

27.12.2005

Vortragsmanuskript

Fachtagung: Was ist Trauma? Diagnostik und Therapie

„Was geschieht, wenn nichts geschieht?“

Bei etwa einem Drittel der Menschen, die von einem traumatischen Ereignis betroffen werden, ist eine Posttraumatische Belastungsstörung zu erwarten. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, eine PTSD zu entwickeln umso größer, je willkürlicher (man made) die Art der Traumatisierung ist; insbesondere bei

- Vergewaltigung,
- Kindesmissbrauch,
- und bei Folter.

Das Miterleben von schicksalhaften Katastrophen (Naturkatastrophen oder Autounfällen) führt hingegen seltener zu einer PTSD.

Bleibt die Posttraumatische Belastungsstörung über lange Zeit unbehandelt, so zeigt sie eine beträchtliche Komorbidität mit affektiven Störungen, Angststörungen, aber auch Substanzmißbrauch (insbesondere Alkoholmissbrauch) und Somatisierung.

Spontane Remissionen sind bei lang andauernden Belastungsstörungen nicht zu erwarten.

Das Thema meines Vortrages ist – etwas salopp formuliert – die Frage: Was passiert, wenn nichts passiert?

Anhand zweier Beispiele zeige ich, dass eine längere oder sogar sehr lange Krankheitsdauer uns nicht davon abhalten darf, therapeutische Schritte einzuleiten. Allerdings wissen wir heute, dass Therapie umso schneller wirkt, je rascher sie nach einem traumatischen Ereignis einsetzt – und um so länger braucht, je länger die PTSD-Symptome bestanden.

Im Verlauf möchte ich deutlich machen, was eine Traumatisierung für den weiteren Lebenslauf, ja vielleicht sogar für den gesamten Lebensplan bedeuten kann. Bei der Beschreibung von Langzeitfolgen dürfen wir natürlich nicht stehen bleiben; unser Ansatz muss sein, dass etwas passieren soll. Im Folgenden möchte ich deswegen darstellen, wie eine effektive Therapie selbst schwere posttraumatische Belastungssymptome heilen kann.

Unter Heilung verstehe ich hier das Wiedererlangen des alten Funktionsniveaus, der Erlebnis-, Arbeits- und Genußfähigkeit sowie die Integration der Geschehnisse in die persönliche Biographie der Betroffenen. Diese intensive Auseinandersetzung mit dem Trauma und die Bewältigung der belastenden Folgen verleiht den Betroffenen ein Gefühl von Stärke – sie beschreiben dies oft als „persönliche Bereicherung“ am Ende einer Traumatherapie.

In meinem Vortrag werde ich zwei Patienten vorstellen, die beide mit einer Veröffentlichung ihrer Fall- und damit auch Lebens-Geschichte einverstanden waren. Biographische Details, die all zu persönlich sind und zu einer Identifizierung der Betroffenen führen könnten, sind jedoch verändert worden.

Im ersten Fall will ich die Folgen einer akuten Belastung, einer Einmal-Traumatisierung darlegen.

Die zweite Fallgeschichte zeigt eine fast lebenslange Beeinträchtigung nach früher und wiederholter Traumatisierung. Dies entspricht dem Verlauf eines komplex traumatisierenden Geschehens.

1.Falldarstellung: Herr C.

Im September 2002 kommt auf Anraten seiner Sozialbetreuerin der knapp 50-jährige Polizist in meine psychotherapeutische Praxis.

„Ich kann einfach keine Leichen mehr sehen“, sagt er, „am Schlimmsten sind die Selbstmörder!“ Nachdem er selbst die Krebserkrankung eines nahen Angehörigen begleitet hatte und dessen Verlust erlebte, empfand er es immer mehr als Zumutung, erhängte Selbstmörder abschneiden zu müssen oder – noch schlimmer – „die von den Gleisen“.

Eigentlich könne er sich es gar nicht so ganz erklären, er sei seit über 20 Jahren bei der Polizei und davon den größten Teil kriminalpolizeilich tätig gewesen. Vorrangig habe er mit Todesermittlungen zu tun gehabt und dies sogar zu seinem Spezialgebiet ausgebaut. Er fühle sich auch durchaus kompetent in diesem Bereich, die Spurensuche und das Aufdecken von Tatbeständen habe ihm immer gelegen.

All das änderte sich vor etwa vier Jahren, als er den Todesfall eines Kindes bearbeiten mußte, das sich vor einen Zug geworfen hatte. Die Erinnerung an jene Nacht, als er die Überreste des Kindes auf den Gleisen suchen mußte, verfolgte ihn. Ständig sieht er das Gesicht des Kindes vor seinem inneren Auge. Besonders schlimm wird es, wenn er an Bahngleisen vorüber fahren muß; aber auch wenn er am Friedhof, wo das Kind begraben ist, vorbeifährt, tauchen ungewollte Erinnerungen auf.

Als Herr C. das erste Mal in meine Praxis kommt, leidet er unter der Symptomatik einer ausgeprägten PTSD: Er klagt über Flash -backs, d.h., sich unwillkürlich aufdrängende Erinnerungsbilder, denen er sich wehrlos ausgesetzt fühlt. Er leidet unter intrusiven Gedanken, die ihn bedrängen und von Gefühlen des Entsetzens begleitet sind. Körperlich fühlt er sich regelrecht krank: Er klagt über Herzklopfen, Schweißausbrüche und Zittern, was weder mit seinem Erscheinungsbild noch mit seinem Selbstbild übereinstimmt.(Herr C. ist ein großer, sportlicher, durchtrainierter Mann – der Prototyp eines gestandenen Polizeibeamten – und leidenschaftlicher Motorradfahrer)

Nachts ist er geplagt von Alpträumen, kann nicht mehr durchschlafen. Tagsüber stehen ihm unkontrolliert und unvermutet immer wieder Tränen in den Augen. Er ist depressiv.

Anamnestisch ist zu erfahren, dass der Vater von Herrn C. ebenfalls Polizeibeamter war. Seine „erste Wasserleiche“ habe er mit sieben Jahren auf einem Foto des Vaters in dessen Schreibtischschublade, die er neugierig geöffnet hatte, gesehen. Der Umgang mit Kriminalfällen sei für ihn stets „normal“ und Bestandteil des beruflichen Alltags gewesen. Vielleicht erschütterte ihn der Tod dieses Kindes so besonders, da es sich offensichtlich wegen Schulschwierigkeiten das Leben genommen hatte. Dieses Kind war etwa so alt, wie die eigenen Kinder von Herrn C.

Fast vier Jahre lang versuchte er die Situation alleine in den Griff zu bekommen. Er hatte, wie vermutlich die meisten Polizeibeamten, zunächst große Schwierigkeiten, sich seine Psychotherapiebedürftigkeit einzugestehen. Natürlich hatte er Angst, von den Kollegen nicht ernst genommen zu werden, als „Weichei“ oder gar „Drückeberger“ zu gelten, noch schlimmer, die vermutete Unterstellung, er „arbeite auf die Rente hin“.

Herr C. bemühte sich um die Versetzung in einen anderen Arbeitsbereich, wo er keine Todesfallermittlungen durchführen mußte.

Diese Lösung blieb zeitlich begrenzt und schaffte damit nur vorübergehende Distanz. Zurück in der alten Dienststelle begann er jeden Bereitschaftsdienst zu fürchten. Die Arbeitssituation wurde für ihn unerträglich. Er reagierte zunehmend gereizt, fing an, sich mehr und mehr zurückzuziehen und erlebte eine Schreckhaftigkeit, die er als vollkommen wesensfremd und Ich-dyston bewertete. Über die Sozialbetreuerin suchte er schließlich Hilfe und wurde von ihr in meine Praxis verwiesen.

Er betont, dass er bis zu dem Zeitpunkt, da er das Kind auf den Gleisen aufsammeln mußte, voll belastbar gewesen sei und führt seine Belastungsstörung auf diesen Vorfall zurück. Er macht eine Dienstunfallmeldung. Das Unwahrscheinliche geschieht: Tatsächlich wird dieser Vorfall als Dienstunfall bewertet und die daraus resultierende PTSD als Dienstunfallfolge anerkannt. Das bedeutet, dass die traumazentrierte Therapie zu Lasten des Dienstherrn beginnen kann.

Die Anerkennung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, eines eigentlich rein psychischen Geschehens als Arbeitsunfall im Polizeidienst ist beispielhaft und gewiß auch ausschlaggebend für den Heilungserfolg.

Unter der Sicherheit der bewilligten Therapie kann Herr C. sich dem vollen Ausmaß der PTSD stellen und – endlich – auch eine Entlastung durch eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit annehmen. Parallel dazu beginnt eine antidepressive Medikation – Herr C. akzeptiert die psychiatrische Mitbehandlung. Er wurde insgesamt drei Monate krankgeschrieben.

Wir nutzen die Zeit der beruflichen Entlastung zur Intensivierung der psychotraumatologische Behandlung. Herr C. kommt zwei- bis dreimal pro Woche.

Nachdem die äußere Sicherheit soweit hergestellt war und Herr C. beruflich sowie durch die Medikation entlastet war, erfolgte die Traumatherapie nach der bekannten Dreiteilung:

1. Stabilisierung
2. Traumaexposition
3. Integration

Die Traumaexposition erfolgte in insgesamt neun EMDR-Sitzungen, wobei die subjektiv empfundene Belastung (SUD) von anfänglich **10** / 10 auf **0,5** / 10 sank. Nur die ersten EMDR-Sitzungen waren von heftigen Körperreaktionen begleitet. Später konnte Herr C. die Schreckensbilder zunehmend gelassener betrachten und sich selbst mehr und mehr davon distanzieren.

Wir haben insgesamt 40 Stunden miteinander gearbeitet. Das ist eine vergleichsweise lange Therapiedauer für eine Akut- oder Einmaltraumatisierung.

Die vollständige Heilung belegt das Fachgutachten

Nach dem Therapieabschluß lassen sich keinerlei krankheitswertige Symptome mehr finden.

Die von mir erhobenen Testuntersuchungen (IES – Impact of Evident Scale nach Horowitz, sowie PTSS-10) zeigen die Besserung entsprechend eindrucksvoll:

IES sinkt im Verlauf der Therapie von **45 / 80** auf **1 / 80**,
der PTSS-10 von **34 / 60** auf **7 / 60** zu Therapieende.

Herr C. fand für sich selbst einen passenden Abschluß der Traumabearbeitung:

Er fuhr zum Friedhof und entzündete auf dem Grab des Kindes eine Kerze. So verabschiedete er sich innerlich von ihm. Heute ist er wieder voll

einsetzbar in sämtlichen dienstlichen Bereichen, einschließlich der Todesermittlungen.

An dieser Stelle möchte ich dem Beamten nochmals danken, der mir die Veröffentlichung seiner Fallgeschichte ausdrücklich gestattete ,
um anderen Mut zu machen

- Mut, sich Hilfe zu holen,
- sich schneller an kompetente Fachleute zu wenden,
- Mut, das Erfahrene und Erlittene nicht als persönliches Versagen, sondern als objektiv traumatisierendes Geschehen zu bewerten,
- Mut für die Anerkennung einer solchen Traumatisierung als Dienstunfallfolge zu kämpfen.

Herrn C.'s Aufforderung, sich rasch Hilfe zu holen, kann ich aufgrund meiner Erfahrungen mit Akuttraumatisierten nur unterstützen.

Mein eigener Überblick über 31 Akuttraumatisierte zeigt das recht deutlich:

Innerhalb der letzten drei Jahre kamen Opfer von Verkehrs- und Arbeitsunfällen sowie Bankangestellte, die bewaffnete Überfälle erlitten hatten, nach der akuten Traumatisierung zu mir.

Die kürzeste Behandlungszeit umfasst drei Stunden, die längste 60 Stunden. Die durchschnittliche Therapiedauer umfasst 13 Stunden.

Das ist nicht einmal die Hälfte einer normalen Kurzzeittherapie. Diese umfaßt bei tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien 30 Stunden incl. der probatorischen Sitzungen .

Alle o. g. Patientinnen und Patienten nach Akuttraumatisierung sind wieder voll berufstätig und am ursprünglichen Arbeitsplatz wieder einsetzbar.

Gezielte psychotraumatologisch orientierte Therapie ist sinnvoll, vermag langandauerndes Leiden und Leid zu verhindern und ist darüber hinaus kostengünstig.

Kostengünstig für

- den Arbeitgeber
- Krankenkassen
- Träger von Rehabilitationsmaßnahmen
- Rententräger

Kostengünstig bedeutet nicht nur eine kürzere Therapiedauer bei gezieltem traumaspezifischem Vorgehen. Es ist auch zu erwarten, dass Arbeitsunfähigkeitszeiten vermieden oder verkürzt werden können, wenn rasche und spezifische Hilfe einsetzt.

Auch volkswirtschaftliche Gesichtspunkte sind relevant:

Vermutlich sind viele frühe Berentungen – gerade bei Polizisten – mitbedingt durch unzureichend behandelte Traumatisierungen. Leider liegen mir zum gegenwärtigen Zeitpunkt über entstehende Kosten wegen Suchterkrankungen von Polizeibeamten, Kosten von Reha- und Kurbehandlungen sowie finanzielle Belastung durch Frühberentungen keine zuverlässigen Daten vor.

Neueste Untersuchungen der Berufsgenossenschaften zeigen, dass bei gezieltem frühdiagnostischem Screening nach PTSD-Symptomen tatsächlich mehr Posttraumatische Belastungsstörungen gefunden werden. Wenn man aufgrund einer frühen Diagnosestellung schnell eine Behandlung einleitet, sinken die Gesamtbehandlungskosten nach Arbeits- und Dienstunfällen jedoch deutlich. Das gilt selbst dann, wenn die Kosten für spezifische Psychotherapie einer PTSD ansteigen.

Nach der Darstellung einer Traumabehandlung nach Einmal-Traumatisierung und einem „Kurz-Zeit“ Therapie-Verlauf, komme ich nun zu meinem zweiten Fall:

Wie ein lange andauernder Krankheits- und Lebenslauf nach komplexer Traumatisierung aussehen kann, möchte ich an meinem zweiten Fallbeispiel der Geschichte von Frau A. deutlich machen.

2. Falldarstellung: Frau A.

Frau A. kam im Frühsommer 2002 erstmals in meine Praxis.

Sie kam keineswegs gezielt zu mir. Sie kam eher zufällig; Bekannte hatten von mir erzählt und ihr geraten Hilfe zu suchen.

Sie sagte, eigentlich gehe es ihr seit mindestens 20 Jahren schlecht. Unter Depressionen leide sie schon lange, erheblich verstärkt jedoch seit dem Tod ihres Vaters (1980). Auch die Beziehung zu ihrem Kind, das 1982 Abitur machte, sei in dieser Zeit immer schwieriger geworden. Das habe sie erheblich belastet. Ganz besonders schlimm sei es jedoch seit ihrer eigenen Berentung (1998). Seither komme sie aus der Traurigkeit gar nicht mehr heraus, sie müsse viel weinen, fühle sich völlig apathisch und antriebslos. Sie schlafe schlecht, habe Albträume, habe manchmal fast das Gefühl, verrückt zu werden: Sie höre nachts in ihrem Zimmer Atemgeräusche und wisse doch genau, dass niemand in ihrer Wohnung sei.

Außerdem leide sie unter völlig unmotiviert auftretenden heftigsten Hustenanfällen, die mit Luftnot und Erstickungsangst einhergehen. Körperlich sei sie nach einer Knieoperation stark eingeschränkt, habe Schmerzen beim Laufen – schließlich habe eine schwere Magen-Darminfektion sie ganz aus der Bahn geworfen; sie wisse nicht weiter.

Im letzten Jahr sei sie wegen der Suizidgedanken vier Wochen stationär in einer psychiatrischen Klinik gewesen.

Dort habe man ihr eine Verhaltenstherapie angeraten, aber sie könne nicht recht glauben, dass das für sie richtig sei. Vor zehn Jahren habe sie schon einmal eine tiefenpsychologisch

orientierte Therapie gemacht; vielleicht habe das ja geholfen, sich nicht umzubringen. Medikamente habe sie auch schon versucht, im letzten Jahr jedoch inkonstant eingenommen.

Vor mir sitzt ein 64-jährige Frau, eher klein, etwas untersetzt, sportlich, dezent gekleidet.

Anamnestisch erfuhr ich in der ersten Stunde, dass Frau A., geb. 1938, die älteste Tochter von insgesamt fünf Kindern ist. Die Familie stammt aus Ostpreußen. Bei Kriegsende flüchteten sie vor den Russen, gelangten zunächst in das Gebiet der späteren DDR und dann „bei Nacht und Nebel“ über die Grenze in den Westen.

Frau A. teilte mit ihrer Familie im Westen das Schicksal vieler Flüchtlingsfamilien. In dem kleinen Ort blieb sie lange fremd und ausgegrenzt. Sie sprach anders als die anderen Kinder, sie gehörte nicht dazu. Die Mutter, die vor dem Krieg über Dienstpersonal verfügt hatte, wollte sich nicht umstellen, sie kümmerte sich kaum um den familiären Alltag. Die Kinder litten Not und hungerten. Die Sorge für die kleineren Geschwister lastete auf Frau A. .

Der Vater begann zu trinken. Zunächst war der ältere Bruder ausersehen, den immer öfter betrunkenen Vater aus der Kneipe heim zu holen. Nach dessen Weigerung wurde auch dies Aufgabe von Frau A. Sie mußte in die Kneipe gehen, sich gegen die Anmache der väterlichen Trinkkumpane wehren oder sie über sich ergehen lassen. Sie mußte dafür sorgen, dass der Vater mit ihr nach Hause ging und dass er zu Bett gebracht wurde. Nicht die Mutter, sondern die damals 10-jährige Tochter war dafür zuständig, dass der Vater Ruhe gab und einschlief.

Die Schule war eine Qual für Frau A.

Die im Erwachsenenalter nachgewiesene Hochbegabung war hier eher hinderlich.

Nach der Flucht hatte sie eine Klasse übersprungen, gehörte aber immer noch zu den Besten ihrer Klasse. Von den Klassenkameraden wurde Sie als „Streber“ beschimpft, wurde angegriffen, zum Teil auch geprügelt. Von den Lehrern wurde sie als vorlaut getadelt, wenn sie in ihrem ungezügelten Wissensdrang weiterführende Fragen stellte und damit störte.

Mehr und mehr zog sie sich in sich selbst zurück, verstummte, wurde

zur Bettnässerin. Die Mutter reagierte kalt und vorwurfsvoll. Wenn Frau A. den mütterlichen Anforderungen nicht genügte, z.B. mit den kleineren Geschwistern ungeduldig war, dann strafte die Mutter mit Prügeln und mit Liebesentzug: Tagelang sah sie das Kind nicht an, sprach auch nicht mit ihr. Im Haus herrschte eine eisige Kälte.

Wenn der Vater mal nicht betrunken war und Zeit hatte, was selten vorkam, dann war er liebevoll und beantwortete die Fragen des aufgeweckten Kindes.

Aber den Vater mußte man ja auch „schonen“. Er quälte sich – wie Frau A. aufgrund ihrer Nachforschungen heute vermutet – mit enormen Schuldgefühlen. Regelrechte Tobsuchtsanfälle erinnert sie, wenn der Vater (im betrunkenen Zustand) auch nur das Wort „Mutter“ hörte.

Seine Mutter hatte längere Zeit unter Depressionen gelitten, als sie 1935 auf sein Anraten hin nochmals zu einer stationären Behandlung bereit war. Er selbst hatte sie ins Sanatorium gefahren. Zwei Tage vor der geplanten Entlassung kam die Nachricht, die Mutter sei plötzlich an einer „Lungenentzündung“ verstorben. Sie war vermutlich ein frühes Opfer des nationalsozialistischen Tötungsprogrammes im Rahmen der Psychiatrie geworden

Trotz sehr guter schulischer Leistungen durfte die Patientin kein Abitur machen. Die Mutter hielt das für überflüssig, ganz besonders für ein Mädchen „Du immer mit Deinen Fragen, Du immer mit Deinen Büchern“. Diese Vorwürfe bekam Frau A. die ganze Jugend hindurch zu hören. Sie litt lange Zeit unter dem Gefühl, dass der Wusch nach Wissen und Bildung etwas Anmaßendes, Unbescheidenes habe, das ihr nicht zustehe.

Sie begann mit 16 Jahren eine Hotelfachlehre, um von zu Hause weg zu kommen. Es blieb jedoch eine große Diskrepanz zwischen ihrer guten fachlichen Leistung und der Fähigkeit ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln.

Das Verhältnis zu Männern war schwierig, verwirrend und beängstigend. Frau A. war es nicht gewohnt, Komplimente zu hören – Annäherungsversuche vermochte sie nicht adäquat zu beantworten.

Den ersten Heiratsantrag bekam sie mit 18 Jahren. Darüber war sie so fassungslos, dass sie „das Gleichgewicht verlor und der Länge nach hinfiel“. Bei einem späteren Heiratsantrag vermutete sie gar Opfer eines üblen Scherzes geworden zu sein.

Ihre Eheschließung selbst war Endpunkt einer Kette von Traumatisierungen:
Frau A. war von ihrem Chef vergewaltigt worden und befürchtete schwanger zu sein.
Auch dieses Mal erhielt sie keinerlei Unterstützung von zu Hause – im Gegenteil: Die Mutter zwang sie regelrecht in diese Ehe.
Das „Opfer“ war jedoch umsonst erbracht worden.
Erst drei Jahre später sollte aus dieser Verbindung ein Kind hervorgehen.

Mit der Geburt des Kindes erlebte sich Frau A. erstmals als wertvoll, als „nützlich“. Wenn sie so etwas Wunderbares, wie dieses Kind, zur Welt gebracht hatte, konnte sie doch wohl „nicht ganz verkehrt“ sein. Etwas Gutes mußte es auch in ihr geben.

Der Ehemann ging ständig fremd. Er verhielt sich abwertend und gewalttätig gegen Mutter und Kind.

Die Sorge um das Kind half Frau A. schließlich sich von ihm zu trennen. Zum Schutz des Kindes war sie in der Lage das zu tun, was sie zu ihrem eigenen Schutz nicht hatte durchsetzen können.

Es folgten Jahre, die sie wohl als glücklich beschreiben würde. Das Kind gedieh, war bei Freunden und Nachbarn gern gesehen; sie selbst hatte eine Arbeit gefunden – es ging so ganz gut.

Frau A. war 42 Jahre als der Vater starb. Mit ihm verlor sie den Menschen, von dem sie sich wirklich geliebt glaubte, von dem sie sich verstanden fühlte, dem sie sich nahe fühlen konnte. In diese Zeit fielen auch die immer heftiger werdenden spätpubertären Auseinandersetzungen mit dem Kinde. Sie gipfelten darin, dass ihre uralten und ureigensten Ängste bestätigt wurden, als sie von ihm hörte: „Du bist nie eine gute Mutter für mich gewesen!“

Versagen auf ganzer Linie ! Das Einzige, wofür zu leben sich gelohnt hatte – auch hier hatte sie versagt. Frau A. fühlte sich wie betäubt und „hörte gleichsam auf zu leben“. Körperlich erkrankte sie an heftigsten LWS-Beschwerden und einer sie fortan begleitenden Migräne. Ohne Tabletten war sie nicht mehr in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen. Nur die Arbeit hielt sie noch aufrecht. Sie schilderte sich in dieser Zeit wie zweigeteilt: In der Firma

freundlich, kommunikativ, zuverlässig und höflich, zu Hause in sich gekehrt, verschlossen, apathisch, teilnahmslos:

„Mein Ziel war, dass niemand in der Firma merken durfte, wie es mir ging. Ich nahm Tabletten in hohen Dosen und konnte trotzdem vor Schmerzen kaum laufen. Ich hatte auch oft Schmerzen in den Muskeln, was sehr quälend war. Ich begann mein Schlafzimmer in einen völlig lichtlosen Raum umzuwandeln. Ich überklebte sogar das Schlüsselloch und verhängte die Fenster mit lichtundurchlässigem Stoff, obwohl die Jalousie heruntergelassen war. Ich aß kaum, sah niemanden, tat nur noch die überlebenswichtigen Dinge für mein Kind und den Haushalt. Ich machte viele Überstunden, denn in der Firma fühlte ich mich sicher. Kam ich heim, ging ich gleich ins Bett. Ich funktionierte nur noch. Ich fühlte mich wie eine Roboter.“

1985 änderte sich die Situation: Das Kind war inzwischen so selbstständig, daß Frau A. beschloß eine Versetzung ins Ausland anzunehmen und dort auf „günstige Weise“ ihrem Leben ein Ende zu bereiten, d.h. sie hatte es so geplant, dass die Lebensversicherung ausgezahlt werden könnte.

Für sie selbst überraschend verliebte sie sich im Ausland. Vermutlich war es der „Mut der Verzweiflung“, der es ihr das möglich machte. (Der Selbstmord stand schon fest. Sie hatte nichts mehr zu verlieren.)

Die zunächst glücklich scheinende Beziehung scheiterte jedoch am zunehmenden Alkoholabusus des Partners.

Bis zum Ende ihrer Berufstätigkeit war Frau A. viel unterwegs. Sie war beruflich erfolgreich, unternahm viele Auslandsreisen, konnte sich daran aber aufgrund der fortbestehenden Depressivität nicht wirklich erfreuen. Sie hatte wenig Zeit, auch wenig Kraft, ihren vielfältigen Interessen wie Literatur, Musik, oder Fotografie nachzugehen - all das gedachte sie nach dem Ende der Berufszeit aufzunehmen und auszubauen.

Stattdessen wurde sie krank. Sie erlitt durch eine Knieoperation ein hohes Maß an körperlicher Einschränkung und sah sich zu einem Wohnungswechsel in ein behindertengerechtes Gebäude gezwungen. Sie versank zunehmend in der wohlbekannten Apathie. Erschöpfung, Rückzug, Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit und scheinbar grundloses Weinen verstärkten die suizidalen Impulse und führten zu der bereits genannten stationären Behandlung.

Fast aus Trotz suchte sie nochmals eine Therapie. Mit der „Bestätigung“, dass sie wirklich ein hoffnungsloser Fall sei, gedachte sie, die „Erlaubnis“ zu erhalten, sich endlich umbringen zu können.

Auf mein Angebot, mit ihr therapeutisch zu arbeiten, reagierte sie fast erstaunt.

Sehr schnell, schon in der zweiten Stunde, wurde deutlich, auf der Flucht, „da mit den Russen, da war etwas, etwas Schlimmes“. Unklar war, ob das damals 7-jährige Mädchen etwas gesehen oder etwas selbst erlebt hatte. Deutlich wurde, dass sie sich schuldig fühlte. Sie hatte sich nicht schnell genug versteckt, es war ihre Schuld, dass die flüchtende Gruppe von den Russen entdeckt wurde.

Meine Überlegung, dass dieses so lange zurückliegende Erlebnis etwas mit ihrer heutigen Befindlichkeit zu tun haben könnte, verwundert Frau A.

Die Therapie begann mit einer ausgedehnten Stabilisierungsphase. Neben der Aufklärung über traumatologische Zusammenhänge waren Informationen über die Auswirkungen des Kriegs- und Nachkriegsgeschehens wichtig.

Distanzierende Übungen wurden eingeführt und über eine psychiatrische Mitbehandlung erfolgte eine ausreichende antidepressive Medikation. All dies diente der Vorbereitung für die Traumaexposition.

Erst allmählich ließ sich der Sachverhalt rekonstruieren:

Frau A. konnte der vorauseilenden Mutter bei der Flucht über die Grenze nicht schnell genug folgen können – sie verlor den Anschluß. In ihrer Aufregung fand sie die Kuhle, die man benutzen musste, um unter dem Zaun hindurchkriechen zu können, nicht rasch genug und verlor dadurch kostbare Zeit. Als der Wachtposten sich näherte, hatte das 7-jährige Kind sich allein nicht hinreichend unter Laub und Zweigen verbergen können, die Gruppe der Flüchtlinge wurde entdeckt und gefangengenommen.

Frau A. fühlte sich deshalb fast 60 Jahre lang schuldig!

In der Traumabearbeitung kehrten weitere Erinnerungen zurück: Frau A. sieht sich, das Kind im Keller; sie sieht die beiden Männer, die das Kind niederdrücken; sie sieht das Blut an den Beinen herablaufen; sie sieht sich danach in der Küche – sie sieht auch die Mutter, die dem Mädchen einen langen Blick zuwirft und schweigend weiter Kartoffeln schält.

Viele EMDR-Traumaexpositionssitzungen waren nötig, bis sich das Gesamtbild zusammenfügte.

Schwer erklärbar blieben zunächst massive Hustenattacken von einem würgenden Erstickungsgefühl begleitet, die regelhaft während der Traumaexposition auftraten. Sie brachten uns beide (Frau A. und mich) an die Grenze der Belastungsfähigkeit.

Wir versuchten das Erstickungsgefühl als körperliches Erleben eines schweren Armes des Russen, der das Kind niedergedrückt hatte, zu verstehen.

Doch ein gutes Jahr später tauchten andere Bilder, von einem anderen Arm, auf. Auch dieser Arm lag bleischwer über dem Kind, drückte es nieder.

Es war ein Gefühl, das sowohl mit dem „nächtlichen Atem in ihrem Schlafzimmer“, als auch mit dem Gefühl des Erstickens zusammenhing: Immer öfter tauchten Erinnerungsbilder an den oralen Missbrauch durch den Vater auf, den Frau A. über lange Jahre zu Bett bringen mußte. – Auf diese Weise wurde der betrunkene Mann am schnellsten ruhig und friedlich.

Auch dieses Geschehen konnte über die EMDR-Technik angeschaut und bearbeitet werden.

Zwischenzeitlich konnte Frau A. mit ihrem schon lange erwachsenen Kind über die Traumatisierungen reden. Sie sprach nicht nur über die Flucht, sondern auch trotz großer Scham auch über den Missbrauch durch den Vater.

Zu ihrem Erstaunen führte dies auf Seiten des Kindes zu großer Erleichterung. Die lange andauernde Depression der Mutter war offensichtlich nicht (nur) Schuld des Kindes gewesen - welche Entlastung! Ein völlig neues Verständnis und Verstehen auf beiden Seiten kam zustande und die lange vermisste, altvertraute Wärme und Herzlichkeit stellte sich wieder ein.

Ganz vorsichtig machte Frau A. sich das Leben wieder zu Eigen: Sie begann wieder zu lesen. Sie fing an wieder ihre Erlebnisse aufzuschreiben. Sie unternahm Reisen und konnte diese sogar genießen! Sie war in der Lage, sich von „unguten“ Beziehungen zu trennen und kann es

inzwischen recht gut aushalten, wenn Geschwister und Freunde mit Erstaunen registrieren, dass sie nicht mehr „nur lieb und erwartungsgemäß“ reagiert.

Immer wieder fragte sie im Verlaufe der Therapie, ob ich nicht mal „genug von ihr“ habe, ob sie nicht wirklich zu anspruchsvoll sei, ob es nicht endlich „mal gut sein“ müsse? Und immer wieder finden wir miteinander heraus, dass es noch nicht ganz gut ist. Und so ist es ein wichtiger Bestandteil dieser Therapie geworden, dass sie selbst definieren darf, wann es „gut“ ist und nicht ein sadistisches Über-Ich - wie seinerzeit die Mutter - abermals über sie bestimmt: „jetzt muß es aber reichen“ und „sei nicht so anspruchsvoll!“

Dass es aber in näherer Zukunft einmal „gut sein“ könnte, glauben wir beide. Derzeiten versucht sie die antidepressiven Medikamente langsam abzusetzen.

Nach der kassengenehmigten Höchststundenzahl von 130 Stunden hat Frau A. noch 14-tägig die Therapie eigenfinanziert fortgesetzt.

Kürzlich teilte sie mir mit: „Ich weiß gar nicht wie ich dazu gekommen bin, aber ich habe mich selbst beim Singen ertappt!“.

Überlegungen zur Traumatisierung älterer Menschen durch die Geschehnisse des Zweiten Weltkrieges

Frau A. hat sich mit Mut ihrer eigenen Geschichte und deren Aufarbeitung gestellt. Die Mühen haben sich gelohnt. Sie hat sich im höheren Lebensalter „das Leben zurückerobert“.

Wir leben in einer Gesellschaft mit einem immer größer werdenden Anteil an alten Menschen. In Deutschland ist jeder dritte Erwachsene über 60 Jahre alt.

Bislang haben die psychischen und psychosozialen Folgen des Zweiten Weltkrieges in der Psychotherapie keine all zu große Rolle gespielt. Kriegsbedingte Traumatisierung von Zivilisten (d.h. Vorwiegend Frauen und Kinder) ist eigentlich erst seit den Ereignissen im Kosovo bei uns Gegenstand öffentlichen Interesses geworden.- Kriegsfolgen bei ehemaligen Soldaten geraten vielleicht in die Vorverurteilung: „selber schuld.“

Nach Radebold lassen sich drei Bereiche beschädigender bis traumatisierender Erfahrungen nennen:

1. Verlust zentraler Bezugsperson
2. Verlust von Heimat, Sicherheit und Geborgenheit
3. Gewalterfahrung im Sinne einer aktiven oder passiven Kriegsteilnahme.

„Das als Folge des Zweiten Weltkrieges und der direkten Nachkriegszeit erlebte Leid, hier verstanden als belastende, beschädigende bis traumatisierende Erfahrung – führte in weit größerem Umfang als bisher angenommen, zu bis heute anhaltenden

psychischen und psychosozialen individuellen wie auch familiären Folgen“. Dies führte Hartmut Radebold dazu, über Kriegskindheiten im Zweiten Weltkrieg und ihre Folgen zu forschen und therapeutische Ansätze zu entwickeln.

Nach seinen Angaben war mindestens jede 8. Frau aus dem ehemaligen deutschen Reichsgebiet von Flucht oder Vertreibung betroffen.

Die Gesamtzahl der Vergewaltigungen wird von ihm auf 1,9 Millionen geschätzt.

In Berlin wurden mindestens 100.000 Mädchen und Frauen in den ersten Tagen und Wochen nach Kriegsende vergewaltigt. (40 % davon mehrmals . Etwa 10.000 von ihnen haben bleibende gesundheitliche Schädigung davon getragen oder starben daran). Von den vergewaltigten Frauen wurden etwa 20 % schwanger, von ihnen trieben 90% ab. Das heißt, allein in Berlin kamen etwa 2000 völlig ungewollte Kinder zur Welt, über deren Schicksal wir bis heute kaum etwas wissen.

(Diese statistischen Angaben erhielt Radebold durch Anfragen an das Bundesarchiv in Koblenz, das Statistische Bundesamt in Wiesbaden, das Bundesausgleichsamt in Bad Homburg, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Bonn, den Sozialverband Reichsbund e.V. und den Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer.)

Geschätzt wird, dass bei einem Drittel der über 60-Jährigen eine inkomplette PTSD vorliegt; 5% leiden vermutlich unter einer ausgeprägten Posttraumatischen Belastungsstörung.

Solche eine Symptomatik verstärkt sich unter Umständen durch aktuelle Ereignisse, wie Kriegsgeschehnisse, Naturkatastrophen oder andere aktuelle Meldungen im Rundfunk und Fernsehen oder auch – wie bei Frau A.- durch beginnende oder drohende körperliche Immobilität und den drohenden Verlust der Autonomie.

Jedoch auch scheinbar alltägliche Begebenheiten können Traumaszenen wiederbeleben: Frau A. hasst es beispielsweise Überweisungsscheine anfordern zu müssen. Jedes Mal fühlt sie sich unsicher, gedemütigt, verwirrt, wenn sie beim Hausarzt die Überweisungsscheine für Orthopädie, Psychotherapie, Psychiatrie, HNO- und Augenarzt anfordern muß.

Erst kürzlich wurde klar warum: Es erinnert sie an die Situation mit den Lebensmittelmarken: Nie gab es genug Essen. Immer fühlte man sich zu kurz gekommen und selbst der Extraschluck Milch, den die Milchfrau dem Mädchen zuweilen zukommen ließ, er hatte etwas Demütigendes, weil sie sich als Bettlerin vorkam.

Im Umgang mit unseren älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern wird es uns Professionellen hilfreich sein, die zeitgeschichtliche Dimension mit im Auge zu haben, denn ohne die Berücksichtigung dieses Hintergrundes wäre auch Frau A.'s zweiter Versuch einer psychotherapeutischen Behandlung vermutlich gescheitert.

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung ließ sich erst stellen, nachdem es vorstellbar wurde, dass Geschehnisse, die fast 60 Jahren zurückliegen, bis heute eine unheilvolle Langzeitauswirkung haben können.

Zusammenfassung:

Exemplarisch wollte ich nicht nur die langfristigen Folgen von traumatischem Geschehen darstellen, was eben geschieht, wenn nichts geschieht, sondern auch zeigen, was geschehen kann, wenn etwas geschieht.

Bei Akuttraumata geht es um einen raschen Therapiebeginn. Je früher die Therapie,desto weniger Leid.

Die Verringerung bürokratische Hemmnisse könnte hier oft den Therapieerfolg beschleunigen.

Bei komplex-traumatisierten Menschen ,vor allem bei Angehörigen der Kriegs- und Nachkriegsgeneration gilt es vorrangig diese Dimension der Beschädigung mit zu bedenken ,sie im Hinterkopf zu haben und vorsichtig nachzufragen .

In jedem Falle lohnt sich unsere Arbeit

- für unsere Patientinnen und Patienten
- für die Kostenträger
- aber auch für uns Therapeutinnen und Therapeuten, wenn wir solch einen Heilungsprozess mitbegleiten und miterleben dürfen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Bei komplex-traumatisierten Menschen, vor allem bei Angehörigen der Kriegs- und Nachkriegsgeneration gilt es vorrangig diese Dimension der Beschädigung mit zu bedenken , sie im Hinterkopf zu haben und vorsichtig nachzufragen.

Vielleicht entpuppt sich dann tatsächlich im einen oder anderen Fall eine „altersdemente“ Unruhe als Abbild eines Kriegsgeschehens (Luftschutzbunker, Bombenhagel, endloses Warten auf den rettenden Zug).

Ein Mangel an Selbstfürsorge bei unseren älteren Patientinnen und Patienten läßt sich dann vielleicht neu einordnen und als echte Überlebensstrategie verstehen: “Das bisschen wirst Du doch noch aushalten“!

Oder der „Verarmungswahn“, der bei alten Menschen häufig zu beobachten ist, erhält plötzlich eine zeitgeschichtliche Komponente.

Vielleicht können wir dann mit „eigenartigen „Verhaltensweisen unserer Patienten im Einzelfall leichter umgehen.