

Ramani E. Panser

Neue Wege in der Traumatherapie

Ressourcenaufbau und Konfrontation – ein Widerspruch?



disserta

Verlag

Panser, Ramani E.: Neue Wege in der Traumatherapie: Ressourcenaufbau und Konfrontation – ein Widerspruch?, Hamburg, disserta Verlag, 2015

Buch-ISBN: 978-3-95425-378-4

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95425-379-1

Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2015

Covermotiv: © laurine45 – Fotolia.com

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Diplomica Verlag GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
<http://www.disserta-verlag.de>, Hamburg 2015
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	5
2. Fragestellungen und Überblick über das Thema	8
3. Zum historischen Hintergrund der Traumaforschung	10
4. Diagnostik der traumareaktiven Störungsbilder in DSM IV und ICD 10	14
5. Einige neurobiologische Aspekte zum Verständnis des Verhaltens in überfordernden Situationen	19
5.1 Grundlegende Prinzipien der Stressbewältigung: Dissoziation, Mobilisation und soziale Kommunikation	19
5.2 Die polyvagale Theorie von Stephen W. Porges	20
5.2.1 Das Modell des dreistufigen autonomen Nervensystems nach Stephen W. Porges	24
5.2.1.1 Dissoziations-Immobilisations-Reaktion	25
5.2.1.2 Mobilisation (Kampf- oder Fluchtreaktion)	25
5.2.1.3 Soziale Kommunikation oder soziales Engagement	26
5.2.1.4 Hierarchie der verschiedenen Modi der Reizregulation	27
5.3 Reiz-Regulations-Zyklus	30
5.4 Neuroplastizität	38
6. Integrative Traumatherapie IBP	45
6.1 Bausteine der Integrativen Traumatherapie IBP	45
6.1.1 Metatheorie von IBP: Wissenschaftsverständnis und Erkenntnistheorie	45
6.1.1.1 Menschenbild und Therapieverständnis	48
6.1.2 Therapietheorie von IBP	50
6.1.2.1 Ursprünge der Therapietheorie	50
6.1.2.2 Persönlichkeitsmodell, Therapieverständnis und Praxistheorie von IBP	56
6.1.2.3 Entwicklungstheorie	64
6.1.2.4 Weiterentwicklungen der Therapietheorie: Das Modell der unvollständigen Stressreaktion, des Pendelns und des Titrierens	65
6.2 Diagnostik und Symptomatik von Traumata	69
6.3 Therapieziele und allgemeine Vorgehensweisen in der ITT IBP. Die fünf Phasen der Integrativen Traumatherapie IBP	74
6.3.1 Orientierung und Stabilisierung	77
6.3.2 Ressourcenaufbau	84
6.3.3 Traumaintegration, Teil 1: Traumaüberbrückung: Korrigierende Varianten	89

6.3.3.1 Traumaüberbrückung mit der Fluchtvariante	91
6.3.3.2 Traumaüberbrückung mit der Kampfvariante	96
6.3.4 Traumaintegration, Teil 2:	
Traumakonfrontation: Komplettierende Variante:	100
6.3.5 Traumatransformation und Neuorientierung	107
6.3.6 Anwenden der ITT IBP am Beispiel des Aufarbeiten von inkompletten Abschieden und Verlusten.....	108
7. Weitere traumatherapeutische Verfahren im Überblick	115
7.1 Weitere ausgewählte traumatherapeutische Verfahren im Detail	116
7.2 Körperbezogene ganzheitliche therapeutische Verfahren.....	116
7.2.1 „Somatic Experiencing“ nach Peter A. Levine	116
7.2.2 Imaginatives Verfahren von Luise Reddemann: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT).....	121
7.3 Traumafokussierte Verfahren.....	126
7.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei PTBS	126
7.3.2 Expositionsfokussierte Therapien.....	130
7.3.2.1 „Prolonged Exposure“	130
7.3.2.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) von Francine Shapiro	132
8. Diskussion	137
8.1 Forschungsergebnisse.....	137
8.2 Gewichtung von Ressourcenaufbau und Traumakonfrontation	141
9. Fazit und Ausblick	151
10. Literaturverzeichnis	153
11. Abbildungsverzeichnis:.....	159

Zusammenfassung

In diesem Fachbuch wird die Bedeutung von Ressourcenaufbau und Traumakonfrontation in der Integrativen Traumatherapie IBP im Vergleich mit weiteren traumatherapeutischen Richtungen diskutiert. Nach Darlegung des historischen Hintergrundes der Traumaforschung und der Diagnostik der traumareaktiven Störungsbilder in DSM IV und ICD 10 werden neurobiologische Aspekte zum Verständnis des Verhaltens in überfordernden Situationen dargelegt.

Im Weiteren werden die Integrative Traumatherapie IBP (ITT IBP) und ihre Grundlagen detaillierter beschrieben, sowie weitere traumatherapeutische Richtungen wie Somatic Experiencing, Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT), Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei PTBS, Prolonged Exposure und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) kürzer dargestellt. In der Folge wird die Wirksamkeit der vorgestellten traumatherapeutischen Konzepte aufgrund von Forschungsergebnissen sowie die Frage der Gewichtung von Ressourcenaufbau und Traumakonfrontation – auch auf dem Hintergrund der Neuroplastizität des menschlichen Hirns – diskutiert.

Abstract

In this book, the significance of resources development and trauma confrontation in Integrative trauma therapy IBP is discussed in comparison with other trauma-therapeutic methods. Following a description of the historic background of trauma research and the diagnostics of trauma-reactive disorders in DSM IV and ICD 10, neurobiological aspects are set forth for the understanding of behavior in overwhelming situations.

Furthermore, Integrative Trauma Therapy (ITT IBP) and its basic principles are expounded in greater detail, as well as other trauma-therapeutic methods such as Somatic Experiencing, Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy (PITT), Cognitive Behavioral Therapy for PTBS, Prolonged Exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Subsequently, the efficacy of the aforementioned trauma-therapeutic concepts, based on research results, is discussed, as well as the question of emphasis on resources development and trauma confrontation, also on the background of neuroplasticity of the human brain.

Von Herzen danke ich Dr. Markus Fischer für seine große menschliche und fachliche Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit.

1. Vorwort

Das Thema der psychischen und körperlichen Traumatisierung hat mich in den letzten 20 Jahren nicht mehr losgelassen, seitdem in der Schweiz die ersten beiden internationalen Inzestkongresse abgehalten wurden. Seitdem Iris Galey¹ und andere Betroffene von sexueller Traumatisierung berichtet haben und seitdem Alice Miller² in ihren Büchern schonungslos über körperliche und sexuelle Misshandlungen und Traumatisierungen geschrieben hat, bin ich immer wieder auf dieses Thema gestoßen. Ich habe begonnen zu ahnen, dass ich und meine Eltern, die beide kriegstraumatisiert sind, und einige der Menschen, mit denen ich damals Kontakt hatte, besonders ein behinderte junge Frau, mit der ich damals gearbeitet hatte, persönlich betroffen waren.

Das Thema Traumatisierung und der Möglichkeiten therapeutischer Interventionen hat sich in den letzten Jahren zum Mainstream-Thema entwickelt. Und dies zu Recht, da sehr viele Menschen von traumatisierenden Ereignissen betroffen sind, die ihre persönlichen Fähigkeiten, diese zu bewältigen, übersteigen. Wenn von Trauma gesprochen wird, wird nicht vom Ereignis (einzelne traumatische Reaktionen auslösende Ereignisse, wie beispielsweise Verkehrsunfälle oder sukzessive Traumata – Polytraumatisierungen – zum Beispiel durch vernachlässigende oder gewalttätige Eltern)³ an sich gesprochen. Es geht vielmehr um die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Betroffenen, beispielsweise einen Verkehrsunfall oder eine Vergewaltigung, eine lebensbedrohliche oder lebensbedrohlich erscheinende Situation psychisch zu verarbeiten und gefühlsmäßig zu integrieren, ohne mit Dissoziation oder dem Gesamtbild der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu reagieren.⁴ (vgl. Kap. 4)

¹ Vgl. Galey, I.; 1991

² Vgl. Miller, A.; Vgl. 1981. Miller; A.; 1988. Vgl. Miller, A.; 1983

³ Gottfried Fischer (vgl. Fischer et al.; 1998, 124) unterscheidet zwischen Monotraumatisierungen als einmalig vorkommende Ereignisse und Polytraumatisierungen (simultanes Trauma und sukzessives Trauma) oder kumulativen Traumata bei beispielsweise andauernder Vernachlässigung der Kinder durch die Eltern.

Vgl. Fiedler, P.; 2003, 65

⁴ Kurz- und mittelfristige Folgen von gelingenden und nicht gelingenden Auseinandersetzungen mit traumatisierenden Ereignissen lassen sich nie verallgemeinernd bestimmen, sondern besitzen eine hohe individuelle Variabilität. Viele Menschen können sich persönlich entwickeln unter extrem aversiven Bedingungen. Es sollte laut Fooken von Verallgemeinerungen abgesehen werden, was den systematischen Zusammenhang zwischen widrigen oder traumatisierenden Lebensumständen und nachfolgenden psychischen Prozessen oder Belastungsreaktionen angeht (vgl. Fooken, I. in Maercker (Hrsg.); 2009, 76–81).

Eine traumatisierende Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass sich der betroffene Mensch in Lebensgefahr befindet oder wähnt und sich komplett hilflos fühlt, seine Coping-Strategien, Kampf- und Fluchtmöglichkeiten nicht ausreichend sind, um sich aus der Gefahr zu befreien; dass die betroffene Person in eine andauernde Stressbelastung gelangt und keinen Ausweg mehr sieht.⁵

Die Fähigkeit eines Menschen, mit traumatisierenden einmaligen oder auch sukzessiven Erlebnissen umzugehen und sich nicht in seinem Leben und seiner Entwicklung einschränken zu lassen, also die Resilienz⁶ eines Menschen einerseits oder eben die Vulnerabilität andererseits wird mit der Sicherheit von emotionalen Bindungen, die der Mensch – vor allem in frühester Kindheit – aufbauen konnte, in Verbindung gebracht. Die Wichtigkeit früher und sicherer Bindungen, die im Zusammenhang mit der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung, mit der Fähigkeit, Widerstandskraft gegen Stress zu entwickeln steht (Resilienz), wird von Entwicklungspsychologen und Entwicklungspsychologinnen⁷ beschrieben. Auch die Vorbelastung eines Menschen durch vorgängige traumatisierende Erlebnisse⁸ sowie die Dauer und Schwere der traumatisierenden Ereignisse spielen eine Rolle. Die Erfahrung von durch Mitmenschen verursachten traumatischen Erlebnissen (Gewalt in der Erziehung, sexuelle Gewalt) zieht meist gravierendere psychische Folgen nach sich als beispielsweise Unfälle oder Naturkatastrophen.⁹

Markus Fischer führt aus, dass es entscheidend für die Behandlung des betroffenen Menschen ist, dass Traumatisierung nicht über die Schwere des auslösenden Ereignisses definiert wird, sondern über die Reaktion des betroffenen Menschen (vgl. Fischer, M.; 2009, 1–5).

⁵Vgl. Sachsse, U. in Sachsse (Hrsg.); 2009 38f.

⁶ Mit Resilienz wird die Widerstandsfähigkeit oder Stressbewältigungskapazität eines Menschen bezeichnet. Eine niedrige Resilienz erhöht die Wahrscheinlichkeit, durch geringe Ereignisse überfordert zu sein. Je niedriger die Resilienz, desto höher die Vulnerabilität; also die Anfälligkeit eines Menschen, ein Ereignis nicht verarbeiten zu können und traumaspezifische Symptome zu entwickeln (vgl. Fischer, M.; 2009, 3f.)

Fookon erwähnt als Faktoren für Resilienz ein ausgeglichenes Temperament, Intelligenz und Offenheit sowie das Vorhandensein mindestens einer engen Bezugsperson und eines stabilen sozialen Umfeldes. Zudem beschreibt er die Bedeutung salutogenetischer Gesichtspunkte nach Antonovsky (1987) für Resilienz, die Ausprägung eines „sense of coherence“, welche darauf beruht, dass das Leben verstehbar ist („comprehensibility“), bewältigbar („manageability“) und sinnhaft („meaningfulness“) ist. Vgl. Fookon I. in Maercker (Hrsg.); 2009, 77

⁷ John Bowlby hat Säuglings- und Kleinkindforschung in Institutionen betrieben und die Bindungstheorie aufgestellt. Er beschreibt, dass reale frühkindliche Defizite, Traumen und Erlebnisse den Entwicklungsprozess eines Kindes nachhaltig beeinflussen oder stören können. (Vgl. Bowlby, J.; 1979, 130f.). Mary Ainsworth entwickelte eine standardisierte Untersuchung „the strange situation“, aufgrund derer sie drei verschiedene Bindungstypen feststellen konnte: das sicher gebundene, unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalent-gebundene Kind. Je nach Art der Bindung reagiert das Kind mit einer mehr oder weniger grossen Fähigkeit, Stress und auch Traumen zu bewältigen (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Mary_Ainsworth, 18.6.2010).

⁸ Vgl. Fischer, M.; 2009, 4

⁹ Vgl. Hüther, G.; 2003, 19f.

Ich habe vor mehreren Jahren begonnen, mit Patientinnen zu arbeiten. Dies auf dem Hintergrund einer psychoanalytisch-individualpsychologischen Ausbildung sowie einer Ausbildung in Biodynamischer Psychologie nach Gerda Boyesen.

Seit meiner Weiterbildung in *Integrativer Traumatherapie IBP bei Dr. Markus Fischer* kam ich allmählich in die Lage, die vielfältigen Traumatisierungen meiner Patientinnen überhaupt einmal bewusst wahrzunehmen und damit therapeutisch konstruktiv und heilungsfördernd umzugehen und zu arbeiten. Da mich die von Dr. Markus Fischer auf den Grundlagen der Integrativen Körperpsychotherapie IBP, sowie den neurobiologischen Erkenntnissen von Stephen Porges¹⁰ und Peter A. Levine (vgl. Kap. 7.2.1)¹¹ entwickelte Methode fasziniert (vgl. Kap. 5.3), habe ich mich entschlossen, in diesem Buch die Integrative Traumatherapie IBP und ihre Grundlagen darzustellen. Mich begeistert diese Methode insbesondere auch deshalb, weil mit diesem traumatherapeutischen Ansatz auch viele andere nicht traumatische Probleme der Patientinnen bearbeitet werden können.

Anmerkung: Da die ausschliessliche Verwendung der männlichen Form für mich eine Form von struktureller Gewalt und nicht akzeptabel ist, habe ich mich – wie inzwischen im anglo-amerikanischen Sprachraum üblich und in Anlehnung an andere Autorinnen¹² – entschieden, abwechselnd von Patientinnen und Patienten sowie von Therapeutinnen und Therapeuten zu schreiben.

¹⁰ Prof. Dr. Stephen W. Porges ist Professor an der Universität von Illinois in Chicago, wo er das sogenannte Gehirn-Körper-Zentrum leitet. Er hat die polyvagale Theorie entwickelt, die davon ausgeht, dass der Parasympathikus zweigeteilt ist in einen dorsalen und einen ventralen Vagus, die ganz unterschiedliche Funktionen erfüllen. Vgl. http://www.somatics.de/Porges/PorgesAPA_GER.htm, 29.7.2011

¹¹ Levine, P. A., 1998. Vgl. Levine, P.A., 2005

¹² Vgl. Reddemann, L.; 2008(A), 16

2. Fragestellungen und Überblick über das Thema

Einer Einführung in das Thema, einem historischen Abriss zur Geschichte der Traumafolgen und -störungen folgen die Definition und Klassifikation des Begriffs PTBS nach diagnostischen Kriterien von ICD 10 und DSM IV.

Im Weiteren werde ich einige Überlegungen aus dem weiten Gebiet der neurobiologischen Grundlagen der Stress- und Traumareaktionen herausgreifen und die wesentlichen Grundzüge der polyvagalen Theorie von S. Porges darlegen (Kap.5).

Dann stelle ich die theoretischen Grundlagen der Integrativen Traumatherapie IBP, die in der Integrativen Körperpsychotherapie IBP und ihren metatheoretischen, therapie- und praxistheoretischen Grundlagen wurzelt, ausführlicher theoretisch dar. Diejenigen Techniken von „Somatic Experiencing“ von Peter Levine, die Eingang in die Integrative Traumatherapie IBP gefunden haben, werden ebenfalls erläutert. Die Integrative Traumatherapie IBP soll unter Einbezug von Fallbeispielen aus der eigenen Praxis erörtert werden.

Anschließend werde ich, nach einem Überblick über traumatherapeutische Verfahren, einige weitere ausgewählte traumatherapeutische Verfahren kürzer vorstellen, um schlussendlich (Kap. 8 und 9) die Bedeutung und die therapeutische Relevanz von Ressourcenaufbau und Traumakonfrontation sowie von korrigierenden Varianten für die Psychotherapie von Betroffenen *schulenübergreifend – auf die vorgestellten Therapieschulen bezogen* – diskutieren zu können. Ich werde das körperbezogene integrative therapeutische Verfahren „Somatic Experiencing“ von Peter A. Levine (vgl. Kap. 7.2.1) kurz vorstellen und die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) von Luise Reddemann (vgl. Kap. 7.2.2). Im Weiteren werde ich als kognitionsfokussierte Therapie die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei PTBS skizzieren (Kap. 7.3.1) und als expositions-fokussierte Therapien „Prolonged Exposure“ (Kap. 7.3.2.1) und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) von Francine Shapiro (Kap. 7.3.2.2).

Ich möchte folgende Hauptfragen in den Mittelpunkt der Diskussion stellen:

- Welche Bedeutung haben *Ressourcenaufbau* und *Traumakonfrontation* in der Integrativen Traumatherapie IBP sowie in den weiteren dargestellten Verfahrenen?

Welche Bedeutung hat die Erfahrung der *korrigierenden Varianten der Integrativen Traumatherapie IBP* für die Betroffenen?

- *Muss Traumakonfrontation in jedem Falle erfolgen?* Genügt im Sinne ganzheitlicher Integration auch eine Traumaüberbrückung (korrigierende Variante), wie sie Markus Fischer in der Integrativen Traumatherapie IBP vorschlägt (vgl. Kap. 6.3.3.1 und 6.3.3.2, Kap. 8 und 9)?
- Welche Fragestellungen oder Hypothesen können sich im Zusammenhang mit den oben aufgeworfenen Fragen für die weitere Therapieforschung und -praxis ergeben?

3. Zum historischen Hintergrund der Traumaforschung

Die Geschichte des Umgangs mit den gesellschaftlichen Folgen von Traumatisierungen ist mit der jeweiligen politischen Situation, dem Zeitgeist, den finanziellen Möglichkeiten bezüglich therapeutischer Hilfeleistung und Forschung verflochten, aber auch schlichtweg mit dem Erkenntnisstand in der Sache an sich.¹³

Eine einigermaßen systematische Chronologie der Psychotraumatologie lässt sich bislang bis in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts zurückverfolgen.

Donovan definiert 1991 die Auseinandersetzung mit den Folgeerscheinungen traumatisierender Ereignisse folgendermaßen:

“Traumatology is the study of natural and man-made trauma (from the “natural” trauma of the accidental and geophysical to the horrors of human inadvertent or volitional cruelty), the social and psychobiological effects thereof, and the predictive – preventive – interventionist pragmatics which evolve from that study.”¹⁴

Das Wort Psychotraumatologie wurde 1991 erstmalig von Fischer, Riedesser und deren Kolleginnen in Deutschland verwendet.¹⁵ In der Diskussion um Traumafolgestörungen ging und geht es je nach Ansicht von verschiedenen Autoren um folgende Fragestellungen:¹⁶

- *Ist eine Traumafolgestörung eine körperliche Erkrankung oder eine psychische?*
- *Handelt es sich um simulierte oder um echte Krankheiten?*
- *Ist die Voraussetzung für eine derartige Störung eine gewisse körperliche Konstitution?*

Das 19. Jahrhundert mit seiner rasanten Industrialisierung wurde unter anderem begleitet von der Bildung des Begriffs des „railway spine“. (Bezeichnung für die Krankheitssymptomatik von bei Eisenbahnunfällen zu Schaden gekommenen Menschen.)¹⁷

¹³ Vgl. Seidler, G. H. in Maercker (Hrsg.); 2009, 3–12

¹⁴ Donovan 1991, 433–435 in Maercker (Hrsg.); 2009, 4

¹⁵ Vgl. Seidler, G. H. in Maercker (Hrsg.); 2009, 4

¹⁶ Vgl. Venzlaff et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 5f.. Vgl. Seidler, G. H. in Maercker (Hrsg.); 2009, 8

¹⁷ Im Zusammenhang mit dem „railway-spine-Syndrom“ wurden Symptome wie Angst, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, belastende Träume, Irritierbarkeit sowie weitere somatische Symptome mit einer unfallbedingten Schädigung des Rückenmarks in Zusammenhang gebracht. Vgl. Flatten, G. in Seidler, et al.; 2006, 35

De la Tourette führt die Hysterie als Ursache an. „...“, und die allgemeine Meinung, ...“, ist die, dass Neurasthenie und Hysterie die Hauptfaktoren des Railwaybrains sind.“¹⁸

Verfolgt man die Geschichte von Freuds Erkenntnissen zur Hysterie, stellt man fest, dass von Freud selber auch immer wieder indirekt die oben erwähnten kontroversen Standpunkte gestreift wurden; im Wesentlichen ging es aber um die Gewichtung, inwieweit realer Missbrauch oder die ödipale Situation Ursache von hysterischen Symptomen und Traumatisierungen sind oder ob es eine Kombination beider Umstände benötigt. Mit der so genannten Verführungstheorie postulierte Freud, dass realer Missbrauch und traumatisierende sexuelle Übergriffe zu hysterischen Symptomen und Traumatisierungen führen würden.¹⁹ Die Erkenntnis der Tatsache und Häufigkeit sexueller Übergriffe, mit der Freud seiner Zeit voraus war, die er später revidierte²⁰ und durch die Theorie des Ödipuskomplexes ersetzte, stand im Zusammenhang mit der allgemeinen bis heute andauernden polarisierenden Diskussion über Ursachen und Folgen von Traumatisierungen.

Den unter den traumatischen Ereignissen des 1. Weltkrieges leidenden Soldaten wurde man nicht gerecht; sie wurden als „Kriegszitterer“ oder „Schüttler“, als Simulanten und Schwächlinge abgetan. Man sprach von „Schützengraben-Neurose“ oder „shell shock“²¹. Da mehrheitlich von Drückebergern und Feiglingen ausgegangen wurde, waren die Behandlungsmethoden zumeist dementsprechend unmenschlich.²²

Es kamen andererseits modern anmutende Therapiemethoden für die traumatisierten Soldaten zum Einsatz, wie die gezielt eingesetzte Kombination von Hypnose, Katharsis und Durcharbeiten von Abram Kardiner und Herbert Spiegel²³ oder John Grinker und John Spiegel²⁴.

Nach dem zweiten Weltkrieg mit Millionen von traumatisierten Männern, Frauen und Kindern wurde vielen Menschen Leistungen für eine Psychotherapie verwehrt, weil

¹⁸ De la Tourette, G.; 1894, 48 in Sachsse (Hrsg.); 2009, 6f.

¹⁹ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 9–13

²⁰ Nachdem Freud 1896 zunächst davon ausging, dass der Hysterie in jedem Fall sexuelle Angriffe durch nahe Verwandte vorausgehen würden und sie als Folge der Perversion des Verführers (Brief an Fliess 1896) darstellte, formulierte er in den Jahren 1897 bis 1909 die Theorie des Ödipus-Komplexes. Er widerrief also seine „Verführungstheorie“, was ihm bis heute als Verrat an missbrauchten Frauen vorgeworfen wird. Vgl. Venzlaff, U. in Sachsse; 2009, 10. Vgl. Fischer, G. u. Riedesser, P.; 2009, 36–42

²¹ Durch Minenexplosion verursachte Neurosen.

²² Zum Beispiel zur „Kaufmann-Kur“ gehörte die Nötigung, Erbrochenes wieder hinunterzuschlucken. Vgl. Seidler, G. H. in Maercker (Hrsg.); 2009, 7.

²³ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 13f.

²⁴ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 14

darauf verwiesen wurde, dass an Extremlastungen nur Menschen mit Vorschädigungen, also erhöhter Vulnerabilität, erkranken würden.²⁵

Seit 1967, als in Deutschland die Psychotherapierichtlinien in Kraft gesetzt worden waren, wurden bis heute (bei Überlebenden der Tsunami-Katastrophe 2004) therapeutische Leistungen von den Krankenkassen verwehrt, weil kein unbewusster Konflikt bei ihnen nachweisbar war. Hier geht es wieder um die Auffassung, dass nur diejenige Person im Zusammenhang mit einer äußeren belastenden Situation erkranken würde, die eine Vorbelastung oder Vulnerabilität respektive einen unbewussten neurotischen Konflikt mitbringen würde.

Bis in die 60iger Jahre des vorigen Jahrhunderts hinein wurden in Deutschland verschiedene Standpunkte vertreten. Ein Standpunkt war, dass ein Mensch ohne neurotischen Konflikt trotz verheerender Kriegserlebnisse keine Störung entwickeln würde. Die Belastungsfähigkeit der menschlichen Seele läge nach Schneider, dessen Lehrgebäude Deutschland bis zu Beginn der Antipsychiatrie zu Beginn der 70iger Jahre maßgeblich beeinflusste,²⁶ und auch nach dem Wiener Psychiater Peter Hoff²⁷ praktisch im Unendlichen.

Es entwickelten sich auch alternative Sichtweisen. Der Schweizer Psychiater Eduard Stierlin erforschte die Folgen zweier Naturkatastrophen und kam zum Schluss, dass eine traumatische Neurose der einzige psychogene Symptomkomplex sei, zu dessen Entstehung keine psychopathologische Konstitution nötig sei.²⁸ Der Begriff der „chronischen traumatischen Depression“ wurde von Häfner, Baeyer und Kisker 1964²⁹ eingeführt und aufgezeigt, dass extreme Gewalterfahrungen auch viele Jahre später noch zu schweren Krankheitsbildern führen können.

Seit den 1960iger Jahren (Baden Badener Psychiatrie-Tagung) setzte sich aber das Konzept vom erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel durch chronische Belastung mit Krankheitswert in Deutschland und den USA allmählich durch.³⁰

In der Folge wurden überlebende traumatisierte Soldaten aus Kriegen (Koreakrieg und Vietnamkrieg) und Bombenkatastrophen (Hiroshima) untersucht und festgestellt, dass die psychophysischen Folgen dieser Tragödien denen der Holocaust-Opfer und

²⁵ Vgl. Fischer, G. u. Riedesser, P.; 2009, 33

²⁶ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 17

²⁷ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 16

²⁸ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 16

²⁹ Vgl. Seidler, G. H. in Maercker (Hrsg.); 2009, 9

³⁰ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 17f.

traumatisierten Menschen der beiden Weltkriege glich. Es gab relativ einheitliche gleich bleibende Syndrome und Persönlichkeitsveränderungen. Auch vorher gesunde Menschen erkrankten, wenn die Schwere und / oder Dauer des Ereignisses so gravierend war, dass es die Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums überstieg. Henry Krystal ging noch einen Schritt weiter:

„ Let me reemphazize again that through the cases studied in this symposium derived from a group that has been subject to a disaster, the observations are pertinent to any traumatized individual. Most people are massively traumatized at home and in their childhood.“
(Krystal u. Nederland 1971, 229)³¹

³¹ Vgl. Venzlaff, U. et al. in Sachsse (Hrsg.); 2009, 18

4. Diagnostik der traumareaktiven Störungsbilder in DSM IV und ICD 10

Die Beschäftigung mit den schweren anhaltenden psychischen Erkrankungen der Vietnamveteranen sowie der erstarkenden Frauenbewegung, die das Thema der sexualisierten Gewalt in Alltag und Familie gesellschaftlich erfolgreich thematisieren konnte, führte dazu, dass in der dritten Fassung des DSM³² von 1980 die akute Belastungsstörung und die PTBS (PTSD) eingeführt werden konnten.³³

Die Frage, wie die traumareaktiven Störungsbilder sinnvoll eingeordnet werden können, wird von DSM IV und ICD 10 bis heute unterschiedlich beantwortet. In der aktuellen Version DSM IV wird die PTBS in Achse I den Angststörungen zugeteilt wegen der inhaltlichen Nähe der posttraumatischen Symptomatik zu den Angstsyndromen. Die ICD 10 eröffnete mit der neuen Kategorie F43 eine Gruppe von Störungsbildern als Reaktion auf schwere Belastungen.

³² Vgl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994. Deutsch: Sass, H., Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; *Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen*, 1996, Göttingen

³³ Vgl. Flatten, G. in Seidler et al.; 2009, 36

Diagnostische Kriterien für 309.81 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
 - (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten,
 - (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
 - (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 - (2) bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 - (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
 - (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
 - (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 - (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
 - (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
 - (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
 - (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
 - (5) übertriebene Schreckreaktion.
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit Verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Abb. 1: DSM IV 309.81 Diagnostische Kriterien der PTBS im DSM IV