalls wahrzunehmen und sie ermutigt, einen Sinn, ihr ureigenes Sinnverständnis, zu entdecken. Es ist zu beklagen, dass sich in den Mainstream-Psychotherapie-Schulen die Ideen Frankls nicht durchgesetzt haben, ja, dass es Informationen zu seiner Person und zu seinen Konzepten dort so gut wie gar nicht gibt. Denn zumindest in der sogenannten Traumatherapie – ich meine wir behandeln nicht Traumata, sondern Menschen – wäre eine Sinnorientierung sehr vonnöten. PatientInnen stellen sehr häufig Fragen nach dem Sinn.

Die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen im Sinne einer detaillierten Aufdeckung wird in der Behandlung von Menschen mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen von vielen PsychotherapeutInnen überschätzt. Dazu trägt auch das Missverständnis bei, dass in der Forschung fast ausschließlich die nicht-komplexe PTSD (= posttraumatic stress disorder bzw. auf deutsch: Posttraumatische Belastungsstörung) untersucht wird und dafür die Therapieleitlinie entwickelt wurde, dass die Wiederbegegnung mit dem Trauma die wichtigste therapeutische Maßnahme sei, und dies nun auch auf die komplexen Traumafolgestörungen übertragen wird. Es geht ja um viel mehr als die Bearbeitung des Traumas. Es geht darum zu erkennen: *Was haben diese Erfahrungen aus mir gemacht, im Heilsamen wie im Heillosen, was habe ich daraus gemacht, und was kann ich daraus in Zukunft machen?*

Dennoch kann die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in Begleitung eines empathischen Gegenüber befreiend und sinnvoll sein, dazu müssen PatientInnen aber stabil sein. Wie erkennt man, ob ein/e PatientIn stabil genug ist? Er/Sie verfügt über

- ausreichende Affektsteuerung,
- die Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, und
- hat dissoziatives Verhalten unter weitgehender Kontrolle.

Dass dies am ehesten durch eine geduldige ressourcenorientierte Arbeit, welche die gesunden Anteile der Persönlichkeit fördert, zu bewerkstelligen ist, mag einleuchten.

Abschließend seien die *Kontraindikationen für Traumakonfrontationen* genannt:

- Instabilität,
- Dissoziation und dissoziative Störungen,
- Psychose,
- Suizidalität,
- Täterkontakt (!!!),
- Schwere Erkrankungen und/oder Belastungen.

Traumatherapie ist also immer viel mehr als Traumakonfrontation. Wenn wir von Trauma-adaptiert sprechen, so meinen wir die Orientierung am Dreiphasenmodell, und überträgt man dessen Gedanken auf eine allgemeine Psychotherapie, so geht es stets um die Förderung dessen, was bereits als Gesundes da ist, und die behutsame Veränderung des vom Patienten nicht Erwünschten.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1996): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM IV. Göttingen: Hogrefe
- Egle TU, Nickel R (2005) Anhaltende somatoforme Schmerzstörungen. In: Egle TU, Hofmann SO, Joraschky P: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer: Stuttgart, New York 326-343, 3°
- Fiedler P (2003) Komplexe Traumatisierung und Persönlichkeitsstörung. In: Seidler GH, Laszig P, Micka R, Nolting BV: Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Gießen: Psychosozial Verlag
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Nijenhuis E (2005) Somatoform dissociation: phenomena, measurement and theoretical issues. Assen: van Gorcum Company
- Reddemann L (2004) Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Fischer G (2000) Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT). Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger

*Anschrift der Verfasserin:
Dr.med. Luise Reddemann
luise.reddemann@luise-reddemann.info*

Schädel-Hirn-Trauma

Phasen der Wiederherstellung des Selbst- und Weltbezugs und seine existenzanalytische Behandlung

Natalja S. Ignatjewa

Diese Arbeit befasst sich mit der Notwendigkeit, die klinisch-psychologische Rehabilitation zu Personen mit Schädel-Hirn-Trauma zu erweitern und defizitäre Auffassungen zu ergänzen, die das Innenleben des Menschen ausschließlich auf das Bewusstsein zu reduzieren versuchen und deshalb psychische Prozesse nur vom Standpunkt ihres Defektes betrachten.

Die Arbeit schildert und reflektiert jenen Prozess, den Menschen mit sich selbst und mit der Welt durchmachen, wenn sie aus dem Koma (aus einem Zustand des „Nicht-Seins“) erwachen. Als leitendes Schema dienen die Basisdimensionen der Existenz: der Bezug zur Welt, zum Leben, zu sich selbst und zur Zukunft (entsprechend den vier existentiellen Grundmotivationen [GM] von A. Längle). Sie bilden auch das erlebnismäßige Raster der Phasen der Wiederherstellung des Kontaktes mit sich selbst und mit der Außenwelt. Als 0-Phase kann dabei das reine Erleben von Sein angesehen werden, das Gefühl „Ich-binda“. Danach folgen die Phasen: „Sein-Können“ (1. GM); „Leben-Mögen“ mit dem Erwachen von eigenen Wünschen und Gefühlen (2. GM); das Wiedererstehen eines Bildes von sich und die Begründung des Selbstwertes (3. GM); in der 4. Phase geht es abschließend um die Sinnfindung (4. GM).

Schlüsselwörter: Existenz, existentielle Grundmotivationen, Person, Rehabilitation, Selbstbezug, Weltbezug

This paper deals with the necessity of enhancing the clinical-psychological rehabilitation of patients with a cranial-cerebral trauma and to complement deficient conceptions that try to reduce a person's inner life to consciousness and therefore regard psychological processes only from the point of view of their defects.

The paper describes and reflects on the process that people go through with themselves and the world when they awake from a coma (a state of non-being). The guiding scheme was the concept of the basic dimensions of existence: the relation to the world, to life, to oneself and to the future (corresponding to the four existential -fundamental motivations by A. Längle). They also constitute the frame for the stages of re-establishing contact with oneself and the world around.

Stage 0 can be seen as the simple experience of being, the feeling of „I am here.“ This is followed by the stages of „being able to be“ (1st FM), of „espousing life“ (2nd FM), the regeneration of a self-image and the foundation of self-worth (3rd FM); the fourth stage is about finding meaning (4th FM).

Key words: person, existence, rehabilitation, existential fundamental motivations, relation to the self, relation to the world.

Einleitung

Als klinische Psychologin in einer Moskauer Klinik für Neurochirurgie betreue ich regelmäßig Patientinnen und Patienten

mit schweren Schädel-Hirn-Traumen nach Autounfällen, Schussverletzungen und Gewalttaten (Überfälle, Verprügelungen). Die Patienten bleiben einige Tage bis zu einigen Monaten im Koma bzw. im „vegetativen Zustand“¹. Nicht selten wird das Schädel-

¹ **Koma** – das komplette Ausgeschaltetsein des Bewusstseins ohne Merkmale des psychischen Lebens. Bei einem bestimmten Grad von Koma können sogar die Reaktionen auf Schmerzreize fehlen (Konovalova et al. 1994, 164).

Der vegetative Status (apallisches Syndrom) – das erste Stadium von sieben Stadien der Wiederherstellung von Bewusstsein nach dem Erwachen aus dem Dauerkoma (über 11 Tage) - ist gekennzeichnet durch das Öffnen der Augen nach aktiver Stimulation des Patienten. Der Mensch kann den Blick noch nicht lenken und mit dem Blick die Gegenstände, die ihn umgeben, nicht fixieren. Der Unterschied zum Koma besteht darin, dass der Mensch mit geöffneten Augen liegen kann. Manchmal sind minimale Bewegungsreaktionen vorhanden (ebd. 28).

Hirn-Trauma von anderen körperlichen Verletzungen begleitet wie Arm- und Beinbrüchen, Wirbelsäulentraumen, Verletzungen der inneren Organe.

Üblicherweise werden solche Traumen in erster Linie natürlich – aber oft leider *nur* – als *physische* Traumen verstanden. Alle Anstrengungen und die ganze Aufmerksamkeit der Ärzte² sind auf die chirurgische sowie medikamentöse Behandlung und Begleitung gerichtet. In der anschließenden Rehabilitation liegt der Schwerpunkt erneut auf der motorischen Wiederherstellung. Dieselbe Haltung findet sich auch bei Angehörigen: „Wenn er/sie aufsteht und gehen kann, wird alles gut sein! Selbständig gehen zu können ist das Wichtigste!“

In der uns bekannten medizinischen Literatur über die psychologische Rehabilitation des Schädel-Hirn-Traumas wird das psychische Leben des Menschen ausschließlich vom Standpunkt der *Bewusstseins*-Störungen betrachtet - der *quantitativen* Störung, die den Grad der Bewusstseinsveränderung bis zu seinem vollständigen Ausgeschaltetsein beinhaltet, und der *qualitativen* Störung, welche die verschiedenen Varianten der Bewusstseinsdesintegration und der Veränderung jener psychischen Prozesse meint, die den Inhalt des Bewusstseins bilden.

Zu den quantitativen Störungen gehören Betäubung, Sopor und Koma (Glasgow Coma scale). Die Bewusstseins-Wiederherstellung nach einem protrahierten Koma (d. i. länger als 11 Tage) wird in sieben Stadien gegliedert. Die Bezeichnung von jedem Stadium bezieht sich auf das Verhalten bzw. auf die psychischen Symptome, die den Anfang eines Stadiums bilden. Um einen kleinen Einblick in die Schwere dieser Störungen zu geben, seien sie hier kurz erwähnt: das Stadium der Augenöffnung (der vegetative Status oder das apallische Syndrom); das Stadium der Blick-Fixierung (akinetischer Mutismus); die Unterscheidungsfähigkeit der Angehörigen; die Wiederherstellung der Fähigkeit, das Angesprochensein zu verstehen (verbale Weisungen zu entsprechen); die Wiedererlangung der eigenen Sprache; das Stadium der amnestischen Verwirrtheit, das sich nach der Wiederherstellung ausreichender Sprechfähigkeit einstellt. Für dieses Stadium ist die Desorientierung in bezug auf Ort und Zeit kennzeichnend; der Mensch hat keine Ahnung, was ihm passiert ist (das sogenannte Korsakowsche Syndrom). Das letzte Stadium ist die Wiederherstellung des vollständig klaren Bewusstseins. Sein Kriterium ist die Wiederherstellung der vollständigen Orientierungsfähigkeit. Diese kann gegeben sein, obwohl die psychischen Prozesse, die den Inhalt des Bewusstseins bilden, noch sehr defekt sind. (Lichtermann et al. 1993, 55-56).

Die ausschließliche Beurteilung des psychischen Lebens vom Standpunkt der *Bewusstseinsstörung* reduziert die innerpsychischen Vorgänge des Menschen auf die *Ebene des Bewusstseins*. Zweitens stellt sie nur eine klinische Beurteilung der amnestischen Verwirrtheit dar, die berücksichtigt, ob Konfabulationen, Phänomene der Wirklichkeitsentfremdung und der Persönlichkeitsentfremdung sowie ein oneiroides Syndrom vorhanden sind, und auch wie groß das Defizit der höheren psychischen Funktionen etc. ist.

In diesem Zusammenhang möchte man Karl Jaspers, der in

seinem fundamentalen Werk „Allgemeine Psychopathologie“ zitieren: „Aber das Seelenleben ist als bloßes Bewußtsein und aus dem Bewußtsein nicht zu begreifen. Um mit Erklärungen vorwärts zu kommen, muß man zu dem wirklich erlebten Seelenleben einen theoretisch für die Zwecke des Erklärens erdachten *außerbewußten Unterbau* hinzudenken.“ (Jaspers 1997, 34; dt. 1973, 9) Aber auch die Arbeit von Nikolaj Berdjajew interessiert hierzu: „Ich – ist ursprünglich von nichts abzuleiten und auf nichts zurückzuführen. [...] ‚Ich‘ gehört nicht der Natur, sondern der Existenz. ‚Ich‘ ist ursprünglich und primär. Das Bewusstsein ist ihm nur eigen, genauso wie das Unbewusste. Primär ist ‚Ich‘, das in die Existenz versunken ist, und gar nicht das Bewusstsein ...“ (Berdjajew 2003, 79).

Die obigen Zitate bedeuten keine Leugnung der Bedeutung des Bewusstseins für das psychische Leben. Auch ist der Wert von neurologisch-psychiatrischen Untersuchungen, ebenso wie von medikamentöser Behandlung, unbestritten, zumal darauf fußend weitere Behandlungsprogramme zur Verbesserung der höheren psychischen Funktionen gewonnen werden können. Es geht hier um eine Erweiterung und Ergänzung des *defizitären klinischen Zugangs* – und zwar in dem Sinne, dass eine *ganzheitliche Betrachtung des Menschen* im Blickfeld steht. Der Mensch soll nicht bloß als physischer Körper oder psychisches Wesen gesehen werden, das über ein Bewusstsein verfügt; obwohl beides – Physis wie Psyche – zur menschlichen Existenz dazugehört.

Dieser Artikel stellt einen Versuch dar, auf Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma von einem anderen Koordinatensystem aus, d. h. von anderen anthropologischen Prämissen aus zu schauen, die Fragen im Zusammenhang mit der Untersuchung selbst anders zu stellen und von diesem Standpunkt aus die vorhandene praktische Erfahrung zu analysieren und zusammenzufassen.

Was geschieht mit der menschlichen *Existenz*, wenn der Mensch einen starken und vernichtenden Schlag gegen den eigenen Körper – der tragenden Substanz der Existenz – bekommt, wenn der Mensch infolgedessen in dergestalt veränderten Bewusstseinszuständen verbleibt, in denen sein psychisches Leben – allem Anschein nach – in Richtung der am stärksten archaischen Formen und Erscheinungsweisen reduziert ist, und wenn er dann – nach langem Weg – versucht, die Fülle (die Ganzheit des Lebens) wiederzugewinnen? Was geschieht mit den *Basiskomponenten der Existenz*, die da beinhaltet:

- *Bezug zur Welt*: die Fähigkeit zu physischem Überleben und zur geistigen Durchdringung des Seins, d. h. zum „Sein-Können“ (1. Grundmotivation = 1. GM);
- *Bezug zum Leben*: sein Leben leben zu mögen und sich am Leben psychisch zu erfreuen, verbunden mit der Fähigkeit zum Fühlen (2. GM);
- *Bezug zum Selbst*: das Streben nach Authentizität und Gerechtigkeit, d. h. danach, sich in seinem Sosein zu finden, und dass man so, wie man ist, auch „sein darf“ (3. GM);
- *Bezug zur Zukunft*: das Verlangen des Menschen, seinen persönlichen Beitrag zur Entwicklung der Welt zu leisten, d. h. den existentiellen Sinn finden und realisieren zu können (4.

² Geschlechtsbezogene Bezeichnungen gelten immer für beide Geschlechter.

GM) (Längle 2003, 16 f.).

Die Frage, der nun nachgegangen werden soll, bezieht sich auf den Weg (bzw. auf die Stadien), den das menschliche *Erleben von sich selbst* und von *der Welt* nach dem Erwachen aus dem „Nicht-Sein“ (Koma) geht: In welcher *Form* bildet sich dieses Erleben in jedem Stadium der existentiellen Grundmotivationen aus? Was geschieht mit dem *Ich* des Menschen, nachdem es durch das Koma aus der Objekt-Welt herausgefallen und auf sich selbst zurückgeworfen ist? In welcher Art ist dieses „Ich“ für den Menschen selbst noch zugänglich? Und wie können wir von außen den Zugang zu ihm finden, den Zugang zu seiner *Person*?

Phasen der Wiederherstellung des Kontaktes mit sich selbst und mit der Welt

Bei schweren körperlichen Traumata kommt der Mensch ganz nahe an die Grenze der Existenz, ja manchmal förmlich an den Rand der Existenz. Dies wirft ihn auf die grundlegendste Herausforderung zurück – auf die „Grundfrage der Existenz“: „Ich bin – aber kann ich als ganzheitlicher Mensch da sein, inmitten der Gegebenheiten und Bedingungen, die ich in dieser Welt vorfinde?“ (Längle 2001, 11)

Es gibt Fälle, in denen der Kontakt des Patienten mit der Außenwelt dermaßen reduziert ist, dass die Frage entsteht, ob er sich selbst (seinen Körper) überhaupt von der Außenwelt getrennt halten kann, ob er also seine physischen Grenzen noch spürt, oder ob er sich in einem Zustand ursprünglicher Verschmelzung mit der Außenwelt befindet (Tao-Zustand). C.G. Jung (1998, 137) hat dies als Zustand der „absoluten Bewusstlosigkeit“, der kompletten Ruhe bezeichnet, in dem nichts mehr passiert, weil das Bewusstsein und das Unbewusste dermaßen eins sind, dass der Mensch weder bewusst noch unbewusst ist.

Die Arbeit mit den Patienten legt die folgende, in Phasen gegliederte Differenzierung im Prozess der Wiedererlangung der vollen Existenzialität nahe.

0-Phase

Im Verstehen, ob man da sein *kann*, muss ein „*Ich-bin-da*“ erlebbar sein. Deswegen beginnt die 0-Phase der Arbeit mit der Stärkung des Seins-Erlebens, des Gefühls des „*Ich-bin-da*“. Das kann man vor allem anhand des eigenen Körpers finden, weil alles, was man im Zusammenhang mit seinem Körper *erlebt*, viel realistischer ist, als wenn man es nur denkt. Den Körper kann der andere/man selbst berühren, was den Menschen näher an die Realität der materiellen Welt bringt. – Der Mensch ist in erster Linie „als Körper da“.

Vom Standpunkt der menschlichen Existenz aus gibt der Körper dem Menschen die Möglichkeit, das Sein in der Welt zu erleben. Er ist die tragende Substanz, die ontische Basis, die dem Menschen Raum und Halt in der Welt gibt. Der Körper ist sozusagen ein Vermittler zwischen dem Ich als *Person* und der Welt. Er hat gleichzeitig auch Werkzeugfunktion für die geistige Person (V. Frankl) und ist Feld für ihren Ausdruck – hat expressive Funktion (Längle 2000).

Das Gefühl „*Ich-bin-da*“ ist vor allem *das Erleben von sich selbst, verkörpert im physischen Körper (ich bin Körper)*, der

die Außengrenze bildet, die es für den Menschen möglich macht, sich selbst von der Umwelt abzugrenzen. *Das Erleben des konstanten Vorhandenseins des Körpers* („es gibt ihn“) führt zum Erleben eines Mittelpunktes – oder eines Grundes, auf den man sich in sich selbst verlassen kann. Das bedeutet nicht, daß beim Menschen in der 0-Phase sofort ein einheitliches gefühlsbezogenes Bild von seinem Körper entsteht, aber auch das fragmentarische Empfinden wird zu den „Inselchen“ der Realität, auf die sich stützend der Mensch fähig ist, die Grenze zwischen Ich und Nicht-Ich zu ziehen.

Ich kann mich an den Bericht einer Kollegin über einen Patienten erinnern, bei dem die Erinnerung an den veränderten Bewusstseinszustand erhalten blieb. Er erzählte, dass er die Augen aufmachen konnte, er konnte schauen, aber er konnte keine äußeren Objekte sehen. Das Bild vor seinen Augen war äußerst verschwommen: Sämtliche Linien flossen zusammen, alles war formlos. Er konnte nicht verstehen, was geschah. Alles war unkonkret. In dieser Unbestimmtheit konnte er sich an nichts anhängen. Langsam begann er etwas im Magenbereich zu spüren. Zuerst war es sogar schwer zu verstehen, was für ein Empfinden das war, ob angenehm oder unangenehm. Aber es gab es, es war da, und er hat es empfunden, und diese Tatsache war konkret und bestimmt, was seinem Körper ein Gefühl verlieh und den Patienten darin bestärkte, dass „es ihn gibt, dass er existiert“. Dieses Empfinden war Ausgangspunkt, Zentrum, von dem aus der Patient innerlich versucht hatte, wieder zu einer Gestalt von seinem Körper zu kommen (vom Zentrum in Richtung Peripherie). Dann hat der Patient versucht, die Qualität seines Empfindens zu bestimmen: Was war das – Schmerz, Spannung oder etwas Angenehmes? Langsam wurde das Repertoire von Empfindungen im Körper abwechslungsreicher, und das Fühlen des eigenen Körpers verbesserte sich. Bald entstanden wieder visuelle Gestalten, und er konnte die ihn umgebenden Gegenstände unterscheiden.

Um die Empfindung des „*Ich-bin-da*“ im Prozess der Arbeit zu steigern, verwenden wir Techniken von verschiedenen körperorientierten Therapierichtungen, die auf das *Erleben* des Körpers als *ersten Raum*, als ersten Wohnraum des Menschen in dieser Welt gerichtet sind. Sie sollen das Gefühl für seine Ausdehnung und für die äußeren Grenzen vermitteln (zum Beispiel die Technik „Theater der Berührungen“, die in der Thanatotherapie verwendet wird – vgl. Baskakoff 2001, 114). Atemtechniken helfen dabei, den *inneren Raum des eigenen Körpers zu spüren*, und führen zum Empfinden der Vergrößerung seines Volumens und der inneren Erweiterung (das Empfinden der Grenze von innen). Dazu trägt die durch die Entspannung in der Arbeit mit dem Atem entstehende Befreiung von der Beschränktheit (des Zusammengedrücktseins) bei, die beispielsweise mit der Muskelspastik oder mit Atemstörungen zusammenhängen kann. Die Erfahrung von *Halt* unter den Füßen hilft, das Erleben der unteren Grenze des Körpers zu verankern und eine größere Sicherheit und Stabilität zu spüren.

Die Störung der physiologischen und somatischen Prozesse, die für diese Etappe kennzeichnend sind, stellt einen hohen Störungsgrad dar, der zum Hindernis im Kontakt mit sich und der Welt wird. Die Senkung des Störungsniveaus hilft der Person dabei, sich selbst auf dem ontologischen Niveau „aufzu-

greifen“ und sich zu „umrahmen“. Die Körperarbeit „legt“ den Zugang der *Person* zu sich selbst „frei“, indem sie die vorhandenen Hindernisse, durch den Einfluss auf das Funktionieren von Regulatorensystemen des Organismus, minimiert. Sie wirkt ähnlich der Methode des Biofeedbacks³. Doch hier spielt die Rolle des „physiologischen Spiegels“ der Psychologe, der dem Patienten das Feedback gibt. Das führt zur Stabilisierung von lebenswichtigen Funktionen (Atem, Herzklopfen, Blutdruck, Normalisierung der Kennziffern der Saturation). Die psychomotorische Erregung senkt die Anfälle von vegetativen Paroxysmen: Sie werden entweder abgebaut oder zeigen sich in einer leichteren Form. Darüber hinaus gibt das Feedback dem Patienten die Möglichkeit, die „Realität“ seines Körper zu fühlen und zu festigen (dass es ihn gibt, und dass es die reale Tatsache ist). Diese Bestimmtheit verleiht das Gefühl von Halt in sich selbst: „Das Gefühl, dass ich als Körper da bin, gibt mir Halt.“ Aus dem allgemeinen Chaos tauchen die Gestalten von Empfindungen auf, die dem Sein des Menschen eine „Form“ verleihen und den Haltpunkt bilden, auf den er sich verlassen kann.

Durch das feine Einstellen des Therapeuten auf die Prozesse des Patienten (auf seinen Rhythmus und seine Geschwindigkeit), durch sein ruhiges Dabei-Sein (es ist wichtig, einfach neben dem Patienten dabei sein zu können) sowie das Einräumen von genug Zeit für den Kontakt (der Therapeut beeilt sich nicht, sondern lässt die Zeit, die der Patient braucht, so dass er sich zeigen kann) wird ein geschützter Raum für das Zusammenwirken geschaffen, in dem der Patient sich öffnen, sich zeigen und gut „sein kann“ (1.GM).

In der 0-Phase spiegelt das Gesicht des Menschen seine Emotionen nicht wider. Es hat keine *Mimik*. Wie soll man das verstehen? Warum ist die Dimension der Existenz, die mit dem emotionalen Leben des Menschen zusammenhängt, blockiert, beschränkt?

Erstens bedeutet das emotionale Erleben den Bezug des menschlichen Daseins auf das andere Dasein. Es sieht vor, daß der Mensch die Faktizität seines Dasein (ich bin da) und das Dasein des anderen (du/anderes ist da) feststellen kann und sich von dem anderen abgrenzen kann. Dann entsteht zwischen ihnen ein gewisses Spannungsfeld, in dem die Resonanz der Stimmigkeit entstehen kann (Längle 2004, 7).

Nach dem Basistheorem der Existenzanalyse steht der Mensch in einem ununterbrochenen dialogischen Austausch mit sich selbst und der Welt (Längle 2005, 48). Aber was ist in dieser Phase die „Welt“, auf die der Mensch sich bezieht? Ist er in derselben Welt, in der wir uns alle befinden, oder er ist in einer

anderen? Inwieweit ist er gefühlsmäßig mit dem eigenen Körper, der auch Bestandteil der materiellen Welt ist, verbunden? Als Außenbeobachter sehen wir, dass das Herz des Menschen klopft, er atmet, das heißt, er lebt, er ist da in dieser Welt, er hat uns nicht verlassen. Aber: Ist er *innerlich* mit der Außenwelt verbunden? Oder ist er da als ein physischer Körper? Wenn das Gefühl „Ich-bin-da“ ganz fehlt, so existiert die Außenwelt für den Menschen nicht, weil er keine innere Wahrnehmung dieser Welt hat. Innerlich ist er in der materiellen Welt nicht zugegen; das heißt aber auch, dass er sie emotional nicht erleben kann. Der Mensch ist auf sich selbst zurückgeworfen. In dieser Intimität des Mit-sich-selbst-Seins begegnet er nun einer neuen Realität, die in Bezug auf ihn und auf die materielle Welt transzendent ist, zu der er aber Beziehung aufnehmen und mit der er ein tiefes Erleben haben kann. Die emotionale Dimension ist nach außen hin blockiert – es geht vom Menschen nichts hinaus in die Welt. Aber aus seiner Tiefe des Person-Seins entdeckt der Mensch den neuen Horizont, mit dem er in Dialog tritt (Abb. 1):

Dadurch kann man den Widerspruch erklären, dass wir einerseits keine emotionalen Äußerungen von solchen Menschen

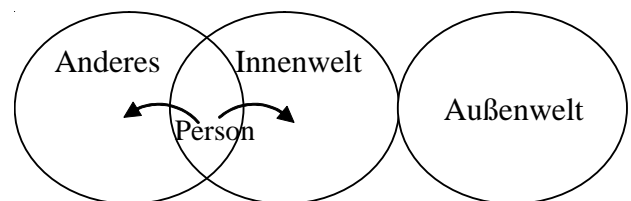


Abbildung 1: Schematische Darstellung des menschlichen Erlebens in der 0-Phase nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma, in welcher der Kontakt mit der Außenwelt noch nicht wiederhergestellt oder äußerst instabil ist.

erhalten, sie andererseits aber von einem tiefen Erleben über die Annäherung an die Grenze der menschlichen Existenz berichten. Eine Patientin hat mir einmal gesagt: „Ich habe so etwas gesehen...! Ich habe sehr schöne Bilder gesehen und sehr schreckliche. Ich bin sicher, dass es doch Himmel und Hölle gibt.“⁴

Zweitens braucht der Mensch drei Voraussetzungen, um eine Emotion zu erleben: Beziehung, Zeit und Nähe (Längle 2003, 23). Laut existenzanalytischer Theorie bezieht sich jedes Gefühl auf die *Vitalität* und setzt das Vorhandensein von Lebenskraft voraus, deren Träger der Körper ist. Ohne Vitalität gibt es kein Gefühl. Das Gefühl entsteht auch aus der *Nähe zum eigenen Körper*. Erst dank der Körperlichkeit kann der Mensch den

³ Biofeedback (Jacobson, Cannon, Miller, Basmadjian, Kamiya, Green, Green) ist eine Methode zum direkten Training des zentralen und/oder des vegetativen Nervensystems zur Normalisierung seiner Tätigkeit. Die Biofeedback-Methode beruht auf dem Prinzip des „physiologischen Spiegels“, dessen Rolle von technischen Vorrichtungen und von Software übernommen wird. Dadurch erhält der Patient die Gelegenheit, seine physiologischen Aktivitäten sehen und hören zu können. Körpertemperatur, elektrische oder mechanische Aktivität von Muskelgruppen, elektrische Aktivität des Gehirns, Herzfrequenz usw. können so visualisiert oder gehört werden. Über diese „Feedback“-Informationen besteht die Möglichkeit der zielgerichteten, erwünschten Beeinflussung der physiologischen Aktivitäten durch implizites oder reflexmäßiges Lernen.

⁴ Der eine fasst das als Eingebung („Schablone“) auf, die der Mensch bekommt, wenn er sich in einem solchen außerordentlichen, funktionalen Gehirnzustand befindet, und der in eine produktive Symptomatik (Halluzinationen) münden kann. Ein anderer sieht darin ein tiefes Erleben am Rande der Existenz, wenn der Mensch hinter den Rand der materiellen Welt „schaut“ und einer Realität begegnet, die sich ihm nähert und die nicht er selbst oder die materielle Welt ist. Der Autorin liegt der zweite Gesichtspunkt nahe: Das „Andere“ versteht man als das in sich ruhende Vis-à-vis, mit dem der Mensch in Dialog tritt.

Eindruck als eine Emotion erleben. A. Längle verglich den menschlichen Körper einmal mit dem Resonanzkörper eines Cellos, und die Werte mit dem Bogen, der die Saiten berührt. Das Tönen ist nur dank der Resonanz der berührten Saiten des Cellokörpers möglich. So können die Werte erst „hörbar werden“, wenn sie im Körper Schwingungen über die neurochemischen und vegetativen Bindungen erzeugen. Körperbeschaffenheit, Energetik, körperliches Training und allgemeiner Körperzustand schaffen die Bedingungen für Emotionalität (Längle 2004, 12).

Die Verletzung des Körpers verwandelt ihn zu einem schlechten *Resonanzkörper*. Das *niedrige Energieniveau* (bzw. die vitale Kraft) sowie das *hohe Störungsniveau* in Form von Unausgeglichenheit von neurochemischen und vegetativen Bindungen erlauben dem Menschen nicht:

- über längere *Zeit* im Kontakt mit dem anderen (mit der Welt) zu bleiben. Das verhindert das Entstehen von Eindrücken;
- *Nähe* zu irgendetwas (darunter auch zu seinem eigenen Körper) zu entwickeln und diese *selbständig zu halten*. Dies führt dazu, dass er nicht fähig ist, Beziehungen aufzunehmen und in die innere Resonanz einzusteigen.

Um in diesem Zustand Zugang zu den eigenen Körperprozessen zu bekommen, oder in Kontakt mit der Welt treten zu können, braucht der Mensch den anderen, weil er nicht in der Lage ist, das selbständig zu tun. Über die feine „Einstellung“ auf den Patienten, das Einsteigen in die Resonanz mit seinen körperlichen Prozessen, *wendet* sich der Therapeut ihm aktiv zu (den körperlichen Kontakt benutzend), indem er ihn dadurch zum Kontakt „aufruft“. Durch das Aufnehmen von Nähe zum Patienten schaffen wir für ihn die Bedingungen dafür, dass er Nähe zum eigenen Körper aufnehmen und halten kann. Das mobilisiert einerseits die Energetik des Körpers, die für das *physische Überleben* und die *Weiterführung des Kontaktes* mit sich selbst und mit dem anderen notwendig ist, andererseits stabilisiert es die Tätigkeit von lebenswichtigen Funktionen. Wir können beobachten, dass im Laufe des Tages der Mensch immer mehr Zeit mit geöffneten Augen verbringt und während des Settings länger den Augenkontakt hält. Das wird zur guten Basis für das Entstehen sowie den Ausdruck, der eigenen Emotionalität – der Wahrnehmung der *qualitativen* Seite von Dingen, wodurch „Ich-bin“ sich potenziert und dynamischer wird, Farbe und Ton bekommt (A. Längle). Dafür braucht man die Fähigkeit, die in der Vitalität gründet – die Fähigkeit berührt zu werden. Das ist die Metaebene in Bezug auf das „Sein“ (2. GM – Längle 2001). Deswegen können wir in dieser Phase nur über die *„Tatsache und über die Dauer der Anwesenheit“* (oder der Abwesenheit) des Menschen im Raum des Kontaktes“ reden.

Weiters beeinträchtigt bei Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma ist die Fähigkeit:

- die Emotion zu *erkennen*. Die Schwingungen, die im Körper durch die unausgeglichene neurochemischen und vegetativen Bindungen entstehen, werden nicht als Emotionen erkannt, sondern als Zustände der Spannung oder unklare (oft unbehagliche) Signale wahrgenommen. Es ist so, als ob der Eindruck im Körper „stecken bliebe“.

Es ist zu unterstreichen, dass die therapeutische Körperarbeit dem Menschen ein größeres Repertoire an Erfahrung anbietet

(unterschiedliche Qualität der Erfahrung), als er sie sonst hätte, was so wirkt, als ob er dadurch von außen zum Wahrnehmen der Qualität „bewegt werde“. Patienten, die lange auf der Intensivstation verbleiben, bekommen über einen längeren Zeitraum eintönige oder negative Erfahrungen mit ihrem Körper, an die sie sich gewöhnen, wie z. B. durch die Somnolenz wegen des Verharrens in der gleichen Stellung, durch unangenehme Gefühle im Zusammenhang mit dem Tracheostomie-Rohr (Luftrohrschnitt), durch Sonden etc. Im therapeutischen Prozess kann der Mensch seinen eigenen Körper als Quelle von neuen, unangenehmen oder angenehmen Empfindungen erleben.

Gleichzeitig schafft die *Körperarbeit die Bedingungen für den Ausdruck der Individualität* des Menschen (3. GM). Beispielsweise führt die Entspannung zu größerer Freiheit in den willkürlichen Bewegungen, deren Ausführung sonst vom hohen Muskeltonus verhindert wird. Der Patient wird wieder in die Lage versetzt, seinen Körper als Instrument des Selbstaustausches zu lenken (expressive Funktion des Körpers), und in dem entstandenen, von physischen Störungen freien Raum sehen wir die *Person* des Menschen in ihrer Einzigartigkeit und Individualität, die sich in den *Besonderheiten* des Kontaktes zeigt. Je mehr es diesen Raum gibt, desto mehr kann sich die *Person* zum Ausdruck bringen, und wir – wir können sie endlich wieder sehen und erleben. Das ist für uns wie ein Sonnenstrahl, der durch einen Lichtstreifen zwischen den Wolken hindurchkommt und alles ringsum beleuchtet. Das ist der Augenblick der Begegnung mit dem anderen nach Tagen und Wochen mühsamer Kleinarbeit! Und wir merken, dass der eine Mensch ängstlicher und vorsichtiger, der andere offener ist; einer ist rigide, der andere plastisch, einer kämpft um sich und der andere nicht usw.

Ein solcher Blick gibt uns die Möglichkeit, unseren Patienten als *Person* mit ihrer eigenen Welt zu begegnen, trotz der Krankheit, welche die individuellen Unterschiede vernichtet, die sie in den Augen von denjenigen, die nur einen „Kranken“ sehen – d. h. als eine Summe von Defekten und Störungen – zu „Dahinvegetierenden“ macht.

1. Phase

Nachdem das Gefühl „Ich-bin-da“ im traumatisierten Menschen stark genug geworden ist, kann er die Realitäten und die Gegebenheiten der Außenwelt berühren, die ihn vor die Grundfrage der Existenz stellen: „Ich bin da, aber *kann* ich mit den Bedingungen sein, die die Welt mir anbietet?“ (Längle 2003, 21) In dieser Phase geht es in erster Linie um die *Wahrnehmung des Faktischen*. Ich erinnere mich an die Erzählung einer Patientin über ihr Erleben in dieser Zeit: „Ein Auge hat rot gesehen, das andere – gelb... Ich war verwirrt, stoß' meinen Kopf im Auto an; es war schwierig mit mir. Nichts von außen hat mich erreicht. Mit dem Inneren war es einfacher, aber es hat mich nicht bewegt. Das Wichtigste war für mich – das Äußere zu verstehen.“

Ein *zentrales Erleben* in dieser Phase ist „in der Welt sein zu können“. Dafür braucht der Mensch *Halt* und *geschützten Lebensraum* (Längle 2001, 11), deren Erschließung und Erweiterung langsam vor sich gehen. In erster Linie ist das der *physische Raum*, der den Menschen unmittelbar umgibt: das, worauf er schauen und was er mit der Hand anfassen kann. Dabei be-

trifft es zu Anfang den aktuellen Augenblick – die *Hier-und-Jetzt-Situation*, weil die Vergangenheit oft in der Amnesie verloren und die Zukunft für ihn noch nicht aufgebaut ist (nicht selten steht sie außerdem in Frage), da, bzw. wenn, der Mensch außerhalb des Zeitnetzes oder in einer anderen Zeitwahrnehmung lebt.

Der erste äußere Raum, in dem der Patient sich entdeckt, ist das Bett, auf dem er liegt. Wegen der längeren Zeit des Liegens können die Grenzen des Bettes mit den Grenzen des eigenen Körpers verschmelzen. Dieses Phänomen soll bei der Kontaktaufnahme berücksichtigt und diese Grenze darf nicht verletzt werden (man darf sich nicht sofort auf das Bett setzen, die Hände darauf legen, oder dergleichen). Sonst kann das vom Patienten als Gefahr eines Überfalls wahrgenommen werden, und er fühlt sich gezwungen, sich zu verteidigen.

Langsam wird der Mensch dazu fähig, andere Typen von Räumen zu erschließen: *Den Beziehungsraum, den biographischen Raum*. Der Psychotherapeut hilft dem Patienten dabei, das eigene Leben auf die größere Anzahl von Tatsachen und Realitäten zu beziehen, damit die Wahrnehmung des Lebens und der Welt ein Volumen bekommt. Das bringt Sicherheit, macht den Menschen auf diese Weise sicherer und freier.

Falls das, was den Patienten umgibt, den Charakter einer Gefahr hat, können verschiedene Ängste entstehen, die Copingreaktionen auslösen. Die spezifischen Copingreaktionen der 1. GM sind *Flucht* – eine Form psychomotorischer Erregtheit und Ängstlichkeit. Eine andere Form ist die *Aggression* gegenüber den anderen, die den Charakter einer *Bekämpfung von Gefahren (Angriff)* hat; auch findet sich Autoaggression; im *Stupor (Totstellreflex)* schließlich erstarrt der Mensch und zeigt mit seiner ganzen Erscheinung, dass es ihn hier „nicht gibt“. Solche Reaktionen des Patienten stehen auch im Zusammenhang mit den therapeutischen Interventionen. Die Arbeit an der Wahrnehmung des Faktischen, etwa wie auch der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die einen geschützten Raum schafft, reduziert beim Patienten das Auftreten von Copingreaktionen. Verschiedene im Körper bleibende Katheter und Schläuche, die an die Brust geklebten Sensoren, ständig piepsende Apparate können deswegen Angst machen, weil sie in ihrer Bedeutung nicht verstanden werden. Das heißt, der Patient braucht in erster Linie Informationen über das „Was“ und „Wozu“ der Apparate. Wir erzählen dem Patienten darüber, was ihn umgibt und warum er das momentan braucht; wir bewegen ihn dazu, sich alles, was ihn umgibt, genau anzuschauen. Alles, was mit den Händen angetastet werden kann, wird angetastet. Hauptaufgabe besteht darin, das Angstmachende in Helfendes zu verwandeln. Das verleiht dem Patienten das Gefühl der Geborgenheit im Raum sowie das Gefühl, dass er sich auf alle diese Geräte und Schläuche, besonders aber auf die Ärzte *verlassen* kann. All das ist *für* ihn. Und dann ist er imstande, die schwierige Situation *auszuhalten*, weil bei ihm das Gefühl entsteht, dass er damit sein kann.

In dieser Phase ist der Aspekt der *Selbstwahrnehmung* und vor allem der Wahrnehmung des eigenen Körpers sehr wichtig. Hier entdecken wir ein höheres Niveau im Vergleich zur vorhergehenden Phase, in welcher der Übergang von der Wahrnehmung „Ich-bin-Körper“ zu „Ich-habe-einen-Körper“ erfolgt.

Der Körper hört auf, nur als Subjekt aufzutreten, und beginnt, als Objekt aufzutreten. Diese Transformation wird durch die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung möglich. Der Patient kann sich mehr sehen, seinen Körper fühlen, in ihm eine Orientierung bekommen, seinen Körper besser lenken und letztendlich ihn mit allen Defekten und Behinderungen *annehmen*.

Einmal habe ich auf der Intensivstation mit einer jungen Frau gearbeitet, die sich in einem psychomotorischen Erregungszustand befand. Sie war dermaßen unruhig, dass sich die Krankenschwestern gezwungen sahen, ihre Hände zu fixieren, damit sie die Sensoren, die an ihrem Körper angeklebt waren, nicht herunterriss. Sie konnte nicht reden, aber sie beantwortete mit Kopfbewegungen bejahend oder verneinend Fragen. Ich habe ihre Hände befreit, und sie begann sofort ihr Gesicht abzutasten. Dann habe ich sie gefragt: „Haben Sie Angst, dass mit Ihrem Gesicht etwas nicht stimmen könnte?“ Sie nickte mit dem Kopf. „Möchten Sie mal in den Spiegel schauen?“ Bejahendes Nicken. Ich brachte den Spiegel. Sie betrachtete sich lange und genau darin. Danach wurde sie viel ruhiger.

Ein wichtiger Punkt in der Selbstwahrnehmung ist das *Feststellen der Identität mit sich selbst* (3. GM). Ob der Mensch imstande ist, das Spiegelbild als sein eigenes, als das, was ihm gehört, wahrzunehmen. Eine Patientin hat gesagt: „Am Anfang habe ich mich im Spiegel nicht gesehen, gar nicht erkannt. Jetzt erkenne ich mich wieder.“

Wie auch in dem vorherigen Abschnitt sehen wir in dieser Phase keine emotionalen Äußerungen des traumatisierten Menschen. Sein Gesicht bleibt nach wie vor ohne Mimik, er freut sich nicht, und er trauert nicht. Eher kann man hier über das Erreichen des *Ruhepunktes* reden. Wenn der Mensch beginnt, sich geschützt zu fühlen, bekommt er das Gefühl, dass er sein kann.

2. Phase

In die innere Welt des Menschen, der unter schweren Umständen körperlich überlebt hat, kommt das *Erleben* vom Leben *selbst* mit den ihm eigenen Wünschen, mit Trauer, Bewegung und Veränderungen. Der Mensch ist imstande, die *Qualität von etwas wahrzunehmen*. Er steht vor der zweiten Grundfrage der Existenz: „Ich bin, ich kann in dieser Welt sein, aber mag ich das Leben? Will ich *leben*? Was bringt das Leben in meine Existenz? Ob ich Wünsche habe? Bin ich fähig, Gefühle zu empfinden? Ob ich mich über etwas freue?“ (Längle 2001) Die Aufgabe des Menschen in diesem Abschnitt besteht darin, den existenziellen Durchbruch zum Leben selbst zu vollziehen.

Mit der Zeit hören die Patienten auf, indifferent in Bezug auf die *Stimuli, die auf sie bestimmte Wirkung ausüben*, zu bleiben, und beginnen, auf das Unangenehme und auf das Unbehagen, das in erster Linie mit dem eigenen Körper verbunden ist, zu reagieren. Zum Beispiel wird der Patient in Bezug auf das Essen wählerisch und verzichtet auf das, was ihm nicht schmeckt. Oder er beginnt irgendwelche Laute von sich zu geben, wenn er seine Körperhaltung verändert haben will (und es selbst nicht machen kann).

Vergnügen und Nichtvergnügen sind die Stimuli, die den Menschen in Bewegung setzen können und die Lebenskraft freisetzen. Aber bis dahin befindet sich der Mensch in der passiven

Haltung des „Reagierenden“. Später lernt er, mit den unangenehmen Stimuli *umzugehen* und nicht nur auf diese zu reagieren. Zuerst mit Hilfe des anderen, dann ohne Hilfe von außen. Z. B. reagierte eine Patientin mit einem Schrei auf die starke Muskelspannung im Rückenbereich, die während einer unserer Übungen entstand, und war schwer zugänglich für eine Kontaktaufnahme. Ihre Reaktion führte dazu, dass ich mit der Übung aufhören sollte. Langsam hat sie es gelernt, die Muskeln zu entspannen und dadurch das entstehende Unbehagen zu beseitigen. Diese Fertigkeit, die sie in diesen speziell organisierten Bedingungen erlernte, übernahm sie in die Übungen mit anderen Fachkräften. Das machte sie viel freier im Kontakt und half dabei, zur Erfüllung von schwierigeren Aufgaben überzugehen. So lernte sie es, mit ihren Impulsen umzugehen. Wichtig ist, dass eine derartige Fertigkeit bzw. Fähigkeit im allgemeinen auch die Erfahrung in Bezug auf das „Können“ erweitert.

In der Regel braucht man viel Zeit, damit in einem solchen Menschen eine eigene Intention und ein eigener innerer *Wunsch* entstehen. Oft sprechen die Menschen, die einmal ein Schädelhirntrauma gehabt haben, über das Fehlen von eigenen Wünschen. Im besten Fall reagieren sie auf Angebote, die von außen kommen. Diese eigenartige Entfremdung, dieses Zurückgezogenheit bleibt über längere Zeit bestehen und belastet in starkem Maße die familiären und anderen sozialen Kontakte der Patienten. Es ist so, als ob die Menschen „hinter Glas“ lebten, getrennt von der Welt, von den Angehörigen, von sich selbst. Nichts berührt sie in emotionaler Hinsicht. Die Patienten selbst erklären ihre emotionale Verarmung durch das Fehlen markanter, interessanter Ereignisse in ihrem Leben – jeden Tag geschieht das Gleiche. Hier soll man in der Arbeit auf folgende Frage eingehen: Was macht das alltägliche Leben grau und uninteressant? Mit dieser Frage führen wir den Patienten an die *Haltung* heran, mit der er sein Leben lebt. Die Fähigkeit, sich zu öffnen und sich über einfache Dinge zu freuen, etwas Interessantes für sich zu finden und sich damit zu beschäftigen, ist für Patienten mit starker Bewegungsbeeinträchtigung besonders wichtig.

Es bedarf eines langen psychotherapeutischen Weges, um die Fähigkeit des Menschen wiederherzustellen, sich „sich selbst“ und anderen *zuzuwenden*, sich selbst „zu hören“, die *innere Resonanz* zu etwas aufzunehmen, damit dieser Mensch wieder Werte durchleben und Emotionen empfinden kann. Oft ist es wichtig, dem betroffenen Menschen dabei zu helfen, das authentische Wertesystem neu aufzubauen. In diesem Abschnitt ist die Arbeit mit der Familie und mit den Angehörigen wichtig, wobei der Patient ständig in Bezug auf seine eigenen Wünsche und Gefühle *angefragt werden muss*, weil er sich selbst nicht anfragen kann. Sonst hört sich der Mensch nicht und ersetzt seine eigenen Wünsche, Gefühle und Werte durch Wünsche und Gefühle der anderen. Das führt den Menschen zum emotionalen Tod.

In der 2. Phase geht es darüber hinaus um die personale Bearbeitung des Traumas, das der Mensch erlitten hat. Dies bedeutet das Durchlaufen aller Phasen der Trauer - und zwar der Trauer um sämtliche Verluste und Zerstörungen, die das Trauma in seine Welt, in sein Leben gebracht hat. Der Mensch stößt auf folgende Fragen: „Kann ich dieses Leben noch lieben, wenn da solche Sachen passieren? Wofür habe ich das bekom-

men? Ob ich dafür etwas kann? Ob mein Leben es noch wert ist, gelebt zu werden? Ob in diesem Leben noch etwas Schönes für mich sein kann?“ All das „muss“ durchlitten werden, damit der Durchbruch zur Wahrnehmung des *Grundwertes* des Lebens möglich wird und damit der Mensch zum Leben wieder „Ja“ sagen kann (Längle 2001).

3. Phase

In der 3. Phase ist der zentrale Punkt die *Wahrnehmung von sich selbst (das Selbstbild) und die Begründung des Selbstwertes*. Diese Phase ist fast immer mit dem Durchleben einer tiefen Persönlichkeitskrise verbunden. Falls der Mensch die Verluste und Beschränkungen, die das Trauma verursacht hat, wahrnimmt, den damit verbundenen Schmerz an sich heranlässt, so steht er vor der Frage: „Kann ich noch mich selbst wertschätzen und respektieren?“ Manchmal brechen im Zusammenhang mit dem Trauma die zentralen haltenden Strukturen zusammen, auf denen der Selbstwert des Menschen beruhte. Beispielsweise wenn der Mensch seinen Selbstwert nur in Erfolg und Leistung begründet hat, dann kann er, wenn er einmal abseits steht, nur schlecht Selbstachtung fühlen und seinen Wert anerkennen. Der Betroffene empfindet einen Schmerz, der so stark sein kann, dass er nicht mehr imstande ist ihn auszuhalten. Dann beginnt er sich zu verteidigen, indem er das Vorhandensein von Defekten und Behinderungen bei sich verleugnet. Sein Selbstbild ist verzerrt und unrealistisch. Die Aufgabe dieser Krise besteht darin, dass *der Mensch*, nachdem er diesen Schmerz durchgemacht hat, *seinen Selbstwert aufs Neue auf einer realistischen Grundlage begründen und authentische Haltungen erreichen kann*. Erst dann kann sich ihm der *Horizont des Sinnes* (4. Phase) eröffnen.

Ein weiteres Problem der dritten Phase hängt mit der *Authentizität* zusammen. Die Patienten teilen mit, dass durch das Trauma das *innere Sprechen, das innere Vis-à-vis* verloren ging, an das sich der Mensch „Du‘ sagend“ wendet und „Ich“ hört (Buber 1999, 44). Deswegen wird es nicht möglich, das „Eigene“ zu leben: Der Mensch versteht nicht, was in den eigenen Wünschen und Haltungen noch das ursprünglich Seine ist. Nicht selten werden die Basishaltungen, die aus der Tiefe der *Person* geboren werden, durch fremde, mechanisch angeeignete Haltungen von anderen Menschen ersetzt, welche die entstandene innere Leere füllen sollen. Dann sehen wir eine verlorene Persönlichkeit, die sich unter den anderen auflöst. Zwischen Ich und *Person* entsteht ein Spalt. Der intime dialogische Austausch des Ichs mit der *Person* geht verloren oder wird beschränkt, was den Menschen daran hindert, seine Individualität, Einzigartigkeit und Einmaligkeit zu realisieren, den Sinn in seinem Leben zu finden und zu verkörpern.

4. Phase

In dieser Phase besteht die Aufgabe des Menschen darin, sich wieder vermehrt der Welt zuzuwenden und zu verstehen, wo sein Platz ist, was er an Gutem für die anderen tun kann. Es ist wichtig, dem Patienten dabei zu helfen, die *existentielle Wende* zu vollziehen, damit er nicht in der Rolle eines Menschen, der auf Kosten anderer lebt, erstarrt und sich als Opfer der Umstände sieht.

Schluss

Abschließend möchte ich zum Ausdruck bringen, dass ein existenzanalytischer Zugang in der psychologischen Rehabilitation von Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma eine Fülle und Ganzheitlichkeit in die Betrachtung des menschlichen Seins in seiner vielfältigen und oft widersprüchlichen Dynamik einbringt. Das kann wiederum helfen, effizientere Hilfe zu finden und möglichst frühzeitig die psychotherapeutische Arbeit anzufangen.

Darüber hinaus prägt die existenzanalytische Anthropologie mit Blick auf den Menschen als geistiger *Person*, die frei ist und als solche nicht erkranken kann (Frankl 1990, 104), die Haltung des Psychotherapeuten, in die Tiefe zu sehen auf den unbedingten *Wert* des menschlichen Lebens durch die Äußerlichkeit hindurch, in der sich der Mensch so kraftlos zeigt, und ihm als *Person* zu *begegnen*. Dieser Blick hilft ihm auch, sich aktiv dem geistigen Ursprung zuzuwenden, der den Menschen zum Menschen macht und Mensch bleiben lässt, trotz Zerstörung und Defekten in seinem Körper, seiner Persönlichkeit und sogar trotz des eingebüßten Bewusstseins.

Eine solche berufliche Haltung kann eine große heilende Kraft entwickeln, sowohl für den Helfer als auch für den Hilfeempfänger. Für den Psychotherapeuten ist es Burnout-Prophylaxe und für den Patienten eine Haltung, die ihn als *Person* nimmt. Denn in der Klinik treffen die Patienten meistens ein Verhalten an, das dazu neigt, sie zum Objekt zu machen – bei medizinischen Eingriffen, bei unterschiedlichen Körperbehandlungen, Untersuchungen etc. Solche Vorgangsweisen, die nach einem Unfall Vorrang in der Behandlung haben, vergrößern das Gefühl des Defekts und der emotionalen Spaltung, welche durch die Traumata entstanden sind. Wenn keiner aus der Tiefe des eigenen Ich nach dem Du des anderen ruft, so entsteht ein Vakuum, eine Leere: „Wenn das Du mich nicht annimmt, hört irgendwann das Ich auf zu sein. Und obendrein löst sich die Realität auf, weil sie ohne das Ich an nichts mehr festgemacht werden kann, weil sie nichts mehr festhalten kann.“ (Längle 2001) Dann fängt der Mensch langsam selber an, sich wie ein Objekt zu verhalten, weil er die Fähigkeit verliert, sich beim Kontakt mit der Außenwelt auf sich selbst, auf die eigene Tiefe und auf die Einmaligkeit seiner *Person* zu beziehen. Längere Zeit nach dem Trauma kann man oft auf Menschen treffen, die zwar motorisch wiederhergestellt sind, aber emotional absolut verloren wirken. Sie haben ihr „Eigenes“ verloren, sind gleichgültig in den Entscheidungen, und ihr Leben ist ohne Initiative. – Einer solchen Entwicklung mit so gravierenden menschlichen Spätfolgen soll in der Rehabilitation möglichst frühzeitig entgegengewirkt werden. Selbstverständlich gibt es Traumafolgen (sowohl physische als auch psychische – vgl. ICD 10 - F06, F07, F09), die sich durch psychotherapeutische Gespräche nicht beseitigen lassen. Aber man kann selbst dann dem Menschen mit Gesprächen helfen, nämlich die *Umgebung* zu finden, wo er sein Leben *leben* kann. Und das ist aus unserer Sicht die Kunst der Therapie bei Patienten mit organischem Defekt. Das erworbene Defizit determiniert nur die Rahmenbedingungen dieses Aufgaben-Bereichs (die zunächst als Hindernis für existenzielle Erfüllung erlebt werden), aber es nimmt dem Menschen

die Möglichkeit, sein Leben zu erfüllen, grundsätzlich nicht weg.

Literatur

- Baskakoff W J (2001) Tanatoterapyja – isskustvo schizny i smerty. Svobodnoje telo. Hrestomatyja. Red. sost. V J Baskakov. ĩoskwa: Institut obtchegumanyarnyh issledovaniy, 108-124 [*Thanatotherapie - die Kunst des Lebens und des Todes*]
- Berdjaev N (2003) Ja i myr objektov. Opyt phylosophiy i obtchenyja. In: Duh i realnost. ĩoskwa: "Folio", 25-150 [*Ich und die Welt der Objekte. Die Erfahrung der Philosophie der Einsamkeit und des Kommunizierens*]
- Buber M (1999) Ja i ty. Dva obraza very. ĩoskwa: Ast, 24-121 [*ICH und DU. Zwei Gestalten des Glaubens*]
- Frankl V E (1990) Chelovek w poiskach smysla: sbornik. Duchownost, swoboda i otwetstvennost. Moskwa: Progress, 93-129 [*Der Mensch auf der Suche nach dem Sinn: Sammelband //Geistigkeit, Freiheit und Verantwortung*]
- Jung C G (1998) Tavistockskije lektsiy. „Refl-book“, Vakler [*Tavistock-Vorträge*]
- Jaspers K (1997) Obtchaja psyhopatologija. ĩoskwa: Praktika [*Allgemeine Psychopathologie – dt. 1973, Berlin: Springer*]
- Konovalova A N, Lyhtermana L B, Potapova A A (1994) (Pod red) Spravochnyk po neyrotravmatologii. ĩoskwa: Vazar-Ferro [*Handbuch für Neurotraumatologie*]
- Längle A (2001) Exystentsialny analiz – najty soglasyje s schyznju. In: Moskovskiy psyhoterapevtychesky schurnal 1 (28), 5-23 [*Existenzanalyse – die Zustimmung zum Leben finden*]
- Längle A (2003) Psyhoterapyja – nauchnyy metod ily duhovnaja praktyka? O sootnosheniy medzdu immanentnym i transtzentalnym na primere exystentsialnogo analiza. In: Moskovskiy psyhoterapevtychesky dzurnal 2 (37), 7-34 [*Psychotherapie – wissenschaftliche Methode oder die geistige Praxis? Zum Verhältnis von Immanenz und Transzendenz am Beispiel der Existenzanalyse*]
- Längle A (2004) Vvedenye v exystentsialno-analitycheskuju teoriju emotzy: prykosnovenije k tzennosty. In: Voprosy psichologii 4, 3-21 [*Einführung in die existenzanalytische Emotionslehre: Wertberührung*]
- Längle A (2005) Grandyoznoje odynochestvo: nartsissizm s tochky zrenyja exystentsialno-analytycheskoy antropologii. In: Person. Exystentsialno-analytycheskaja teorija lychnosty. ĩoskwa: Genesis, 41-78 [*Die grandiose Einsamkeit: Narzissmus als anthropologisch-existentialles Phänomen. In: Längle A: Person. Existenzanalytische Theorie der Persönlichkeit*]
- Lichterman L B, Kornjenko V N, Potapov A A, Kuzmenko V A, Gorbunov V I, Troshyn V M (1993) Cherepno-mozgovaja travma: prognoz techenyja i ishodov. ĩoskwa: "Knyga LTD" [*Schädel-Hirn-Trauma: Prognose, Verlauf und Ausgang*]

Anschrift der Verfasserin:
Dipl.-Psych. Natalja Ignatjewa, Moskwa
natalja_ign@mtu-net.ru

Mein Leben besteht nur noch aus Angst

Fallschilderung zur Posttraumatischen Belastungsstörung

Barbara Jöbstl

Anhand einer Fallschilderung wird das Bild und der Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung (=PTSD) auf dem Boden einer vorbestehenden Störung beschrieben und gezeigt, wie dadurch die Traumaverarbeitung und -integration erschwert und ein ungestörter Lebensvollzug nachhaltig behindert sein kann.

Entstehung und Verlauf einer PTSD hängen nicht nur von der objektivierbaren Traumaschwere ab, sondern die individuelle Vulnerabilität der Person ist wesentlich entscheidender. Menschen mit Vortraumatisierungen und/oder vorbestehenden psychischen Erkrankungen tragen ein höheres Risiko, nach einem Trauma eine PTSD zu entwickeln, während die prätraumatische Stabilität und die Fähigkeit, individuelle Ressourcen zu aktivieren, eine protektive Wirkung entfalten, an einer PTSD bzw. Traumafolgestörungen zu erkranken. Regina, von der ich hier erzählen möchte, ist dem Trauma schutzlos ausgeliefert.

Als hysterisch verletzte Person schlittert sie in eine traumatisierende Beziehung, an deren Ende ein Mordversuch durch den Exfreund steht.

Regina entwickelt die klassischen Symptome der PTSD, die in der Folge chronifizieren, und darüber hinaus ein komplexes Störungsbild bestehend aus Angst, Depression, Dissoziation, Neigung zu suchtartigem Verhalten, Somatisierungen bis hin zu tief greifenden Persönlichkeitsveränderungen.

Die Fallschilderung sollen existenzanalytische Reflexionen über die Psycho-

Regina – Das Wichtigste aus der Biographie

Regina, 33 Jahre alt, hübsch und etwas „aufgedonnert“ in ihrem Erscheinungsbild, ist die ältere von zwei Töchtern. Ihre um 4 Jahre jüngere Schwester war von den Eltern immer bevorzugt worden. Sie selbst hätte gar nicht auf die Welt kommen sollen (ein Abtreibungsversuch war misslungen), – und wenn, dann als Junge.

Regina war ein Mädchen und – nicht gewollt. Das bekam sie von den Eltern, insbesondere von der Mutter, sehr häufig zu spüren; der Vater war aufgrund beruflicher Verpflichtungen sehr viel abwesend. Sie bekam wenig Beachtung, wurde sehr „kurz“ gehalten und früh schon für Arbeiten im Haushalt herangezogen.

Durch ein hoch angepasstes Verhalten, durch „Brav-Sein“ und der Mutter alle Wünsche von den Lippen ablesend, versuchte sie sich ihre Seinsberechtigung, etwas Beachtung, Anerkennung und Wertschätzung zu verdienen.

Die Mutter schrieb Regina die Verantwortung für ihr Wohlergehen zu, und

von ihren Vorstellungen abweichendes Verhalten wurde mit schweren Sanktionen bis hin zu Suiziddrohungen und Schuldzuweisungen, dass ihr Leben wegen Regina verpfuscht sei, beantwortet.

Als sie mit achtzehn ihren Eltern bekannt gab, dass sie schwanger sei, bekam sie eine „Watschen“.

Die Eltern zwangen sie wegen der Schwangerschaft zu heiraten, und so wechselte sie vom Elternhaus in die Ehe mit einem vermutlich narzisstisch gestörten Mann, der sich nach der Geburt des Sohnes von ihr total distanzierte, nachdem sie für ihn nicht mehr beliebig verfügbar war.

Die Ehe mutierte in eine Zweckgemeinschaft, in der Regina die alleinige Verantwortung für Kind, Haushalt und Garten zu übernehmen hatte, ihr Mann leistete einen finanziellen Beitrag, zwischen den beiden Eheleuten herrschte völlige Sprachlosigkeit.

Da sie alleine zu Hause mit dem Baby eine unerträgliche Leere befiel, ging sie ein halbes Jahr nach der Geburt wieder arbeiten, – Schichtarbeit in einer Druckerei als Hilfsarbeiterin, ei-

nen Beruf hatte sie nicht erlernen dürfen. Das Kind wurde währenddessen von den Eltern betreut.

Im Job war sie sehr beliebt wegen ihres übersprudelnden, lustigen, lebendigen Wesens, und weil man von ihr alles haben konnte. Sie ging gerne und viel weg, stand in Gesellschaft vorzugsweise im Mittelpunkt und hatte wechselnde Außenbeziehungen. Eines Tages verliebte sie sich in Josef, mit dem sie zusammen war, als Anton begann, ihr nachzustellen.

Eine histrionische Störung zeigt sich

Auf dem Hintergrund dieser Biographie entwickelte Regina eine histrionische Störung.

Sie war in ihrem eigenen Sosein nicht erwünscht, die Berechtigung für ihr eigenes Sein und der Wert ihrer Individualität ist ihr nicht zuerkannt geworden. Die Selbstfindung bzw. die Ausbildung eines authentischen ICH-Kernes hat durch die ständigen Grenzverletzungen und das Fehlen eines sie in ihrem Sosein anerkennenden, ernst nehmenden, wertschätzenden Gegenübers nicht stattfinden können.

Ein Zugang zu sich selbst, Beziehung zu sich fehlt, was sie darin behindert, in einer selbstverständlichen, sich zugewandten Art mit sich sein zu können. Ersatzweise erfolgt eine Außenorientierung, Anpassung an das Geforderte und Erwünschte, in einem auf Wirkung bedachten Inszenieren des eigenen Daseins in die Welt hinein, um damit ein Gefühl von Präsenz zu erlangen, das sie mit sich alleine nicht hat.

Regina ist also verletzt auf der Ebene der 3.Grundmotivation, in ihrem Selbstsein-Dürfen als Person, sie hat darin keine natürliche Basis und Förderung erfahren.

Regina und Anton

Anton arbeitete in der gleichen Fir-

ma. Regina kannte ihn schon lange vom Hören und Sehen, wusste, dass er geschieden war und einen Sohn hatte. Eines Tages begann er ihr auf charmante Weise den Hof zu machen. Regina lehnte ab, da sie sich zu der Zeit mit Josef, der ebenfalls verheiratet war, in einer Beziehung befand.

Antons Hartnäckigkeit führte schließlich dazu, dass sie sich erweichen ließ, auf einen Kaffee zu gehen, in der Hoffnung, dann Ruhe zu haben. Auf das hin stellte er ihr nur noch hartnäckiger nach, nötigte sie in unbeobachteten Momenten am Parkplatz der Firma mit ihm mitzufahren, beteuerte ihr überschwänglich seine Liebe, erzählte ihr, wie sich später herausstellte, Lügen über Josef und erpresste sie schließlich mit Selbstmorddrohungen dazu, mit ihm eine Beziehung zu beginnen.

Angst, Faszination und die erlebte Aufwertung durch die scheinbare Liebe (Selbstmorddrohungen) dieses attraktiven, charmanten Mannes von Welt ließen sie schließlich einwilligen.

Kurze Zeit später verliebte sich Regina in ihn und geriet zunehmend in eine Abhängigkeit.

Anton erwies sich sehr bald als Tyrann, der sie kontrollierte, ständig erpresste, ihr den Kontakt zu anderen Menschen, insbesondere Männern verbot, ihr die Art, sich zu kleiden, untersagte, der sie nötigte und begann, sie zu schlagen, wenn sie gegen seine Anweisungen verstieß.

Regina, die sich bis dahin als lebensfrohen Menschen erlebt hatte, der sich gerne schrill kleidete, schminkte und frisierete, begann ihr Äußeres zu vernachlässigen, sich sozial zurückzuziehen und in eine Lethargie zu verfallen, aus der heraus sie nur noch wie ein Roboter ihren Pflichten im Haus, als Mutter, in der Firma und als Geliebte von Anton nachkam.

Eines Tages kam sie dahinter, dass er von ihrem Konto Geld behob, und erfuhr von seiner Spielsucht. Bei Konfrontation leugnete er, geriet über Reginas Misstrauen in unbändige Wut und misshandelte sie.

Regina wurde immer verzweifelter. Es folgten mehrere Trennungsversuche, die Anton mit wiederholten Szenen von Drohungen, Entschuldigungen, Beteu-

erungen sich zu ändern, Tränen, Geschenken rückgängig zu machen verstand. Sie meinte, ihn zu lieben, glaubte seinen Beteuerungen und hatte vor allem immer wieder Mitleid mit ihm.

Allein es änderte sich nichts, im Gegenteil, seine gewalttätigen Impulsdurchbrüche wurden immer heftiger.

Ein abermaliger Trennungsversuch gelang. Regina begann, Treffen zu verweigern. Anton terrorisierte sie über einen langen Zeitraum hinweg telefonisch, bis sie eines Tages für eine Weile nichts mehr von ihm hörte.

Die Beziehung hatte sechs Jahre lang gedauert. In diesem Zeitraum begann Regina an Panikattacken und soziophobischen Ängsten zu leiden.

Die Schilderung sowohl ihrer Kindheit als auch der Beziehung zu Anton mit ihren grauenhaften Erlebnissen erfolgte auffallend emotionslos.

Reflexion

Wie ist das möglich, dass Regina in einer Beziehung so lange ausgeharrt hat, in der sie wie im Elternhaus funktionalisiert, benutzt, geformt nach dem Geschmack des anderen und missbraucht für seine Zwecke, misshandelt und gedemütigt worden ist?

Regina hat in ihrer Entwicklung ein Du gefehlt, sie ist als Person nicht gesehen worden, daher hat sie ihre eigene Mitte, ein kritisches und entscheidendes Selbstgefühl nicht entwickeln können. Das macht(e) sie zu einer leichten Beute innerer und äußerer Eindrücke und Begegnungen, und sie konnte/kann sich Übergriffen nicht abgrenzend entgegenstellen.

Was Regina im Elternhaus erfahren hat, wiederholte sich in ihren darauf folgenden Beziehungen: Entweder es war niemand zugegen, sie wurde beziehungslos sein gelassen wie in ihrer Ehe, oder sie wurde überrollt und übergangen zugunsten des anderen.

Dieses fehlende Erleben von Halt in der äußeren und inneren Begegnung spiegelte sich in ihren zu dieser Zeit auftretenden Panikattacken und soziophobischen Ängsten wider.

Mangel an Halt und Festigkeit in sich selbst, die fehlende innere Stellungnahme machten sie suggestibel, leicht zu überreden und ließ sie Antons Art,

um sie zu werben, als Bemühen um sie deuten. Sie erkannte die Übergriffigkeit und Respektlosigkeit ihrer Person gegenüber nicht.

Regina wehrte den Schmerz der Verletzungen und der fehlenden Personmitte durch ein übersteigertes „Gutsein-Wollen“, Leisten, Funktionieren und Mittelpunktstreben ab.

Antons verletzendes und übergriffiges Verhalten konnte sie zunächst nicht wahrhaben, später fiel sie in eine Erstarrung bis zum Gefühlsverlust.

Die Angst um ihr Leben entriß sie schließlich ihrer Lähmung und führte zur Beendigung der Beziehung.

Das Trauma

Regina hatte monatelang nichts mehr von Anton gehört.

Ängstliches Misstrauen ließ sie dennoch, immer wenn sie nach Hause kam, alle Gassen in der Umgebung ihres Wohnhauses abfahren, um auszuschließen, dass er ihr auflauerte.

An diesem einen Abend verzichtete sie jedoch darauf, nachdem sie von Anton einen flehentlichen Anruf erhalten hat, er sei in Kärnten, habe eine Autopanne und kein Geld für die Reparatur, sie möge ihm bitte ausnahmsweise noch einmal einen Geldbetrag auf das dortige Postamt anweisen.

Es war bereits dunkel, als Regina nach Hause kam.

Sie stellte ihr Auto ab, sperrte das Gartentor auf, ging auf die Haustüre zu, die sie soeben erreichte, als Anton plötzlich hinter dem Haus auftauchte und mit hasserfülltem Ausdruck auf sie zustürzte.

Regina erstarrte vor Schreck und blieb wie angewurzelt stehen mit dem entsetzten Gefühl von: „Jetzt ist es aus!“

Mit einer Hand den Hals im Würgegriff, mit der anderen Mund und Nase zuhaltend, drückte er sie gegen die Eingangstüre, bis sie bewusstlos war. In dem Moment kam die Nachbarin nach Hause, woraufhin Anton von Regina abließ und die Flucht ergriff.

Die Nachbarin verständigte Polizei und Rettung, unweit vom Haus wurde er aufgegriffen und inhaftiert. Bereits bei der ersten Einvernahme und so auch bei den folgenden gestand Anton seine

Mordabsicht. Regina erstattete zum ersten Mal, wenn auch mit schlechtem Gewissen, Anzeige gegen ihn. Noch lange Zeit suchte sie die Schuld für das Geschehene bei sich selbst und zeichnete ein völlig idealisiertes Bild von Anton.

Die Folgen

Eine Woche nach diesem Ereignis kam Regina, vom Hausarzt überwiesen, in meine Praxis.

Seit dem Ereignis leide sie an Schlaflosigkeit, unerträglichen Angst- und Bedrohungsgefühlen, besonders nachts, die Bilder des Erlebten spulten sich in ihrem Kopf wie ein Endlosfilm immer wieder ab.

Bis auf den Arztbesuch habe sie das Haus seit dem Geschehen nicht mehr verlassen, verbringe die meiste Zeit in ihrem Zimmer bei geschlossenen Fensterläden, wo sie tagsüber wie gehetzt hin und her gehe bei gleichzeitigem Gefühl von Erschöpfung und Kraftlosigkeit; nachts liege sie wie gelähmt, hellwach im Bett und lausche jedem Geräusch, wage es aber nicht aufzustehen und nachzusehen.

Sie fühle sich zur Zeit unfähig, sich um ihren Sohn zu kümmern, die Unterstützung der Eltern nehme sie zwar an, fühle sich aber wie abgeschnitten von der Familie und der restlichen Welt, wie betäubt.

Der Zustand sei so unerträglich, dass in den letzten Tagen Todesphantasien aufgetaucht seien.

Eine ihr vom Hausarzt nahe gelegte stationäre Einweisung habe sie abgelehnt, die Vorstellung, in einer fremden Umgebung von fremden Menschen umgeben zu sein, mache ihr Angst.

Regina erhält nun zusätzlich zur, vom Hausarzt eingeleiteten antidepressiven Therapie eine sedierende Medikation mit einem niedrigpotenten Neuroleptikum.

Damit gelingt es ihr in den Folgetagen, Schlaf zu finden und eine gewisse Distanzierung vom Geschehenen herbeizuführen.

Regina kommt zunächst zweimal wöchentlich zur Therapie, in der ersten Zeit begleitet von einer Freundin, nach etwa drei Monaten kommt sie alleine.

Das in der ersten Therapiephase kri-

senintervenierende, haltgebende, stützende, entlastende, strukturgebende Vorgehen zur Bewältigung eines jeden Tages wird nach mehreren Monaten abgelöst von einer beginnenden, vorsichtigen Konfrontation mit dem Ereignis und dessen Hintergründen.

Im geschützten, vertrauten Raum des Therapiesettings ist Regina inzwischen bereit zu sprechen und sich mit ihrer gemeinsamen Geschichte mit dem Täter auseinander zu setzen.

Ganz langsam klärt sich ihr idealisiertes Bild. Sie beginnt zu realisieren, dass er sie benutzt, missbraucht und manipuliert hatte, erkennt die Krankhaftigkeit seines Verhaltens, seiner Gewalttätigkeit, wird emotional aber noch hin und her gerissen zwischen Mitleid, noch bestehenden Zuneigung, Wut und Aggression.

Außerdem beginnt ihr zu dämmern, was sie da mit sich hat machen lassen...

Regina ist inzwischen in der Lage, den Haushalt zu führen, alleine zur Therapie zu kommen, einkaufen zu gehen, darüber hinaus jedoch dauert ihr Rückzug an.

Nach wie vor holen sie Erinnerungen, Bilder, Träume von dem Ereignis ein, die von heftigen Angstgefühlen und starken vegetativen Reaktionen begleitet sind. Nirgends fühlt sie sich sicher, überall vermutet sie Anton, an der Haustür taucht sein Bild regelmäßig wiederkehrend auf mit der Befürchtung einhergehend, dass sein nächster Versuch gelingen werde. Nachts hat sie Angst, sich in den Schlaf fallen zu lassen – er könnte auftauchen –, erst im Morgenrauen sinkt sie für wenige Stunden in einen unruhigen Schlaf. Beim leisesten Geräusch schreckt sie hoch.

Ein vom Facharzt zusätzlich verordnetes Schlafmittel und das in der Dosis gesteigerte Antidepressivum bringen nur wenig Erleichterung; eine Dosiserhöhung des Neuroleptikums toleriert Regina nicht, und ein Versuch mit einem Beruhigungsmittel schlägt ebenso fehl.

Die Ängste greifen weiter um sich, überall fühlt sie sich bedroht, zu anderen Menschen entsteht ein Gefühl der Entfremdung sowie wachsendes Misstrauen.

Die Stimmung ist zunehmend dep-

ressiv-resignativ gefärbt; sie fühlt sich ständig nervös, gereizt, ruhelos und reagiert ihrem Sohn gegenüber auf Kleinigkeiten hin mit Wutausbrüchen.

Nach jeder gerichtlichen Einvernahme verschlechtert sich die Symptomatik erheblich, und der Gedanke an die Gegenüberstellung mit dem Täter bei der Verhandlung oder gar an dessen Enthftung versetzt sie in Panik.

Die Diagnose der PTSD

Zu diesem Zeitpunkt sind etwa vier Monate vergangen.

Das Trauma als Ursache und die daraus resultierende Symptomatik zeigen nach den diagnostischen Kriterien (DSM IV, ICD 10) das Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung – und zwar einer chronischen Form, nachdem die Symptome bereits mehr als drei Monate andauern.

Es folgen nun die Definition und ein Überblick über die Symptomatologie des Störungsbildes.

Die PTSD ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, wobei dieses entweder lebensbedrohlich war oder die Gefahr einer ernsthaften Verletzung für den Betroffenen selbst oder einen anderen in sich getragen hat und mit großer Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt wurde.

Das Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen),
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung trauma-assoziiierter Stimuli),
- Emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessesverlust, innere Teilnahmslosigkeit).

Überlegungen zur Ätiopathogenese und Psychopathologie der PTSD insbesondere aus existenzanalytischer Sicht

Die bestehenden ätiopathogenetischen Konzepte (psychodynamische,

lerntheoretische, kognitive, neurobiologische Modelle) sind sich, ausgehend von unterschiedlichen Ebenen, weitgehend darin einig, dass bei der Entstehung der PTSD eine Störung der Informationsverarbeitung durch die traumatische Erfahrung und die fehlende Integration deren Inhalte eine maßgebliche Rolle spielt. Diese nicht integrierten Erfahrungen stehen so – bildlich gesprochen – für sich alleine da, abgespeichert in isolierten neuronalen Netzwerken mit fehlendem Informationsaustausch zu anderen neuronalen Strukturen, nicht integriert in innere Ordnungsschemata bzw. in den Kontext biographischer Erfahrungen. So sind sie jederzeit stimulierbar bzw. aktivierbar durch Triggerreize auf dem neurobiologischen Boden trauma-reaktiver Sensibilisierung zentraler stressregulierender Hormon- und Transmittersysteme, was das unkontrollierte Wiedererleben der traumatischen Erfahrung mit allen vegetativen, affektiven, kognitiven, dissoziativen Begleiterscheinungen usw. zur Folge hat.

Auch darin sind sich alle Konzepte einig, dass die Vulnerabilität einer Person von der prätraumatischen Reagibilität sowie von konstitutionellen neurobiologischen und neuroendokrinen Faktoren abhängt.

Näher möchte ich darauf nicht eingehen, sondern nun vielmehr einen existenzanalytischen Verständniszugang versuchen.

- Was zeigt sich in der PTSD?
- Was bedeutet ein derartiges Trauma für das Person-Sein?

Regina war einem Mordversuch ausgesetzt, der sie um Haaresbreite das Leben gekostet hätte.

Blitzartig, aus heiterem Himmel, völlig unerwartet war ihr Leben plötzlich bedroht, durch ihren Exfreund, zu einem Zeitpunkt, wo sie sich vor ihm sicher gefühlt hatte.

Das sie ergreifende Entsetzen und die sie überwältigende Angst angesichts der hasserfüllten, von Vernichtungswunsch gezeichneten Fratze ihres Exfreundes lassen sie erstarren und nehmen ihr die Fähigkeit zu schreien oder

zu flüchten, sich in irgend einer Art zur Wehr zu setzen.

Gewaltsam bricht Unfassliches, nicht für möglich Gehaltenes von einem ihr nahen Menschen in ihr Leben herein und führt zu einer Erschütterung der Existenz bis in ihre Grundfesten.

Das ist Begegnung mit der reinen Haltlosigkeit – in der Welt und in sich selbst –, in der sich das Sein nicht mehr bergen kann.

Im Erleben spiegelt sich diese Haltlosigkeit als massive, überflutende Angst wider und als Gefühl sich aufzulösen, innerlich zu „zerbröseln“, sich verloren zu gehen.

Das Grundvertrauen in den Halt des Seins und die Fähigkeit der Person mit dem Geschehenen in einen Umgang zu kommen, es zu verarbeiten und integrieren, wird erschüttert. Sie ist sich selbst abhanden gekommen, hat daher keinen Zugang zu ihren Ressourcen und kann so dem Geschehen nichts entgegenstellen.

Auf der körperlichen Ebene resultiert daraus ein generalisierter Erregungszustand in Form seelischer und körperlicher Anspannung.

Bei der PTSD hält dieser Zustand an. Die Erschütterung, Verunsicherung, Schutzlosigkeit nach außen und innen, das Gefühl, dass jederzeit alles passieren kann, und das eigene Insuffizienz-erleben führen zu erhöhter Angst und Alarmbereitschaft. Geringe Reize, die an das Erlebte erinnern, führen zu einem Wiedererleben des Traumas mit all seinen psychischen und körperlichen Reaktionen.

Die ständig erhöhte Alarmbereitschaft zeigt sich in Form von Schlafstörungen, Reizbarkeit, erhöhter Vigilanz und Schreckhaftigkeit.

Nach außen hin entwickelt sich eine feindlich-misstrauische Haltung der Welt gegenüber, nach innen hin Hoffnungslosigkeit und Leere.

Die Person verliert ihre Wirkmächtigkeit, das Ich als Akt-Zentrum versagt, sodass eine Schutzhaltung in Form psychodynamischer Schutzreaktionen bzw. Copingreaktionen als frustrierender Bewältigungsversuch bzw. zum Gewährleisten des Überlebens die Führung übernimmt.

Viele Copings treten gleichzeitig in Aktion und führen bei einer Fixierung

zu einer Reihe von Komorbiditäten, wie wir später noch sehen werden.

Als die wichtigsten Copings finden wir bei der PTSD das Vermeiden, Flüchten, Bekämpfen und den Totstellreflex.

Wiedererleben in Form von Intrusionen und Träumen sind ein kämpferischer Versuch einer Verarbeitung.

Jegliche Reize, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden, werden vermieden. Durch sozialen Rückzug, Entfremdung, Passivierung bis hin zu Resignation und Lähmung, durch Amnesie und Dissoziation wird zwar ein Schutzwall gebaut, der die Bedrohung draußen hält, aber damit auch den Welt- und Selbstbezug stört.

Die Folgen sind: Verlust von Vertrauen, Verlust von Gefühl für das Leben und von Dialogfähigkeit; Sinnloskeits-erleben bis hin zur Suizidalität.

Durch ein Trauma in der Art und Weise wie oben beschrieben erschüttert zu werden und mit einer vorübergehenden Symptombildung im Sinne einer akuten Belastungsreaktion zu reagieren, ist noch nicht krank. Da, wo die Erschütterung nicht zur Ruhe kommt, wo eine Verarbeitung und Integration nicht gelingt, kommt es zu Chronifizierung und Komorbiditäten.

Begünstigend wirken mangelhafte Verankerung im Seinsgrund durch gestörtes Grundvertrauen und mangelndem Halt in sich selbst.

Fortsetzung der Fallschilderung

In ihrer abgekapselten Welt fühlt sich Regina relativ sicher, zu Anton hat sie Abstand gewonnen. Erstmals schleichen sich Wut- und Hassgefühle gegen ihn ein.

Inzwischen hat Josef wieder zu ihr Kontakt aufgenommen. Sie treffen sich regelmäßig, und er möchte wieder eine Beziehung.

Zu dieser Zeit verlor sich unser Kontakt, Regina hatte zuletzt Termine wiederholt nicht wahrgenommen.

Vier Monate später meldete sie sich in Panik angesichts der bevorstehenden Gerichtsverhandlung, zu der sie als Zeugin geladen war, wieder.

Die Verhandlung

Wie in Trance absolvierte Regina

ihre Zeugenaussage und verließ danach sofort das Gericht.

So wurde sie nicht Zeuge davon, wie Anton in seiner Aussage sein Geständnis des beabsichtigten Mordes widerrief und unter Tränen beteuerte, dass er nur das Gespräch mit Regina gesucht habe und ihr deshalb Mund und Nase zugehalten habe, weil sie zu schreien begonnen habe. Er zeichnete in seiner Aussage eine herzerreißende Geschichte seiner Beziehung zu Regina, die ihn als den sanften, liebevollen Liebhaber darstellte und Regina als die Furie, die Forderungen stellte und mit ihm spielte.

Die vom Staatsanwalt erhobene Klage des versuchten Mordes wird vom ausschließlich weiblichen Geschworenenrat einstimmig zurückgewiesen und als schwere Nötigung befunden. Der Angeklagte wird zu 18 Monaten teilbedingter Haft verurteilt und noch im Gerichtssaal enthaftet.

Regina hört das Urteil ungläubig und fassungslos, gleichzeitig hatte sie so etwas geahnt, da sie selbst oft genug erlebt hatte, wie Anton sie mit seiner Mitleidsmaske um den Finger gewickelt hat.

Ihr Martyrium nimmt in potenzierte Form seinen Fortgang.

Nach zehn Monaten Krankenstand hat Regina inzwischen ihren Job verloren und wird vom AMS übernommen. Es ist offenkundig, dass sie nicht arbeitsfähig ist.

Sie ist überzeugt, dass Anton versuchen wird, sie umzubringen, zumal noch eine Schmerzensgeld- und Schadenersatzklage gegen ihn läuft. Sie fürchtet weitere Verhandlungen, weitere Gerichtstermine, weitere Konfrontationen mit ihm, möchte am liebsten auf alles verzichten, nur um Ruhe zu haben.

Allein das ist nicht möglich, das juristische Geschehen nimmt seinen Lauf, es folgen erneute Einvernahmen und damit verbundene Verletzungen und Demütigungen.

Mittlerweile sind drei Jahre vergangen. Die Gerichtsverfahren sind immer noch nicht abgeschlossen, Regina lebt nach wie vor ein zurückgezogenes Leben in ihrem Haus, hat keinerlei sozia-

le Kontakte, außer zu Josef, mit dem sie wieder eine Beziehung eingegangen ist. Die Sprachlosigkeit in der Ehe dauert an.

Regina ist weiterhin arbeitslos, absolvierte auf Betreiben des Arbeitssamtes einen Berufsrehabilitationskurs über 2 Monate, den sie mit knapper Not durchhielt.

Angst- und Panikzustände begleiten sie Tag für Tag, heftige vegetative Reaktionen und Schlaflosigkeit, häufig musste sie während des Kurses den Raum verlassen und erntete bei den Kollegen Verwunderung und Unverständnis.

Im Rahmen des Kurses wurde ihr auch deutlich, dass sie kaum noch in der Lage war, sich auf ein Gespräch mit anderen einzulassen, sie fühlte sich total minderwertig und ohne jegliches Selbstbewusstsein, entfremdet von der Welt und emotional abgestumpft, misstrauisch allen Menschen gegenüber, wo sie früher zu naiv und leichtgläubig gewesen war. In unterschiedlichen Situationen erfolgte ein Wiederbeleben der traumatischen Affekte, z. B. wenn sie sich alleine mit einem Mann in einem Lift befand.

Selbst zu Josef, der sich sehr um sie bemüht, gelingt es nicht, Vertrauen aufzubauen. Wenn sie bei ihm Ähnlichkeiten oder vermeintliche Ähnlichkeiten zu Anton entdeckt, verzerrt sich Josefs Erscheinungsbild und sie sieht Anton vor sich, was unkontrollierte impulsive Affektdurchbrüche oder Fluchtreaktionen nach sich zieht, zuletzt Erstarung und Gefühllosigkeit. Verzweiflung, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit machen sich immer mehr breit. Selbstvorwürfe, dass alles so gekommen ist, und Schuldgefühle plagen sie. Um sich Erleichterung zu verschaffen, greift sie immer wieder zum Alkohol oder gibt sich unkontrollierten Essattacken hin.

Sie fühlt sich selbst wertlos, erlebt ihr Leben als sinnlos und entwickelt wieder vermehrt Suizidphantasien.

Regina hatte die Therapie wieder seit mehreren Monaten unterbrochen und meldet sich unter diesem steigenden Leidensdruck, um die Gespräche fortzusetzen.

In der Zwischenzeit hatte sie auch mit massiven gesundheitlichen Proble-

men zu kämpfen (zwei Bandscheibenvorfälle, ein Schlüsselbeinbruch und eine schwere Knieverletzung im Rahmen zweier Stürze). Im Zuge der Verletzungen wurde eine Osteoporose festgestellt.

Mein spontaner Eindruck dazu ist, dass sich die Brüchigkeit und Haltlosigkeit bis in die körperliche Substanz hinein manifestiert hat.

Zuletzt gesellten sich unerklärliche Lähmungserscheinungen des linken Armes dazu.

Reflexion

Wir sehen also, dass die Störung um sich gegriffen hat und eine komplexe Ausweitung und hartnäckige Fixierung in Copingmustern erfahren hat. Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Beziehungsgestaltung und die soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit sind nachhaltig beeinträchtigt, sodass man hier eindeutig vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprechen kann.

Auf brüchiger Basis, haltlos in ihrem Selbstsein und verunsichert in ihrem Dasein-Können trifft Regina das Trauma, der Mordversuch.

Dieser trifft sie nicht zufällig, beliebig, sondern er gilt ihr persönlich. Sie ist ausdrücklich gemeint, dieser vernichtende Übergriff durch den Exfreund bedroht also sie als Person und ihr Sein.

Sie hat dieser grausamen Erschütterung nichts Festes entgegenzusetzen, sondern diese trifft auf eine vorbestehende Erschütterung, die zu einem Beben verstärkt wird, das, immer wieder aufgeschaukelt durch trauma-assoziierte Stimuli, nicht mehr zur Ruhe kommt.

Jede Erinnerung, jede Assoziation bringt den Damm zum Brechen und lässt die Wogen der Angst hochgehen. Immer wenn sie sich als Person verletzt oder nicht gesehen fühlt, wenn sie Ungerechtigkeit erfährt, wird sie mit voller Wucht in ihrer Schutzlosigkeit getroffen, wird ihr Sein-Können in Frage gestellt und führt zu einer heftigen Wiederbelebung der traumatischen Affekte, worauf ein kopfloses Reagieren im Sinne von Copingreaktionen folgt.

Die Konfrontationen mit der Justiz, der Ausgang der Verhandlung, die Untersuchung beim Gerichtspsychiater

sind Retraumatisierungen, der flüchtige Schmerz über die Ungerechtigkeiten wird von einer Flutwelle der Angst weggeschwemmt und in der reaktiven Abwehr erstickt.

Entsprechende Situationen, Gefühle, Gedanken oder Erinnerungen sind nicht auszuhalten und werden durch ein impulsives psychodynamisches Reagieren, das wie ausgeklinkt wirkt, abgewehrt.

Die situative Informationsverarbeitung bleibt auf der Ebene der primären Emotion stecken. Das Verhalten wird von Affektivität getragen und nimmt durch fehlendes Verstehen, Stellungnehmen und damit nicht entschiedener Willensbildung und Handlung nicht Bezug auf die reale, von der Situation ausgehende Botschaft, sondern auf die im Subjekt erzeugten Affekte.

Der Zugang zur eigenen Emotionalität, ein adäquates Erleben der Situationen wird blockiert durch erhöhte Schreckhaftigkeit, Nervosität, Gereiztheit, leichte Irritierbarkeit. Die Beziehung zu sich selbst und zur Welt, die personale Dialogfähigkeit geht verloren.

Der zunehmende Rückzug führt zu geistiger und emotionaler Verarmung und Leere, die anfällig für Suchtentwicklung machen. Der Mensch fühlt sich wie ein Zuschauer im eigenen Leben (so hat es Regina einmal formuliert), er wird gelebt auf der Reaktions-ebene durch ein Programm sich wiederholender Muster.

Die PTSD mündet also bei Regina auf dem Boden vorangegangener Traumatisierungen und daraus resultierender Ich-Schwäche in eine nachhaltige Ich-Blockade mit Störung des personalen Verarbeitungsprozesses. „Begünstigend“ für eine solche Entwicklung ist, dass das Trauma durch eine andere Person zugefügt wurde.

Auf der Strukturebene zeigt sich eine Mitbeteiligung aller vier Grundmotivationen. Ein ruhiges Dasein-Können ist nicht mehr möglich, Angst macht sich breit. Das Leben-Mögen kommt abhanden, Beziehungsfähigkeit und Lebensfreude gehen verloren, Depressivität ist die Folge.

Der Selbstwert geht in Brüche, Ent-

fremdung nach innen und außen findet statt. Da ist kein Gegenüber und damit kein Dialog mehr.

So gelingt es nicht mehr, sich antwortend auf die Anfragen der Welt einzulassen, was zu Weltverschlossenheit und damit Verlust an Sinnorientierung und Zukunftsperspektive führt.

All das ist bei der akuten PTSD vorübergehender Natur, also reversibel. Das Vorhandensein guter individueller, personaler, konstitutioneller Ressourcen und dazu ein gedeihliches soziales Umfeld geben Schutz und erleichtern die Integration des Traumas.

Bei Überwiegen von Risikofaktoren, vorangegangenen Traumatisierungen, mangelhaften personalen Ressourcen, bei schlechter Selbstwirksamkeit bzw. vorbestehender Schädigung der Persönlichkeitsstruktur sind die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung, die Ausbildung von Folgestörungen und die Verfestigung zur Persönlichkeitsstörung erhöht.

Wie geht es mit Regina weiter?

Wie aus meiner Schilderung hervorgeht, hat Regina die Therapie mehrmals unterbrochen. Immer wenn sie so weit entlastet war, dass der Alltagsvortrag in ihrem eingeschränkten Rahmen möglich war, blieb sie fern und meldete sich dann wieder, wenn es ihr schlechter ging - etwa im Zuge einer bevorstehenden Gerichtsverhandlung, oder wenn sie Befunde resp. Bestätigungen für diverse Stellen brauchte. Darin zeigt sich ihre Beziehungslosigkeit zu sich selbst, das Unvermögen, sich selbst ernst zu nehmen, und im Effekt auch eine Beliebigkeit in der therapeutischen Beziehung, die in mir das Gefühl hervorrief, benutzt zu werden. Diese fehlende Kontinuität mit sich selber und die Suche nach ihrem Wohl im außen belegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung.

Ohne Vorwurf habe ich die Therapieunterbrechungen angesprochen, ihr rückgemeldet, wie sie da mit sich selbst und mit mir umgeht, habe dazu Stellung genommen, ohne zu vermitteln, dass unsere Beziehung dadurch gefährdet sei.

Diese Beständigkeit ermöglichte ihr schließlich auch zuletzt wiederzukom-

men, als ihr Leidensdruck weiterhin angestiegen war. Das anhaltende Scheitern und die zunehmende Unerträglichkeit ihrer selbst und ihres Lebens schürten Verzweiflung und Suizidalität, und sie kam mit den Worten: „So will ich nicht mehr weiter, entweder ich bringe mich um, oder ich tue was!“

In ihren Worten war eine Entschiedenheit spürbar, die ich bis dahin bei ihr noch nicht gekannt hatte. Ich hatte das Gefühl, dass sie es jetzt wirklich angehen wollte.

Es wird noch ein langer Weg werden, bis Regina Boden findet, der sie trägt, bis sie sich selbst und ihre Gefühle zu fassen bekommt, bis sie ihr eigenes Leben findet und Vertrauen in den Halt des Seins.

Wie weit das gelingen kann, steht offen.

Ich spüre, dass ich diesen Weg mit ihr gehen mag, ihr ein Gegenüber sein mag, das in beziehungsvoller Art Halt gibt und sie ernst nimmt, damit es ihr vielleicht eines Tages möglich wird, sich in ihrem Personsein, im Schmerz ihres Verletztseins zu fühlen und in Empfang zu nehmen ...

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. Jöbstl Barbara,
8047 Graz
Neudörfl 38
barbara.joebstl@aon.at*

Fallbeispiel einer Borderline-Patientin mit psychotischem Erleben

Karin Matuszak-Luss

Anhand eines Fallbeispiels wird versucht, psychotisches Erleben bei Borderline-Patientinnen/-Patienten aufzuzeigen, das nicht durch Drogenmissbrauch hervorgerufen wird und über das Ausmaß der kurzen reaktiven Psychosen im Sinne einer Übertragungspsychose hinausgeht. Ein allgemein klinisch-diagnostischer/differentialdiagnostischer Diskurs leitet zur Betrachtung des psychotischen Erlebens vonseiten der existenzanalytischen Strukturtheorie über. In der Folge wird das spezielle psychotherapeutische Vorgehen aus existenzanalytischer Sicht dar-

Der Erstkontakt

Der Erstkontakt zwischen Frau E. und mir erfolgte telefonisch. Nachdem geklärt war, dass ich prinzipiell einen Therapieplatz zur Verfügung stellen könne, sagte Frau E., dass sie unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leide und gelegentlich psychotische Erlebnisse habe. Diese hätte sie gut im Griff, ich bräuchte deswegen nicht beunruhigt zu sein. Differentialdiagnostisch sei sie abgeklärt, über die Behandlung in der Psychiatrie sei sie sehr unglücklich. „Aber vielleicht erwarte ich auch zu viel“, meinte sie. Die von der Klinik empfohlene Medikation habe sie wegen Nebenwirkungen wieder abgesetzt. Frau E. erwähnte, dass sie sehr viel über Borderline gelesen habe. Außerdem betonte Frau E. mehrmals am Telefon, dass sie bald einen Termin bräuchte, da es ihr nicht gut ginge. Wir vereinbarten in der kommenden Woche einen Erstgesprächstermin.

Beschreibung der Patientin

Frau E. ist eine kleine, vollschlanke Frau mit schwarzem halblangem Haar, das sie gelegentlich offen trägt, meistens jedoch zu einem losen Zopf zusammenbindet. Sie trägt dezente, jedoch modisch akzentuierte Kleidung in gedämpften erdigen Farben. Ihr Teint ist blass, sie errötet schnell, wenn ihr etwas unangenehm ist bzw. ihr etwas oder jemand zu nahe tritt. In sehr gestressten Zeiten sind das Gesicht und der Hals rötlich marmoriert.

Die Patientin spricht in einem hastigen Duktus. Die Sprachmelodie moduliert dem Inhalt angepasst. Spricht Frau E. über ihr unangenehme Dinge, wird sie

immer leiser, meistens versucht sie durch ein mädchenhaftes Lächeln die empfundene Scham, Peinlichkeit und/oder Traurigkeit zu verbergen. Beim Nachfragen meinerseits kommt oft ein dahingehauchtes, manchmal ein etwas kokettes: „Ich weiß nicht“. Frau E. begrüßt mit einem festen Handschlag, löst die Hand jedoch in Blitzeile und geht mit einem schnellen Schritt und eingezogenem Kopf in das Therapiezimmer. Sie setzt sich hektisch nieder und wirkt ständig wie am Sprung, selten lehnt sie sich in den Sessel zurück. Die Hände hält sie zumeist ineinander verschränkt am Schoß, oder sie „spielt“ mit einem Schal, der sie vor Auflösung und Zersetzung schützen soll, wie ich im Verlauf der Therapie erfahre.

Frau E. ist Graphikerin und akademische Malerin und arbeitet in einer Werbeagentur. Fachlich bedeutet diese Tätigkeit keinerlei Probleme, die Patientin schätzt sich für diese Tätigkeit überqualifiziert ein. Der Kontakt mit Kollegen und Kolleginnen ist für Frau E. nervenaufreibend und äußerst belastend, da sie sich ständig in der Verteidigungsposition erlebt und mögliche und tatsächliche Angriffe abzuwehren versucht.

Die Patientin lebt alleine in einer kleinen Mietwohnung. Ursprünglich stammt sie aus Kärnten. Sie hat eine ältere Schwester, die ebenfalls ledig ist und alleine in der Heimatstadt wohnt. Diese Schwester kämpft mit einem Drogenproblem. Jeder in der Familie weiß davon, aber es wird nicht darüber gesprochen. Der ältere Bruder der Patientin ist verheiratet und hat sich seit seiner Pubertät zunehmend von seiner Kernfamilie entfernt.

Zu ihm hält Frau E. einen losen Kontakt.

Die Mutter von Frau E. ließ sich von ihrem Mann, dem Vater der Patientin, scheiden, als diese acht Jahre alt war. Es gab zwar regelmäßigen Kontakt zum Vater an den Wochenenden, jedoch erlebte die Patientin ab dem Zeitpunkt der Scheidung die Beziehung zu ihrem Vater als beendet und nicht erwünscht. Für die Mutter und die beiden Geschwister war der Vater nur mehr der Böse, und somit durfte nichts Positives mehr über ihn gesagt werden.

Frau E. beschreibt ihre Mutter als sozial völlig isoliert und zurückgezogen sowie ausgesprochen ängstlich und depressiv. Sie nehme immer wieder Psychopharmaka, die ihren Zustand auch nicht wesentlich verbesserten. Am liebsten sei die Mutter mit ihren Hunden alleine zu Hause. Sie ist laut Angaben ihrer Tochter eine leistungsorientierte Frau, die immer das Optimum von ihren Töchtern in Bezug auf schulische und berufliche Leistung verlangt hätte.

Sie hätte die Kinder immer gegeneinander ausgespielt. Z.B. „Die Susanne hat viel besser abgewaschen als du!“ Das soeben erzielte „Sehr-gut“ der Patientin auf die Lateinschularbeit war selbstverständlich und wurde nicht erwähnt. Susanne aber wurde gesagt: „Elisabeth ist viel tüchtiger als du, sie hat einen Einsen auf die Lateinschularbeit bekommen, du nur einen Dreier.“

Die psychotische Symptomatik

Da sich die Fragestellung dieses Artikels speziell auf die psychotische Symptomatik bei Borderline-Patienten/innen bezieht, verzichte ich auf die Beschreibung der Settingvereinbarungen im Rahmen eines Borderline-Behandlungskonzeptes als psychotherapeutischen Interventionsschritt und verweise auf die einschlägige Literatur (Kernberg 1998; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001). Ebenso sehe ich von einer genauen Schilderung der einzelnen Therapiephasen so-

wie der darin behandelten Inhalte ab und beschränke mich auf die Beschreibung der therapeutischen Interventionen in Bezug auf die psychotischen Symptome.

Die Schilderung des psychotischen Erlebens war u.a. ein erklärtes Therapieziel von Frau E., da sie viele Details ihres Erlebens noch nie jemandem erzählt hatte und alleine, trotz ihres psychopathologischen Wissens, nicht damit fertig wurde. Nach vier Monaten kontinuierlicher Therapie mit einer einwöchigen Sitzungsfrequenz war die Vertrauensbasis zwischen Frau E. und mir soweit angewachsen, dass sie von sich aus versuchen wollte, die „sie quälenden und ihr Leben ver hindernden Symptome“ in Worte zu fassen.

Frau E. meinte, dass sie schon immer Probleme gehabt habe, diese seien aber erst mit ihrer beruflichen Krise während ihrer ersten Anstellung als Werbegraphikerin voll zum Ausbruch gekommen. Sie habe schon als Kind das Gefühl gehabt, anders als die anderen zu sein und keinen Boden unter den Füßen zu haben. Als jüngstes von drei Kindern erlebte sich Frau E. als Mitläuferin, als eine, die halt auch da war, der aber kein besonderes Augenmerk geschenkt wurde: „Ich wurde mit allem versorgt, was ich zum Leben brauchte, aber mehr war nicht drinnen, für mehr hatte die Mutter keine Zeit und auch keine Kraft (Partnerprobleme, drei Kinder, Haushalt, eigene psychische Probleme)“. Frau E. war kein geplantes Kind, die Ehe der Eltern war zum Zeitpunkt ihrer Geburt bereits sehr schwierig. Die Patientin beschreibt ein grundlegendes Gefühl von „ich störe, muss Rücksicht nehmen, darf eigentlich gar nicht da sein“. Es mündet für sie in ein Erleben von „wie ich hätte etwas angestellt, wie ich hätte meine Eltern umgebracht“. (Als drittes Kind hätte sie die Position der Mutter zementiert, die finanzielle Situation sei durch ihr Auf-die-Welt-Kommen noch angespannter geworden und die Kluft zwischen den Eltern noch größer.) Als Kind hatte sie öfters den Eindruck, nicht mehr zu denken und nicht mehr zu spüren. Dieses Erleben brachte Frau E. im Verlauf der Therapie mit dem Abstellen jeglicher Gefühle ihrerseits seit dem Verlassen der Familie durch den Vater in Verbindung.

Die eigentliche Krise begann mit ihrer ersten Anstellung als Werbegraphikerin. Die Tätigkeit in dieser Werbeagentur nahm sie nur an, weil sie sich im Vorstellungsgespräch in ihren zukünftigen Chef verliebt hatte. In Mittags- oder Kaffeepausen besprach ihr Chef immer wieder in der Gegenwart anderer Kollegen, oder auch mit ihr alleine, seine privaten Beziehungsprobleme. Das spornte die Patientin zu noch mehr Leistung und Einsatz für die Agentur an, in der Hoffnung, dass ihr Chef über ihren Arbeitseinsatz merken werde, was für ein wertvoller Mensch und was für eine wunderbare Frau sie sei. Überstunden erschöpften nicht, – ganz im Gegenteil – beschwingten sie, da sie merkte, wie sehr sie gebraucht wurde. In der wenigen Freizeit besuchte sie noch Sprachkurse, um auf anderen Gebieten ebenfalls intellektuell fit zu bleiben. Das für sie so wichtige Malen kam in dieser Zeit aus Zeitmangel zu kurz. Als es um die alleinverantwortliche Übernahme von einem größeren Projekt durch einen in der Agentur tätigen Werbegraphiker ging, wurde Frau E. nicht mit dieser Aufgabe betraut. Klärungsversuche vonseiten der Patientin wurden von ihrem Vorgesetzten immer abgetan mit dem Hinweis, dass doch alles in bester Ordnung sei. Durch noch mehr Arbeitseinsatz versuchte Frau E. ihren Vorgesetzten davon zu überzeugen, dass sie die geeignetere Person für dieses Projekt sei und er seine Entscheidung revidieren solle. Sie konnte die Bevorzugung eines jüngeren Kollegen nicht fassen. Sie spürte sich immer weniger, immer wieder erfasste sie eine unbändige Wut auf ihren Chef, die von der Angst begleitet war, sich oder ihrem Chef etwas anzutun. Gelegentlich hörte sie Stimmen, die sie beschimpften und verlachten. Langsam entwickelte sich das Gefühl, dass sie sich in Teile auflöse und es sie gar nicht mehr gebe. Bei einem weiteren Versuch, die unerträgliche Situation in der Agentur mit ihrem Chef zu klären, antwortete dieser: „Reagieren Sie nicht so über, vielleicht kann Ihnen die Agentur doch nicht den notwendigen Hintergrund geben. Sie bekommen die Aufträge, die ich für Sie als geeignet erachte. Sie können sich aber gerne anderweitig umsehen.“ Dieser letzte Satz erschütterte die Patientin dermaßen, dass sie nach Fassung

ringend noch einigermaßen geordnet die Agentur verlassen konnte. Am Nachhauseweg fiel sie nieder und wusste plötzlich nicht mehr, wo sie war. Sie konnte nur mehr weinen. Ob in dieser Zeit auch das Erleben begann, dass eine böse Macht sie von innen heraus auflöse, konnten wir bis dato nicht klären. Im Erleben der Patientin ist dies das schlimmste Gefühl von allen geschilderten Symptomen.

Als das Großprojekt offiziell dem jüngeren Kollegen überantwortet wurde, erlebte die Patientin einen völligen Zusammenbruch, der an der Oberfläche von zahlreichen Körperbeschwerden (Gastritis, Kopfschmerzen, Verspannungen, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen) charakterisiert war. In ihrem Inneren verstärkten sich die obig beschriebenen psychischen Symptome. Ihr Hausarzt verordnete ihr einen Krankenstand. Der somatische Genesungsprozess dauerte einige Wochen. Aus dem Krankenstand zurück, beendete Frau E. alle begonnenen Arbeiten in der Agentur. Danach erschien Frau E. die Kündigung als die einzige Möglichkeit, ihr Gesicht zu wahren.

Nach dem Ausscheiden aus der Werbeagentur und dem Verlust der stützenden Arbeitsstrukturen intensivierten sich die beschriebenen psychischen Symptome mehr und mehr. Dadurch war Frau E. über eineinhalb Jahre unfähig, sich um einen Job umzusehen. Die einzigen wirklichen Bezugspersonen waren eine Freundin aus der Studienzeit und der behandelnde Hausarzt, dem die Patientin aber nur die verschiedenen körperlichen Begleitsymptome erzählte. Die Familie in Kärnten, die sie immer wieder besuchte, wusste zwar, dass sie ohne Job war, aber nichts von ihrer psychischen Krise. Zu Beginn meinte die Mutter, dass sie sich mal ausruhen solle, nach einigen Monaten aber vertrat sie den Standpunkt, dass die Sache in der Agentur bestimmt nicht so schlimm gewesen sei und sie sich das alles nur eingeredet habe.

Auf Initiative der Freundin bewarb sich Frau E. nach der langen Arbeitslosigkeit bei der Werbeagentur, bei der sie nach wie vor tätig ist.

Erst lange nach der Symptombeschreibung und Kontextschilderung war es Frau E. in der Therapie möglich, ihr selbstaggressives (autoaggressives)

Verhalten zu beschreiben: Sie setzt sich dann massive Kratzwunden bzw. fügt sich oberflächliche Ritzwunden zu, schlägt mit den Fäusten auf sich ein – sehr oft verbunden mit dem Zwangsgedanken, sich ein Messer in den Körper zu rammen.

Die beschriebene Symptomatik erlebte die Patientin seit der sich zuspitzenden Situation in der Werbeagentur in unterschiedlicher Intensität, abgeklungen ist sie jedoch nie. Es gab immer wieder monatelange Phasen, in denen sie nicht von Stimmen geplagt war und sie ihren Körper als zusammengehörig und kompakt erlebte. Bei äußeren Belastungen verschlechterte sich das Befinden der Patientin jedoch wieder. In der gesamten Zeitspanne ging Frau E. nie in Krankenstand. Sie versuchte, bei einer Intensivierung ihrer Symptome, das Hauptgewicht ihrer Tätigkeit außerhalb der normalen Dienstzeit zu verlegen, so dass sie dann alleine in der Agentur war und durch soziale Kontakte nicht zusätzlich irritiert wurde.

Klinische Diagnose und Differentialdiagnose (DD)

In der Konzeptualisierung des Borderline-Begriffs läuft eine duale Entwicklung zwischen einer symptomatologisch-deskriptiven Herangehensweise, die ihren Ursprung in der klinischen Psychiatrie hat, und einer psychodynamisch-psychostrukturellen Herangehensweise, die von neoanalytischen Ansätzen geprägt ist.

Im deutschsprachigen Raum wurden die Grenzfälle zwischen klassischen Neurosen und den Psychosen zunächst als „Impulsneurosen“ (Reich 1925), „Als-ob-Persönlichkeiten“ (Deutsch 1934) und als „schizoide Neurosestrukturen“ (Schultz-Hencke 1940) beschrieben. Seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts gewannen psychoanalytische Konzepte an Bedeutung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten/innen. Dabei stellte die Theorie der Objektbeziehungen einen entscheidenden Schritt im Verständnis der Borderline-Störung dar. Im ICD-10 finden wir die Borderline-Störung (ähnlich dem Konzept von DSM-IV) aufgeteilt auf die dissoziale (F60.2) und emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3), jedoch ohne das Konzept

der „kurzen psychotischen Episoden“. Die schizotypische Persönlichkeit wird im ICD-10 in der Kategorie der „Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen“ unter dem Begriff der schizotypen Störung (F21) verankert. Diese beinhaltet (im Unterschied zur emotional-instabilen Persönlichkeit) das Kriterium der gelegentlichen vorübergehenden quasi-psychotischen Episoden.

Kliniker und Forscher haben ihre Schwierigkeiten in Bezug auf die Einordnung der psychotischen Symptome bei Borderline-Patienten/innen; dies ist nach wie vor ein Feld, das einer Terra incognita gleicht, auch wenn psychotische Symptome im DSM-IV unter Punkt 9 in den Diagnosekriterien aufgeführt sind.

DSM-IV

Die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung lauten (vgl. DSM-IV 1996):

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- 1) Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. *(Trifft bei der Patientin zu.)*
- 2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. *(Trifft bei der Patientin zu: „Wenn keine Partnerschaft gemeint ist.“)*
- 3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung. *(Trifft bei der Patientin zu: „Ich versuche immer herauszufinden, wie andere über mich denken und wie ich in deren Augen zu sein habe. Manchmal spüre ich mich gar nicht. Ich bin da und unecht.“)*
- 4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanz-

missbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).

(Trifft bei der Patientin phasenweise zu: Geldausgaben mit Überziehen des Kontos; Fressanfälle; bei Krisenbeginn unkontrollierter Alkoholkonsum.)

- 5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

(Trifft bei der Patientin zu: Kratz- und Ritzwunden; schlägt mit Fäusten auf sich ein.)

- 6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

(Trifft zu bei der Patientin zu: hohe Reizbarkeit; starke Gefühlsschwankungen innerhalb eines Tages.)

- 7) Chronisches Gefühl von Leere. *(Trifft bei der Patientin zu: seit Kindheit chronisches Gefühl der Leere.)*

- 8) unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

(Trifft bei der Patientin zu: verspürt unbändige Wut sich und anderen gegenüber; Aggressionsfantasien; Angst, Kontrolle über sich zu verlieren.)

- 9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (erhaltene Realitätstestung ist für Kernberg entscheidend in der DD zur Schizophrenie).

(Trifft bei der Patientin zu: externe Belastungsfaktoren, paranoide Gedanken; Entfremdungserlebnisse; sensitives Erleben.)

Von großer Bedeutung ist der Überlappungsbereich von Borderline- und schizotypischer Persönlichkeit in der DSM-Klassifikation. In komorbiden Stichproben findet sich eine höhere Prävalenz für psychotische Symptome.

Ebenso: Nach Kernberg

Bei einer vertieften psychodynamischen Differentialdiagnose auf dem

Hintergrund von psychoanalytischen Überlegungen ist Frau E. sicherlich einer schizoiden Persönlichkeit im Grenzbereich der psychotischen und der Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg zuzuordnen, die folgendermaßen beschrieben ist (vgl. Ermann 1999; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001):

- **Kontaktstörungen:** Speziell die Beeinträchtigung der Fähigkeit, eine Beziehung zu anderen zu suchen und als angenehm zu empfinden.
- **Rückzug:** Als Folge der Kontaktstörung entsteht die Tendenz, soziale Kontakte zu vermeiden. Daraus entwickeln sich Erfahrungsdefizite im zwischenmenschlichen Umgang und eine Unvertrautheit und Fremdheit gegenüber der Umwelt. Kompensatorisch bestehen indirekte Formen des Interesses an anderen: Beschäftigung mit Philosophie, ästhetische Interessen, rationale und theoretische Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen Prozessen.

Sekundär entstehen depressive Verstimmungen, Verzweiflung und, im Extremfall, Suizidalität.

Unter speziellen Belastungen entwickeln sich klinische Symptome wie

- **Entfremdungserlebnisse** (Depersonalisation [sich fremd und neben sich stehend], Derealisation [Entfremdung der Umwelt gegenüber, diese erscheint kalt und farblos]),
- **Panikzustände** (meist Panikattacken bei Kontaktangeboten),
- **Verfolgungsängste und sensitive Beziehungsideen** (befürchten ein Unheil; Angst verrückt zu werden; sich beobachtet und beeinflusst fühlen), wobei der Realitätsbezug jedoch herstellbar ist, wengleich auch unter dem Eindruck der Ängste eingeschränkt.

Ebenso: Existenzanalyse

Der existenzanalytischen Strukturtheorie zufolge liegt hier eine **primäre Verletzung im Bereich der ersten personalen Grundmotivation** (Längle 1997) vor, im Sinne eines Nicht-angenommen-Seins, eines Unbeheimatet-Seins.

Frau E. sieht sich im Rückblick von ihrer Mutter versorgt mit allem Notwendigen zum Überleben, aber, vom Beginn ihres Seins an, als von der Mutter „ambi-

valent begegnet“ und dadurch noch nicht wirklich angekommen/-genommen in/von dieser Welt (die Patientin erlebt sich als Mitläufer, aber nicht als Person angenommen). Aus dieser Halt- und Schutzlosigkeit und Raumlosigkeit für das Selbst heraus (Erlebnisweisen, die alle auch in der psychotischen Symptomatik symbolhaft Ausdruck finden: „Als ab ich meine Eltern umgebracht hätte“; „Darf eigentlich gar nicht da sein, störe nur“; Auflösungserlebnisse) entwickelt Frau E. im Sinne von kognitiven Coping-Reaktionen eine Überbetonung ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit (über weite Strecken in ihrem Leben der einzige Bereich, wo sie gesehen und auch beantwortet wird; auf der Beziehungsebene und Ebene des Selbst kann kein Halt entwickelt werden). Ängste vor Ablehnung dominieren ihre sozialen Kontakte und engen diese immer mehr ein. Das Grundvertrauen ist defizitär und führt zu entsprechenden Ängsten, Unsicherheiten und Verschlossenheit.

Durch diese Verletzungen in der ersten personalen Grundmotivation, durch die mangelnde Beziehungsfähigkeit der Mutter und das Verlassenwerden durch den Vater kommt die Patientin primär wenig in Beziehung mit dieser Welt, erlebt sich abgelehnt und verstoßen und wendet sich zunehmend selber von sich und der Welt ab und versucht Halt, Bezug und Wärme in Büchern und/oder ihrer Fantasiewelt zu finden.

Die Blockade in der **zweiten personalen Grundmotivation** drückt sich bei Frau E. in einer Beziehungslosigkeit zu sich und ihrer Umgebung aus, unter der sie enorm leidet (zunehmende Isolierung im jetzigen Leben; wenig Erfahrung in Sozialkontakten aufgrund des Rückzugs der Mutter, daher wenig „social skills“: permanente Entwertung ihrer Person, empfindet sich als hässlich, erreicht kaum jemals für sie zufriedenstellende Leistungsergebnisse; Beziehungslosigkeit zu ihrem Körper – vernachlässigt zeitweise ihre Körperpflege, was die Entwertung ihrer Person durch sie/sich selbst wiederum verstärkt).

Als die Person gesehen zu werden, die sie ist, ist ein weiteres zentrales Thema von Frau E., das der **dritten personalen Grundmotivation** zuzuordnen ist. Primär von der Mutter, aber letztendlich auch

vom Vater übersehen und verkannt, konnte sie sich in dieser Welt nicht positionieren, ihr Sosein nicht zum Ausdruck bringen. Die Patientin erlebte sich in ihrem Werdegang völlig von der Mutter dominiert; Eigeninteressen wurden den Ansprüchen und Forderungen der Mutter geopfert in der kindlichen Hoffnung, dadurch angenommen zu werden. Die Lösung von dieser Hoffnung, die Suche nach dem eigenen Weg in dieser Welt ist ein schmerzlicher, aber auch befreiender und heilender Prozess für Frau E. (Die Patientin bekam kein besonderes Augenmerk in ihrer Familie, war halt auch da, lief so mit. Wiederholung dieser Konstellation u.a. bei ihrer ersten Anstellung in der Werbeagentur. Angst vor Verlust der Selbstbestimmung – daher auch große Bedenken Psychopharmaka gegenüber; kurzzeitiges Erleben von Fremdbestimmung – „Wie was Böses ist in mir“. Kann selten fremdaggressive Empfindungen als Teil von sich zulassen – als Selbstaggression bzw. nur als Zwangsgedanken möglich; das Spüren abgestellt – zu schmerzhaft bzw. zu bedrohlich – positive Empfindungen dem Vater gegenüber unzulässig, Ausstoß aus dem verbleibenden Familienverband befürchtet.)

Themen der **vierten personalen Grundmotivation** sind bei Frau E. ebenfalls aufzufinden - allen voran ein permanentes Leeregefühl, sowie die sich ständig aufwerfende Frage: „Wozu das alles?“. Da die Sinnfrage als Zukunftsorientierung nicht primär mit dem Thema dieses Artikels zu tun hat, will ich ihn der Vollständigkeit halber erwähnen, ohne näher darauf einzugehen.

Psychotherapeutisches Vorgehen

Die hier beschriebenen Symptome hat Frau E. in drei hintereinanderfolgenden Therapiestunden geschildert. Für diesen Therapieabschnitt erachtete ich als wesentlich, den Schilderungen der Patientin empathisch und möglichst wertfrei zu folgen, sich aber nicht darin zu verlieren und nicht einem inneren (ich bin die erste Person, der sie diese Symptome erzählt; grauenvolles Erleben, das sofortige Entlastung braucht) und äußeren (der Patientin geht es nicht gut, schafft Alltag kaum) Interventionsdruck nachzugeben. Es war wichtig, die Patientin erzählen zu lassen und immer wieder darauf zu achten, dass

sie sich in den Schilderungen nicht zu sehr verausgabe und zu sehr öffne. Hier war es wichtig nachzufragen, ob es von ihrer Seite noch gehe, ob sie erschöpft sei und ob es jetzt auch noch eine Zeit brauche, dass sie sich sammeln könne, bevor die Stunde aus sei. Einmal blieb Frau E. noch eine viertel bis halbe Stunde nach der Therapiestunde im Wartezimmer, das sie für sich alleine hatte, um durch Lesen eines Artikels wieder zur Ruhe zu kommen. Ein anderes Mal meinte sie, dass sie jetzt schnelle Bewegung brauche, bevor sie sich den öffentlichen Verkehrsmitteln aussetze. Deshalb ging sie in dem bei der Ordination gelegenen Park spazieren.

Nachdem wir in drei Sitzungen die Symptomatik grob erfasst hatten, versuchte ich die intellektuellen Ressourcen der Patientin zu nutzen und durch Einsetzen ihres psychopathologischen Wissens ihre Symptome zuordenbar zu machen. Wir besprachen die Symptome auf dem Hintergrund von DSM-IV und der von der Patientin gelesenen Literatur von Kernberg. Existenzanalytische Überlegungen zu den Störungen im Bereich der Grundmotivationen stellte ich dazu, sodass die emotionale Seite auf einer reflexiven Ebene angesprochen war, aber noch nicht vertieft wurde. Das Erleben einer Haltlosigkeit, das daraus resultierende Unheimatetsein in dieser Welt, sowie die Frage nach dem Selbstwert im Sinne der dritten Personalen Grundmotivation, bewegten die Patientin: „Ja, genauso könnte man mein Erleben in anderen Worten zusammenfassen.“

Nachdem die Rahmenbedingungen für die Therapie festgelegt und etabliert waren, die Therapieziele vereinbart waren, eine vertrauensvolle und beziehungs-fördernde Atmosphäre zwischen Frau E. und mir geschaffen war, die eine Symptombeschreibung durch die Patientin zuließ, und die Symptombeschreibungsphase abgeschlossen war, erarbeiteten Frau E. und ich in einem nächsten Interventionsschritt Coping-Strategien in Bezug auf die psychotische Symptomatik mit Hilfe der Fragestellung: „Was kann zur Erleichterung in solchen Situationen beitragen?“ Hier galt es, auf bereits vorhandene Erfahrungen der Patientin zurückzugreifen bzw. neue Möglichkeiten aufzufinden. Körperbezogene Übungen

wie Abklopfen der Körpergrenzen oder Abstreichen derselben bei Auflösungs-erlebnissen oder das Überziehen einer Jacke oder eines Schals (zweite bewahrende Schicht), Überlegungen von Rückzugsmöglichkeiten in der Arbeit, wenn es zu paranoidem Erleben bezogen auf Kollegen kam (mit einer räumlichen Distanz zu ihnen schaffte sie auch eine gedankliche Distanzierung bis zu einem gewissen Grad, sodass sie in der Situation wieder Spielraum gewinnen konnte; kurze Unterbrechung eines Gesprächs unter dem Vorwand, dass ein wichtiger Anruf zu tätigen sei; WC-Pause...), wurden besprochen. Bei paranoiden Gedanken bzw. Zwangsgedanken im Anfangsstadium konnte sich die Patientin mit Ablenken durch Musikhören oder punktuelle intensive Beschäftigung mit einer Thematik helfen (die Patientin konnte bis dato mit ihrem Bemühen über ihre intellektuellen Aktivitäten ihre Defizite auf der Vertrauens- und Beziehungsebene nicht auffüllen).

Nachdem die erarbeiteten Coping-Strategien in der praktischen Anwendung gut etabliert waren, ging es darum, auslösende Stimuli, die mit psychotischem Erleben in Zusammenhang gebracht werden konnten, zu lokalisieren und in der Folge auch hier gemeinsam Coping-Strategien zu finden. In diesem Zusammenhang wichtige Punkte waren:

- ein Zuviel an Sozialkontakten in der Argentur;
- Erleben des Ausgeschlossenenseins in Gruppen (Erstkontakte gehen in der Regel gut; bei vertieften und längeren Gruppentreffen wird ihr alles zu viel, die Symptomatik nimmt zu, sie muss sich zurückziehen, gerät an den Rand der Gruppe);
- übersehen, übergangen werden (subjektiv gesehen);
- nach arbeitsintensiver Woche, keine Pläne für das Wochenende (Leere);
- wenn von ihr geleistete Arbeit nicht ihrem Leistungsstandard entspricht oder wenn von einer außen stehenden Person daran Kritik geübt wird;
- Angst vor Banalität im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte (möchte sich am liebsten nur mit Höheren beschäftigen (Philosophie ...). Alltag und simple Familiengeschichte/-problematik abstoßend (das kann doch nicht al-

les sein; „in mir steckt was Böses“). Zerfallserlebnisse beim Lesen von einschlägiger, psycho-dynamisch orientierter Lektüre);

- Ärger, den sie hinunter schluckt.

Punkt für Punkt stellten wir Überlegungen an, wie Frau E. in diesen Situationen mehr Gestaltungsspielraum für sich gewinnen konnte und die Bedrohlichkeit der jeweiligen Begebenheiten vermindert werden konnte. So legten wir z. B. einen Zeitraum vermehrt unser Augenmerk darauf, dass die Wochenenden der Patientin nicht über-, aber auch nicht unterstrukturiert waren. Weiters versuchten wir in den Therapiestunden Situationen zu rekonstruieren, wo Frau E. Ärger verspürt hatte, diesen genauer zu erfassen und dann Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Mit der Zeit gelang es der Patientin zunehmend ihren Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen, wenn sie Gefahr lief, übersehen oder übergangen zu werden. Der verspürte Ärger minimierte sich.

Nachdem die Bewältigungsstrategien von Frau E. in Bezug auf die psychotische Symptomatik gut etabliert war, sowohl in der Unmittelbarkeit des Erlebens, als auch bezogen auf Auslösefaktoren, konnten wir uns Schritt um Schritt an den Bedeutungsgehalt und die biografische Spur dieser Symptome wagen.

Dies war ein langwieriger Prozess, der immer wieder von Kriseninterventionen und anderen Themen, die aus ihrer Aktualität und Dringlichkeit heraus bearbeitet werden mussten, unterbrochen war. Auf diesem Weg des Verstehen-Wollens fanden wir folgende Zusammenhänge und zentrale Themen auf:

Angst (Fremdheitsgefühle; Leere; psychotisches Erleben [Angst, ein Monster zu sein, zu zerfallen, zerrissen zu werden]) – *die biografische Zuordnung*: nicht angenommen sein, Patientin ist ein nicht geplantes Kind, „War halt auch da, überall mitgelaufen, aber nicht bemerkt und gesehen.“ „Es muss was mit mir nicht stimmen, sonst würden die anderen in der Familie doch fragen, was ich brauche.“ Subjektives Erleben: „Als ob ich die Eltern umgebracht hätte“ – Furcht, dass etwas Böses in ihr stecke. Scheidung der Eltern, ein Verlassenwerden durch den Vater – wärmender Pol der Familie; durfte

ab Scheidung nichts Positives mehr über den Vater im verbleibenden Familienverband sagen – gefühlsmäßig zerrissen; leer.

Kränkung (über das Primär-nicht-angenommen-Werden und -Sein, über das Im-Stich-gelassen-Werden durch den Vater und das permanente Übersehenwerden durch die Mutter).

Überfordert sein (kontinuierlich durch die ständigen, nie endenden Anforderungen der Mutter; durch den Lebensweg, der von der Mutter bestimmt wurde, Widerspruch war nicht denkbar; durch das Nicht-angenommen-Sein und Nicht-willkommen-geheißten-Sein in dieser Welt – soziale Randstellung, intensiviert durch soziale Isolation der Mutter).

Im Aufsuchen und Benennen dieser biografischen Bereiche galt es anfänglich den kognitiv-reflexiven Zugang zu betonen und in der Folge wieder Schritt für Schritt eine emotionale Vertiefung zu wagen. In diesem Prozess befinden wir uns noch immer. Langsam kann Frau E. sich eingestehen, dass sie ein armes Kind war und für dieses Kind Empathie entwickeln. Unlängst meinte sie: „Es ist schwer zu akzeptieren, dass ich mich auffangen muss, da es bisher niemand getan hat. Aber ich sehe, dass es in kleinen Schritten gelingt.“ Mit der biografischen Aufarbeitung des Lebens der Patientin, die sich nicht nur, aber eben auch mit der psychotischen Symptomatik ergibt, lernt sie zu unterscheiden, welche Gefühle in das Hier und Jetzt gehören und welche im Grunde aus biografischen Verletzungen heraus vorhanden sind und in den jeweiligen Situationen ungemäß heftig sind. Damit gewinnt sie Distanzierungsfähigkeit und Gestaltungsmöglichkeiten in ihrem Antwortverhalten.

Medikamentöse Behandlung

Ein weiterer Punkt im Umgang mit den psychotischen Symptomen ist natürlich die Frage nach einer medikamentösen Behandlung. Frau E. ist eine Gegnerin von Psychopharmaka. Der Schulmedizin und damit auch der Psychiatrie gegenüber ist sie skeptisch, da sie persönlich unbefriedigende Erfahrungen im Kontakt mit der Psychiatrie gemacht hat und außerdem miterlebte, dass die Psychiatrie der Mutter nicht geholfen hatte. Die ihr

bislang verordneten Medikamente (Neuroleptika und Tranquilizer) hatten Frau E. stets sehr müde gemacht und dadurch im Alltag noch mehr behindert, auch wenn die akute psychotische Symptomatik durch deren Einnahme zum Abklingen gebracht werden konnte. Weiters stand Frau E. Psychopharmaka skeptisch gegenüber, da sie dadurch eine Fremdbestimmung ihrer Person befürchtete und ebenso Sorge hatte, dass sie durch deren Einnahme am Aufarbeiten ihrer Geschichte gehindert werden würde: „Medikamente lassen Symptome abklingen, legen eine Decke über alles, aber ich will jetzt dran bleiben.“

In den Gesprächen, eine mögliche psychopharmakologische Intervention und Unterstützung betreffend, legte ich zu Beginn die Betonung auf Informationsaustausch und Wissensvermittlung. Die Symptomatik war zu dem Zeitpunkt nicht so stark ausgeprägt, dass eine Psychopharmakagabe unumgänglich gewesen wäre. Wir besprachen die Ängste und Bedenken einer Medikation gegenüber und überlegten gemeinsam, ob und wann Medikamente doch eine Hilfe sein könnten. So einigten wir uns, dass bei einer schweren psychotischen Krise Neuroleptika zum Einsatz kommen sollten. Dosis der Medikation und Einnahmedauer müssten der jeweiligen Situation angepasst werden. Ebenso sollten bei kaum zu beherrschender Angst Tranquilizer zum Einsatz gebracht werden (in der Anamnese konnte kein Hinweis auf eine Suchtgefahr gefunden werden). Zur Einnahme von Antidepressiva konnte sich Frau E. bis dato nicht durchringen, wir sind aber diesbezüglich weiter im Gespräch (stabilisierende Wirkung auf depressive Einbrüche, Angst, Impulsivität, Selbstverletzungstendenzen im Falle von Frau E.).

Zentral in der Auseinandersetzung über Psychopharmaka mit Frau E. war, das Thema zunächst von der kognitiven Seite her anzugehen und dann allmählich die emotionale Einschätzung und die damit verbundenen Erfahrungen und Erlebnisse zu erheben und zu bearbeiten. Es war wichtig, über einen längeren Zeitraum immer wieder auf diese Thematik Bezug zu nehmen, aber keinen Druck zu machen, um schließlich eine Vorgehensweise

zu finden, hinter der auch Frau E. stehen konnte. Die Durchführung der Medikation war von punktuellen Anpassungen der Dosierung und der situativen Evaluierung der Dauer der Einnahme begleitet.

Bei agierenden Patienten/innen ist das Vorgehen in dieser Hinsicht anders zu gestalten. Hier wäre es sicherlich ratsam zu überlegen, die Medikation in die Hand eines anderen Experten zu legen, damit der therapeutische Prozess nicht vom eigentlichen Thema auf das Nebengeleis Medikation abgelenkt wird. In einem solchen Fall ist ein regelmäßiger, auf wechselseitigem Respekt und Vertrauen beruhender Austausch zwischen Psychotherapeuten und Pharmakologen mit fortlaufender Abstimmung und Sicherstellung der vereinbarten Rollenteilung notwendig, um den therapeutischen Prozess konstruktiv zu führen. Damit können beide Seiten, sowohl der Psychotherapeut als auch der Pharmakologe, den medikamentenbezogenen Problemen bei der Behandlung von Borderline-Patienten/innen Rechnung tragen („orale Ambivalenz“; irritiertes Autonomiegefühl der Patientin; „übergangsobjekthafter“ Gebrauch von Pharmaka; mit dem Pharmakon verbundene Spaltungstendenz. (vgl. Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001; Kapfhammer 2004). Besonders möchte ich im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung bei Borderline-Patienten/innen auf die Gefahr von Spaltungen hinweisen, da die psychologischen und biologischen Konzepte zur Borderline-Störung nicht vollständig integriert koexistieren und sich diese „systemimmanente Spaltung“ im Agieren der Patienten/innen wie auch der Therapeuten/innen (sowohl bei den Pharmakologen als auch bei den Psychotherapeuten) wiederfinden kann.

Resümee

Zusammenfassend erscheinen mir folgende Punkte essentiell in der Psychotherapie bei psychotischem Erleben von Borderline-Patienten/innen, sofern ausgeschlossen ist, dass dieses durch Drogenmissbrauch hervorgerufen ist bzw. über das Ausmaß von kurzen reaktiven Psychosen, ausgelöst durch in der Therapie-stunde besprochene Themen, hinausgeht: 1) Sorgfältiges Erheben der von den Pa-

tienten/innen erlebten Symptome und deren Alltagsrelevanz. Hierbei ist es wichtig, dass der Therapeut eine ruhige, behutsame Vorgehensweise wählt, durch welche die Patienten/innen genügend Raum finden, sich zu zeigen, aber gleichzeitig bewahrt davor werden, zu viel auf einmal von sich Preis zu geben und in der Folge dann erst recht von Auflösungserlebnissen gequält zu werden.

- 2) Nach der Erhebung der Symptomatik ist es wichtig, den Patienten/innen eine kognitive Struktur anzubieten, in der sie die geschilderten Symptome zuordnen können.
- 3) Danach gilt es, Coping-Strategien in Bezug auf die erlebte psychotische Symptomatik zu entwickeln (was das unmittelbare Erleben als auch die Auslösefaktoren anlangt).
- 4) Nach dieser stattgefundenen Strukturfestigung durch eine vertrauensvolle, krisenfeste Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Patienten/innen und durch die in Punkt 1-3 zusammengefassten kognitiv-betonten, ressourcenorientierten und ressourcenfördernden Interventionsschritte geht es um die psychodynamisch-biografische Aufarbeitung des psychotischen Erlebens im Sinne der biografischen Existenzanalyse. Hier gilt es wiederum, auf die erhöhte Vulnerabilität dieser Patientengruppe Rücksicht zu nehmen und in einer wohl dosierten Emotionalisierung vorzugehen.
- 5) Medikation.

Die hier beschriebene Vorgehensweise ist sicherlich den stützenden tiefenpsychologischen Psychotherapiemethoden nahe. Zentrales Konzept ist der reparative, entwicklungsfördernde Ansatz, in dem die langfristige, haltgewährende Beziehung essentiell ist. Diese muss von realistischen Zielen, gegenseitiger Achtung und angemessenem Optimismus getragen sein. So kann die Patientin allmählich ihre Kompetenz ausbauen, Beziehungen verbindlich zu gestalten und die auftretenden Spannungen zu handhaben. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Wahrnehmung von Beziehungsschwierigkeiten zu fördern und mit dem Patienten Problemlösungen zu erarbeiten.

Ich darf hier nochmals auf die existenzanalytische Strukturtheorie verweisen: Es geht zunächst darum, der Patientin genügend Halt und Raum in der Therapie erleben zu lassen, wodurch Beziehungsförderung auf einen fruchtbaren Boden gestellt wird. Danach wird mit Hilfe einer kognitiv betonten Wahrnehmung versucht, Problemfelder im Alltag, sehr oft in Zusammenhang mit Beziehungen, zu lokalisieren, Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und in deren Umsetzung zu begleiten. Schwerpunktmäßig befinden wir uns mit dieser Vorgehensweise in der Dimension der ersten personalen Grundmotivation. Erst in einem weiteren Schritt kommt es zu einem emotional vertieften, psychodynamisch arbeitenden Wahrnehmungsprozess, der über ein rein stützendes Therapiekonzept hinausgeht und auf ein Aufarbeiten der blockierenden Psychodynamik abzielt.

Kommen wir abschließend zu der Frage, ob die Psychose einen Bewältigungsversuch von Borderline-Patienten/innen darstellt. Ich meine, dass das psychotische Erleben als ein weiterer Schritt auf der Suche nach Halt, Wärme und Geborgenheit zu sehen ist, als ein weiterer Appell, der aber ungehört, ungesehen und unverstanden bleibt und die Patientin nur weiter in ihre innere und äußere Isolation treibt. In diesem Sinne ist das psychotische Erleben bei Borderline-Patienten/innen als ein versteckter und chiffrierter Hilfeschrei zu verstehen, der Ausdruck eines dem äußeren Druck nicht mehr standhaltenden fragilen Ichs ist.

Ob die psychotische Symptomatik bei Borderline-Störungen dieselben neurobiologischen Korrelate wie die psychotischen Symptome bei anderen Störungen und bei Schizophrenie aufweisen, wird derzeit diskutiert und kann nicht eindeutig beantwortet werden. Meine klinische Beobachtung, dass psychotische Symptome von Borderline-Patienten/innen sehr schnell auf Neuroleptika ansprechen und dass Medikamente nur kurze Zeit gegeben werden müssen und nach dem letzten Wissensstand auch nur kurz gegeben werden sollen, lassen mich eher in die Richtung denken, dass psychotische Symptome bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen andere neurobiologische Ursachen und andere psychodynamische

Bedeutung haben als psychotische Störungen bei anderen Krankheitsbildern.

Literatur

- Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer: Stuttgart, New York
- Dilling H (1993) (Hg) ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber
- Ermann M (1999) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer
- Kapfhammer HP (2004) Zum Umgang mit Medikamenten in der Borderline-Therapie. In: Kernberg O et al. (Hg) Persönlichkeitsstörungen; Theorie und Therapie. März, Nr. 1
- Kernberg O (1998) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Längle A, Probst Ch (1997) (Hg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Tagungsbericht der GLE, Wien
- Saß H, Wittchen H, Zaudig M (1996) (Hg) DSM-IV Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Karin Matuszak-Luss
Seckendorfstraße 6/1/6, 1140 Wien
kamalu@chello.at*

Mobbing

Eine existenzielle Erschütterung

Elisabeth Knizak

Mobbing ist ein Geschehen, welches für die Betroffenen häufig sehr dramatische Folgewirkungen in allen Bereichen ihres Lebens zeitigt, das sie psychisch und physisch erkranken lässt, in schweren Fällen bis zur (lang) dauernden Arbeitsunfähigkeit. Gerade das wird aber von vielen Nichtbetroffenen nicht verstanden. Von außen scheinen die Situationen oft nicht so schlimm zu sein. Aber nicht nur Außenstehende, auch die Betroffenen selbst kämpfen immer wieder mit dem Unverständnis, darüber, was ihnen widerfahren ist und warum sie darauf in einer auch für sie selbst nicht verstehbaren Weise reagieren. Sie selber haben für ihr Handeln und ihre Empfindungen kein Verständnis, sie werden sich selbst rätselhaft und fremd, Selbstanklagen und Selbstwertverlust sind weit verbreitete Begleiterscheinungen. Folgender Artikel geht der Frage nach, was Mobbing so schlimm macht, dass es geeignet ist, die Lebensqualität von Menschen langfristig, in manchen Fällen dauerhaft zu zerstören oder so einzuschränken, dass die Frage nach dem „guten Leben“ aus existenzanalytischer Sicht für die Betroffenen nicht mehr lösbar ist. Basierend auf dem Konzept der existenziellen Grundmotivationen soll gezeigt werden, warum Mobbing für Betroffene so schwerwiegende Folgen nach sich zu ziehen vermag.

Begriffsklärung

Leymann definiert Mobbing folgendermaßen: Unter Mobbing wird eine konfliktbelastete Kommunikation am Arbeitsplatz verstanden, bei der die angegriffene Person unterlegen ist und von einer oder einigen Personen systematisch, oft und während längerer Zeit mit dem Ziel und/oder dem Effekt des Ausstoßes aus dem Arbeitsverhältnis angegriffen wird und dies als Diskriminierung empfindet (vgl. Leymann 1993, 21).

In der nachfolgenden Auseinandersetzung wird nun Bezug auf die vier Grundmotivationen (= 4 GM) nach Alfried Längle (vgl. Längle 1999) genommen.

Mobbing in Hinblick auf die Ebene des Selbstseins

Mobbing ist ein Phänomen, das auf der Ebene der 3. Grundmotivation einsetzt. Der zunächst noch sachliche Konflikt verlagert sich auf eine zutiefst persönliche Ebene. Ständige, oft ungerechtfertigte Kritik an der Person des Betroffenen¹ lassen Zweifel über den eigenen Wert aufkommen. Respekt, Achtung und Wertschätzung im Umgang miteinander gehen verloren.

Die Botschaft, die vermittelt wird, ist die, dass so, wie jemand ist, es nicht gut ist. Das Selbst-sein-Dürfen wird massiv in Frage gestellt.

Darüber hinaus geht jeglicher Respekt für den anderen verloren. Dies allerdings nicht nur auf Seiten des Mobbers, sondern oft auch auf Seiten seines Opfers. Obwohl der Mobber den Gemobbten nicht respektiert, erwartet er Respekt von ihm, erwartet, ernst genommen zu werden. Dadurch, dass ihm dies vom Gemobbten ebenfalls nicht zugestanden wird, kommt es zu einer weiteren Verschärfung der Situation.

Den Kontrahenten gelingt es nicht mehr, einander ernst zu nehmen, was eine konstruktive Auseinandersetzung unmöglich macht, da auch in positiven Versuchen einer Partei, die Situation zu verbessern, von der anderen sofort eine Falle gewittert wird. Oder die Nichtachtung des anderen ist zu einer nicht wieder auflösbaren Haltung geworden, die es ebenfalls unmöglich macht, wieder gemeinsam an einem Tisch zu sitzen.

Einen weiteren wesentlichen Aspekt von Mobbing stellt neben der feindseligen Ausgrenzung die permanente, bewusst eingesetzte Verletzung der Grenzen des anderen dar.

Mobber entwickeln meist einen guten Blick dafür, Grenzen des anderen zu erfassen und diese dann gezielt zu verletzen. Hingezielt wird dort, wo es individuell besonders wehtut, wo die größte Verletzlichkeit, die größte Wehrlosigkeit besteht.

Persönliche Grenzen jeglicher Natur werden gezielt übertreten, der Betroffene sieht sich nicht im Stande, diese Übergriffe abzuwehren.

Das Erleben, ständig in seinen Grenzen verletzt zu werden, erzeugt das Gefühl großer Wehrlosigkeit und tiefer Verunsicherung. Es trägt damit zur Starre bei, in der sich viele Mobbingopfer befinden. Was für den Betroffenen bleibt, ist das Gefühl, hier ist kein Platz für jemanden wie mich, hier kann ich nicht so sein, wie ich bin.

Mobbing in Hinblick auf die Seins-ebene

Geht es zunächst, in so einem Konflikt, dem Mobber meist darum, dem anderen Kränkungen zuzufügen, ihn zu demütigen, Rache zu üben, wandert das Problem oft weiter auf die Ebene der 1. Grundmotivation, die Seinsebene. Es geht dann darum, den Kollegen gar nicht mehr hier zu wollen, ihm quasi die Daseinsberechtigung abzuspochen. Dass beim Gemobbten infolgedessen das Gefühl existenzieller Bedrohung aufkommt, ist nur natürlich.

Betroffenen wird in ihrem Arbeitskontext einfach kein Raum mehr zugesprochen - im psychischen Sinn wie im Sinne der Wortbedeutung. So gibt es viele Fälle, in denen ein Betroffener nach einem Urlaub oder Wochenende plötzlich keinen Schreibtisch mehr vorfindet oder seine Sachen sich in der Abstellkammer oder gar im Mist wiederfinden.

Zu dieser psychisch-physischen Bedrohung gesellt sich aber bei vielen auch noch die existenzielle Bedrohung auf materieller Ebene. Gerade ältere Arbeitnehmer haben zunehmend Probleme nach einer Kündigung, sei es bei Kündigung durch den Arbeitgeber oder durch sie selbst, wieder eine adäquate Arbeit zu finden. Bei „Selbstkündigung“ gesellt sich auch noch der oft hohe Abfertigungsverlust hinzu. Da die Arbeit für viele Menschen Sicherheit und Halt bedeutet, welche durch das

¹ Geschlechtsbezogene Bezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

Mobbing bedroht sind, wird ein zusätzlicher Grund deutlich, warum Mobbing von Menschen als so bedrohlich erlebt wird. Ein weiteres existenzielles Thema betrifft das Vertrauen. Menschen, die gemobbt werden, erleiden einen Einbruch in ihre Fähigkeit zu vertrauen; das Grundvertrauen erleidet bei manchen eine massive Erschütterung. Durch die erlebten Enttäuschungen schwindet der Glaube an die Menschen. Man traut dem anderen nicht mehr, nicht einmal mehr jenen, die es gut mit einem meinen.

In dem Maß, in dem ihre Fähigkeit zu vertrauen sinkt, sinkt auch der Mut, sich aus der vorliegenden Situation dadurch zu befreien, dass man aktiv wird.

Der Verlust von existenziellen Grundbedingungen wie Raum, Halt, Schutz, Vertrauen und Mut (1. GM) macht deutlich, warum eine der vielen Folgeerscheinungen von Mobbing im Auftreten von Angststörungen und Panikattacken liegt. Deutlich wird darüber hinaus, dass die Annahme einer dergestaltigen Arbeitswirklichkeit und deren Aushalten schwer wird und warum viele Betroffene Copingreaktionen in Form von Flucht oder Totstellreflex wählen, welche als Bewältigungsstrategien jedoch höchst ineffizient sind.

Mobbing in Hinblick auf die Beziehungsebene

Des Weiteren kann Mobbing zu massiven Beziehungs- und Werteverlusten, in denen unser „Ja zum Leben“ gründet, führen. Dieses Geschehen wird in der Existenzanalyse auf der Ebene der 2. GM angesiedelt. Für den Betroffenen stellen sich plötzlich berufliche wie private Beziehungen in Frage.

Neben den Beziehungen zu anderen leidet bei vielen Menschen aber auch die Beziehung zu sich selbst darunter. Selbstvorwürfe und Schuldzuweisungen sind an der Tagessordnung.

Auch die Beziehung zum Leben beginnt sich zu verändern: Das „Ja zum Leben“ wird schwächer. Der Grundwert erleidet bei vielen einen Einbruch. Die Fragen „Ist es gut, da zu sein?“, „Mag ich leben?“ lassen sich nicht mehr so eindeutig beantworten.

Das, was das Leben lebenswert macht, was die Basis für das Wozu in unserem

Leben darstellt, sind unsere individuellen Werte. Sie stellen eine motivationale Grundbedingung unseres Seins dar. Ohne Werte können wir zwar existieren, empfinden es jedoch nicht als gut, als lebenswert. Durch Mobbing können beim Einzelnen eine Vielzahl von Werten erschüttert oder gar zerstört werden.

Nicht Selbst-sein-Dürfen, das Gefühl des Nicht-sein-Könnens gepaart mit Beziehungs- und Werteverlusten öffnen rasch den Weg in die depressive Erlebenswelt. Zusammenfassend wird verständlich, warum für viele die Zustimmung zu ihrem Leben unter diesen Umständen sinkt.

Mobbing in Hinblick auf die Sinn-ebene

Viele Klienten klagen in der Folge über einen erlebten Sinnverlust. Die Frage nach dem Wozu beginnt sich vermehrt zu stellen: - Wozu das alles, wenn plötzlich alle Träume geplatzt sind? Wozu das alles, wenn ich durch die Vorfälle krank geworden bin, obwohl ich doch nichts dafür kann? – Diesen Sinnverlust ordnet die Existenzanalyse der Ebene der 4. Grundmotivation zu.

Dass unter den Einschränkungen des gegliederten Vollzugs auf der Ebene der ersten drei Grundmotivationen Sinnverlust entsteht, sodass ich für den Sinnanruf der Welt nicht mehr bereit, dass ich dazu nicht mehr in der Lage bin, ist im Verständnis des theoretischen Hintergrunds der existenziellen Grundmotivationen evident, da die Erfüllung der ersten drei Grundmotivationen Voraussetzung für existenzielle Sinnfindung und damit für existenziell erfülltes Leben ist.

Was braucht ein Klient, der so einem Prozess ausgesetzt ist?

Elementar ist, von den Gefühlen der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins wieder loszukommen. Das Gefühl des Ausgeliefertseins, des Nichts-tun-Könnens versperrt den Blick auf real gegebene Möglichkeiten.

Um die Situation anzunehmen, um hinschauen zu können, braucht es Mut. Therapeuten und Berater sind daher aufgefordert die Klientinnen zu ermutigen, sich den Gegebenheiten zu stellen. Es braucht deshalb Mut, weil ich ja auch etwas rischiere, wenn ich mich aus der Passivität

löse. Wenn ich mich jedoch den Gegebenheiten stelle, lasse ich mich nicht von der Außenwelt zu einem bestimmten Verhalten zwingen. Dann agiere ich nicht, sondern ich als Person entscheide mich unter verschiedenen Optionen bewusst für eine von ihnen. Und dann wird selbst ein passives Alles-über-sich-ergehen-Lassen zu einer aktiven Willensentscheidung.

Als Therapeut/Berater ist es wichtig, dass ich die Klienten ermutige, aktiv zu handeln und dafür die Verantwortung im Sinne der Konsequenzen auf sich zu nehmen. Der Mensch ist angefragt, Stellung zu nehmen zu dem, was ist und werden soll. Es geht darum, mit dem Klienten Werte herauszuschälen, sie einander gegenüberzustellen und gegeneinander abzuwägen. Wenn ich etwas unternehme und die möglichen Folgen betrachte, was wiegt dann mehr – meine materielle Sicherheit, meine Gesundheit, meine Zufriedenheit oder andere Werte, die mein Leben bestimmen?

Das, was für viele Betroffene das Annehmen der Tatsachen so schwierig macht, ist der Punkt, dass mit einem Akzeptieren der Tatsachen auch das Ende verschiedenster Wünsche, Träume oder eine bestimmte Lebensplanung einhergeht. Der Verlust der Arbeit oder der Abfertigung bei Selbstkündigung bedeutet für viele, auf materielle Dinge verzichten zu müssen, die in ihrem Leben bis dato wichtig waren. Durch finanzielle Einbußen können aber auch konkrete Pläne für die Zukunft erschwert oder gar unmöglich werden. Karriereplanungen bleiben auf der Strecke.

Das Annehmen der Situation bedeutet daher oftmals auch ein Abschiednehmen von bestimmten Wünschen und Träumen. Ich muss loslassen, was mir wichtig war, und nach einer Phase der Trauer erkennen, dass ich auch ohne das sein kann. Ich muss aushalten, dass mein Leben im Moment vielleicht ein bisschen grauer geworden ist, aber dass ich trotzdem noch sein kann, dass ich noch immer Raum und Halt habe.

Freiheit und Verantwortung

Sobald jemand soweit ist, hinschauen zu können, ist es Aufgabe der Therapie/Beratung, den Blick für Möglichkeiten zu öffnen, um dem Menschen aus Lähmung

und Erstarrung herauszuhelfen.

Ein wesentliches Thema ist hierbei das Thema Freiheit – die Freiheit der Entscheidung, die uns Menschen auszeichnet. Zwar sind wir nicht frei von Bedingungen, aber frei, uns ihnen gegenüber zu verhalten (vgl. Frankl 1992, 119). Diese Erkenntnis bedeutet für viele einen radikalen Perspektivenwechsel und eine starke Entlastung, obwohl die Situation sich nicht verändert hat. Wichtig ist es daher, dem Betroffenen die Möglichkeit der freien Entscheidung, und sei es in noch so kleinen Dingen, sichtbar zu machen.

Damit kommt aber auch das Thema der Verantwortung ins Spiel. Freiheit ist stets mit der Frage der Verantwortung verknüpft (vgl. Frankl 1992, 118f).

Das Thema der Verantwortung beschäftigt viele in solch einer Situation in Bezug auf andere, die Familie, die Firma – und leider in der geringeren Anzahl der Fälle für sich. Es ist wichtig, Verantwortung von falschen Verpflichtungsgefühlen zu trennen, um ungesunden Dynamiken entgegenzuwirken.

Weitere Aspekte in der Mobbingberatung

Wenn ich mit dem Klienten an dem Punkt angekommen bin, an dem eine psychische Stabilisierung erfolgt ist und er sich wieder seiner Möglichkeiten bewusst wird, beginnt die zweite Phase, in der es darum geht, an konkreten Lösungswegen zu arbeiten, wie auch immer diese ausschauen mögen.

Der Klient sollte jetzt wieder genug Boden und Halt haben, um die gegebenen Möglichkeiten hinsichtlich Umsetzbarkeit und potenzieller Konsequenzen zu prüfen. In dieser Phase kommt es häufig vor, dass einer Kündigung nicht mehr dergestalt angstvoll ins Gesicht geschaut wird, sondern zum Teil durchaus hoffnungsfroh, im Erkennen, dass sich gerade durch diese Situation neue, bessere Chancen auftun könnten.

Augenmerk sollte in der Mobbingarbeit auch noch auf die Arbeit am Selbstwert gelegt werden, der fast immer stark in Mitleidenschaft gezogen ist. Es ist förderlich, dem Klienten wieder seine Fähigkeiten und Ressourcen vor Augen zu führen, ihn Talente und gute Eigenschaften

mittels der einen oder anderen Übung wiederentdecken zu lassen.

Wesentlich ist auch das Betonen der Notwendigkeit der Erholung und des Abstandgewinnens zum Beispiel durch Krankenstand oder Urlaub, wenn der Klient/die Klientin nicht mehr kann.

Wichtig darüber hinaus ist, den Klienten zu ermutigen, wieder mehr auf sich zu achten, sich bewusst Gutes zu tun, Wert- und Beziehungsverluste auszugleichen.

Erklärungen allgemein über Mobbing, aber auch über die dadurch ausgelöste psychische Verfassung, helfen Verunsicherung und Angst zu mindern. Es gilt, Ursachen für Mobbing herauszuarbeiten, da im Verstehen Entlastung liegt, was wiederum mehr Halt und Sicherheit gibt.

Da aufgrund intensiven Mobbings Menschen oft nur noch von primären Emotionen überschwemmt werden, ihnen daher die personale Stellungnahme nicht mehr möglich ist und sie infolgedessen vorhandene Tatsachen nicht mehr richtig wahrnehmen oder missinterpretieren, ist ein weiterer Schritt der, Realitäten einzuholen: zum Beispiel anhand des Nichtverhungern-Müssens oder anhand der – wenn auch etwas veränderten – Lebensperspektiven; die beispielhafte Frage lautet: „Ist es wirklich so, dass ...?“

Aber auch Realitäten im Sinn von Möglichkeiten sind ein wichtiger Aspekt. Wie bereits beschrieben, sehen viele Betroffene „den Wald vor lauter Bäumen“ nicht mehr. Daher sollte man als Therapeut/Berater nicht vergessen, auch sehr simple Möglichkeiten anzufragen, so sie noch nicht genannt wurden (z.B. „Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich versetzen zu lassen?“), und zwar egal, wie banal sie einem scheinen mögen. Der Betroffene ist nämlich häufig nicht mehr in der Lage, dies zu tun.

Darüber hinaus ist es in der Beratung/Therapie wichtig, Halt und Festigkeit zu vermitteln, Zuversicht, dass es Veränderungsmöglichkeiten gibt, dass sich der Betroffene auf die eine oder andere Weise wieder aus der Situation lösen kann.

Dabei dürfen allerdings keine konkreten Zusagen und Versprechungen hinsichtlich der Art der Lösung des Problems gemacht werden, wie in etwa zu sagen:

„Ich bin sicher, dass sich der Konflikt löst und Sie ihre Arbeit behalten können“, wenn die Richtigkeit der Aussage nicht zu hundert Prozent besteht. Sonst gebe ich nämlich ein Versprechen ab, auf dessen Erfüllung ich keinen Einfluss habe und das ich deswegen nicht einlösen kann. Der Klient erläge dann nur einer neuerlichen Enttäuschung und Verunsicherung, was umso schwerer wiegen würde, da für ihn auf seiner Seite stehende Personen nun auch keine Verlässlichkeit böten, sein Vertrauen zusätzlich erschüttert würde und die Gewissheit, auf niemanden sei Verlass und niemand sei für einen da, sich erhärten würde.

Zu betonen ist, dass es Veränderungsmöglichkeiten gibt, auch wenn der Betroffene diese noch nicht „ausgemacht“ hat, und dass der Weg dahin im Moment völlig offen ist. Dies ist wichtig, um dem Klienten einerseits keine falschen Hoffnungen zu machen, andererseits aber auch, um an der Weitung seines Blickfeldes zu arbeiten, damit der Betroffene sehen kann, dass es nicht nur einen einzigen oder – wie es in seiner Vorstellung sein mag – gar keinen Weg gibt.

Wichtig ist es ebenso, dem Klienten das Gefühl seiner Glaubwürdigkeit zu geben, egal, wie extrem seine Erzählung auch scheint. Auf Unglauben sind diese Menschen in ihrer Umgebung sicher schon zu oft gestoßen – abgetan mit den Worten: „Das bildest du dir nur ein!“, „Sei nicht so empfindlich!“, „Das siehst du zu eng“, – kurz: in ihrer Not nicht ernst genommen zu werden. Meiner Erfahrung nach neigen nur wenige zu Übertreibungen; im Gegenteil: Viele versuchen, bedingt durch eigene Schuldgefühle, die Dinge herunterzuspielen.

Dass das Entgegenbringen von Achtung und Wertschätzung gegenüber dem Klienten selbstverständlich ist, muss wohl nicht extra betont werden. Aber dieses Ernst-genommen-Werden, dieses Wiederals-Person-gesehen-Werden, den eigenen Wert wieder erleben zu können, ist ein wesentlicher Katalysator bei der Bewältigung der Situation.

Im Rahmen des Erstgesprächs ist zu schauen: Was braucht der Klient – jetzt und später – um was geht es ihm, was will er erreichen?

Bei weniger in Mitleidenschaft gezogenen Personen geht es oft nur um eine

Analyse der Situation und um ein Arbeiten direkt am Problem, also zum Beispiel um die Frage: Was kann ich tun? Wie soll ich mich verhalten? sowie um praktische Hilfen oder um ein Sich-Bestätigung-Holen von der Fachstelle, ob die Entscheidung, die man getroffen hat, die richtige ist.

In anderen Fällen bedarf es erst einer akuten Krisenintervention, eines Auffangens und eines Stabilisierens der Person des Klienten, bevor an das eigentliche Problem herangegangen werden kann. Dann steht an primärer Stelle eine erste Verarbeitung des Traumas, des erlittenen Schocks, dann braucht der Klient ein Sich-selbst-wieder-Aufrichten, ein Wieder-zu-sich-Finden, ein Sich-erneut-Verankern-in-der-Welt.

Gibt es allgemeine Lösungen?

Es gibt zahlreiche Literatur zum Thema Mobbing und wie man damit umgehen soll. Es gibt aber, und das ist notwendig zu betonen, keine Patentrezepte und allgemein gültigen Ratschläge. Generell gilt meist, dass der Klient trachten sollte, seine Isolation zu durchbrechen, und dass sich in den meisten Fällen ein rechtzeitiges Ansprechen von Konflikten und ein Wahren der eigenen Grenzen als hilfreich erweist.

Generelle Tipps sind deshalb problematisch, weil jeder Fall individuell zu sehen ist, und wenn eine Handlung im Fall A zu einer Besserung der Situation führen würde, könnte sie im Fall B zu einer weiteren Verschärfung der Lage beitragen.

Methoden

Noch ein paar Worte im Sinn eines Impulses zu den Methoden, wobei jeder frei ist, mit dem zu arbeiten, was ihm entweder am meisten liegt oder ihm am sinnvollsten und dem Klienten am meisten entsprechend erscheint.

Personale Existenzanalyse (PEA)

Arbeitet man nun in der Mobbingberatung mit der PEA (vgl. Längle 1993, 133-160), erscheinen mir PEA 2, die Stellungnahme, und PEA 3, der Ausdruck, besonders relevant.

Die Betroffenen werden auf Grund der sie traumatisierenden Vorfälle im Verlauf der Mobbingssituation dergestalt von Emotionen überflutet, dass für viele nur noch

das Wahrnehmen der primären Emotion möglich ist. Die Integration derselben und damit die personale Stellungnahme bleibt nach und nach aus und verhindert so, dass es zu einem für die Person der Situation entsprechenden adäquaten Ausdruck, dem Handeln kommt.

Sinnerfassungsmethode

Immer wieder gut einsetzbar ist die Sinnerfassungsmethode (vgl. Längle 1988a, 40-52), da viele Menschen unter anderem auch deswegen einen Zusammenbruch erleiden, weil plötzlich ihre Lebensperspektiven und Träume zusammenbrechen. Die Frage „Was soll jetzt werden?“ stellt sich.

Dereflexion

Auch die Franklsche Methode der Dereflexion (vgl. Frankl 1992, 247, 313) kann man in manchen Fällen gut zum Einsatz bringen. Durch das Hinwenden zu einem anderen Wert kann die, durch die Belastungen ausgelöste Schlaflosigkeit einer Veränderung zugeführt werden. Gleichzeitig kann das Ausrichten auf einen anderen Wert Erleichterung bei Im-

Weitere Methoden

Immer wieder gut zum Einsatz gebracht ist auch die Methode der **Einstellungsänderung** (vgl. Längle 2000), um durch das Mobbing entstandene festgefahrene Einstellungen, die den Lebensvollzug behindern, zu bearbeiten.

Die Methode der **Personalen Positionsfindung** (PP) (vgl. Längle 1994) hilft besonders bei, durch das Mobbing entstandenen Ohnmachts- und Passivierungsgefühlen, sowie daraus entstandenen generalisierenden Annahmen.

Ebenfalls können, bei entsprechender Indikation, auch Elemente der Angst- und Depressionstherapie erfolgreich eingesetzt werden.

Resümee

Abschließend sei gesagt, dass nicht die Erhaltung des Arbeitsplatzes um jeden Preis primäres Ziel der Beratung und Zeichen der erfolgreichen Intervention ist. Natürlich ist Kündigung nicht das, was grundsätzlich angestrebt wird, noch etwas, was immer notwendig ist; man muss aber akzeptieren, dass es Konflikte gibt, die bereits soweit eskaliert sind, dass es

keinerlei Gesprächsbasis mehr gibt, so dass sie sich nicht mehr gut lösen lassen. In so einem Fall stellen ein Ortswechsel und Neuanfang häufig das Sinnvollste für den Betroffenen dar.

Insgesamt geht es darum, den Klienten bei der Bewältigung des von ihm erlittenen Traumas zu unterstützen und eine Stabilisierung des Selbst zu erreichen. Die Existenzanalyse hilft hier einerseits dabei, die seelischen „Beschädigungen“ auf Ebene der jeweiligen Grundmotivationen zu verarbeiten, andererseits dadurch, Hilfestellungen zum Auffinden sinnvoller Möglichkeiten innerhalb der realen Gegebenheiten zu bieten, sodass der Klient in der Folge ein als sinnvoll und erfüllt erlebtes Leben führen kann. Und das ist auf vielfältige Weise möglich.

Literatur

- Frankl V (1992) *Ärztliche Seelsorge*. Frankfurt: Fischer
- Längle A (1988) *Wende ins Existentielle*. Die Methode der Sinnerfassung. In: Längle A (Hg) *Entscheidung zum Sein*. V. E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper, 40-52
- Längle A (1991) *Werberührung*. In: Längle A (Hg) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien: GLE-Verlag, 22-59
- Längle A (1993) *Personale Existenzanalyse*. In: Längle A (Hg) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien: GLE-Verlag, 133-160
- Längle A (1994) *Personale Positionsfindung*. In: *Bulletin der GLE* 11, 3, 6-21
- Längle A (1999) *Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person*. *Existenzanalyse* 16, 3, 18-29
- Längle A (2000) *Die Methode der Einstellungsänderung*. In: Stumm G, Pritz A (Hg) *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer
- Leymann H (1993) *Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt

Anschrift der Verfasserin:

*Mag. Elisabeth Knizak
Work & People, Zentrum f. Mobbing-
beratung u. Konfliktlösung am Arbeitsplatz
Blindeng. 28/6
A-1080 Wien
praxis@knizak.at*

Wenn uns selbst die Worte fehlen ...

Therapeutisches Lesen als Hilfe zur Bewältigung schwerer Schicksalsschläge

Martin Duda

1. Einleitung

Angelina, 5 Jahre alt und die Enkelin eines älteren Nachbarhepaars, kam vor einigen Tagen zu mir gelaufen und rief schon von weitem: „Ich bin wie neu, ich bin wie neu!“ Ich fragte sie: „Wie, neu...?“ „Ich habe neue Ohringe!“, antwortete sie. „Oh..., hast du auch dafür Löcher in deinen Ohren machen müssen?“, fragte ich zurück. „Ja, die hat mir aber die Oma schon früher Mal durchgelöchert. Brrr...!“ Sie zitterte ein wenig. Ich fragte sie: „Ist dir kalt?“ „Nein, aber wo ich dir das gerade gesagt habe, habe ich mich erinnert, und da war mir auf einmal so ganz komisch...“

Es war nur eine kurze Erinnerung an eine kurze Schmerzerfahrung. Angelina war sicher von ihrer Großmutter darauf vorbereitet worden, dass es etwas wehtun würde, dennoch erinnerte sie sich mit ihrem ganzen Körper an dieses unangenehme und schmerzhaftes Erlebnis. Es ist nicht zu vergleichen mit einem Trauma, aber es ist ein kleines Beispiel dafür, was im Trauma um ein Vielfaches potenziert, plötzlich und unerwartet auf den Menschen zukommt, einschlägt und ihn dann oft fürs Leben zeichnet.

Traumata sind Naturkatastrophen des menschlichen Lebens. Sie treffen den Menschen immer unvorbereitet, treffen den ganzen Menschen, seinen Leib und seine Seele; es sind gravierende, im wahrsten Sinne des Wortes *ein-schneidende* Erlebnisse und deshalb auch oft *lebens-entscheidende* Erfahrungen. Mit aller Gewalt brechen sie in den normalen Ablauf des Lebens ein, prägen sich tief ein, hinterlassen bleibenden *Ein-druck* in der Seele, die wie eine Matrize eingedrückt zurückbleibt. Es sind Erfahrungen, die wir ertragen und bewältigen müssen, mit denen wir leben müssen. Danach ist alles

anders, als es vorher war.

Dieses Ertragen und Bewältigen gelingt nicht immer und nicht jedem. Nicht selten entwickeln Menschen, die Traumaerfahrungen ausgeliefert waren, später die posttraumatischen Belastungsstörungen, die das Leben manchmal zur Hölle machen: Eine bestimmte Farbe, ein Geruch oder ein Geräusch können in Sekundenbruchteilen die Erinnerung wieder auslösen; körperliche Symptome kommen dazu, die den Menschen wieder in den Ausnahmezustand bringen. Angst und Panik, psychosomatische Störungen, selbstverletzendes Verhalten, Süchte bis hin zu Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität können die Folgen einer Traumatisierung sein. Und auch in der Nacht, in Träumen und Albträumen kehren die schrecklichen Bilder regelmäßig zurück, überfluten den Menschen und erinnern an das schreckliche Erlebnis.

Doch muss ein Trauma uns brechen, uns ganz aus der Bahn werfen? Warum können viele Menschen besser mit den schlimmen Erfahrungen fertig werden? Gibt es Bedingungen, Voraussetzungen, Vorbereitungen, die uns befähigen, ein Traumaerlebnis – gewiss nicht mit Garantie, aber dennoch – besser zu verarbeiten, besser in die Biographie einzugliedern, ja vielleicht sogar daran zu wachsen, stärker zu werden, reifer? Existieren neben den psychophysischen Voraussetzungen, neben der Konstitution des Menschen, noch andere „Anti-Trauma-Aspekte“, die wie eine Impfung wirken und uns nicht hilflos diesen Erfahrungen überlassen? Gibt es vielleicht so etwas wie Trauma-Prophylaxe?

2. Die Heilkraft des Wortes – eine uralte Erfahrung

Die Bibliothherapie, die sich mit der Heil- und Wandlungskraft des Lesens

befasst, hat die seit alters her bekannte therapeutische Komponente der Literatur wieder in den Blick genommen und auf ihr großes Heilpotential hingewiesen. Während aber Musik- oder Maltherapie als begleitende Methoden in der psychotherapeutischen und beraterischen Arbeit weitgehend etabliert sind, findet die Bibliothherapie – von wenigen Ausnahmen abgesehen – bislang nur wenig Beachtung. Doch sie kann als Hilfsmethode, begleitend und problemorientiert, heilsame Prozesse in Gang bringen, wichtige Impulse geben und so therapeutische und beraterische Arbeit unterstützen und ergänzen.

Die Erfahrung, dass das Lesen *lebens-wichtig* ist und auch tatsächlich etwas bewirkt, haben viele schon einmal gemacht. Lesen kann helfen zu leben; es kann Einsichten und Erkenntnisse vermitteln, die uns selbst und das Leben verändern; es kann Ruhe und Erholung, Sammlung und Entspannung ermöglichen und sogar glücklich machen. Und weil sich dies auch wohltuend auf Leib und Seele auswirkt, stellt sich damit fast zwangsläufig die Frage nach der Heilkraft und nach dem therapeutischen Aspekt des Lesens. Aber können Bücher wirklich heilen? Kann stilles Lesen, Vorlesen oder Erzählen Heilprozesse auslösen oder unterstützen? Kann Lesen therapeutisch genutzt werden, und wenn ja, wie?

Die Heilwirkung von Sprache und Literatur war schon in alten Kulturen bekannt. Die frühesten Erfahrungen mit der Heilkraft des Wortes haben ihren Ursprung in der Religion und in einer Zeit, in der Glaube, Magie, Dichtung und Heilkunst zusammengehörten und Priester und Arzt ein und dieselbe Person waren (vgl. Munzel 1997, 122f.). Uralte Mythen und Heilige Schriften, Lieder, Gesänge und Gebete dienten

nicht nur kultischen Zwecken oder der Überlieferung, sondern hatten und haben bis auf den heutigen Tag auch eine heilende Funktion.

Im alten Ägypten schrieben die Pharaonen über ihre Bibliotheken: Psyche Iatreion – Heilstätte der Seele. Auch im antiken Griechenland war die Heilkraft des Wortes bekannt und ein wesentlicher Bestandteil der Heilkunst. Sokrates (470-399 v. Chr.) betrachtete die Heilung durch das Wort als wichtige Voraussetzung für ganzheitliches Heilsein und das wohlthuende und einfühlende Gespräch als ein zentrales Element der therapeutischen Behandlung (vgl. Drewermann 1993b, 160-163). Der wundersame und wundertätige Arzt, Philosoph und Prophet Empedokles, der zwischen 492-432 v. Chr. lebte, hatte die Fähigkeit, „Krankheiten zu heilen durch das heilbringende Wort“ (ebd. 160), wobei nicht an magische Beschwörungen und Zaubersprüche zu denken ist, sondern vielmehr – wie in der modernen Psychotherapie – an durch Worte ausgelöste heilsame Prozesse im Menschen.

Die heilsame und therapeutische Wirkung des Wortes ist Teil der biblischen und christlichen Tradition. Die Bibel selbst kann zu Recht als ein bibliotheraeutisches Grundwerk bezeichnet werden, denn sie verfügt über einen Schatz heilsamer Geschichten, Gleichnisse und Psalmen.

Obwohl es unzählige Beispiele gibt, die verdeutlichen, dass die Heilkraft des Wortes eine uralte Erfahrung ist, die ganz wesentlich zur Geschichte und Entwicklung der Menschheit gehört, geriet das Wissen um die therapeutische Funktion der Literatur in Vergessenheit, als das Lesen nur noch als rationaler Vorgang betrachtet und in der Medizin die Krankheit zunehmend nur als körperliches Geschehen aufgefasst wurde (vgl. Munzel 1997, 143; Muth 1988, 32).

Bereits Ende des 18. Jahrhunderts arbeiten einige Ärzte in Europa bibliotheraeutisch, indem sie ihren Patienten Bücher wie Medikamente verordnen. Doch vor allem in den Vereinigten Staaten wird Bibliotheraeutik propagiert und praktiziert, auch erste wissenschaftliche Arbeiten erscheinen hier zu diesem The-

ma. Erst im Laufe des 20. Jahrhunderts beginnt sich auch in Europa diese positive Entwicklung fortzusetzen, vor allem in den skandinavischen Ländern, in England und in Frankreich (vgl. Munzel 1997, 27ff.).

In Deutschland sind es vor allem die Theologen, Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten, die sich mit der Bibliotheraeutik befassen. Auch in den klassischen Richtungen der Psychotherapie kommt die Bibliotheraeutik zum Einsatz und findet Resonanz. Besonders die Logotherapie hat eine große Nähe zur Bibliotheraeutik. V. Frankl sprach „vom Buch als einem Therapeutikum“ und machte viele gute Erfahrungen mit Bibliotheraeutik im Rahmen der Neurosen-Behandlung (vgl. Frankl 1996a, 11-19). In seiner Nachfolge weist Elisabeth Lukas auf die Heilkraft der Literatur hin, die sie auch in ihrer therapeutischen Praxis anwendet (Lukas 1994).

Trotz zum Teil ermutigender Aktivitäten und Erfahrungen ist in der Bundesrepublik Deutschland – im Vergleich zu den Vereinigten Staaten – die bibliotheraeutische Forschung und Entwicklung noch nicht weit fortgeschritten. Die Ursachen für die Vorbehalte gegenüber dieser Methode liegen vor allem in der Unwissenheit über die Heilkraft des Lesens und über die Bedeutung des Begriffs „Bibliotheraeutik“ sowie in der Unsicherheit in ihrer Anwendung (Munzel 1997, 35-37).

3. Was ist Bibliotheraeutik?

Wer sich auf die Suche nach der Bedeutung des Begriffs „Bibliotheraeutik“ macht und in Fremdwörterbüchern oder in Lexika, aber auch in medizinischen oder psychologischen Fachbüchern nachschlägt, findet den Terminus entweder gar nicht oder begegnet einer ebenso falschen wie lustigen Erklärung, wie z.B. „Wiederherstellung alter oder beschädigter Bücher“. (Duden 2003, 198). Sogar in ärztlichen oder psychologischen Fachkreisen ist Bibliotheraeutik relativ unbekannt; sie wird oft mit „Bibliodrama“ verwechselt oder auch als „Therapie mit Hilfe der Bibel“ gedeutet.

Beigetragen zu dieser Unkenntnis und zu den Missverständnissen hat u. a. die Tatsache, dass neben dem Begriff

„Bibliotheraeutik“ auch andere Bezeichnungen synonym verwendet werden, wie z.B. „Biblioprophylaxe“, „Lese-therapie“ oder auch „Poesietherapie“, bei der allerdings nicht nur das Lesen, sondern auch das Schreiben von Gedichten therapeutisch genutzt wird (vgl. Petzold, Orth 1985).

Was aber ist Bibliotheraeutik? Der Begriff „Bibliotheraeutik“ (von griech. „biblos“ = Buch und „therapeia“ = Heilung, Behandlung, Dienen, Warten) bezeichnet die Nutzbarmachung des Lesens zu therapeutischen Zwecken. Im engeren Sinne ist die Bibliotheraeutik „eine unterstützende Maßnahme in der Medizin, Psychiatrie, psychotherapeutischen Behandlung und in der klinischen Seelsorge“ (Munzel 1997, 33), wo sie in der Prophylaxe, als Therapiebegleitung und in der Rehabilitation anwendbar ist. Dabei werden gezielt ausgewählte Bücher bei der Bewältigung von Lebensaufgaben und Lebenskrisen, aber auch zur Lösung persönlicher Probleme und zur Stabilisierung psychischer Gesundheit eingesetzt. Außerdem kann die Bibliotheraeutik in der Pädagogik, in der Erwachsenenbildung und in der Sozialarbeit wertvolle Dienste leisten.

Weil immer wieder Missverständnisse entstehen und Aufklärungsarbeit notwendig ist, benutze ich lieber den Begriff „Therapeutisches Lesen“, der aus sich selbst verständlich ist und auf die schwierige Vorsilbe „Biblio-“ verzichtet, die bei vielen Menschen sofort zu der Assoziation mit der Bibel führt. **Therapeutisches Lesen** sagt klarer und deutlicher, dass es eine heilsame Form des Lesens gibt.

4. Das Lese-Erlebnis aus psychologischer Sicht

Wie wirkt Lesen? Was geschieht beim Lesen im Menschen? Und warum ist Lesen heilsam?

Definiert man Therapeutisches Lesen im weitesten Sinn als die Nutzbarmachung des Lesens zu therapeutischen Zwecken, so gehören sowohl der **Leseprozess** als auch Inhalt und Wirkung des **Lesestoffs** sowie das anschließende **Nach-Lese-Gespräch** dazu. Die heilsame und therapeutische Wirksamkeit eines Textes beginnt bereits mit

dem Prozess des Lesens.

Schon wenn man einen Menschen beobachtet, der in eine Lektüre vertieft ist, wird deutlich, dass Lesen nicht nur ein rationaler, sondern auch ein emotionaler, ja ganzheitlicher Vorgang ist. Lesen kann den ganzen Menschen betreffen; Leib, Seele und Geist werden im wahrsten Sinne des Wortes *angesprochen*, so dass es zum Ersatz für wirkliches Erleben werden kann und man zu Recht von einem **Lese-Erlebnis** reden kann. Dabei ist Lesen ein intensives und ein individuelles Erlebnis; ich bestimme, was, wann und wie lange ich lese, und was ich dabei erlebe und erfahre, ist wahrscheinlich so einmalig wie ich selbst.

Aber was geschieht eigentlich beim Lesen? Was ist es, wenn uns eine Geschichte fesselt, innerlich aufwühlt oder zu Tränen rührt? Und worin liegt die heilsame und beglückende Wirkung des Lesens?

Lesen erreicht den Menschen in seinen Tiefenschichten oder, wie V. Frankl es ausgedrückt hat, die Tiefenperson im Menschen, das Geistige. Frankl war der Meinung und belegt dies auch immer wieder mit eindrucksvollen Beispielen, dass dieses Geistige im Menschen nicht erkranken kann und sogar bei schweren seelischen Störungen wie Psychosen noch ansprechbar sei.

Das Lese-Erlebnis ist ein komplexes, vielschichtiges Geschehen, in dem mehrere Wirkfaktoren ineinander greifen und psychophysische, bewusste und unbewusste Prozesse stattfinden (vgl. Munzel 1997, 172-188).

Einer der wesentlichen psychischen Vorgänge beim Lesen ist das **innere Bild-Erleben**, das durch Worte initiiert und stimuliert wird. Im Gegensatz zu visuellen Medien wie Fernsehen, Film oder Video, wo Fremdbilder vorgegeben sind, ist der Leser der Schöpfer seiner inneren Bilder und bestimmt selbst den zeitlichen Ablauf und die Intensität des Lesens. Die dabei entstehenden Bilder sind individuell und subjektiv, aber auch authentisch, denn Lesen eignet sich immer auf dem Hintergrund eigener existentieller Erfahrungen. Ähnlich wie in der Psychotherapie ein guter Therapeut nicht einfach Lösungen für Probleme und Konflikte vorgibt,

sondern den Klienten auf dem Weg dazu behutsam begleitet, können die inneren Bilder, die in der Seele entstehen und ihre heilsame Wirkung entfalten, der Beginn des Heilprozesses sein.

Eine wichtige und fundamentale Bedeutung hat auch das **Symbol** im Leseprozess. Symbole stellen eine Verbindung her zwischen dem Bewusstsein und dem Unbewussten, zwischen der äußeren und der inneren Wirklichkeit des Menschen. Gerade tiefe innere und existentielle Wahrheiten können nur durch Symbole dargestellt und vermittelt werden, genauso wie sich auch unbewusste oder verdrängte Inhalte der Seele nur symbolisch äußern und nur so verstanden werden können (vgl. Munzel 1997, 182-184; Kast 1996, 9ff.). Beim Lesen entsteht so unbewusste Kommunikation zwischen der psychischen bzw. geistig-personalen Ebene des Lesers und der Symbolebene des Textes. Besonders die Symbolsprache der Märchen und Parabeln kann hier wie ein Schlüssel wirken, der die Tür zu der inneren Welt des Menschen öffnet und hilft, hinter die Symbole der Seele zu kommen, sie zu deuten und ihre Botschaft therapeutisch zu nutzen.

Worauf es beim Therapeutischen Lesen wesentlich ankommt, ist die **Internalisierung**, die Verinnerlichung des Textes. Es geht um Lesen mit dem Herzen und nicht mit dem Verstand; um Lesen, das die seelische Verfassung des Menschen trifft und die „existentielle Aneignung“ (Drewermann 1993a, 336) eines Textes ermöglicht. Die Verinnerlichung bringt einen heilsamen Prozess in Gang, sie kann aber auch schon so tief greifend sein, dass es spontan zur Stellungnahme und zu einer entscheidenden Veränderung kommt.

Eine zentrale Rolle im bibliotherapeutischen Lese-Erlebnis spielt der Vorgang der **Identifikation**. Sich mit einer literarischen Figur zu identifizieren und in ihre Lage hineinzusetzen oder auch in eine Geschichte hineingezogen zu werden, bedeutet einerseits, Abstand von eigenen Konflikten zu gewinnen, und andererseits zu erfahren, dass man nicht alleine Sorgen, Ängste und Probleme hat und dass diese auch gelöst werden können.

Die weitaus wichtigere Funktion der

Identifikation liegt aber darin, dass die Person endlich Zugang zur eigenen Emotionalität finden kann. Hier liegt nicht nur der Kern bibliothераpeutischer Arbeit, sondern zugleich ein wesentliches Moment der existenzanalytischen Beratung und Therapie. Durch die Einführung in das Fühlen und Empfinden der literarischen Personen können eigene Gefühle zugelassen, wahrgenommen und ausgedrückt werden. Im Durchleben und Aussprechen kann aber auch schon ein Stück Integration stattfinden.

Bereits jetzt, beim Betrachten der intrapsychischen Vorgänge beim Lesen, wird deutlich, wie und warum Lesen bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen helfen kann. Lesen erreicht die Tiefendimension des Menschen, es berührt und beeindruckt positiv seine emotionale Ebene. Die inneren Bilder, die beim Lesen entstehen, bilden einen heilsamen Gegensatz zu den schrecklichen Bildern des Traumas, ja sie sind sogar in der Lage, diese – wie eine Art seelischer Antikörper – zu neutralisieren und in ihrer verletzenden und zerstörerischen Wirkung zu stoppen.

Durch Identifikation kann es gelingen, die traumatische Erfahrung einzuordnen, für sich selbst zu deuten, zu verstehen und weiter zu leben, auch wenn in dem, was geschehen ist, kein Sinn zu sehen ist.

Die Identifikation im Leseprozess ist eine Art „positive Identifikation“, die nicht von außen her diktiert wird und auch nicht den Charakter und die Funktion eines Abwehrmechanismus hat, sondern von mir ausgeht und auch wieder zu mir selbst hinführt und so bei der Selbstfindung hilft. Im Kontext der Traumabewältigung ist die Identifikation eine Art „Annehmen-Können-Faktor“, der Traumabewältigung ermöglichen und erleichtern kann.

Ein wichtiger Aspekt beim Vorgang der Identifikation ist außerdem die Befreiung aus dem Alleinsein, aus der Einsamkeit, die nicht nur jede traumatische Erfahrung, sondern im Grunde jede Krise mit sich bringt. Allein nur zu erfahren und zu erleben, dass auch andere Menschen schwere Lebenserfahrungen ertragen und bewältigt haben, ist heilsam und macht Mut.

In den letzten Jahren haben die Er-

kenntnisse anderer wissenschaftlichen Disziplinen, wie der Neurobiologie, der Literaturpsychologie oder der Neuropsychotherapie, zum besseren Verständnis des Lesevorgangs beigetragen und die Heilkraft des Lesens bestätigt. So stellte z.B. die Neurobiologie fest, dass Lesen weitaus größere Bereiche des Gehirns aktiviert und beansprucht als bisher angenommen. Gerade beim stillen Lesen wird das therapeutisch wirksame innere Bilderleben besonders intensiv erfahren. Positiv auf die Aufnahme eines Textes wirkt sich das Augenschließen beim Vorlesen bzw. Zuhören oder auch nach dem Lesen aus. Denn nur dann treten, nach den Erkenntnissen der Neurophysiologie, in den Hirnströmen die sogenannten Alpha-Wellen auf, die Voraussetzung für das Entstehen der inneren Bilder sind (vgl. Munzel 1997, 115).

Die Existenzanalytiker haben mit der Personalen Existenzanalyse (PEA) (Längle 1993) eine Methode zur Verfügung, die emotionale Ebene des Menschen anzufragen, die Emotionen zu bergen und so zum Verstehen und zum Einordnen schwerer Lebenserfahrungen beizutragen. Die PEA und Therapeutisches Lesen können sich gut ergänzen. Zum einen kann man mit bibliothераapeutischen Geschichten jeden Schritt der PEA unterstützen und provozieren, zum anderen kann Therapeutisches Lesen mit den Fragen der PEA kombiniert und bereichert werden.

5. Die Heilkraft des Lesens als Hilfe bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen

Eine effektive bibliothераapeutische Arbeit im Rahmen der Beratung und Psychotherapie setzt auf der einen Seite – beim Therapeuten oder Berater – Literaturkenntnisse und Kenntnisse über ihre Wirkungsweise voraus und auf der anderen Seite – beim Patienten oder Klienten – die Bereitschaft, sich auf Therapeutisches Lesen einzulassen. Positive Leseerfahrungen und ein gutes Verhältnis zum Lesen erleichtern den Einsatz eines Textes. Auch die Frage der möglichen Risiken und Nebenwirkungen ist zu bedenken, denn neben vielen positiven Funktionen kann Literatur z.B. neurotische Tendenzen verstärken

oder zur Flucht vor Realität führen. Die Wirksamkeit des Therapeutischen Lesens ist noch nicht empirisch nachgewiesen, es fehlt an Forschung in diesem Bereich, auch wenn einzelne Studien oder Projekte positive Ergebnisse aufweisen.

Welche therapeutischen Funktionen kann Lesen bei der Bewältigung von traumatischen Erfahrungen erfüllen, und welche literarischen Formen sind besonders geeignet, die jeweilige Wirkung zu erzielen?

Ich möchte zwei große Bereiche nennen und diese dann im Einzelnen etwas genauer darstellen. Der erste Bereich ist der Bereich der **Prophylaxe** bzw. der Prävention, der zweite ist der Bereich der **Hilfe bei der Bewältigung von traumatischen Erfahrungen**.

5. 1. Die prophylaktische Wirkung des Lesens

Die prophylaktische Wirkung des Lesens ist natürlich nicht in dem Sinne gemeint, dass Lesen traumatische Erfahrungen und Schicksalsschläge verhindern kann, sondern dass die inneren Abwehrkräfte des Menschen gestärkt und mobilisiert werden, so dass er jene besser bewältigen und mit ihnen umgehen kann. Die Wirkung ist mit der einer seelischen Impfung oder einer seelischen Abhärtung zu vergleichen, die den Menschen auf eventuelle Konfrontation mit einer traumatischen Erfahrung *vor-bereitet* und einen ersten Schutz bietet. Der Gedanke hat in der Medizin, im Somatischen seine Berechtigung und seine Richtigkeit, und auch im Seelischen finden sich viele Analogien.

V. Frankl schreibt in seinem Buch „Theorie und Therapie der Neurosen“: „Dass ein seelisches Trauma, also ein entsprechend schweres Erlebnis, auf einen Menschen überhaupt verletzend, also auf die Dauer schädigend wirkt, liegt jeweils am Menschen, an seiner ganzen Charakterstruktur, also nicht am Erlebnis selbst, das er erfahren musste.“ (Frankl 1993, 123) Frankl gibt dann im Folgenden Beispiele dafür, wie Menschen gerade durch schlimme Lebenserfahrungen dem Druck eines großen belastenden Ereignisses standhalten und dieses besser ertragen können.

Nun bietet nicht jede Biographie, nicht jeder Lebenslauf solche Erfahrungen, die uns abhärten und stark machen. Zum Glück, muss man vielleicht sagen, denn die Schule des Lebens ist zwar die beste, aber das Lehrgeld ist sehr teuer, das wir oft zahlen müssen. Die stellvertretenden Erfahrungen und Erlebnisse, die durch Lesen bewirkt werden, haben modellhaften Charakter. Denn Lesen ist auch Lernen aus Erfahrung und der bibliothераapeutische Prozess im weitesten Sinne auch ein innerer Lernprozess. Dabei können Erfahrungen vor allem auf emotionaler Ebene gemacht, sowie Einsichten und Erkenntnisse gewonnen werden, die sonst nur bei Begegnungen mit anderen Menschen oder in realen Situationen möglich sind (vgl. Munzel 1997, 50ff.; 165). Die literarische Schilderung einer Erfahrung oder eines Gefühls kann eine vergleichbare seelische Wirkung haben und beim Leser analoge Affektreaktionen hervorrufen wie das originäre Erlebnis. Dieses Mitgehen und Mitfühlen ohne selbst Opfer zu sein, kann einen Lern- bzw. Reifungsprozess auslösen.

Heilsame Texte, die den Leser berühren, prägen sich v. a. durch Bilder und Symbole ein – wir sprechen hier von der **Depotfunktion** – und können später in schweren Lebenssituationen abgerufen werden. Sie bilden so ein bibliothераapeutisches Kraftreservoir, das durch Auswendiglernen und Memorieren erweitert werden kann. Wir sind nicht mehr unvorbereitet, sondern positiv *vor-geprägt*.

5. 2. Hilfe bei der Bewältigung von traumatischen Lebenserfahrungen

Auch bei der Bewältigung und Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen kann Lesen eingesetzt und therapeutisch genutzt werden. Ich möchte als therapeutische Funktionen der Literatur zum einen die Unterstützung und Ergänzung der Therapie und der Beratung, zum anderen auch die Hilfe zur Selbsthilfe nennen (vgl. auch Kittler, Munzel 1992, 149ff.; Peseschkian 1995, 29ff.).

- Eine Grundfunktion der Literatur im psychotherapeutischen und

beraterischen Prozess ist die Funktion des **Mediators**, des Vermittlers zwischen dem Therapeuten bzw. Berater und dem Klienten. Diese Funktion ist besonders hilfreich bei schmerzhaften Erfahrungen und schweren Konflikten, die mit einer inneren, emotionalen Sprachlosigkeit verbunden sind und die dadurch leichter thematisiert und anschließend therapeutisch bearbeitet werden können. Auf diese Weise wird Literatur zu einem Medium der Kommunikation. Durch den indirekten und sanften Zugang zu den Konflikten wirkt ein Text hier wie ein Schutzfilter, und der Klient kann wenigstens vorübergehend auf seine üblichen Schutzmechanismen und Widerstände verzichten. Der Lesestoff bietet außerdem einen Anlass zur Auseinandersetzung und zum Gespräch mit dem Therapeuten oder Berater.

- Für Menschen, die unter seelischem Druck und emotionalem Stress leiden, ist **Erholung und Entspannung**, zumindest zeitweise, als therapeutische Wirkung nicht zu unterschätzen. Diese Funktion der Literatur ist deshalb so wertvoll, weil sie nicht durch Zerstreung, sondern durch Sammlung zustande kommt und die Person im Menschen mobilisiert und stärkt. Gerade durch das stille Lesen, bei dem das innere Bilderleben besonders intensiv erfahren wird, kommt es zu tiefer seelischer Erholung und innerer Beruhigung. Eine wesentliche Rolle spielt dabei der innere Dialog, der durch Lesen angeregt und gefördert wird und der zum äußeren Dialog mit der Welt führt.

- Bei der Bewältigung und Verarbeitung traumatischer Erfahrungen ist die **Selbstdistanzierung**, die Literatur ermöglichen kann, von großer therapeutischer Bedeutung. Dabei ist Lesen keine sinnlose Ablenkung, keine Flucht vor sich selbst und auch keine Verdrängung im tiefenpsychologischen Sinne, sondern es erlaubt vielmehr heilsame Distanz und Objektivität, die aus der Tragik der subjektiven Erfahrung herauszuführen vermögen. Die dadurch erreichte Perspektivenverschiebung ist besonders bei Störungen der primären Emotionalität und bei unbewussten

Stellungnahmen von therapeutischer Bedeutung.

Sich beim Lesen vom eigenen Erleben zu distanzieren, ist eine Erfahrung der Freiheit. Bücher können auf die inneren Freiräume aufmerksam machen, die der Mensch in seiner Not und Bedrängnis nicht wahrnimmt und so den Umgang mit einer schweren Situation erleichtern. Sie können aber auch die „Trotzmacht des Geistes“ mobilisieren, jene geistige Kraft im Menschen, die ihn bei allem körperlichen und seelischen Leid „trotzdem Ja zum Leben sagen“ lässt (Frankl 1996b).

- Das Heilsame des Therapeutischen Lesens hat auch mit dem Phänomen der **Regression** zu tun. Regression ist hier nicht als Rückschritt oder gar als Flucht in eine frühere Entwicklungsstufe zu verstehen, sondern als berechtigter, ja sinnvoller Rückzug oder als ein Umweg, auf dem der Mensch wieder zurück zu sich selbst und zum Leben findet. Ähnlich wie der erholsame Charakter von Traum und Schlaf psychisch auf dem Phänomen der Regression basiert, können Bücher, welche die Rückbindung an die Kindheit ermöglichen, heilsame Wirkung auf Leib und Seele ausüben und den Umgang mit Konflikten erleichtern. Hier sind vor allem Kinderliteratur, Märchen, aber auch Geschichten, die leicht zu verstehen sind und Intuition und Phantasie ansprechen, zu nennen.

- Viele Geschichten haben modellhaften Charakter und eine **Vorbildfunktion**. Sie sind nicht nur therapeutisch, sondern auch entwicklungspsychologisch von Bedeutung. Sie erlauben dem Leser, sich an Vorbildern zu orientieren, an Erfahrungen anderer teilzunehmen und von ihnen zu lernen. Sie helfen, existentielle Fragen vorwegzunehmen und sie versuchsweise zu bearbeiten, fördern Erkenntnisprozesse und Auseinandersetzung. Besonders nach traumatischen Erfahrungen können positive Vorbilder von Menschen, die ihr Schicksal zu meistern vermochten, nicht nur Halt geben, Mut machen und aus der Resignation herausführen, sondern auch die Eigeninitiative erwecken.

H. Thieliicke, der viele Monate seines Lebens als Schwerkranker und in manchmal hoffnungslosem Zustand in Kliniken verbringen musste, berichtet von einer Erfahrung, die er wiederholt machte. Manche wohlmeinenden Freunde brachten ihm allerhand „Schmunzelbücher“ in der Annahme, sie würden damit den Depressionen entgegenwirken und ihn auf andere Gedanken bringen. Er griff aber lieber zu Büchern, die vom Leiden anderer Menschen und von der Art sprachen, wie sie damit fertig wurden. Als ihn Besucher bei dieser Lektüre ertappten, waren sie manchmal entsetzt, dass er in seinem desolaten Zustand noch etwas so Schwermütiges las. Aber gerade das half ihm und gewährte Trost. Thieliicke spricht in diesem Zusammenhang auch von der homöopathischen Wirkung des Lesens (vgl. Thieliicke 1988).

Exemplarisch für die Modellfunktion der Literatur sind die Märchen. Sie zeigen die ganze Realität des Lebens, zu der auch Hunger und Krankheit, Leid und Tod gehören. Die Welt des Märchens ist nicht heil, aber sie ist heilbar, und hier liegt die wesentliche therapeutische und prophylaktische Botschaft dieser, nicht nur für Kinder, wertvollen Geschichten. Märchen sind deshalb therapeutisch so wertvoll, weil sie den Menschen nicht über richtige Verhaltensweisen belehren, zu einer bestimmten Lösung führen oder zum Nachahmen und Imitieren bringen wollen, sondern im wahrsten Sinne des Wortes *Vor-bilder* sein wollen, die ihn auf dem Lebensweg begleiten. Märchen bieten Modelle des Umgangs, der Bewältigung und der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, und auch die schweren und existentiellen Fragen nach dem „Warum“ und nach dem „wo war Gott“ werden hier behandelt. In der traditionellen hinduistischen Medizin wurde dem Kranken ein Märchen zur Meditation empfohlen, in der Erwartung, dass der Patient so den Ausweg aus seiner Krise findet (vgl. Bettelheim 1994, 33f.).

- Märchen, die zu den Kernstücken bibliothераpeutischer Literatur gehören, stehen auch beispielhaft für die therapeutische Funktion der Literatur,

die **Selbsttranszendenz** zu mobilisieren. Märchen lehren die Selbsttranszendenz. Sie zeigen eindrucksvoll, dass das eigentliche Leben mit all seinen Tiefen und Höhen erst mit dem Auszug (Exodus) in die Welt beginnt. Durch selbsttranszendentes Verhalten, durch Glauben und Liebe, durch Sich-Einlassen auf andere Menschen, Tiere und Dinge und durch Schauen und Hören darauf, was sie uns zeigen und sagen wollen, gelingt dem Menschen nicht nur, Gefahren und Prüfungen zu bestehen, sondern das Leben selbst zu meistern. Damit helfen Märchen, aus der passiven und fragenden Erwartungshaltung gegenüber dem Leben zur existentiellen Haltung des vom Leben Befragten und Antwortenden zu kommen. Allein diese Einstellungsänderung, diese existentielle Wende, kann die Grundhaltung der Offenheit und der Gelassenheit erwecken und den Menschen aus der Resignation und Verzweiflung wieder zum Leben bringen.

- Eine wichtige therapeutische Funktion ist auch die **Mobilisierungs- und Motivierungsfunktion**. Die motivierende und mobilisierende Kraft der Literatur wurzelt nicht selten in der Intensität des Lese-Erlebnisses und in der emotionalen Berührung des Menschen. Geschichten, welche die Situation des Lesers treffen und ein Aha-Erlebnis auslösen, wirken oft wie eine Initialzündung. Wenn sie dabei noch die Sinnfrage thematisieren und zu ihrer Klärung beitragen, dann wirkt das nicht nur motivierend, sondern *bewegt* im wahrsten Sinne des Wortes und ermutigt, den ersten Schritt ins Leben wieder zu wagen.

Da liegt beispielsweise jemand auf der Station eines Krankenhauses mit einer schweren Krankheit, die ihn so depressiv macht, dass er mit keinem Menschen redet und nur vor sich hin starrt. Alle Versuche der Krankenschwester und der Ärzte haben bisher nichts genutzt - bis eines Tages jemand einen kleinen Gedichtband auf das Nachtschränkchen legt. Das Büchlein liegt zunächst ein paar Tage unberührt an derselben Stelle. Dann aber geschieht ein Wunder. Der Patient fängt an zu lesen und wechselt endlich ein paar Wor-

te mit seinem Zimmernachbarn.

- Bücher sind manchmal, und damit komme ich zu der **Begleiterfunktion**, die besten, treuesten und oft die einzigen Begleiter in der Not. Sie begleiten den Menschen auf dem Lebensweg in guten wie in schlechten Zeiten. Sie helfen das Leben zu gestalten und zu bewältigen; sie unterhalten und belehren, beruhigen und trösten. Besonders in Zeiten der Krise, der Krankheit und der Trauer sind Bücher als Begleiter von großem therapeutischem Wert. Sie helfen das Leben zu ertragen, es dennoch zu bejahen und Unabänderliches leichter zu akzeptieren.

Gerade in der Auseinandersetzung mit dem Tod und beim Umgang mit der Trauer haben sich Bücher als Beistand und Stütze bewährt. Nicht selten sind sie dann die einzige Hilfe in der Not. Sie spenden nicht nur Trost und geben Halt, sondern ermöglichen und unterstützen die Trauerverarbeitung und verhelfen dazu, die Trauer zuzulassen, sie zu ertragen und sich ihr zu stellen.

„Als mein Mann starb“, so erzählte mir vor einer Weile eine Klientin, „habe ich schon morgens beim Frühstück mit dem Lesen begonnen. Nicht, weil mich ein bestimmtes Buch interessierte oder es so spannend war, sondern weil ich so das Gefühl hatte, nicht allein zu sein.“ Eine andere Klientin erzählte mir schon vor Jahren, wie sie nach dem Tode ihres Ehemannes wieder zum Lesen fand. Da er eine kleine Bibliothek hatte, begann sie dann seine Bücher zu lesen, um – wie sie sagte – Verbindung zu ihm zu halten und ihm nahe zu sein.

Vor allem ein plötzlicher, unerwarteter Tod, oder der Tod eines Kindes, kann zu schwerer Traumatisierung führen. Aus eigener leidvoller Erfahrung weiß ich, wie schwer und kaum zu ertragen solch ein Verlust sein kann, aber auch, wie bei der Bewältigung der Trauer das Lesen helfen kann. Neben einigen Psalmen war es vor allem das alttestamentarische Buch Hiob, das mir und meiner Frau Halt gab und uns durch die Zeit der Trauer begleitete. Beim Lesen hatte ich das Gefühl, für kurze Zeit mein Leid zu vergessen und bei Hiob zu sein, mit ihm zu weinen und zu trauern. Doch eigentlich war Hiob bei mir,

weinte mit mir, stand mir zur Seite und tröstete mich.

Eine ähnliche Erfahrung, die mich wieder einen Schritt zurück ins Leben brachte und für die ich dankbar bin, konnte ich bei der Lektüre der „Kinder-totenlieder“ von Friedrich Rückert machen, von denen mir einige durch die Vertonung von Gustav Mahler schon früher bekannt waren. Da der Dichter in seinem Gedichtszyklus autobiographische Erfahrungen und Erlebnisse verarbeitet, hatte ich das Gefühl, als wären sie für mich geschrieben, als würde er so wie ich empfinden und denken, mit mir leiden und mich verstehen und so meine eigene Not teilen. Diese Nähe und diese Gewissheit gaben mir Zuversicht, aber auch Kraft und Mut zum Weiterleben.

- Eine zusätzliche Hilfe bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen bietet die Schreibtherapie. Das Schreiben von Gedichten, Briefen oder Tagebüchern verschafft dem psychischen Erleben Ausdruck und fördert den Prozess der Bewusstmachung, des Verstehens und der Integration der Gefühle. Lesen und Schreiben lassen sich vielfach miteinander verbinden und können so die therapeutische oder beraterische Arbeit ergänzen und unterstützen.

6. Schlussbetrachtung

Im psychotherapeutischen und beraterischen Alltag begegnen uns oft Geschichten, die das Leben geschrieben hat und die oft so tragisch, so leidvoll, oder so kompliziert sind, dass wir selbst nicht mehr weiter wissen und *keine Worte mehr haben*. Vielleicht könnte dann eine kleine Geschichte oder ein kurzes Gedicht uns und diejenigen, die von uns Hilfe erwarten, ein Stück weiterbringen oder sogar zur lang ersehnten Lösung eines Problems führen.

Menschen, die eine traumatische Erfahrung hinter sich haben, tragen eine große Last mit sich, die ihnen das Leben schwer, manchmal sogar unmöglich macht. Es sind Erfahrungen und Erinnerungen, die wir wie Steine mit uns schleppen, die uns belasten und lähmen, so dass wir gar nicht zum Leben kommen. Lesen kann uns dabei helfen, diese schwere Last abzuladen und daraus

Stein für Stein, Schicht für Schicht, einen Boden zu bauen; sie zu einem Boden zu „verarbeiten“, auf dem wir stehen, besser gesagt, auf dem wir im Leben weiter gehen können. Denn auch nach einem Trauma kann und will das Leben gelebt werden, auch dann hat das Leben noch eine Zukunft.

Ich möchte mit einer schönen Geschichte von M. Buber schließen, die zeigt, wie heilsam und therapeutisch Lesen wirken kann.

„Eine Geschichte“, sagte einmal ein Rabbi, „soll man so erzählen, dass sie selber Hilfe sei.“ Und er erzählte: „Mein Großvater war lahm. Einmal bat man ihn, eine Geschichte von seinem Lehrer zu erzählen. Da erzählte er, wie der heilige Baalschem beim Beten zu hüpfen und zu tanzen pflegte. Mein Großvater stand und erzählte, und die Erzählung riss ihn so hin, dass er hüpfend und tanzend zeigen musste, wie der Meister es gemacht hatte. Von der Stunde an war er geheilt. So soll man Geschichten erzählen.“ (vgl. Buber 1949,6)

Literatur

- Bettelheim B (1994) Kinder brauchen Märchen. München: DTV, 17°
- Buber M (1949) Die Erzählungen der Chassidim. Zürich: Manesse
- Drewermann E (1993a) Tiefenpsychologie und Exegese. Band 1. München: DTV
- Drewermann E (1993b) Tiefenpsychologie und Exegese. Band 2. München: DTV
- Duda M (2004) Lesen hilft leben. Ansätze bibliotherapeutischer Arbeit in der Existenzanalyse und Logotherapie. Münster: LIT
- Duden. Das große Fremdwörterbuch. (2003) Mannheim: Dudenverlag, 3°
- Frankl V (1996a) Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München: Piper, 8°
- Frankl V (1996b)...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: DTV, 14°
- Frankl V (1993) Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse. München, Basel: Reinhardt, 7°
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Kast V (1996) Märchen als Therapie. München: DTV, 6°
- Kittler U (1988) Für Peter – oder: Was ist Bibliotherapie? In: Raab P (Hg) Heilkraft des Lesens. Erfahrungen mit der Bibliotherapie. Freiburg im Breisgau: Herder
- Kittler U, Munzel F (1992) Lesen ist wie Wasser in der Wüste. Das Buch als Begleiter auf dem Lebensweg. Freiburg im Breisgau: Herder
- Längle A (1993) Personale Existenzanalyse. In: Längle A (Hg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE
- Längle A (2000) Sinnspuren. Dem Leben antworten. St. Pölten: NP-Buchverlag
- Lukas E (1994) Rat in ratloser Zeit. Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie. Freiburg im Breisgau: Herder
- Munzel F (1997) Bibliotherapie und religiöses Lernen. Ein interdisziplinärer Beitrag zur „Theologie des Lesens“ und zur Innovation des Religionsunterrichts. Münster: LIT
- Muth L (1988) Und dennoch Ja zum Lesen. In: Raab P (Hg) Heilkraft des Lesens. Erfahrungen mit der Bibliotherapie. Freiburg im Breisgau: Herder
- Peseschkian N (1995) Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer
- Petzold H, Orth I (1985) (Hg) Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann
- Thielicke H (1988) Lesen in Krisensituationen. In: Raab P (Hg) Heilkraft des Lesens. Erfahrungen mit der Bibliotherapie. Freiburg im Breisgau: Herder
- Weis J, Seuthe-Witz S, Nagel GA (2002) (Hg) Das Unbeschreibliche beschreiben, das Unsagbare sagen. Poesie- und Bibliotherapie mit Krebskranken. Regensburg: Roderer

*Anschrift des Verfassers:
Martin Duda
Bodenschwingher Berg 10
D – 44357 Dortmund
m.duda@dokom.net*

Medien zur Tagung „Trauma und Persönlichkeit“

23 Live-Mitschnitte

u.a. von G. Hüther, L. Reddemann, U. Schnyder, A. Längle, C. Kolbe

Ton- und Videokassetten, CD und DVD bestellbar bei

Auditorium Netzwerk

D-79379 Müllheim/Baden

Habspergstr. 9a

Tel.: 0049/76 31/17 07 43

Fax: 0049/76 31/17 07 45

audionetz@aol.com

Internetshop und Liste der Angebote als pdf erhältlich unter: www.auditorium-netzwerk.de

Stumme Wunden Sozialer Verletzungen¹

Marlies Blerch

Der Text stellt die Bedeutung verschiedener Definitionen von Behinderung dar: Zum einen das traditionelle, individuelle Modell von Behinderung und zum anderen Behinderung als soziale und gesellschaftliche Konstruktion. Behinderung als persönliches Erleben, als Trauma beschrieben, als Verletzung der körperlichen Grenzen, der Schamgrenzen, der menschlichen Würde – ob von Geburt an oder später erworben – kann oft sprachlos machen. Um in der Beratung diese Sprachlosigkeit zu überwinden erfordert es zum einen vom Gegenüber eine Haltung der Offenheit ohne eigene unbewusste Ängste, zum anderen kann das Kreative Schreiben helfen, Unaussprechliches auszudrücken. Dies wird dargestellt an einem Beispiel aus der Beratungspraxis.

Mein persönlicher Zugang

Mehr als die Hälfte meines Lebens habe ich alles, was mit dem Thema Behinderung zu tun hat, gemieden, verdrängt, verleugnet, ignoriert, abgespalten – wie immer man es nennen will –, und zwar erfolgreich, aber mit großem Kraftaufwand. Dafür hat mich das Thema in den letzten 25 Jahren nicht mehr losgelassen, und bei der Vorbereitung dieses Referates sind mir noch einmal die vielen Aspekte der Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung auf- und eingefallen:

Behinderung und Sprache; Behinderung historisch gesehen – in der Bibel, im Mittelalter, im Faschismus, oder kulturell – in den Mythen, in der Literatur, in der Malerei; Behinderung in anderen Ländern, beispielsweise in den USA oder in der ehemaligen DDR; Behinderung in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, wie z. B. in den Rechtswissenschaften, in der Medizin, in der Rehabilitationspädagogik oder in der Architektur. Wie viele Biografien² habe ich gelesen, Tagungen besucht und selbst durchgeführt, wie viele Selbsterfahrungsgruppen und Themenabende angeboten, politische Gruppen initiiert, Interviews gegeben ...!

Warum zähle ich das auf? Um die Fülle des Themas, hier nur in Stichworten angedeutet, aufzuzeigen, denn Behinderung ist mehr als nur ein Aspekt einer

Person. Dies alles zeigt vielleicht auch, dass dieses Thema „mein“ Thema ist und beantwortet ein Stück weit die Frage nach einem Leben mit Behinderung.

Mein Verständnis von Behinderung – oder von der individuellen zur sozialen Kategorie

Es gibt eine Vielzahl von Definitionen, z. B. in den Rehabilitations-Gesetzen, den Gleichberechtigungsgesetzen, von der WHO usw. Diese Definitionen unterscheiden sich je nach dem Erkenntnisinteresse und der politischen Intention; sie sind nicht statisch, sondern werden ständig der politischen Situation angepasst und neu formuliert. Darauf möchte ich aber an dieser Stelle nicht näher eingehen, man kann sie in der Literatur nachlesen³ - nur so viel sei gesagt: Ich gehe davon aus, dass Behinderung keine naturgegebene, vermeintlich objektive, medizinisch-biologisch definierte Schädigung oder Beeinträchtigung ist, sondern ein kulturelles und gesellschaftliches Differenzierungsmerkmal. Danach ist Behinderung nicht einfach vorhanden, sondern sie wird hergestellt, produziert, konstruiert. ‚Behinderung‘ ist keine fixe Kategorie, sondern eher ein ‚lockerer‘ Oberbegriff, der sich auf eine bunte Mischung von unterschiedlichen körperlichen und kognitiven Merkmalen bezieht, die oft nichts anderes gemeinsam haben, als das soziale Stigma der Begrenzung, Abwei-

chung und Unfähigkeit.“ (Waldschmidt 2003, 13)

Diese Sichtweise findet man weder in der Medizin, der Psychologie oder den Rehabilitationswissenschaften etc. noch in den Sozialgesetzen (Priestley 2003, 23-35). Dort herrscht der klinische Blick vor, dort wird unterstellt, dass durch Therapie, Prävention und Förderung das „Behinderungsproblem“ gelöst werden kann – nach dem Motto: Wenn nur die angebotene Behandlung – und dadurch eine gelungene Anpassung an die Umwelt – erfolgreich ist und wenn die Behinderung psychisch verarbeitet ist, dann lässt sich damit leben.

Das sehen Menschen mit Behinderungen anders: Gerade im vorletzten Jahr hat eine zweiwöchige Sommer-Universität in Bremen unter dem Thema „Disability Studies“ stattgefunden, die gemeinsam von aktiven, engagierten behinderten WissenschaftlerInnen verschiedener Fachgebiete geplant und durchgeführt wurde. Einmütig wurde das vorherrschende traditionelle und individuelle Modell von Behinderung abgelehnt, denn es geht von einer Schädigung oder Beeinträchtigung als Ursachenfaktor aus und beinhaltet das Postulat, dass Behinderung ein individuelles Problem darstellt, das von der einzelnen Person bewältigt werden muss.

Dagegen geht das soziale Modell von Behinderung von der sozialen Benachteiligung als entscheidender Ebene aus. Dieser Ansatz beinhaltet das Postulat, dass sich nicht der Einzelne, sondern die Gesellschaft ändern muss, denn Behinderung wird von der Gesellschaft künstlich zu einem Problem gemacht.

Ich will diese gegensätzlichen Sichtweisen an einem sehr schlichten Beispiel verdeutlichen: Kommt ein Rollstuhlbewerber nicht in ein Gebäude, weil die Treppen am Eingang es unmöglich

¹ Der Titel stammt von Zavirsek (1999, 37)

² Für alle diejenigen, die Interesse an persönlichen Erfahrungsberichten haben, verweise ich auf „Leben im Rollstuhl – Schicksal und Herausforderung“ in: GLE-Tagungsbericht 1996, 21-25. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Biografien, angefangen von Helen Keller über Ortrud Schott, Ursula Egli, Jean-Dominique Bauby bis Hannah Green u. a.

³ Zu den WHO-Klassifikationen vgl. <http://www.dimdi.de>

machen, ist nach dem früher herrschenden medizinischen Modell die Behinderung eine krankhafte Störung, ein Fehler des behinderten Menschen ganz persönlich. Geht man aber davon aus, dass Behinderungen in den Interaktionen mit Barrieren in der menschlichen und physischen Umwelt entstehen, dann ist klar, dass Behinderung kein medizinisches, sondern ein soziales und politisches Thema ist und dass Rechte von behinderten Menschen Bürgerrechte sind, die ihnen nicht von anderen Menschen vorenthalten werden dürfen.

Ich bin mehr als meine Behinderung

„Sie wirken gar nicht behindert...“ – Diese als Kompliment gedachte Äußerung ist bei näherem Hinsehen kein Kompliment, bedeutet sie doch: „Sie bereiten im Vergleich zu Ihrer körperlichen Einschränkung überraschend wenig Umstände.“ Behinderte Menschen gelten als relativ normal, wenn sie reibungslos funktionieren. Eine solche Äußerung zeigt aber, welche Vorurteile über Behinderung und welche Vorstellungen in den Köpfen darüber sind, wie ein behinderter Mensch auszusehen, zu leben, zu sein hat (Radtko 1995, 71-80).

„Man merkt gar nicht, dass Du behindert bist...“ Indem behinderte Menschen die Leistungsprinzipien, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen ihrer Umwelt verinnerlicht haben, gelingt es ihnen, sich einen gewissen Freiraum zu erkämpfen – aber der Preis ist hoch: „Ein guter Behinderter ist der, der gelernt hat, sich den Erwartungen anzupassen, über sich persönlich zu schweigen und Nichtbehinderte durch seine Erscheinung nicht zu verunsichern. Behinderte und Nichtbehinderte tun im gemeinsamen Zusammensein so, als wäre die abweichende Körperlichkeit unbedeutend, so dass sie auch nicht erwähnt werden muss – es gibt damit aber auch keinen Austausch über die unterschiedlichen Erfahrungen. Es werden öffentliche Räume so geschaffen, dass die Wahrscheinlichkeit der Begegnung sinkt, was beiden hilft, widerstreitende Gefühle zu vermeiden.“ (Goffman 1967)

„Man vergisst ganz, dass Du behindert bist...“ Als Anerkennung gemeint –

zeigt diese Äußerung doch, dass behinderte Menschen nicht in ihrer ganzen Dimension toleriert werden, denn dazu gehört auch ihre Behinderung – und es zeigt den Grad ihrer Anpassungsleistung!

Im Übrigen: Indem wir von „diesen“ Menschen sprechen oder indem behinderte Menschen zu „Behinderten“ werden, reduzieren wir sie auf die Behinderung: „Indem wir aus einem Beiwort [...] ein Hauptwort machen, reduzieren wir den Betroffenen auf dieses eine Merkmal, als setze er sich nicht aus einer Vielzahl weiterer Aspekte zusammen.[...] In der Bezeichnung, der Behinderte' wird zusätzlich die Mehrzahl in die Einzahl gesetzt, so dass der Eindruck eines homogenen Kollektivkörpers entsteht, der sich durch nichts anderes auszeichnet als eben seine Behinderung.“ (Radtko 1995, 86-96)

Indem Menschen mit Behinderungen zu Behinderten werden, werden sie zu anderen, von denen sich die Nichtbehinderten abgrenzen können. „Wir, die Normalen, kommen selbständig im Leben zurecht, sind effektiv in unserem Tun, welches uns das Überleben in der Gesellschaft sichert. Genau das ist ‚diesen Menschen‘ nicht möglich. Sie sind sichtbar Abhängige, also gelten sie als Unmündige. Unser Verhältnis zu ihnen ist bestimmt vom Anderssein oder vielmehr von unserer Betonung des Andersseins. Das Anderssein muss um jeden Preis verteidigt werden.“ (Niedecken 1993, 16) Die Schmerzen des einen gehen den anderen nichts mehr an. Die Spannung zwischen beiden, zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Menschen, sind aufgehoben, es kommt zur Spaltung: Das eine versuchen wir zu sein, das andere wird entwertet und verworfen. Diese Spaltung ist eine Reaktion auf die Verunsicherung, sie ist eine Möglichkeit, mit den eigenen starken Ängsten und Befürchtungen zurechtzukommen, wir gewinnen an Sicherheit. Dieses Vergleichen ist eine Reaktion, die aber nur vorübergehend hilft.

Und: Dieses Vergleichen gibt es nicht nur zwischen Behinderten und Nichtbehinderten, sondern auch zwischen behinderten Menschen selbst. Und von hier aus ist es nur noch ein kleiner Schritt bis zur Frage des Wertes und der Frage nach den Kosten.

Kein Mensch ist unnütz ...

Wir alle haben den Wunsch, einen gesunden Körper zu haben, der funktioniert und uns keine Probleme bereitet: „Nach dem heutigen Verständnis ist der Körper nicht mehr als Leib der Spiegel der Seele, sondern er wird als Werkzeug benutzt, um etwas zu erreichen.[...] Der Körper soll makellos sein, und oft wird er erst dann bemerkt, wenn er unter Schmerzen seinen Dienst verweigert.“ (Richarz 2003, 44). Durch chirurgische Eingriffe werden fehlerhafte Teile ersetzt, aber der behinderte Körper lässt sich nicht als Objekt benutzen, ihm sind Grenzen gesetzt, er bereitet u. U. Schmerzen und lässt sich trotz aller Bemühungen nicht beherrschen. Hier entsteht Angst vor Ohnmacht und Abhängigkeit; sie zu bewältigen scheint am leichtesten zu gehen durch Abgrenzung und Aussonderung, durch Abwehr, Abspaltung und Verleugnung. Es werden Grenzen gezogen, und es wird mit den verschiedensten Argumenten dargelegt, warum es so vor allem für die Betroffenen sinnvoll ist. Für dieses Ziel werden keine Kosten gescheut.

Behinderung wird oft mit Leiden, mit Krankheit gleichgesetzt, sie gilt als Schicksalsschlag, als Tragödie. Sicher: „Behinderung [ist] etwas Faktisches, etwas schon Gegebenes, mit dem der Mensch umgehen kann bzw. muss, dieses birgt potentiell Sinnmöglichkeiten in sich.“ (Haselwanter 1997, 38), d. h. es kann Leiden, aber auch Herausforderung sein – trotz allem halten sich diese gesellschaftlichen Vorurteile unverrückbar: „Einen Behinderten zu sehen, ist für jeden Gesunden eine seelisch-geistige Herausforderung. ‚Was täte ich, wenn ich das hätte?‘ fragt man sich unwillkürlich? Und jeder spürt, wie es ihn zurückschreckt vor den Schwierigkeiten solcher existentieller Aufgabe. Die ganze Ungeheuerlichkeit, die mit der Behinderung verbunden ist, trifft den Unvorbereiteten beim Anblick des Behinderten. Im nächsten Atemzug schon spürt man: Der hat kein gutes Leben. So etwas möchte ich nicht haben! Schon setzt sich das ‚Nein‘ dazwischen, das in dem Umgang mit den Behinderten noch eine weitere Behinderung bringt.“ (Längle 1996, 55)

Vielleicht liegt es daran, dass die Gesellschaft die behinderten Menschen genau in dieser Rolle braucht, denn im

Grunde wissen wir alle: Wir sind als Säugling hilflos, als alter Mensch sind wir auf Hilfe anderer angewiesen, nur dazwischen kann der Mensch einige Jahre unbehindert seine Zeit genießen - im günstigen Fall sind es Jahrzehnte. (vgl. Radtke 1996, 71-80)

Oder etwas provokativ ausgedrückt: Weil die behinderten Menschen die Identität der Nichtbehinderten bedrohen, müssen sie ferngehalten werden, es werden für die Grenzziehung körperliche Merkmale genommen, um zu entscheiden, wer gewollt und wer nicht gewollt ist. „Damit wird deutlich, dass die Konstruktion von Behinderung auch die Bedeutung hat, das psychische Überleben der Nichtbehinderten zu sichern oder mindestens zu erleichtern.“ (Richarz 2003, 45)

Aber wir wissen: Bei jeder Spaltung brauchen sich beide Teile, der eine schafft den anderen, sie sind aufeinander angewiesen. Insofern stimmt der Aufkleber, den ich einmal an einem Rollstuhl gesehen habe: „Kein Mensch ist unnützlich, und wenn er als Abschreckung dient.“

Behinderung als existenzielle Bedrohung oder „Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Haut ...“

Ich behaupte, viele behinderte Menschen können mit ihren körperlichen Einschränkungen gut umgehen, sie kompensieren und arrangieren sich, haben zu ihnen passende Interessen und Fähigkeiten entwickelt, haben vielleicht auch hin und wieder gelernt zu verdrängen oder die Behinderung zum Mittelpunkt ihres Lebens gemacht und gehen ohne zu leiden kreativ mit ihr um. Sie kennen ihre Rechte, haben ein besonderes Gespür für Diskriminierung, für Machtverhältnisse und Rassismus, für sprachliche Feinheiten entwickelt – vielleicht auch mit therapeutischer Begleitung.⁴ Dieser lange Prozess der persönlichen Auseinandersetzung hat ihre Überzeugung gefestigt, dass die „Würde“ den jeweiligen Menschen als „Unersetzbares“, „Unvergleichbares“, „absolut Besonderes“ ausmacht. „Ich denke, das ‚Menschliche‘ am Menschen ist quasi das Imperfekte. Perfekt sind nur die Computer – und die haben keine Seele. Wer den perfekten Menschen konstruieren wollte, der nähme in Kauf, eine see-

lenlose Welt zu erschaffen – ohne die Möglichkeit des Irrtums und damit auch ohne die Chance der Weiterentwicklung. Also für mich ist der imperfekte Mensch eigentlich der Beweis für die Würde des Menschen.“ (Radtke 2000, 25)

Diese Haltung wird hart auf die Probe gestellt, weil behinderte Menschen täglich die Erfahrung machen, dass dieses „absolut Besondere“ verkannt wird. Sie spüren täglich, persönlich wie gesellschaftlich, wie vielfältig, offen oder subtil verborgen, die Würde behinderter Menschen verletzt wird.

Man braucht nur die Zeitung aufzuschlagen, da „hinkt“ der Aktienkurs der wirtschaftlichen Entwicklung hinterher, der Wissenschaftssenator ist „blind und taub“ gegenüber studentischen Forderungen, es werden Filme prämiert, welche die Sterbehilfe behinderter Menschen propagieren, die Beratungsstellen zur pränatalen Diagnostik bekommen viele Gelder, um behinderte Kinder zu verhindern, Gelder, die in anderen Bereichen wie der Unterstützung von Eltern behinderter Kinder gebraucht würden – und nicht zuletzt, ganz aktuell, erschrecken mich die menschenverachtenden Argumente in der Auseinandersetzung um das geplante Antidiskriminierungsgesetz bei uns. „Dürfen Behinderte leben? Diese Frage wird heute mit wachsendem Eifer auf den Wissenschaftsseiten rauf und runter diskutiert, chic deklariert als die mutige Überschreitung von Denkverboten. Unter Berufung auf Meinungsfreiheit und -liberalität werden Qualitätskriterien für menschliches Leben erörtert.“ (Sierck, 1994, 87) Dies alles sind Themen, die behinderten Menschen den Raum zum Atmen nehmen, die es sehr schwer machen, die Behinderung zu verarbeiten und damit gut zu leben – sind sie doch ständig von der Politik existentiell bedroht. „Allein der Frage ausgesetzt zu sein, warum man als Mensch mit einer Behinderung da ist, bedeutet eine ganz tiefe Verletzung. Behinderte Menschen werden in die Rolle gezwängt, ihr Dasein rechtfertigen zu müssen, was fast gleichbedeutend ist, sich für die Tatsache, dass man lebt, zu entschuldigen.“ (Haselwanter 1997, 60)

Behinderte Menschen werden aus-

schließlich als Kostenfaktor gesehen. „Aber dass behinderte Menschen nicht nur Nehmende sind, sondern durchaus etwas zu geben vermögen – nicht im Sinne von Dankbarkeit, sondern als Qualität, die spezifisch dem Behindertsein innewohnt, erschien mir ein Ansatz, den es sich weiterzuverfolgen lohnt. [...] Aber ich bin davon überzeugt, dass Behinderung eine Funktion in unserem Wertesystem einnimmt, die nicht ersatzlos gestrichen werden kann.“ (Radtke 1994a, 641)

Oder wie es Fredi Saal mit seinen Worten sagt: „Die Behinderung ist als persönlicher Eigenwert anzuerkennen, das heißt in einem Menschen nicht das reparaturbedürftige Wesen als eine Panne der Natur oder gar des Schöpfers zu sehen, sondern eine Individualität, die es nicht gäbe, wenn ihr Träger nicht behindert wäre.“ (Saal 1996, 161) Und insofern zieht er den Schluss: „Ich habe nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, mich anderen zuzumuten. Ich bin Teil des ganzen menschlichen Kosmos. Ich trage dazu bei, dass niemand vergisst, das Ganze zu sehen. Ich kann und muss meinen Platz beanspruchen.“ (ebd. 113)

Das bisher Gesagte bezieht sich auf Behinderung allgemein, nun werde ich aber noch auf die Frage, ob es nicht einen Unterschied macht, ob jemand von Geburt an behindert ist oder erst später durch Krankheit, Unfall o. Ä. behindert wird, eingehen.

Ein-Bruch im Leben: Behinderung später erworben

Die Auswirkungen spät erworbener Behinderungen werden in vielen Berichten und Untersuchungen beschrieben; sie zeigen, was es bedeutet, wenn Krankheit oder Unfall die gewohnte Körperlichkeit plötzlich verändert. Wird das als überwältigendes Ereignis empfunden, das bisherige Seelenleben außer Kraft setzt, dann wird vor allem Hilflosigkeit, Scham und Schuld erlebt. „In Anbetracht dieser Bedingungen fällt es vielleicht schwer, überhaupt leben zu wollen. Der Lebenswille kann tief getroffen sein. Es fällt dann schwer, Ja zum eigenen Leben zu sagen und sich selbst für liebenswürdig zu hal-

⁴ Ulrike Gottschalck hat einen spannenden Bericht über die Auseinandersetzung mit ihrer Behinderung und ihre therapeutischen Erfahrungen geschrieben: (vgl. Rommelspacher 1999, 97-121)

ten.“ (Haselwanter 1997, 46). Es stehen keine angemessenen Maßnahmen zur Bewältigung zur Verfügung, man fühlt sich dem unfassbaren Geschehen ausgeliefert, dessen Ende nicht absehbar ist. Die Auseinandersetzung damit, in einer körperlichen Verfassung leben zu müssen, die man sich nicht ausgesucht hätte, die von einem selbst und der ganzen Umwelt mit negativen Assoziationen verbunden ist, führt an seelische Grenzen, an denen der Sinn, weiterzuleben, sich verlieren kann. Man ist derselbe und doch anders. „Man steht vor der schwierigen Aufgabe: Um sich ganz fühlen zu können, muss man sich verletzt fühlen.“ (Richarz 2003, 46) Man fühlt sich allein gelassen im Chaos seiner Gefühle, gebeutelt von Enttäuschung, Verzweiflung, Wut, Trauer – man kann sich niemandem verständlich machen und schwankt: „Entweder zwischen sich anzupassen und nur zu sagen, was die anderen hören wollen, und sich damit selbst zu verleugnen und zu verachten, oder auszusprechen, was einen bewegt und darüber allein zu bleiben.“ (Richarz 2003, 46) Eine unlösbare Alternative. Dieses Dilemma hat oft einen hohen Preis: Ich verstumme und erstarre.

Behinderte Kinder sind wie ein ungebetener Gast

Für ein von Geburt an behindertes Kind bedeutet seine Behinderung die Erfahrung, dass es bei einem anderen Menschen Erschrecken, Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schuld usw. auslöst, denn die Geburt eines behinderten Kindes ist für Eltern fast immer ein Trauma. Sie haben sich auf ihr Kind gefreut – und nun das! Die Eltern haben mit sich und der neuen Situation zu tun, sie können nicht voll für ihr Kind da sein, obwohl es sie eigentlich mehr bräuchte als ein gesundes/nicht-behindertes Kind.

Ich will aber an dieser Stelle nicht auf das Erleben und die Schwierigkeiten der Eltern eingehen, sondern beim Blick auf das behinderte Kind bleiben. Es erlebt sich in den ersten Wochen und Monaten nicht als vollständig angenommen und geliebt; es fehlt der Stolz der Eltern auf sein Dasein; es verinnerlicht die Enttäuschung der Eltern, die es hervorgerufen hat. Verständnislos fragt es sich: „Warum kann ich nicht so gewünscht sein, wie ich bin?“

Erfahren Kinder dagegen Akzeptanz,

fällt ihnen ebenfalls die Akzeptanz ihrer Behinderung leichter. „Nur rückhaltlose Bejahung menschlichen Daseins, in welcher Erscheinungsform auch immer, wird jenes Fundament gründen können, auf dem Selbständigkeit entstehen kann.“ (Radtke 1994b, 9-20).

„Erst wenn ich weiß, dass ich als Person sein darf, kann ich mich dieser Welt frei zuwenden, ich kann Person sein in der Welt und mein Leben mit meiner Zustimmung leben. Das setzt den Grundakt der Selbstannahme voraus, d. h. annehmen können, dass ich mir anvertraut worden bin, und darauf verzichten, ein anderer Mensch sein zu wollen, zu meinen Grenzen stehen können, zu meinen Fähigkeiten, zu meinen Talenten und auch zu meiner Behinderung.“ (Hofer 1996, 14)

Erschwerend kommt noch hinzu, dass behinderte Kinder oft früh die Erfahrung massiver medizinischer Eingriffe mit Grenz- und Schamverletzungen machen. Sie werden schmerzvoll untersucht, betastet, gedehnt, vermessen, geformt, verbogen. „Die körperliche Integrität wurde verletzt, gleichzeitig sind mit der Operation Trennungen und die Erfahrung mit massiver Isolation verbunden.“ (Psychologische Beratungsstelle Haus Am Weißen Stein 1995, 273)

Jede körperliche Abweichung hat daher Folgen für die psychische und soziale Entwicklung des Menschen, und je früher diese eintritt, desto gravierender ist sie. Aber nicht die Behinderung ist das eigentliche Problem, sondern die Erfahrungen, die ein Kind damit macht. Somit ist auch nicht das Maß der Einschränkungen für die Entwicklung das Problem, sondern die Haltung und die Reaktion der Bezugspersonen und der Umwelt.

Beratung und Begleitung behinderter Menschen

Allem Gesagten zum Trotz möchte ich behaupten: Die Probleme, mit denen behinderte Menschen zu uns in die Beratung kommen, sind oftmals ähnlich wie die der Nichtbehinderten.

- Sie suchen Beratung in Krisensituationen;
- Begleitung bei der Sinnsuche,
- bei Neuentscheidungen und Neuorientierungen im Leben.
- Sie brauchen Unterstützung beim Um-

gang mit Verlusten, Trauer und Tod;

- Hilfe in Beziehungskonflikten, bei Trennung und Erziehungsproblemen mit den Kindern usw. usf.

Obwohl sich die Fragestellungen ähneln, ist die Beratung dennoch eine andere, weil ihr Leben als behinderte Menschen eben ganz spezifische Bedingungen hat. Mit den sozialen Verletzungen, mit der verletzten Würde geht natürlich jeder Mensch anders um – oft aber sind behinderte Menschen bestrebt, die selbstempfundene Wertlosigkeit zu widerlegen. Der Mangel an Selbstliebe, das Gefühl, in der Besonderheit des So-Seins abgewiesen, nicht gesehen oder bestätigt worden zu sein, ist oft das zentrale Thema. Die Art und Weise damit umzugehen reicht von zwanghafter Selbstdarstellung, verzweifelter Wut, Angst vor Ablehnung, Verschmelzung mit anderen, Selbstisolation bis hin zu übermäßiger Leistung, nach dem Motto: „Wenn ich leiste, wird man mich sehen.“ Es ist immer der verzweifelte Versuch nach Anerkennung der eigenen Würde, und dieser Teufelskreis ist ein weites Feld in Beratung und Therapie: „Es handelt sich also dabei um Menschen, die allzu sehr damit beschäftigt sind, ihren Wert zu beweisen – oder genauer besehen, ihre selbst empfundene Wertlosigkeit zu widerlegen – um die Liebe, Anerkennung und Freude menschlicher Verbundenheit zu empfinden.“ (Lleras 2004, 21)

Im beraterischen oder therapeutischen Gespräch geht es immer um das Erzählen und Zuhören, es geht um das „Ins-Unreine-Reden“, um das ungehinderte Erzählen in einem sicheren, geschützten Raum. Über den gemeinsamen Prozess des Erzählens und Zuhörens kommt es zu einem Prozess des Verstehens, manchmal auch der unausgesprochenen Gefühle. Für einen solchen Dialog ist vom Berater und Therapeuten eine offene Haltung erforderlich, ohne eigene Ängste, Abwehr und Barrieren, eine Haltung, die sich jeglicher Deutungen und Wertungen enthält. Voraussetzung dafür ist eine eigene Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung. Das Anschauen eigener Ängste vor Ohnmacht, Hilflosigkeit, Abhängigkeit, usw. ist m. E. für jeden Berater wahrscheinlich wichtiger als das Wissen über die Besonderheiten von Behinderungen.

Kreatives Schreiben in Beratung und Therapie

Das bis hierhin Gesagte gilt fürs Erzählen in der Beratung, aber nicht immer können Klienten gleich erzählen. Häufig ist auch eine gewisse Sprachlosigkeit festzustellen, die auf einen gravierenden Notstand hinweist, nämlich auf eine persönliche und gesellschaftliche Isolation. Ohne Zuhörer bleiben einem die Worte im Halse stecken, und man wird immer sprachloser und verlernt, sich anderen mitzuteilen. Aus diesem Gefängnis muss man mühsam und behutsam befreit werden.

Fallbeispiel: Rosa

Ich kenne sie schon lange, habe sie als Abiturientin in studienvorbereitenden Fragen und später studienbegleitend beraten und sie beim Übergang von der Hochschule in den Beruf unterstützt. Sie hat eine angeborene Behinderung und sitzt im Rollstuhl, mit dem sie sich aber auch nur unter großen Mühen fortbewegen kann. Sie hat sich in den zehn Jahren ihres Studiums in Gruppen behinderter Studenten engagiert, dennoch war schon damals auffällig, wie wenig sie mit ihrer Behinderung umgehen und ihre Schwächen und Stärken einschätzen konnte. Sie lebt in einer eigenen Wohnung ohne fremde Hilfe und hat mit zäher Verbissenheit im 8. Anlauf ihren Führerschein geschafft.

Der Kontakt zu den Eltern war immer problematisch: Sie waren enttäuscht über die Geburt ihres behinderten Kindes, denn sie hatten sich ein Kind zum Vorzeigen gewünscht. Sie konnten die Behinderung nicht akzeptieren, waren aber umso mehr bemüht, mit den vielfältigsten Therapien aus ihr ein normales Kind zu machen. Die Schule und der Studienalltag sind ihr schwer gefallen, und nach dem Studienabschluss hat sie eineinhalb Jahre ganztags gearbeitet. Anschließend daran hat sie versucht, ein Promotionsvorhaben zu verwirklichen. Zu dieser Zeit brach ihre Psychose aus: Sie verbrachte einige Wochen in der Psychiatrie und wurde medikamentös eingestellt zurück in ihre Wohnung entlassen.

Wie sie ihre Situation zu Beginn der Beratung sieht, hat sie klar in einem Sprachbild aufgeschrieben:

Behinderung und Psychose

„Ich stehe in einem Raum, er hat vier

hohe Wände, ich bin ziemlich klein, aber ich habe lange Arme, die von Wand zu Wand reichen. Die Wände drohen auf mich einzustürzen, ich stemme mich mit aller Kraft dagegen. Ich weiß nicht, wie lange ich das kann, wie lange meine Kraft reicht. Aber wenn die Wände einstürzen, werden sie mich sicher unter sich begraben.“

Um Rosas Alltag zu stabilisieren und Bewältigungsstrategien zu finden, haben wir das Schreiben eines Tagebuchs verabredet. Durch das ganz genaue Aufschreiben hat sie die Fülle ihrer kleinen Aktivitäten schätzen gelernt und sich auch mit dem Unterschied zwischen „Selbständigkeit und Selbstbestimmung“ beschäftigt, ein Thema, vor dem sie große Angst hatte: „Es ist eine Angst vor sozialer Ausgrenzung und persönlicher Entwertung wie auch die Hoffnung auf Freiheit, Teilhabe und Normalität. Gleichzeitig offenbart sich behinderten Menschen stärker als anderen die Ambivalenz des Selbstbestimmungsgedanken. Er verheißt ihnen einerseits eine bisher nicht gekannte Freiheit, andererseits zwingt er sie zu neuer Disziplin.“ (Anne Waldschmidt, 1999, 234). Sie kämpft weiter mit verzweifelter Kraft um ihre Würde und Selbstachtung – aber das inzwischen auch mit Humor, mit einem Humor, den V. Frankl eine „Waffe der Seele im Kampf um Selbsterhaltung“ (Titze 1995, 321) genannt hat.

James

„Ich habe ihn gefunden: Den idealen Butler, er heißt Klaus, aber ich nenne ihn James. Er kommt von den ambulanten Diensten und hilft mir morgens aus dem Bett. Nach den vielen Beinahe-Katastrophen in Bad und Küche – der Verletzungskatalog in diesem Jahr ist lang – fühle ich mich nun auf Händen getragen. Meinen Schutzengel würde ich gern kennen lernen, um mich bei ihm zu bedanken.“

Oder noch eine andere Situation aus der Beratung: Ein Klient erzählt und erzählt, er steigert sich in das Ausbreiten von Episoden hinein, redet über andere und entfernt sich immer weiter von sich selbst. Er braucht Unterstützung dabei, sich selbst zu finden, die eigene Mitte zu spüren, sich nicht zu verlieren und außer

sich zu sein. Solchen Klienten höre ich meist eine Weile zu, bis mir ein Satz im Kopf hängen bleibt, den ich als Schlüsselsatz empfinde. Diesen Satz bitte ich den Klienten aufzuschreiben und ihn als Überschrift für eine Geschichte zu nehmen.

Oder eine behinderte, schwer traumatisierte Klientin, es geht um sexuelle Gewalt in der Kindheit. Sie kann nicht über das erlebte Grauen sprechen, sie hat es abgespalten, um überhaupt weiter leben zu können – für sie war ebenfalls das Schreiben eine Möglichkeit der Annäherung. Indem sie schreibt, bekommt das Unerträgliche, das Unfassbare Worte. Beim Schreiben brechen Erstarrung, Tränenlosigkeit, Unwirklichkeit, Wut und Schuldgefühle auf, aber es bleibt eine gewisse Distanz – und Einkapseltes darf eingekapselt bleiben.

Das Schreiben biete ich nicht nur in den Einzelgesprächen, sondern auch für Gruppen an, z. B. für behinderte und chronisch kranke Studierende.

Durch das Angebot, in einer Gruppe Gleichbetroffener zu schreiben, werden vereinzelte Schicksale in eine kollektive Erfahrung eingebunden. Es wird eine Sprache für das eigentlich Unsagbare gefunden, und die Gruppe hat als stützende Gemeinschaft eine heilsame Wirkung.

In den Gruppen arbeite ich vor allem biographisch; dabei ist es nicht mein Ziel, einen vollständigen Einblick in die Biografie zu bekommen, es geht vielmehr um das Erinnern von Episoden, um bedeutungsvolle Ausschnitte, um Beziehungen und Gefühle, es geht darum, heutige Handlungen, Situationen und Befindlichkeiten zu verstehen.

Leider scheuen sich viele Menschen vor dem Aufschreiben, haben Hemmungen, vor allem, wenn sie wissen, dass der Text hinterher vorgelesen werden soll. Um diese Schwierigkeiten zu überwinden, gibt es nun wieder eine Reihe von kreativen Schreibmethoden.

Methoden

Die meisten Methoden sind der Psychoanalyse entliehen worden, es sind die altbekannten (und bewährten) Methoden der freien Assoziation.

Nennen will ich hier nur einige:

Freies Schreiben; schnelles, unzensuriertes Schreiben; Brainstorming; Briefe schreiben; Akrostikon; Elfchen;

Perspektivenwechsel; Märchen schreiben; Texte in wörtlicher Rede umschreiben; usw. usf. (von Werder 1996)

An dieser Stelle kann ich leider nicht tiefer in das Kreative Schreiben einsteigen, empfehle aber, es selbst einmal in einer Gruppe auszuprobieren. Bei eigenen Erfahrungen merkt man verblüfft, wie leicht ganz unerwartete Texte von tieferer Bedeutung aus der Feder fließen. Und mit diesen Texten können wir, wie mit Träumen, weiterarbeiten. Während sich das Gesagte schnell verflüchtigt, kann man das Geschriebene, das konkrete Form angenommen hat, aus der Distanz anschauen und sich damit auseinander setzen.

Wichtig ist nur immer in der Beratung daran zu denken: Worte können heilen, aber sie können ebenso verletzen und schwächen, z. B. durch Deutungen und Wertungen des Geschriebenen. Daher müssen wir mit unseren eigenen Worten sorgsam umgehen, wenn uns Klienten eigene Texte vorlesen und wir an den Verletzungen der Vergangenheit arbeiten und Lösungen für die Zukunft suchen. Luise Reddemann schlägt aufgrund ihrer Erfahrungen vor: Je sanfter, umso besser! (Reddemann 2002)

Ich möchte jetzt mit einem Gedicht schließen:

Lange Nacht
 Beim Aufwachen
 Morgens
 Sagen sie mir
 Mir fehlt ein Bein
 Den Ärzten tut es Leid
 Es war nichts mehr zu machen
 Sie haben alles in ihrer Macht Stehende
 getan
 Und fragen
 Wie es UNS geht
 Draußen dämmert es
 Und ich antworte
 Schmerzen habe ich woanders, ich sagte
 es schon und schon
 Und ohne Bein
 Kann es nicht gehen
 Nicht wegoperiert sondern wegnoriert
 Alles getan dafür
 Ihre Macht
 Ich erkenne Lügen und Enteignungen
 Fehlt nur noch
 Meine Wut
 Eines Tages werde ich
 Einfach aufstehen

Gegen alle medizinischen Erkenntnisse
 Wird es gehen
 Werde
 Meinen Körper und meine Krankheit
 einbehalten
 Meine Schmerzen benennen
 Diagnosen und Diagramme verweigern
 Und es wird mir dann gut gehen
 An nichts fehlen
 Weil es kein UNS mehr gibt –
 Geht zum Teufel.

(Muster 1998, 11)

Literatur

- Goffman E (1967) Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Haselwanter EM (1997) Ich bin. Diplomarbeit: Bürgerberg
- Hofer D (1996) Behindert-Sein. Diplomarbeit: Wien
- Längle A (1996) Existenzanalyse der Behinderung. In: Existenzanalyse 13
- Lleras F (2004) Die verletzte Würde. Zur Interpersonalität, Anderssein und Anerkennung in der Psychotherapie. In: Existenzanalyse 21, 1, 17
- Maschke M, Powel J (2003) Behinderungsbegriffe und ihre Folgen in Schule und Beruf. In: Disability studies in Deutschland - Behinderung neu denken! Kassel: bifos Schriftenreihe, 80-86
- Muster T (1998) Lange Nacht. In: randschau Nr. 4, 11
- Niedecken D (1993) Geistig Behinderte verstehen. München: DTV, 16 ff
- Priestley M (2003) Worum geht es bei den Disability Studies? In: Waldschmidt A (Hg) Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Kassel: bifos Schriftenreihe, 23-36
- Psychologische Beratungsstelle Haus am weissen Stein (1995) Trauma und Beratung. In: Wege zum Menschen, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 273, 5°
- Radtke P (1994a) Warum unsere Gesellschaft behinderte Menschen braucht. In: Universitas. Zeitschrift für interdisziplinäre Wissenschaft 7, 577, 641-650
- Radtke P (1994b) Selbständig machen – Selbständig werden. In: miteinander 2, 9-20
- Radtke P (1995) Sprache ist Denken. Über den gedankenlosen Umgang mit Sprache.
- Radtke P (1996) Behinderung und die Ideologie des Normalen. In: Puschmann H (Hg) Not sehen und handeln. Freiburg im Breisgau: 71-80
- Radtke P (2000) Der imperfekte Mensch. In: Aktion Mensch. Das Magazin 4, 25
- Reddemann L (2002) Imagination als heilende Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Richarz B (2003) Behinderung als Trauma! In: Hermes G, Köbsell S (Hg) Disability Studies in Deutschland – Behinderung

- neu denken! Kassel: bifos Schriftenreihe, 13
- Rommelspacher B (1999) Gleichberechtigung unter erschwerten Bedingungen. In: Rommelspacher B: Behinderertenfeindlichkeit. Göttingen: Lamur Verlag, 7-35
- Saal F (1996) Warum sollte ich jemand anderes sein wollen? Erfahrungen eines Behinderten – biographisches Essay. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis, 161
- Schubert I (1996) Leben im Rollstuhl – Schicksal und Herausforderung. In: Ich kann nicht.... Wien: Tagungsbericht der GLE, 21-25
- Sierck U (1994) Würden Sie eine Diskussion über Ihr Lebensrecht billigen? In: Daub U, Wunder M (Hg) Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde. Freiburg im Breisgau, 87
- Stübel W, Weichselgartner D (Hg) Behindert und verhaltensauffällig. Zur Wirkung von Systemen und Strukturen. Freiburg 86-96
- Tervooren A (2003) Der verletzte Körper. In: Waldschmidt A (Hg) Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Kassel: bifos Schriftenreihe, 37-48
- Titze M (1995) Die heilende Kraft des Lachens. Kösel, 321
- Waldschmidt A (1999) Selbstbestimmung als Konstruktion. Opladen: Leske u. Budrich, 234
- Waldschmidt A (2003) Behinderung neu denken! In: Waldschmidt A (Hg) Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Kassel: bifos Schriftenreihe, 13
- von Werder L (1996) Erinnern – Wiederholen – Durcharbeiten. Berlin-Milow: Schibri
- Zavirsek D (1999) Stumme Wunden sozialer Verletzungen. In: Rommelspacher B (Hg) Behinderertenfeindlichkeit. Göttingen: Lamur Verlag, 37 – 65

*Anschrift der Verfasserin:
 Dipl. Päd. Marlies Blersch
 Jenaer Str. 17
 D - 10717 Berlin
 marlies.blersch@web.de*

Trauma im System

Jana Bozuk, Boris Bratus, Derrick Klaassen, Ruth Ronen, Gabriel Traverso, Chris Wurm

In diesem Symposium berichteten Mitglieder der GLE-International aus Australien, Chile, Israel, Kanada, Russland und Tschechien von Erfahrungen und Forschungen aus ihren Heimatländern. Sie schilderten dabei landesspezifische Trauma-Ereignisse, die meist aus der politischen Geschichte des Staates stammen.

Mein Name ist Ruth und mein mittlerer Name ist Ester. Ich komme aus Israel. Meine Eltern waren aus Deutschland. Mein Vater musste nach der gewonnenen Wahl Hitlers im Jahr 1936 flüchten. Die Familie meiner Mutter war damals schon in Israel, und sie kam 1939 nach Israel. Meine Eltern haben in Israel geheiratet und zwei Kinder bekommen. Mein Name Ruth stammt von meiner kleinen Kusine, die zwölf Jahre alt war, als sie im KZ Buchenwald getötet wurde, und der zweite Vorname von meiner Großmutter Ester, die ebenfalls ins KZ Buchenwald geschickt wurde und 1943 ermordet worden ist.

Ich bin mit Avner verheiratet. Seine Familie ist 1922 von Transsylvanien nach Israel gekommen. Avners Mutter, Hava, hat ihren jüngeren Bruder im Krieg um die Unabhängigkeit im Jahr 1948 verloren.

Die Eltern meiner Freundin Rachel waren im KZ. Ihre Mutter war damals zwölf Jahre alt, und ihr Vater hat seine erste Frau und ein Kind verloren.

Meine Freundin Sima ist 1947 im Durchgangscamp in Zypern geboren. Da England das Protektorat über Israel hatte, wurden die neuen Emigranten nach Zypern zurückgeschickt.

Die Mutter meiner Freundin Judit war als Mädchen im KZ. Sie ist mit Jehuda verheiratet, dessen Eltern ebenfalls im KZ waren.

Die jüngere Tochter unserer Freunde Shula und Jossi, Orly, war 15 1/2 Jahre, als sie von einem Selbstmordterroristen vor drei Jahren ermordet wurde, während die Familie in einem Restaurant saß.

Ich könnte noch viel erzählen von meinen Freunden, Kollegen, Bekannten, Nachbarn ... usw.

Ich glaube, Sie haben jetzt ein Gefühl bekommen für die Menschen, die in Israel leben.

Dazu kommen die normalen Geschichten wie Krankheit, Unfall und Tod.

In Israel leben sechs Millionen Menschen, jedes Jahr sterben 500 Menschen durch einen Autounfall.

Jedes Kind - ob Bub oder Mädchen - muss mit 18 Jahren zum Militär, Burschen für 3 Jahre, Mädchen für 2 Jahre.

Ich habe drei Kinder. Alle drei waren schon beim Militär. Mein mittlerer Sohn Erez war im Libanon als Kombattant, in einer Zeit, als täglich Soldaten starben. Mein jüngeres Kind Naty hat mit palästinensischen Zivilbürgern zu tun. Diese Situationen, die einerseits lebensbedrohend sind, werfen aber andererseits auch moralische Fragen auf. Dies hat einen großen Einfluss auf die Entwicklung von 18-, 19-Jährigen.

Und die Eltern dieser Soldaten haben jeden Tag Angst um das Leben ihrer Kinder.

Die Frage hier „Trauma im System“, was bedeutet sie für das Land Israel? Und die Hauptfrage dieses Kongresses „Die verletzte Person“, was bedeutet dies für uns Bürger in Israel?

Israel ist ein sehr dynamisches Land. Jeden Moment passiert etwas. Ob im Sicherheitsbereich, im ökonomischen Bereich oder im politischen Bereich.

Viele Menschen in Israel sind „süchtig“ nach Nachrichten, andere dagegen sind immer mehr abgestumpft.

Angst ist ein normaler Begleiter im israelischen Alltag, es kann ja tatsächlich jederzeit etwas passieren. Einerseits sind wir ein „normales“ Land, wo Menschen arbeiten, studieren, Familien haben, Spaß haben, Kultur ..., aber da ist auch noch die andere Seite, voll Stress, Spannung, Aggression, wo jeden Moment wieder ein Trauma passieren kann.

Und wenn Sie sich erinnern, was ich zu Beginn erzählt habe, dann wissen Sie, dass

fast alle Menschen in Israel eine traumatische Erfahrung aus ihrer Geschichte vorweisen können. Es gibt also viele Schichten von Trauma in unserer Geschichte.

Vielleicht haben wir daher noch mehr Angst, was in Zukunft passieren könnte.

Und welchen Einfluss hat diese Situation auf den Menschen?

Ich werde noch ein bisschen von mir erzählen:

Ich bin eine von denen, die ganz normal leben möchte. Ich schaue wenig Nachrichten, lebe mein privates Leben, ich möchte nicht aggressiv sein und möchte nicht, dass jemand sich mir gegenüber aggressiv verhält. Tief drinnen gibt es Angst und Depression. Es hat mit meiner Geschichte zu tun, wo es so viel Tod und Tote gegeben hat.

Ich habe zwanzig Jahre als Sozialarbeiterin im Sicherheitsministerium gearbeitet, in der Wiederherstellungsabteilung, habe mit Familien Therapie gemacht, die ihre Kinder im Militärservice verloren haben. Diese besondere Form der Therapie gibt es in Israel, die Familien bekommen lebenslang psychologische, soziale und ökonomische Hilfe. Das heißt, ich bin zu diesen Familien nach Hause gekommen und habe Gespräche geführt über Verlust und wie sie damit umgehen können. Über ihre Gefühle von Trauer, Ärger, Schuld, Angst und wie sie damit ihr Leben leben können.

Gleichzeitig zu meinem Beruf bin ich aber auch Mutter, und die Erfahrungen haben mein Leben stark beeinflusst. Als meine Kinder noch klein waren, haben mich diese Geschichten beeinflusst. Die Betroffenen erzählten, was sie gerne mit ihren nunmehr toten Kindern hätten tun sollen und wollen, und irgendwie konnte ich daraus etwas lernen, wie ich mit meinen Kindern umgehen möchte. Als meine Kinder groß waren und ihren Militärdienst leisteten, konnte ich mir leider gut vorstellen, wie es sein muss, die Nachricht zu bekommen, dass den Kindern etwas passiert ist.

Vor zwei Jahren bin ich in Frühpension gegangen, und heute arbeite ich als Psychotherapeutin in privater Praxis.

Wenn ich zurückschaue, glaube ich, dass es mein Weg war, meine eigene Depression und Angst durch die Arbeit an solchen Themen mit anderen Menschen ein wenig wegzuschieben. Denn nur so konnte ich auch Liebe spüren, kreativ und aktiv sein.

So ließ *Ruth Ronen*, Existenzanalytikerin in freier Praxis/Israel, die Präsenz von Traumatisierungen innerhalb eines Staates wie *Israel*, aber auch ihr persönliches Verwobensein mit diesem Trauma spürbar werden. In diesem Land finden sich in einer besonders hohen Dichte Menschen, welche die Gräueltaten der Judenverfolgung erlitten haben. Auch wenn die Trauma-Ereignisse in der Regel nicht im Land und meist vor Jahrzehnten stattgefunden haben, sind sie in den darauf folgenden Generationen lebendig und prägen noch heute das Klima dieses Landes.

Die Spuren von *Traumatisierungen in Chile* zeichnete *Gabriel Traverso*, Professor für Psychologie an der Universidad de las Americas, Existenzanalytiker in freier Praxis/Santiago.

Zuerst einmal ist Chile ein Erdbebenland, immer wieder kommt es an der tausende Kilometer langen Küste zu Beben und Tsunamis, zuletzt war es das ungeheure Beben vom 22. Mai 1960 bei Valdivia mit der Stärke 9,5 nach Richter. Solche Ereignisse, wo die Menschen sich ungeschützt erleben, der Boden nachgibt, ihre Häuser verwüstet werden und viele Menschen zu Tode kommen, führen zu einem kollektiven Trauma, die Solidarität der Bevölkerung und die Hilfe des Staates lassen aber auch heilsame Beziehung und Nähe erfahren.

Doch Chile hat ein schlimmeres Erdbeben erlebt als dieses durch die Natur verursacht: Der 11. September 1973 brachte ein politisches „Erdbeben“ durch den Militärputsch. Minister, Senatoren, Parteiführer, Persönlichkeiten der Chilenischen Gesellschaft wurden zu Gesuchten und Verfolgten. Eine Kommission untersuchte im Auftrag von Staatspräsident Lagos, was mit den politischen Gefangenen zwischen 11.9.1973 und 10.3.1990 geschehen war. Mehr als 35 000 Zeugenaussagen der Geladenen stellen ein Dokument dar, das im November 2004 für das chilenische Volk zur Haltung führte: „*Um es nie wieder erleben zu müssen, dürfen wir es nie wieder verleugnen.*“ Die Berichte machten deutlich, dass die Op-

fer von politischem Terror und Folterungen an langfristigen körperlichen, sozialen, psychischen und psychosomatischen Folgen leiden, die neben dem Haltverlust vor allem die Beziehungsbereitschaft betreffen – sie führen zum Verlust und Abbruch von persönlichen Beziehungen und zum Rückzug aus der Gesellschaft, also oft zur Isolation. Die Menschen können sich selbst in ihrer Verfassung kaum ertragen und scheuen, sich anderen „zuzumuten“ oder ihnen zu vertrauen.

Chris Wurm (Existenzanalytiker in freier Praxis/Adelaide) berichtet aus *Australien*, dass die Gefahren aus der Natur wie giftige oder gefährliche Tiere zwar ein häufiges Gesprächsthema sind, aber keine wesentliche Bedrohung darstellen, während die großen Natur-Katastrophen wie das Buschfeuer von 1983 oder das Erdbeben von 1989 nach Untersuchungen (McFarlane AC, Papay P 1992; Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Kenardy JA 1997) eine Posttraumatische Belastungsstörung zu jeweils ca. 18% zurückgelassen haben.

Bei den Traumatisierungen, die Menschen in diesem Land einander zugefügt haben, spricht man von einer „Stolen Generation“. Dies betrifft die Kinder der ursprünglichen Bevölkerung des Kontinents, der Aborigines, die im Auftrag von Regierung und Kirche als Säuglinge von ihren Familien getrennt wurden und in Erziehungs-Einrichtungen kamen. Die Folgen sind körperliche Krankheiten (Diabetes, Nierenversagen, Arteriosklerose), zahlreiche Süchte (Alkohol- und Tabakabhängigkeit, Missbrauch von Lösungsmitteln, Benzin und Aerosolfarbe) und häufiger Suizid. In den letzten 40 Jahren hat die australische Regierung Schritte der Wiedergutmachung begonnen, wie z. B. Land den ursprünglichen Besitzern zurückzugeben (Matingley 1988, 79). Bis zur Volksabstimmung im Jahre 1967 waren Aborigines von Rechten als Staatsbürger ausgeschlossen. Jetzt lernen Schulkinder über die australische Geschichte, dass sie eine Eroberung war und nicht als gutartige Kolonisierung eines leeren Landes gelten kann.

Psychologische Behandlungen werden nur dann staatlich unterstützt, wenn die Methode staatlich anerkannt ist, was meistens Kognitive Verhaltenstherapie oder Interpersonale Psychotherapie (IPP) bedeutet. In einigen Fällen, sind „Narrative

Therapy“ für Aborigines angenommen worden. Chris Wurm selbst habe ein Poster über existenzanalytische Aspekte von Alkoholabhängigkeit bei einem Australischen Suchtkongress gehalten (Wurm 1991) und eine einheimische Teilnehmerin sagte ihm dazu: „That is the most Koorie-friendly thing in the whole conference!“ – „Das ist die Aborigine-freundlichste Sache in der ganzen Konferenz!“

Derrick Klaassen, Assistent Director Psychological Departement Trinity Western University, beschrieb informativ das analoge Trauma der „indianischen Bevölkerung“, der sogenannten „First Nations“ in *Kanada*.

Zwischen ca. 1653 und 1996 waren ungefähr 130 „Residential Schools“ in Kanada in Betrieb, das heißt, dass sie anfangs von verschiedenen Vertretern der Christlichen Kirche betrieben wurden (United, Katholisch, Methodistisch, Anglikanisch) und ab 1879 vom Kanadischen Staat offiziell finanziert wurden. Die Aufgabe der Zwangsschulung in den Internaten der Residential Schools war die Assimilierung der Indianischen Bevölkerung in die Euro-Kanadische Kultur. Die Indianischen Kulturen, Religionen und Lebensweisen wurden als minderwertig betrachtet. Man nahm die Kinder ab dem 6. Lebensjahr, wenn nötig mit Gewalt, aus dem Elternhaus und schickte sie für 6-8 Jahre, oftmals ohne Unterbrechung, in mehrere hundert Kilometer entfernte Internate. Diese bis 1970 gültige offizielle Indianerpolitik („Indian Policy“) setzte viele der Kinder in den Schulen einem körperlichen, psychischen und sexuellen Missbrauch durch Pfleger und Lehrer aus. Die Folgen dieser Erziehung/Schulung prägen das Leben der Indianischen Bevölkerung in Kanada. Sie befinden sich oft in einer wirtschaftlich und sozial hoffnungslosen Situation, werden abgelehnt und abgewertet (betrunken, faul, dumm).

Erst in der jüngeren Geschichte (1982 und 1991- Royal Commissions on Aboriginal Peoples) wird in Publikationen der erschreckende Stand der Dinge dokumentiert, und es kommt 1998 zu einer Versöhnungserklärung „Statement of Reconciliation“ der kanadischen Regierung. Heute sind ca. 100 von 130 Schulen in gerichtliche Prozesse verwickelt; in 90% dieser Prozesse geht es um sexuellen bzw. körperlichen Missbrauch. Zur Zeit sind 13 589

Anspruchsteller (von ca. 86 000 noch lebenden Betroffenen) in gerichtlichen Prozessen (1996 bis heute); die Kläger klagen oftmals gegen die Regierung und Kirchen, und bis heute wurden \$ 85,2 Millionen als Schadensersatz ausgezahlt.

Unter dem Titel „Der Schrecken des Totalitären“ stellte *Jana Bozúk* (Lehrtherapeutin der EA, Vorsitzende der SLEA/Tschechien) in ihren persönlichen Erfahrungen das Trauma durch einen ideologisch totalitären Staat wie die ehemalige Tschechoslowakei dar. *„Kommunismus war nicht nur die Diktatur der einen über die anderen. Kommunismus, in meinem Land, war ein totalitäres System, das alles durchdrungen hat. [...] eine fein verästelte [...] Kraft, die deformiert hat. [...] Sein größter Feind war die Authentizität, die Andersartigkeit und die Eigenart.“* Das Regime habe in seinem Monopol auf Wahrheit und Erkenntnis eine übermächtige Kontrolle ausgeübt, die zu einem Gefühl der Machtlosigkeit führte, einer Atmosphäre überall lauerner gefährlicher Augen und Ohren, einer Grundstimmung der Angst – Angst vor Entlarvung und Bestrafung, und habe letztlich *„das Leben und die Seele des Menschen leer gemacht. [...] Eingeschlossen, geschnürt, innerlich durch das totalitäre System kolonialisiert, haben die Leute eine Ausweglosigkeit verspürt, den Willen zum Gestalten verloren und verfielen häufig in Resignation. Sie haben sich im eigenen Schneckenhaus eingeschlossen und haben sich mit dem Gedanken beruhigt, dass sie das alles nichts angeht.“* Ein Aufwachen und Leben in diesem System habe als tiefste Wunde dem Menschen eine Störung seiner Selbst-Werdung zugefügt.

„Vaclav Havel, der ehemalige tschechische Präsident, befand zur Situation des Menschen im kommunistischen Staat während einer Rede im deutschen Parlament 1997 Folgendes: „Das Konzept des Staates als geschlossene Struktur birgt in sich die Gefahr, dass der Staat eher als ungelüfteter Hort verstanden wird, als das Sprungbrett zur menschlichen Entfaltung; eher als ein den Menschen vor der Welt schützendes Erdloch, als der Raum seines Kontaktes mit ihr; eher als Werkzeug seiner Isolation von anderen, als der Ort, der ihm den Weg zu den anderen öffnet.“

Dieses traumatisierende Umfeld habe das Leben schwer und grau gemacht, aber

schließlich die Sehnsucht nach der Freiheit dermaßen genährt, dass in den Menschen die Kraft zur Rebellion und die Solidarität geweckt wurde und die Bereitschaft etwas zu riskieren oder zu opfern.

Dem stellte *Boris Bratus*, Professor für Psychologie und Leiter des Lehrstuhls „Allgemeine Psychologie“ an der Moskauer Lomonossow Universität, eine theoretische Reflexion zum Trauma in *Russland* entgegen. Er machte deutlich, dass in den geschichtlichen Phasen vor der Revolution 1917, der sowjetischen Phase danach und nach der Wende der 90er Jahre jeweils spezifische Bedingungen der Traumabildung herrschten. Bratus ging von der aus der russischen Philosophie stammenden These aus, wonach einzelne Völker und Epochen mit Persönlichkeiten, mit psychologischen Wesen, die moralische Qualitäten haben, verglichen werden können. Demnach kann man die Phase vor 1917, die vorsowjetische Phase, aus ihrer Grundorientiertheit am sakralen, göttlichen Wesen des Menschen und der damit verbundenen geistigen Welt verstehen: *„Das typische Trauma des vorsowjetischen Menschen ist die Unerreichbarkeit, der Widerspruch zwischen seinen geistigen Werten und dem realen Leben, der Glaube an das göttliche Gesetz und der Mangel an juristischen Gesetzen. Wie ein russischer Schriftsteller einmal bemerkt hatte ist es in Russland leichter einen Heiligen zu finden als einen einfachen anständigen Menschen. Daraus resultieren eine gewisse Verträumtheit und das Fehlen konkreter Handlungen, eine bloße Nachdenklichkeit und das spezifisch russische Trinken, das fast immer einen metaphysischen Hintergrund hat.“*

Die sowjetische Zeit sei mit einer Phase vergleichbar, die durch das Streben geprägt sei, sich mit einer Gruppe zu identifizieren. Das eigene Wohl und Glück komme aus dem Gedeihen der Gruppe. Das Verhältnis zu anderen Menschen sei darin stark davon abhängig, ob der andere zur selben Gruppe gehöre oder nicht. Gruppe könne man dabei ganz weit verstehen von Familie zu Verwandtenkreis bis Partei, Volk, Nation. Diese Gruppenzentrierung auf Klassenzugehörigkeit und Parteitreu sei durch Mittel der Ideologie und Kunst gewaltsam eingepflanzt worden. Der andere wurde zum Feind, zum Fremden, zum Bösen etc. *„Der traumatische Boden des sowjetischen*

Menschen war typischerweise die Trennung vom Kollektiv, von der Gruppe und die dadurch erfolgende unerträgliche Isolation und Ausschlossenheit.“

Die Zeit nach der Wende brachte anfangs eine egozentrisch geprägte Phase, in welcher der Mensch in sich selbst den größten Wert sieht, *„sein Verhältnis zum anderen kann als ein Konsumverhältnis bezeichnet werden, das auch feine Formen haben kann, wenn der andere das leistet, was als angenehm empfunden und als gut bewertet wird.“* Das Glück und Wohl des Einzelnen ist unabhängig davon, wie es anderen geht. Diese postsowjetische Phase brachte *„einen drastischen Niedergang der Moral, eine Verachtung des einzelnen Menschen und ein bislang nicht da gewesenes Wachstum der Kriminalität.“* Die typischen Bedingungen für Trauma seien im plötzlichen Sturz von zuvor gültigen Werten gelegen und in der Verbreitung egozentrischer Ideale. Durch den wirtschaftlichen Zusammenbruch ging die materielle und moralische Grundlage verloren, die Traumatisierung war besonders hoch, und die Lebenserwartung für Männer sank bis auf 54 Jahre.

„Heute ist das Bild optimistischer, eine Orientierung auf eine humanistische Stufe hin ist sichtbar, es wächst eine geistige Orientierung. Es entsteht nun ein eher polymorpher Boden für traumatische Erfahrungen.“

Diese Zusammenfassungen können nur einen Eindruck des in der persönlichen Begegnung bewegenden Symposiums geben. Weiterführende Literatur ist über die Autoren erhältlich.

Zusammengefasst von Silvia Längle

Existenzanalyse und Psychodrama: Sollen die zusammenkommen?¹

Dieser Artikel handelt von der Möglichkeit und dem Nutzen einer Synthese von Psychodrama und Existenzanalyse.

Im ersten Teil wird die grundlegende Kompatibilität der theoretischen Positionen der zwei Ansätze betrachtet. Dafür werden Vergleiche angestellt, was die Therapieziele, die grundlegenden anthropologischen Elemente, die Schlüsselkonzepte, die Stufen des psychotherapeutischen Prozesses sowie die Haltung und Funktion des Therapeuten in beiden Ansätzen angeht.

Die Untersuchung stößt auf eine Reihe von Schwierigkeiten wie die Unterscheidung der Ebenen bei den verglichenen Phänomenen sowie den partiischen Charakter der Theorie des Psychodramas und die Diskrepanz bei Moreno's Formulierungen. Das methodologische Paradigma der Ansätze überschneidet sich teilweise, weil das moderne Psychodrama zwei Teile beinhaltet, nämlich behaviorales Psychodrama und existenzielles oder phänomenologisches Psychodrama auf der Grundlage eines humanistischen Ansatzes.

Das Ziel des Psychodramas ist die Entwicklung von Spontaneität, die als eine der äußeren Manifestationen von authentischer Person betrachtet werden kann.

Beide Ansätze entwickeln die Fähigkeit zum Dialog, aber spontane Handlungen beinhalten nicht unbedingt eine personale Position.

Die Existenzanalyse stellt eine dialogische, auf die Person des Klienten zentrierte Methode dar, wohingegen das Psychodrama noch einen weiteren Fokus der Aufmerksamkeit hat: den Prozess, dessen ästhetischer Wert auch ein wichtiges Ergebnis darstellt. Letzteres fördert indirekt die Konsolidierung des Kontaktes aller Teilnehmer des Prozesses mit der eigenen Person. Einige Kon-

zepte der Existenzanalyse könnten herangezogen werden, um die inneren Wirkungsweisen der Theorien des Psychodramas zu beschreiben.

Im zweiten Teil des Artikels werden eigene Erfahrungen der Verfasserin mit der Anwendung von Psychodrama innerhalb des Rahmens des existenzanalytischen Ansatzes beschrieben.

1. Ein Arbeitsausschnitt, worin die Metapher des Wassers benutzt wird, um die Person zu beschreiben.
2. Die strukturierte Arbeitstechnik in der Entwicklung von Authentizität durch die Aktivierung von drei Vorbedingungen der 3. Grundmotivation wird im Detail beschrieben. Bilder und Arbeitsergebnisse von 117 Personen werden präsentiert.

Die Verfasserin kommt zum Schluss, dass es in der Ausführung klar ersichtlich wurde, wie der Vollzug der Handlungen, die den drei Vorbedingungen zur 3. Grundmotivation entsprechen, zu einer besonderen Beziehung des Individuums zu seinem Ich führt. Die Tiefenstrukturen des Menschen sind nicht passiv, die Person ist aktiv und in Interaktion mit dem Ich.

Die phänomenologische Untersuchung seiner Wesenszüge erlaubt es dem Menschen, in Berührung mit seinen tiefen Inhalten zu kommen und Halt in der Lösung schwieriger Probleme zu finden.

Der beobachtete Mangel an Widerstand bei den Gruppenteilnehmern zeigt, dass sich dort die Bereiche befinden, die keine Angst einflößen und günstig und positiv für die Persönlichkeit sind.

Als Ergebnis der Durchführung der Übungen fühlten die Teilnehmer Energie, Halt in sich und Ruhe.

Diese Ergebnisse erlauben es, das Psy-

chodrama als Werkzeug der phänomenologischen Untersuchung zu betrachten.

Die Verfasserin kommt zu der Annahme, dass die Methoden des Psychodramas es ermöglichen werden, die Altersgrenze für die Anwendung der Existenzanalyse auf das Alter von fünf Jahren zu senken.

Die Synthese von Psychodrama und Existenzanalyse scheint nur möglich zu sein unter strikter Beobachtung der existenzanalytischen Prinzipien hinsichtlich der Persönlichkeit und der Orientierung auf die innere Zustimmung, da das Psychodrama selbst keine Restriktionen gegen Überschreitungen in Richtung verhaltenstherapeutischer Positionen hat.

Irina N. Efimova
vitalefimov@mtu-net.ru

Ein eindrucksvoller Querschnitt

zum GLE-Kongress im

Salzburger-Nachtstudio

Radiosendung auf Ö1 vom
18.05.2005

Die verletzte Person

Trauma und Persönlichkeit

Gestaltung: Johannes Kaup

Kassetten bei der GLE-Int.
bestellbar!

Tel.: 01/985 95 66;

gle@existenzanalyse.org

Kosten: Euro 8,-

¹ Zusammenfassung des Artikels: Efimova I.N. (2004) Psychodrama i existenzialnii analisis: o polze perekrestnogo opyleniya. In: Psychodrama i sovremennaya psichoterapiya, 1-2, p. 64-73 (Psychodrama and existential analysis: about the benefit of cross-pollination In: Psychodrama and modern psychotherapy)

YOVELL YORAM

Der Feind in meinem Zimmer und andere Geschichten aus der Psychotherapie

München: btb-Verlag, 2004, 3. Auflage, 506 Seiten

Der Autor Yovell Yoram ist Psychoanalytiker und Psychiater, der in Israel und Amerika praktiziert. Er schildert in dem vorliegenden Buch 17 Therapiefälle, die er in drei große Untergruppen aufteilt, wobei die ersten sieben Fälle in die Gruppe mit der Bezeichnung „Psychologie“ fallen, die weiteren sechs Fälle in die Gruppe „Psychiatrie“ und die letzten vier Fälle unter dem Begriff „Gehirnforschung“ gesammelt sind. Bei jedem einzelnen dieser Fälle wird am Beispiel eines Patienten oder einer Patientin die therapeutische bzw. medikamentöse Behandlung besprochen, und es werden sowohl Schwierigkeiten als auch Erfolge der Therapie beleuchtet. In jedem Kapitel wird der Blick auf eine bestimmte Diagnose (z.B. die posttraumatische Stressreaktion, die Borderline-Persönlichkeitsstörung, ...), auf ein bestimmtes Phänomen (z.B. Übertragung und Gegenübertragung, Erotik zwischen Klient und Therapeut, ...) oder auf eine bestimmte Technik (z.B. Traumdeutung, Medikation, ...) gerichtet. Sehr ansprechend sind die Art und Weise, wie der Autor immer wieder recht umfangreiche Sachinformationen mit dem konkreten Fallbeispiel in Beziehung bringt.

Yovell scheint die Einteilung „Psychologie“ – „Psychiatrie“ – „Gehirnforschung“ vor allem deswegen vorgenommen zu haben, um in seinen Fallberichten jeweils unterschiedliche Akzente setzen zu können. So geht er in den „Psychologie“-Fällen in erster Linie auf die psychotherapeutische Beziehung und auf den therapeutischen Prozess ein. Im zweiten Teil „Psychiatrie“ beschreibt er dann vor allem den medizinischen Aspekt verschiedener Diagnosen. Aber auch wenn Therapien z.B. vorwiegend unter einem psychiatrischen Aspekt beleuchtet werden, ist es dem Autor wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass es kein *entweder* Psychotherapie *oder* Medikamente gibt, sondern dass es um eine geeignete Kombination gehen soll, und dass die jeweilige Indikation stark davon abhängt, was dem Patienten wichtig ist und was dieser sich für sich selbst vorstellen kann.

Besonders spannend sind die vier Kapitel aus dem dritten Teil zum Thema „Gehirnforschung“. Yovell erwähnt in seinem Buch, dass er Mitte der Achtzigerjahre als Doktorand im Labor von Eric Kandel mitgearbeitet hat. Eric Kandel erhielt im Jahr 2000 gemeinsam mit einigen anderen den Nobelpreis für Medizin und Physiologie für seine Forschungen, die sich damit beschäftigten, auf welche Art und Weise Gehirnzellen aufeinander einwirken und wie Medikamente und äußere Ursachen den Informationsstrom zwischen den Zellen verändern. Aus dieser Mitarbeit heraus lässt sich wohl Yovells Interesse für die Gehirnforschung verstehen – und dieses Interesse überträgt sich auch auf den Leser. Aber selbst dann, wenn das Gehirn in den Mittelpunkt der Betrachtungen des Autors rückt, stellt sich Yovell explizit gegen jeglichen Reduktionismus: „Eine reiche innere Welt darf, auch wenn sie seelische Qualen auslöst, meiner Meinung nach nicht auf Begriffe wie biochemisches Ungleichgewicht re-

duziert oder auf einen bloßen Mangel an diesem oder jenem Stoff zurückgeführt werden. Das verletzt die Würde des Menschen und ist zudem irreführend.“ (435) Yovell beschreibt übrigens auch einen Patienten, der nur mit Psychotherapie (also ohne Medikamente) behandelt worden ist und bei dem sich am Ende der „Therapie durch Gespräche“ ebenfalls signifikante Veränderungen bei der funktionalen Magnetresonanztomographie nachweisen ließen.

In der Art und Weise, wie Yovell seine Therapiefälle beschreibt, zeigen sich natürlich immer wieder Haltung und Vorgangsweise des Psychoanalytikers, als der er ausgebildet worden ist. Aber dabei ist er keineswegs rigide. Er erwähnt immer wieder verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die er gemeinsam mit seinen Patienten versucht, und es lassen sich erstaunlich viele existentielle Ansätze in seinen Betrachtungen finden. So schreibt der Psychoanalytiker Yovell: „Dem Leben des Einzelnen einen Sinn zu geben, vermag sie [die Psychotherapie] nicht, aber sie kann dem Menschen auf der Suche nach dem verschwundenen Sinn beistehen.“ (27) Oder: „Jeder von uns steht vor der Aufgabe, in seinem Leben einen Sinn zu finden: trotz der Gegenwart des Todes, trotz körperlicher und seelischer Schmerzen, trotz verpasster Gelegenheiten und unstillbarer Sehnsucht nach geliebten, für immer verlorenen Menschen. Den Therapien (...) fällt dabei eine relativ bescheidene Rolle zu. Sie können nur versuchen, den Menschen so weit zu befreien, dass er den Sinn des Lebens in sich selbst findet.“ (49)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das vorliegende Buch mehrere Qualitäten aufweist: Es liest sich leicht, weil Yovell immer von konkreten Fallbeispielen ausgeht und an diesen die Theorien veranschaulicht. Außerdem lässt Yovell den Leser an seinen eigenen (sehr menschlichen) Gedanken und Gefühlen bezüglich der Behandlung eines Patienten teilhaben, wodurch die Schilderungen um eine weitere Dimension reicher werden. Trotzdem handelt es sich keineswegs um ein einfaches oder gar banales „Geschichten-Erzählen“, sondern es lässt sich aus jedem der vorgestellten Fälle etwas mitnehmen.

Karin Steinert

HERPERTZ SABINE C., SASS HENNING (HG.)

Persönlichkeitsstörungen

Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2003, 190 Seiten

Sabine Herpetz und Henning Saß wollen gemeinsam mit einer Vielzahl anderer Autoren mit dem vorliegenden Buch einen Überblick über das gegenwärtige psychiatrische, psychopathologische und psychotherapeutische Wissen über Persönlichkeitsstörungen ermöglichen.

Das Buch beginnt mit einem kurzen *historischen Rückblick*, um die verschiedenen ideengeschichtlichen Strömungen zu erwähnen (gegliedert in französische, anglo-amerikanische und deutsche Tradition), die in die heutige Konzeption von Persönlichkeitsstörungen einfließen. Das nächste Kapitel stellt die *aktuellen Klassifikationsversuche* vor, und erlaubt damit eine erste Einführung in den gegenwärtigen Stand von Definition, Klassifikation und allgemeiner Diagnostik von

Persönlichkeitsstörungen. Daran anschließend wird die Frage nach der *Ätiologie* von Persönlichkeitsstörungen gestellt und anhand verschiedener biologischer Störungsmodelle, ebenso wie anhand psychoanalytischer und lerntheoretischer Konzeptbildung, und anhand der Konzeptbildung aus Sicht der Persönlichkeitspsychologie und der klinischen Psychologie erläutert. Der nächste und sehr umfangreiche Abschnitt setzt sich dann mit den *einzelnen Persönlichkeitsstörungen* auseinander, wobei neben den acht Persönlichkeitsstörungen, die im ICD-10 beschrieben werden (paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische, anankastische, selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörung), auch auf die schizotypische und auf die narzisstische Persönlichkeitsstörung eingegangen wird.

Am Ende jedes Kapitels findet sich eine kurze Zusammenfassung unter dem Titel „Fazit für die Praxis“, einige Stichworte zum Thema „Was hat sich in den letzten 5 Jahren verändert?“ und eine ausführliche Literaturliste. Bei den einzelnen dargestellten Persönlichkeitsstörungen, ebenso wie bei der psychoanalytischen Konzeptbildung, gibt es außerdem noch jeweils einen kurzen Absatz mit dem Titel „mögliche Fehler und Probleme“.

Das Buch ist sehr informativ und übersichtlich gestaltet und eignet sich sowohl zum Durchlesen als auch zum Nachschlagen.

Karin Steinert

BARTUSKA H., BUCHSBAUMER M., MEHTA G.,
PAWLOWSKY G., WIESNAGROTZKI S. (HG.)

Psychotherapeutische Diagnostik

Leitlinien für den neuen Standard

Wien/New York: Springer, 2005

Dieses Buch stellt das Ergebnis einer intensiven Arbeit des Forschungsausschusses des Psychotherapiebeirates dar, welche zum Ziel hatte, allgemeine Leitlinien der psychotherapeutischen Diagnostik zu erstellen. Eine fachliche Herausforderung, ein nicht einfaches Unterfangen.

Sehr anschaulich und überzeugend wird von den Autoren geschildert, wie das Miteinander der verschiedenen Methoden gelingen konnte, wie Konflikte doch immer eine konstruktive Möglichkeit eröffneten und sehr genaues Hinterfragen und Durchdenken ermöglichten. Im Arbeitsprozess wurde immer wieder Trennendes überwunden und ein übergeordnetes Miteinander möglich.

Unbedingt galt es, den von allen gefürchteten Eindruck einer „Einheitspsychotherapie“ zu vermeiden und doch eine gemeinsame Sprache zu finden, in der man sich schulenübergreifend verständigen kann. Gemeinsame Sprache ist Grundlage für Psychotherapieforschung, aber auch ein wichtiges Signal nach Außen: Psychotherapie, ein eigenständiges Behandlungsverfahren, dem auch eine spezielle psychotherapeutische Diagnostik zugrunde liegt, die sich deutlich von psychologischer und medizinischer abgrenzt.

Das Diagnoseverfahren muss die Prozesshaftigkeit zum Unterschied zu in der Medizin oder Psychologie gestellten punktuellen Diagnosestellungen abbilden, das interaktive Gesche-

hen zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn berücksichtigen. Gleichzeitig bedeutet sorgfältige Diagnostik – als Prozess der Reflexion, Beobachtung und Zuordnung zu bestehendem Störungs- Veränderungs- und Behandlungswissen – einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung.

Die Autoren veranschaulichen zunächst den Prozess der Entwicklung der Leitlinien, stellen die rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen dar, die diese Arbeit erst möglich machten. Die ersten Kapitel befassen sich einerseits mit der sprachlichen Gemeinsamkeit, andererseits mit der Einigung auf grundsätzliche Diagnoseschritte, die ausführlich erläutert werden

Im Anschluss daran kommen die einzelnen psychotherapeutischen Schulen zu Wort; sie beschreiben Handhabung und Verwendung der Diagnostik, ebenso die Abfolge des methodenspezifischen Diagnoseprozesses aus ihrer Sicht. Ein Kapitel des Buches widmen die Autoren der Darstellung der Diagnostik in verschiedenen Professionen und Arbeitsfeldern. Zuletzt beschäftigen sich die Autoren mit wichtigen Grundbegriffen des Diagnoseverfahrens, wie Störung, Leiden, Krisenhaftigkeit, Persönlichkeit, etc.

Ich denke, das vorliegende Werk ist nicht nur eine großartige Leistung des Forschungsausschusses des Psychotherapiebeirates, dessen Arbeit dieser Veröffentlichung zugrunde liegt, sondern es ist den Autoren gelungen, einen für die Psychotherapie ungeheuer wichtigen Entwicklungsschritt darzustellen und mit den Leitlinien eine Grundlage zu schaffen, die einerseits Verständigung zwischen den Methoden erlauben und die, ohne die Spezifität der Schulen einzuengen, eine allgemeine Ausbildungsgrundlage darstellen werden.

Jutta Fiegl

NAOMI FEIL

„Sie haben meinen Ring gestohlen!“

Mit Validation verwirrten alten Menschen helfen

CD, gesprochen von Naomi Feil (ca. 68 Minuten)

Ernst Reinhardt Verlag 2005

Naomi Feil, Sozialarbeiterin und Gerontologin, hat die Methode der Validation für verwirrte alte Menschen entwickelt, mit denen sie mehr als vierzig Jahre gearbeitet hat.

Die CD beginnt mit einer Begriffserklärung: Validation beschreibt primär eine Haltung gegenüber verwirrten alten Menschen, die ihre Person und ihre Verhaltensweisen ernst nimmt, anerkennt und wertschätzt. Aus dieser Haltung hat Naomi Feil eine Theorie über den Umgang mit diesen Menschen entwickelt, in der es auch Methoden und Techniken zu erlernen gibt. Sie warnt aber davor, sie nur als Techniken ein-

zusetzen, wenn man sich nicht in die alten Menschen einfühlen kann. Der Anwender würde sich selber nicht wohl fühlen und die alten Menschen haben ein feines Gespür dafür, was echt ist.

Als nächstes erklärt Naomi Feil ihre Ansicht darüber, wie es zur Verwirrtheit kommt: Jedes Lebensalter hat seine Aufgabe. Wenn sie nicht erfüllt wird, besonders wenn die zugehö-

rigen Gefühle unterdrückt werden, meldet sich die unerledigte Aufgabe in einem späteren Lebensalter wieder, oft in verzerrter Form. Es gibt so eine zweite oder dritte Chance, sie zu erfüllen. Validation soll den alten Menschen helfen, ihre Vergangenheit aufzuarbeiten, ihre Gefühle auszudrücken und inneren Frieden zu finden.

Naomi Feil hat vier Stadien der Verwirrtheit herausgefunden: Rückkehr in die Vergangenheit, zeitliche Desorientierung, sich wiederholende Bewegungen und das Stadium des Vegetierens. Der Hörer erfährt, wie sich alte Menschen in den einzelnen Stadien verhalten, was sie können, was sie brauchen und was Validation bewirken kann. Jedes Stadium wird mit einem Fallbeispiel illustriert, wobei Naomi Feil in die Rollen von alten Menschen, Pflegenden und Angehörigen schlüpft. Dadurch werden die Erklärungen sehr anschaulich.

Als wesentliche Bedürfnisse der alten Menschen nennt Naomi Feil: sich sicher und geliebt fühlen, gebraucht werden, Gefühle ausdrücken und gehört werden. Als Ziele der Validation werden Erhöhung des Selbstwerts und Reduktion von Stress genannt, sodass weniger Beruhigungsmittel notwendig sind. Durch Validation in einem frühen Stadium könne oft ein Abgleiten in eine weitere Phase verhindert werden. Das Ziel der CD, das Naomi Feil selber nennt, wird meiner Meinung nach durch die zahlreichen Beispiele und durch die lebendige Art des Vortrages erreicht: eine Vorstellung davon zu bekommen, was Validation bewirken kann.

Für die, die auch gerne nachlesen, möchte ich ihr Buch nennen:

Naomi Feil, Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen, Verlag: Altern & Kultur – Validation Österreich, 1992, ISBN 3-901291-05-9.

Eva Dušek-Hess

STUMM, PRITZ, GUMHALTER, NEMESKER,
VORACEK (HG.)

Personenlexikon der Psychotherapie

Wien/New York: Springer, 2005

Die Herausgeber haben sich mit diesem Buch ein ehrgeiziges Ziel gesteckt: die Psychotherapie begreifbar zu machen über die Biografien der 286 vorgestellten Persönlichkeiten und dabei das Gesamtgebiet der Psychotherapie abzudecken. Der Einfluss von Personen aus allen verschiedenen Psychotherapierichtungen soll untersucht und dokumentiert werden, wobei angemerkt wird, dass ein solches Unterfangen niemals als abgeschlossen gelten darf. Das Auswahlkriterium dabei war der substanzielle Beitrag zur Entwicklung und Ausdifferenzierung der Psychotherapie. Ihre Begrenzung lag nach eigenem Bekunden im gemeinsamen Wissen der Herausgeber und vieler Feedbacks aus der Kollegenschaft. Für jeden Interessierten ist dieses Werk damit viel versprechend, ist doch fast immer die Entwicklung theoretischer Ansätze stark an einzelne Persönlichkeiten gebunden gewesen.

Alle besprochenen Therapeuten sind abgebildet, und in anderthalb bis drei Seiten wird zunächst ihr Lebensweges be-

schrieben, es folgt in der Regel ein getrennter Abschnitt über ihre wichtigen theoretischen Beiträge und Orientierungen, und schließlich wird das alles ergänzt durch eine Liste ihrer wesentlichen Publikationen sowie von Literatur zu ihrem Lebensweg und ihrem Werk. Diese Gliederung der einzelnen Artikel garantiert den hohen Informationswert des Werkes. Allerdings sind die Artikel unterschiedlich aussagekräftig geschrieben. Nicht immer ist z.B. die Bedeutung der ausgewählten Lebensdaten für das Werden und Werk zu erkennen. Auch die Abschnitte über theoretische Beiträge und Orientierungen sind nicht gleichwertig in ihrem Erklärungsgehalt. Während oft knapp, aber komprimiert und gut verständlich das Besondere der jeweiligen Theorie dargestellt wird, wird andernorts die theoretische Darstellung weitgehend durch Hinweise auf andere Einflüsse erledigt, ohne dass diese inhaltlich erläutert würden und der spezifische Beitrag der dargestellten Persönlichkeit wirklich deutlich würde.

Was die Auswahl der vorgestellten Therapeuten angeht, so spiegelt sie insgesamt eine für den deutschen Sprachraum charakteristische Sicht wieder. Nicht deutschsprachige Autoren sind nur aufgenommen, wenn ihr Werk auch auf Deutsch übersetzt worden ist. Das bedeutet zumindest eine zeitliche Verzögerung in der Berücksichtigung von Entwicklungen und Einflüssen anderswo, wenn nicht gar deren Nichtbeachtung. Überhaupt liegt die Schwäche dieses Nachschlagewerkes am ehesten darin, dass es die Gegenwart vergleichsweise schwach widerspiegelt, fehlen doch auch aus dem deutschsprachigen Raum Begründer von Psychotherapieschulen. Dieses wiegt angesichts der rasanten Entwicklung im Bereich der Psychotherapie und im Zeitalter des Internets mit seiner Möglichkeit zur stets aktuellen Informationsbeschaffung schwer.

Die Konkurrenz des Internets lässt auch die Frage aufkommen, ob die alphabetische Anordnung wirklich die glücklichste ist. Denn beim Blättern im Buch ist man auf Vorkenntnisse und gezieltes Suchen oder Zufallstreffer angewiesen. Interessanter wäre vielleicht eine chronologische oder systematische Ordnung gewesen. Dann wäre die Entwicklung der Psychotherapie mit ihren Entwicklungssträngen deutlicher geworden und damit der Anspruch eingelöst worden, die Psychotherapie über ihre Haupttheoretiker begreifbar zu machen. Der gezielt nach Namen suchende Benutzer hätte sich dann immer noch über ein Schlagwort- und Namensverzeichnis orientieren können, das im vorgelegten Band fehlt.

Das Personenlexikon der Psychotherapie ist also in der Tat ein stoffreiches und informatives Lexikon mit all den Vor- und Nachteilen eines solchen Nachschlagewerkes.

Godela von Kirchbach

NEUE ARBEITEN AUS DER EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE

In dieser Rubrik wollen wir den großen Fundus an Bearbeitungen existenzanalytischer Themen bekanntmachen. Es sollen sowohl in anderen Medien veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zur Existenzanalyse als auch die Abschlussarbeiten zur Beratungs- und Therapieausbildung vorgestellt werden.

ABSCHLUSSARBEITEN

Vom Sinn der Eifersucht

Das „an sich selbst verarmte“ Selbst

Christa Czopak

Die vorliegende Arbeit versucht aus existenzanalytischer Sicht das Phänomen „Eifersucht“ zu beleuchten und an einem Fallbeispiel dessen konkrete Erscheinungsform aufzuzeigen. Eifersucht entsteht dann, wenn eine „Triangulierung“ stattfindet; d.h. wenn in eine Zweierbeziehung etwas Drittes, ein Dritter oder eine Dritte hinzukommt. In einer Paarbeziehung wird das in der Regel als unerwünscht erlebt. Entwicklungspsychologisch wird die Eifersucht aber auch als eine Chance für Entwicklung angesehen. Sie ermöglicht der Person im konstruktiven Rivalisieren ihre Identität und Individualität zu entfalten. Voraussetzung dafür ist aber ein konstruktiver Umgang mit diesem unangenehmen Gefühl. Ein konstruktiver Umgang mit der Eifersucht ist dann möglich, wenn der Betroffene über ein hinreichend gutes Selbstwertgefühl verfügt. Ist die Person in ihrem Selbstwert sehr verunsichert, stellt die Eifersucht eine große Bedrohung dar. Denn die Gefahr die Liebe und Zuneigung eines anderen zu verlieren bestärkt den Betroffenen in seinem negative Selbstwelterleben, nicht liebenswert, nicht attraktiv, nicht „gut-genug“ zu sein. Eifersucht ist das Gefühl des drohenden Verlustes durch Verlassenwerden, Zurückgesetzt-werden oder Ausgestoßen-werden. *Schlüsselwörter:* Eifersucht, Selbst, Selbstwert

„Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden“ (H. Hesse)

Erfahrungen in der Begleitung hochbetagter Menschen

Eva Dušek-Hess

Diese Abschlussarbeit befasst sich mit der existentiellen Situation von hochbetagten Menschen und ihren Lebensaufgaben. Die Reflexion geschieht anhand der vier Grundmotivationen nach A. Längle. Mit Beispielen aus Therapieverläufen wird veranschaulicht, wie psychotherapeutische Gespräche hochbetagten Menschen helfen können, ihre Lebensaufgaben zu bewältigen. Die Arbeit endet mit persönlichen Erfahrungen aus der Arbeit mit einer Klientengruppe, die nach Meinung der Autorin noch mehr Zuwendung verdient.

Schlüsselwörter: hochbetagte Menschen, Lebensaufgaben, Existenz, Grundmotivationen

An Wendepunkten des Lebens

Logotherapeutische Beratung und Begleitung in Lebenskrisen

Dagmar Hasselmann

Veränderungen sind ein Essential menschlichen Lebens. Äußere Bedingungen ändern sich permanent und verlangen vom Menschen die Änderung innerer (Haltungen, Einstellungen) und/oder äußerer Lebensstrukturen.

Diese Veränderungsprozesse können sich lautlos vollziehen; sie können sich aber auch – wenn sehr viel Angst vorhanden ist – zur Krise zuspitzen.

In dieser Arbeit werden das Wesen, der Sinn, der Verlauf und ein möglicher Umgang mit Lebenskrisen untersucht. Eine besonders geeignete Beratungsmethode zum Umgang mit Lebenskrisen ist die Logotherapie von Viktor E. Frankl. Lebenskrisen werden von Frankl als Sinnkrisen verstanden, deren Ziel und Sinn es ist, geistig bewältigt (verstanden) zu werden.

Der Logotherapie wird ein zweiter psychologisch-psychotherapeutischer Ansatz des Verstehens und Umgangs mit Lebenskrisen gegenübergestellt: Das psychologische Modell der Widerstandsfähigkeit des amerikanischen Psychiaters und Psychotherapeuten Frederic Flach.

Beide Modelle werden hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht, verglichen und bewertet.

Schlüsselwörter: Kohärenz, Lebenskrisen, Logotherapie, Modell der Widerstandsfähigkeit (Resilienz), Sinnerfüllung, Veränderungen Erziehung und Unterricht bei schwerster mehrfacher Behinderung auf dem Hintergrund der Logotherapie und Existenzanalyse Viktor E. Frankls

Der Traum ein Leben?

Christine Koch

Die Sinnproblematik als Thema der Logotherapie Viktor E. Frankls und aus der Sicht der Weiterentwicklung der Existenzanalyse nach Alfried Längle wird im ersten Abschnitt aus theoretischer Sicht beschrieben. Die Frage nach dem Sinn stellt sich fast jedem Menschen, unabhängig von psychischen Störungen, wenn auch nicht immer bewußt.

Erst im Zusammenhang mit gravierenden Defiziten in den personal-existentiellen Grundmotivationen und der Ausbildung von kompensierenden Copingstrategien kann die „Sinnfrage“ zum mitbestimmenden Faktor einer Persönlichkeitsstörung werden.

Am Beispiel der Lebensgeschichte und der Therapie eines Klienten wird im zweiten Teil versucht, die spezielle Ausprägung der „paraexistentiellen Persönlichkeitsstörung“ in ihrer Psychopathologie und Psychopathogenese zu beschreiben, in

Abgrenzung zu den anderen Persönlichkeitsstörungen des Selbst.

Schlüsselwörter: existentielle Grundmotivationen, para-existentielle Persönlichkeitsstörung, Sinnfrage

Erziehung und Unterricht bei schwerster mehrfacher Behinderung auf dem Hintergrund der Logotherapie und Existenzanalyse Viktor E. Frankls

Theoretische Überlegungen und Beispiele praktischer Durchführung

Ruth Renner-Breitenbach

Im ersten Teil der Arbeit werden anthropologische Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor Frankl im Hinblick auf das Leben mit schwerster mehrfacher Behinderung dargestellt. Wesentliche Aspekte sind die „Dimension des Geistigen“, sowie die Existentialien „Freiheit und Verantwortlichkeit“ und „Selbsttranszendenz und Selbstdistanzierung“. Schließlich wird aufgezeigt, was Frankl unter „sinnvollem Leben“ versteht. In einem zweiten Teil werden Folgerungen für Erziehung und Unterricht schwerst mehrfachbehinderte Kinder und Jugendlicher abgeleitet. Längles vier Grundbedingungen erfüllten Lebens erweisen sich dabei als Rahmenbedingungen dieser Erziehungswirklichkeit. An praktischen Beispielen soll gezeigt werden, wie tragfähig Frankls Anthropologie im pädagogischen Alltag ist und welche Impulse sie im Hinblick auf eine sinnorientierte Erziehung zu leisten vermag.

Schlüsselwörter: Anthropologie, Erziehung, pädagogische Rahmenbedingungen, Schwerstbehinderung, Unterricht

Erfüllt leben -

mit chronischer Krankheit und Behinderung?

Günther Scharf

Im ersten Teil dieser Arbeit sah ich mich hauptsächlich als Opfer meiner Krankheit. Ich sah mich als einer, dem die Hände gebunden waren und der der (Un)wirksamkeit der Medikamente ausgeliefert war. Erst am Schluß dieser Periode (Kapitel 5) war es mir möglich für mich Verantwortung zu übernehmen und z.B. das Risiko einzugehen, die Psychopharmaka abzusetzen. Diese Phase war einerseits gekennzeichnet durch die Angst, ohne diese Medikamente in ein tiefes Loch zu stürzen. Andererseits erlebte ich aber diese Zeit als eine sehr gute, da es mir ein Stück weit gelang, meine Sichtweise zu ändern: Ich war nicht mehr der, der an den Marionettenfäden seines Schicksals hing und seiner Krankheit ausgeliefert war, sondern der, der selbst die Fäden in seine Hände bekam und mit seinem Schicksal umgehen lernte.

Wie das im Konkreten aussieht, beschreibt der zweite Teil meiner Arbeit: Im Zimmermodell wird sichtbar, dass Ich es bin, der die Fäden in seinen Händen hält und dem es gelingt, innerhalb des Krankheitsgeschehens zu sich selbst Stellung zu beziehen. Das Resultat ist das Gefühl von innerer Freiheit. Es ist nicht nur die Freiheit, die aus dem Gefühl heraus entsteht, Gestalter meines Lebens zu sein, sondern vielmehr die

Freiheit, die sich in mir auftut, indem ich so wie ich bin, da sein kann; und so wie ich bin, erlebe ich mich nicht als krank und schwach, sondern als jemand, der mit seiner Krankheit und Behinderung in Austausch und ihnen gegenüber treten kann. Viktor Frankl schrieb einmal punktgenau: „Die Freiheit »hat« man nicht – wie irgend etwas, das man auch verlieren kann –, sondern die Freiheit »bin ich«. (ÄS 247)“¹

Schlüsselwörter: Aggression, Angst, Behinderung, Berührbarkeit, Chronische Krankheit, Depression, Dynamisches Menschenbild, Emotionale, pathische Dimension, Existenzanalytische Anthropologie, Existenziell, Faktische Freiheit, Geistig-Personale Gelassenheit, Gewährwerden, Grundmotivation, Halt, Ich-bleiben, Ich-Stärkung, Personale Existenzanalyse, Psychophysikum, Rahmenbedingungen, Richtungsfrage, Schwelle, Seinsfrage, Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Sinn, Sinnfindung, Sinnfrage, Sinnsuche, Stellungnahme, Trauerprozess, Unitas multiplex, Verantwortung, Verlust, Vertrauen, Wertfrage, Wertschätzung, Zimmermodell

¹Viktor Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, S 218

Das Phänomen Perfektionismus

Oder: Was nützt es dem Menschen, wenn er die ganze Welt gewinnt, dabei aber sein Leben einbüßt? (Mt 16,26)

Bärbel Telser

Die vorliegende Arbeit verfolgt ein doppeltes Ziel: zum einen soll das Phänomen des Perfektionismus als ein gesellschaftlich bedingtes dargestellt werden, das wesentlich als Folgeerscheinung der (Post)Moderne auftritt; zum anderen wird der Perfektionismus aus existenzanalytischer Sicht beleuchtet. Dazu wird das existenzanalytische Menschenbild den Verzerrungen eines perfektionistischen gegenübergestellt und Möglichkeiten für Prophylaxe, Psychohygiene, sowie therapeutische Ansätze aus Sicht der Existenzanalyse diskutiert. *Schlüsselwörter:* Biographische Existenzanalyse, Modernisierung, Perfektionismus, Personale Existenzanalyse, Personale Positionsfindung, Selbstwert

DIPLOMARBEIT

Existenz & Unfalltrauma

Existenzanalytische Erhellung von Traumaverarbeitung am Beispiel Verkehrsunfall

Rödhammer M

Unveröff. Dipl.-Arb. des Psychol. Inst. der Univ. Innsbruck

Eine erste empirische Evidenz über den positiven Einfluß personal-existentialer Kompetenzen und der Traumaverarbeitung konnte Rödhammer (2002) in einer Untersuchung von 40 Verkehrsunfallopfern erbringen (20 Frisch-Verunfallte, 1 – 4 Wochen nach dem Unfall, 20 Verjährt-Verunfallte (mind. 1 ½ Jahre nach dem Unfall)).

Menschen mit geringen Scores in der Existenzskala (Längle, Orgler, Kundi 2000) reagierten auf den Unfall mit Grübeln,

Dissoziation, Vermeidung und negativen Gedanken zum Selbst.

Die Autorin sah die verminderte Fähigkeit zur Traumaverarbeitung als Folge einer reduzierten Offenheit an, sich auf ein begrenztes Gegenüber einzulassen.

Tritt Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität oder Psychotizismus auf, nahm die dysfunktionale Traumaverarbeitung noch weiter zu.

Die Spezifika der Existenz in Abhängigkeit von psychologischen Schutzreaktionen in der reifen Altersstufe

Smailov Alexander

Unveröff. Dipl.-Arb. der Psychol. Fak. der MIEPP – Moskauer Univ. für Wirtschaft, Politik und Recht (Prof. Irina Larina)

In der Arbeit wurde untersucht, inwieweit der Einsatz von psychischen Schutzreaktionen die Erfüllung der Existenz verhindert (N = 36, B& = 12, @& = 24; Alter 27 – 45 Jahre; Beruf: Wächter, Buchhalter, Inspektoren, mittleres Management). Dazu wurden zwei Fragebogen verwendet: die Existenzskala ESK (Längle, Orgler, Kundi) zur Messung des Grades der existentiellen Erfüllung, und der Lebensstil-Index (Plutschik P, Kellermann G, Kont Ch), der 8 Schutzmechanismen diagnostiziert, die Menschen in schwierigen Situationen einsetzen: Reaktionsbildung, Verneinung, Substitution, Aggression, Kompensation, Projektion, Verdrängung, Rationalisierung.

Ergebnisse: ESK war geschlechtsunabhängig. Häufigkeit der Schutzmechanismen: 49 % Kompensation, 47 % Verdrängung, 35 % Rationalisierung. Am wenigsten waren vertreten: Regression 30 %, Verneinung 25 %, Projektion 22 %.

Manches reaktives Verhalten, das dem Schutz vor Belastung dient, **stört** nach dieser Untersuchung die Erfüllung der **Existenz**. Die Korrelation (Spearman) der ESK mit der **Substitution** (P-Wert: $r = -.40^*$, E-Wert: $r = -.60^{**}$); mit der **Kompensation** (P-Wert: $r = -.25$, E-Wert: $r = -.38^*$); mit der **Projektion** (P-Wert: $r = -.36^*$, E-Wert: $r = -.31$). Es fanden sich kaum Korrelationen mit Regression, Verdrängung (mit dem P-Bereich bis $-.25$, nicht mit dem E-Bereich: $-.09$), Rationalisierung; gar keinen Einfluss auf den Erfüllungsgrad der Existenz haben Reaktionsbildungen und Verneinung.

Existenzanalytische Aspekte der Selbstdefinition von Moskauer Einwohner

Achmedschina Anna

Unveröff. Dipl.-Arb. der Psychol. Fak. der MIEPP – Moskauer Univ. für Wirtschaft, Politik und Recht (Prof. Irina Larina)

N = 60 Angestellte zwischen 20 – 30 Jahren. Tests: ESK, PIL (Crumbaugh & Maholick, adapt. Leontiev) und LK (locus of control). Die ESK korreliert mit PIL und dem LK-Test signifikant auf dem $r = .3$ Niveau. Die ESK hat die gleiche Verteilung wie in der österr. Standardverteilung. In der Beziehung

zum Beruf differenziert die ESK um eine Standardabweichung zwischen denjenigen, die ihren Beruf mögen und denjenigen, die ihn ablehnen, während der PIL invariant bleibt. Daneben erwies sich die ESK als nicht geschlechtsabhängig,

PUBLIKATIONEN

altersabhängig oder abhängig vom Wohnort Großstadt/Umgebung (Pendler).

Bratus B S (2005) **Nesmotrja ni na schto – skajat schizni „da“ (Uroki biktora Frankla)**. In: Woprosi psichologii 3, 112-121

Efimova I N (2004) **Psichodrama i existenzialnii analiz: o polze perekrestnogo opyleniya**. In: Psichodrama i sovremennaya psichoterapiya, 1-2, p. 64-73 (Psichodrama and existential analysis: about the benefit of cross-pollination In: Psichodrama and modern psychotherapy)

Efimova I N (2004) **Smysl kak centralnoe zveno v motivacii professionalnogo razvitiya. Existenzialno-analiticheskaya refleksiya nekotoryh osobennostey obrazovatel'nogo processa v GKA imeni Maimonida**. In: „Rojdenie professionala: dialog nauk, dialog pokolenii“. Materialy I nauchno-prakticheskoi konferencii (Moskva 3 marta 2004), Moskva: GKA, 2004, p. 55-62. (Efimova I.N. Meaning as the central part in motivation of professional development. Existential-analytical reflections of some features of educational process in the Maimonid's State Classical Academy. In: „Birth of the professional: dialogue of sciences, dialogue of generations« Materials of the I scientifically-practical conference. (Moscow 3 March) – Moscow: GKA, p. 55-62.)

Efimova I N (2005) **Delenie na Ya. Ili existenzialnii analiz pomnojennii na psichodramu**. In: Psichodrama i sovremennaya psichoterapiya, 2-3, p. 99-108 (Division in the I. Or existential analysis multiplied on psychodrama. In: Psichodrama and modern psychotherapy)

Efimova I N, Efimov V N (2005) **Existenzialno-analiticheskii vzglyad na znachnie i perspektivyizucheniya psihologicheskikh posledstviy avarii na Chernobylskoy Atomnoy Stancii**. In: „Sostoyanie I problemy razvitiya zdavoohranenia v ramkah Souznogo gosudarstva“ Materialy nauchno-prakticheskoi konferencii (Moskva 4-5 noyabrya 2003 goda), PKSG, Moskva, p. 171-176/ (Efimova I N, Efimov V.N. Existential-analytical sight at value and prospects of studying of psychological consequences of accident on the Chernobyl Atomic power station. In: «Conditions and problems of the development of health system in Russian-Belorussian Community“. Materials of the scientifically-practical conference (Moscow 4-5 november 2003), Moscow: PKSG, 2005, p. 171-176)

Efimova I N, Ukolova E M, Efimov V N (2005) **K 800-letiu so dnya smerti Maimonida I 100-letiu so dnya rojdeniya Viktora Emilya Frankla: preemstvennost-gumanisticheskikh tradicii v medicine I ih rol v processe professionalnoi podgotovki vrachey**. In: Sbornik

- materialov mejdunarodnoy nauchno-prakticheskoi konferencii „Aktualnie problemy sovremennoy mediciny“ (Moskva 30-31 maya 2005), Moskva: GKA, 2005, p. 40-41. (Efimova I N, Ukolova E M, Efimov V N To the 800 anniversary from the date of Maimonid's death and to the 100 anniversary from the date of Viktor Emil Frankl's birth: continuity of humanistic traditions in medicine and their role during doctor's vocational training. In: The collection of materials of the international scientifically-practical conference «Actual problems of modern medicine» 30-31 May 2005. Moscow: GKA, 2005, p. 40-41)
- Heitger B, Längle A (2005) „...trotzdem ja zum Leben sagen“. **Zum 100. Geburtstag von Viktor Frankl**. In: psychoscope – Zeitschrift der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP 26, 6, 11-14
- Heitger B (2005) Der Lebenssinn als Suizidprophylaxe? In: Suizid...? Beziehungen und die Suche nach Sinn. Mösl P., Peter H.-B., Rutgers-Cardis J. (Hrsg.) Theologischer Verlag Zürich
- Holzhammer S (2003) **Schwellenphase Studium. Eine existenzanalytische Deutung von Initiation**. Unveröff. Dipl.Arbeit Psych. Institut, Univ. Innsbruck
- Kinast R (2004) **Führungsethik und Führungspersönlichkeit**. In: Fasching H, Lange R (Hrsg) sozial managen. Grundlagen und Positionen des Sozialmanagements zwischen Bewahren und radikalem Verändern. Bern: Haupt, 437 – 467
- Krivtsova Svetlana (2005) **Psichoterapija litschnosti. Eksistenzialno-analititscheskaja teorija litschnosti Alfrida Laengle**. In: Razvitie litschnosti 1, 105-126
- Konkolý Thege B (2005) **Relationship Between Meaning in Life and Some Health-Related Behaviors**. Unpubl. thesis, Budapest: Inst. of behaviour sciences, Semelweis-Univ.
- Längle A (2004) **Wedenie w eksistenzialnju – analititscheskuju teoriju emozij: prikosnibenie k zennosti**. In: Psichologitscheskoje konsultirovanie i psichoterapija. Moskva: Waprosi psichologii, 196-215 (Erstabdruk in: Waprosi psichologii ijul-avgust, 4, 3-21) [An introduction to the existential analytical theory of emotions: a view of values.]
- Längle A (2004) **Mogu li ja poloschtsja na swoje tschustwo?** In: Schkolnij Psicholog 47 (333), 16-22 Dekabrja 2004, 8-12 [Gekürzte Fassung von „Kann ich mich auf mein Gefühl verlassen?“]
- Längle A (2004) **Fundamentalnie motivazii tschelowetscheskoj eksistenzii kak deistwennaja struktura eksistenzialno-analititscheskoj terapii**. In: Psichoterapija (Moskwa) 4, 41-48 [Russ. Übersetzung von „Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie.“ In: Fundamenta Psychiatrica (2002) 16,1, 1-8]
- Längle A (2005) **Schit autentitschno: kak, wesmotrja li nascho, stat samim soboj?** In: Razvitie litschnosti 1, 127-148
- Längle A (2005) **K 100-letiju Biktora Frankla. Viktor Frankl – powerennji tschelowetschnosti**. In: Razvitie litschnosti 2, 210-218
- Längle A (2005) **Viktor Frankla – powerennii tschelowetschnosti**. In: Woprosi psichologii 3, 107-112
- Sterba J (2005) **Phenomenon of man's self-overlapping in the sphere of physical culture**. Unpubl. Thesis, Dep. of Kinanthropology and Social sciences, Fac. Physical Culture, Palacky Univerzity, OLOMOUC, CZ
- Swoboda H, Längle A, Tutsch L (2004) **Existenzielle Themen psychiatrisch Kranker – eine Untersuchung aus existenzanalytischer Perspektive**. In: Psychologische Medizin. Österr. Fachzeitschrift für Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie 15, 4, 15-22
- Tomíc W, Evers WJG, Brouwers A (2004) **Existential Fulfillment And Teacher Burnout**. In: European Psychotherapy 5, 1, 65-73
- Ukolova E M (2004) **Vnutrennyaya motivaciya prepodavatelya kak uslovie dlya razvitiya professionalnyh ustanovok studentov-medikov**. In: „Rojdenie professionala: dialog nauk, dialog pokolenii“. Materialy I nauchno-prakticheskoi konferencii (Moskva 3 marta 2004), Moskva: GKA, 2004, p. 66-72. (Ukolova E.M. Inner motivation of the teacher as a condition for development of professional attitudes of medical students. In: „Birth of the professional: dialogue of sciences, dialogue of generations« Materials of the I scientifically-practical conference– Moscow: GKA, 2004, p. 66-72)

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
 GESELLSCHAFT FÜR
 LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-International (GLE-Int.)
 GESELLSCHAFT FÜR
 LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-Österreich (GLE-Ö)
 GESELLSCHAFT FÜR
 EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in Deutschland e. V. (GLE-D)
 INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
 EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ (IGEAP-CH)

Chefredaktion: Dr. S. Längle
 Stellvertretung: Mag. K. Steinert
 Redaktion: Dr. A. Götz, Dr. F. Lleras, I. Lindner, M. Sulz, G. v. Kirchbach (engl. Übers.)
 Landesredakteure: Ö – Mag. U. Reischer; D – Mag. G. Bonnaker-Prinz; CH – Lic. Phil. B. Heitger
 Redaktion: Eduard-Sueß-Gasse 10; A - 1150 Wien, Tel.: 01/9859566 Fax 01/9824845
 e-mail: gle@existenzanalyse.org
 Layout und Satz: Sabine Wutschek
 Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

„EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) und erscheint 2x jährlich. Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ). Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten anerkannt. Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder.
 © by Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

„Hab mich gern... !“

Dis-sozialität und Anpassung

Internationaler Kongress

28. April - 30. April 2006

Prag

Veranstaltungsort

Prag, Hotel Pyramida****

In deutscher Sprache mit tschechischer Simultanübersetzung

Veranstalter

Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-International)

Eduard-Sueß-Gasse 10, A-1150 Wien

Tel.: +43/1/985 95 66 Fax: +43/1/982 48 45

kongress@existenzanalyse.org

In Verbindung mit SLEA –

Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, Prag

www.existenzanalyse.org

Approbiert von der ÖÄK mit 17 DFP-Punkten.

Approbiert vom ÖBVP als Fortbildung mit 21 Einheiten.

Vorträge, Symposia, Workshops

Anthropologie der Sozialisation

- Freiheit und Gesellschaft
- Randkulturen
- Gehorsam und Anpassung

Pathologie

- Vereinzelung und Beziehungslosigkeit
- Selbstbehauptung und Anpassung
- Dissozialität in Beziehungen

Persönlichkeitsstörungen

- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- „Para-existentielle“ Persönlichkeitsstörung

Symposia

- **Klinische Psychotherapie**
- **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**
- **Lebensberatung und –begleitung**
- **Tschechisches Symposium**

Referenten

Dr. Daniel Trobisch, Salzburg

DDr. Alfried Längle, Wien

Dr. habil. Ch. Furnica, Arad

Lic.phil. Manfred Zmy, Braunschweig

Gastreferenten

Dr. Patrick Frottier, Wien

Prof. Dr. Roland Girtler, Wien

Prof. Jürgen Kriz, Osnabrück

Prof. Udo Rauchfleisch, Basel

Prof. Robert Spaemann, Stuttgart

Rahmenprogramm

Schwarzes Theater und Abenddiner