

TRAUMAPSYCHOLOGIE UND TRAUMAPSYCHOTHERAPIE

- Eine Herausforderung für psychotherapeutische Praxis und Forschung¹

Willi Butollo, München

Zusammenfassung

Nach einem Überblick wichtiger psychologischer Problem-bereiche bei Traumatisierung wird die Bedeutung des Selbst bzw. des Selbst-Konzeptes behandelt. Daraus läßt sich eine psychologische Theorie der Traumatisierung auf der Basis der Selbst-Theorie herleiten. Dieser Ansatz soll ein besseres Verständnis der während bzw. nach einer Traumatisierung ablaufenden psychischen Prozesse vermitteln sowie Trauma-Symptome erklären helfen. Eine neue, daraus abgeleitete Sichtweise der Traumatherapie bzw. -prävention wird vorgestellt.

Schlüsselwörter Integrative Traumatherapie - Post-Traumata-entwicklung - traumatisiertes Selbst.

Summary

A review of some key issues of trauma psychology is presented, leading to a brief outline of trauma related aspects of self psychology and self concept after trauma. The goal is to develop a psychological theory of intraindividual and social processes during and after trauma. The self based trauma theory should provide a better understanding of trauma disorders as well as a better indication of therapeutic and/or preventive measures.

Keywords integrative trauma therapy - posttraumatic development - traumatized self

Die Arbeit an den seelischen Wunden der Vergangenheit gehört zum Alltag therapeutischer Praxis. Verschiedene Therapierichtungen haben ihre Vorstellungen, praktischen Erfahrungen und - zum geringeren Teil - auch etwas an empirischer Kenntnis darüber, wie sich frühere Verletzungen in der späteren Entwicklung als akute Störungen "zu Wort" melden. Sie haben teilweise auch spezifische Strategien therapeutischer Intervention entwickelt, verbunden mit mehr oder weniger gut gesicherten Überzeugungen von deren Nützlichkeit. Die Palette der Modelle darüber, was seelische Verletzungen eigentlich heilt und wie die dazu nötigen Prozesse zu aktivieren sind, ist entsprechend umfangreich. Die Vorgehensweisen reichen von extrem kurzen, problemspezifischen Techniken (etwa EMDR, systematische Desensibilisierung, Exposure, Debriefing) über Maßnahmen zur Selbst-Stärkung, zur kognitiven Reorganisation bzw. zum emotionalen Durchleben der traumatischen Erfahrung, weiters über ressourcenorientiertes Vorgehen bis letztlich hin zum - zeitlich wie persönlich - recht aufwendigen Arbeiten an der Übertragung von traumarelevanten Gefühlen und Kognitionen.

Angesichts der enormen Bedeutung unzureichend verarbeiteter psychischer Verletzungen ist es umso erstaunlicher, daß lange Zeit weder die akuten Anpassungsreaktionen auf reale Traumatisierung, noch ihre Chronifizierung, die posttraumatische Belastungsstörung, entsprechende Beachtung fanden. Weder in der Forschung noch in der Praxis nehmen sie den Raum ein, der ihnen im Spektrum psychischer Störungen zukommt. Das mag zum Teil gewiß daran liegen, daß die in der Therapieszene der Vergangenheit dominierende Psychoanalyse ihr Augenmerk eher auf *phantasierte* (kindliche) Traumatisierungen und intrapsychische Konflikte lenkte. Ohne die Berechtigung dieser Verlagerung des therapeutischen

Interesses hier diskutieren zu wollen, muß ein fataler Nebeneffekt davon doch registriert werden: die Beschäftigung mit realen Traumata galt als psychologisch weniger ergiebig, um nicht zu sagen, banal. Mag sein, daß diese beiden Quellen möglicher destruktiver psychischer Entwicklung einfach nicht in einen Topf geworfen werden dürfen und daß die Anerkennung der Bedeutung des einen Ursachenmodells nicht zu Lasten des anderen gehen darf. Die Anerkennung realer Traumatisierung als der wesentliche psychogene Faktor ließ auf alle Fälle zu lange auf sich warten.

Ein anderer, und vielleicht gewichtiger Grund, für die Vernachlässigung psychologischer Aspekte von Traumareaktionen liegt jedoch gewiß in einer *Tabuisierung des Kontaktes mit akut Traumatisierten*. Es bedarf in der Regel einer Überwindung seitens der Mitmenschen, sich mit den vom Schicksal Getroffenen empathisch zu beschäftigen. Diese Scheu mag noch größer sein, wenn Schuld mitspielt. Kann es sein, daß die erwähnte Ignoranz gegenüber diesen Themen zumindest im deutschsprachigen Mitteleuropa auch geschichtliche Wurzeln hat?

Mitglieder helfender Berufe sind hier keine Ausnahme. Es bedarf, wie z.B. eine an unserem Institut durchgeführte Untersuchung an Notarzt- und Ambulanzfahrern zeigte, einer besonderen psychischen Abwehrleistung, um bei Unfällen, Katastrophen etc. situationsgerecht zu handeln. Viel später erfolgt dann, wenn überhaupt, die emotionale Verarbeitung des Erlebten. Empathie im Sinne von Mitgefühl, emotionalem Mitschwingen, eben *Anteil nehmen*, setzt viel Kraft und Kontaktqualität seitens des Helfers voraus. Sie steht im Augenblick der Krise oft nicht zur Verfügung. Denn der wirklich empathische Blick in das Auge des Leidenden ist Begegnung im Leid. Sie aktiviert dieses Leid in diesem Augenblick,

¹ Prof. Wolfgang Tunner, Kollege und Gefährte seit fast 25 Jahren, zum anstehenden 60. Geburtstag gewidmet

beide erfahren es, beide arbeiten daran, gestärkt durch das (Selbst-)Vertrauen des Helfers. Der nicht akut verletzte, also noch "unverbrauchte" Helfer stärkt die Bewältigung und schützt den in seinem Selbst Verletzten so vor der Verzweiflung. Dieser existentielle Vorgang wird nicht leichtfertig riskiert, die Scheu davor ist verständlich.

Aber was *tut* man eigentlich *psychologisch* mit jemandem in den verschiedenen Phasen nach dem Trauma, beginnend mit dem ersten Schock, über die Verleugnung, die Versuche der Bewältigung bis zur relativen Wiederherstellung? Und was kann man wirklich an Hilfreichem in diesen Phasen und danach *sagen*? Was *braucht* der verletzte Mensch psychisch gesehen, *während* er mit der Bewältigung seiner Verletzung und ihren Implikationen für das Leben danach ringt?

Das alles sind Fragen, die, wenn ungeklärt, den Kontakt mit seelisch Verwundeten erschweren. Sie erklären vielleicht die lange Zurückhaltung der Psychotherapie vor der Auseinandersetzung mit Akuttraumatisierung.

Immerhin signalisiert die Aufnahme der *Posttraumatischen Belastungsstörung* und der *Akuten Belastungsstörung* in DSM und ICD das steigende Interesse an diesen neuralgischen Punkten psychopathologischer Risikoentwicklung.

Fragen aus der Praxis

Welches sind nun die wesentlichen Fragen, die den Praktiker bei der Arbeit an traumatischen Themen interessieren? Welche Diagnosen sind möglich, welche Behandlung ist indiziert, welche kontraindiziert, und welche Bedeutung hat das Trauma für die Psychopathogenese? Am Anfang stehen auch die Fragen nach allgemeinen, statistisch sichtbaren Gesetzmäßigkeiten, den sogenannten *Prävalenzraten traumatischer Ereignisse* selbst. Schließlich sind die daraus resultierenden Erfahrungen für eine Gesellschaft bezeichnend: Welche Arten von Traumatisierungen kommen wie oft vor? Gibt es Personengruppen, Regionen, soziologische Schichten etc., die für die *Ereignisse* selbst anfälliger sind als andere, und schon deshalb häufiger posttraumatische Symptome bilden?

Man kann sich spezifische Häufungen durchaus vorstellen, etwa für Traumata im Gefolge von Gewaltverbrechen, Un-

fällen, eventuell auch nach manchen Krankheiten. Schwerer wird es wohl bei Naturkatastrophen, kriegesischen Auseinandersetzungen, sexuellen Delikten oder intrafamiliärer Traumatisierung.

In engem Zusammenhang mit der Prävalenz traumatisierender Ereignisse stehen naturgemäß die Fragen nach der *Entwicklung psychischer Störungen*, die, so es ein traumatisches Ereignis gegeben hat, als Folge davon entstehen: Wieviele vom Trauma Betroffene entwickeln klinisch relevante *posttraumatische Störungen*? Gibt es auch hier wieder besondere Risikogruppen, etwa nach Art und Inhalt des traumatischen Ereignisses (Gewaltverbrechen, Sexualdelikt, Unfall) oder nach eventuell vorhandener prätraumatischer Vorbelastung (biographisch und transgenerational bedingte Vulnerabilität, Bewältigungsdefizite)? Außerdem muß man ja damit rechnen, daß unzureichend verarbeitete Traumata sich auch durch Aktivierung von anderen Störungen äußern als den in der Diagnose PTSD erfaßten: Wie häufig treten also *Komorbidität* bzw. Einzeldiagnosen auf, die nicht zu den unter PTSD zusammengefaßten Störungen gehören? Sind z.B. Angststörungen, Depression, Somatoforme Störungen, Dissoziative Störung, Abhängigkeiten, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen für sich allein genommen ein überzufällig häufiges Korrelat von Traumatisierung?

Das heißt, sie sind nicht nur als einzelne Symptome sondern auch als Diagnosen (Doppeldiagnosen) neben PTSD zu finden bzw. sie treten ohne sonstige PTSD-Symptome, aber nach Traumatisierung, auf. Turner (1996) hat kürzlich Ergebnisse aus verschiedenen Studien zusammengefaßt. Es scheint demnach einigermaßen gesichert zu sein, daß *Dauer, Häufigkeit* und *Intensität traumatischer Erfahrung*, der man ausgesetzt ist, wiederum mit Häufigkeit, Schweregrad und Behandlungsresistenz von psychischen Störungen direkt kovariieren. Hierher gehören auch Probleme der *Reaktionsspezifität*: Führen bestimmte Traumata (Gewalt, sexueller Mißbrauch, Katastrophen) zu spezifischen Reaktionen oder gibt es allgemeine, bei allen Traumatisierungen in typischer Weise auftretende Reaktionen und Symptome? Entsprechend verhält es sich mit der Indikationsfrage unspezifischer und spezifischer Traumatherapie.

Tabelle 1. Rangreihe der Arten von traumatischen Ereignissen nach der relativen Anzahl der Kinder, die volle PTSD-Diagnosen erhielten. (Literaturübersicht, nach McNally, 1993)

Art der Belastung	PTSD-Fälle: absolut/ (%)	Quelle
Zeuge bei Tötung eines Elternteils	16 (100)	Malmquist 1986
Zeuge sexueller Attacke gegen Mutter	10 (100)	Pynoos & Nader 1988
Schwerer sexueller Mißbrauch	9 (90)	Kiser et al. 1988
Heckenschützenattacke	27 (77)	Pynoos et al. 1987
Schiffsunfall	3 (60)	Martini et al. 1990
KZ	19 (48)	Kinzie et al. 1986
Sexueller Mißbrauch	14 (48)	McLeer et al. 1988
Kriegstraumatisierung	10 (33)	Arroyo & Eth 1985
Kindesentführung	6 (33)	Terr 1983 b
Schwere Verletzungen	9 (30)	Stoddard et al. 1989
Schießereien in Schule	17 (27)	Schwarz & Kowalski 1991
Kriegstraumatisierung	230 (27)	Saigh 1991

Pynoos & Nader (1993) haben kindliche Traumatisierungen untersucht. Sie führten Literaturvergleiche durch um festzustellen, in wieviel Prozent der Kinder, die ein traumatisches Erlebnis zu verarbeiten hatten, PTSD-Diagnosen zu stellen waren. Tabelle 1 zeigt, in Anlehnung an McNally, die relative Bedeutung verschiedener Arten von traumatischen Ereignissen und die Häufigkeit bzw. Prozentangaben der PTSD-Diagnosen. Absolut am massivsten wirken dabei Gewaltdelikte gegen die Eltern, die von den Kindern mitangesehen werden mußten (Augenzeuge bei der Tötung der Eltern, Augenzeuge bei sexuellem Angriff auf die Mutter). Gleich danach folgt selbst erlebter sexueller Mißbrauch und, mit etwas Abstand, das Erleben einer Heckenschützen-Attacke und ein großer Schiffsunfall.

Fragen zu Posttraumatischen Entwicklungsverläufen

Als nächstes ist zu untersuchen, ob es *typische Verläufe* von posttraumatischen Belastungsreaktionen gibt, ob sich die Verläufe je nach Art der Traumatisierung unterscheiden und wie diese Verläufe sich über die Zeit hinweg beschreiben bzw. darstellen lassen.

Wovon hängt es ab, ob sich eine rasche Beruhigung einstellt, es zu einem nur leicht verzögerten Stabilisierungsprozeß oder aber zur Eskalation kommt, in deren Verlauf sich klinische Symptome bilden?

Gibt es belastende psychische Folgen nach dem Trauma, auch wenn sie nicht den Rang einer psychischen Krankheit einnehmen? Zeigen sich manche Verletzungen erst viel später, wenn sie im *Zusammenwirken mit anderen Lebensereignissen* wieder akute Symptome erzeugen? Aus Studien an Überlebenden des Holocaust wurde bekannt, daß z.B. der Zeitpunkt der Pensionierung, an sich bereits destabilisierend und tabu-belastet, für diesen Personenkreis ganz besonders alarmierend ist und zur vermehrten Bildung psychiatrischer Symptome führt (Solomon, 1996).

Und dann die Frage nach den *protektiven Faktoren*. Was braucht ein Mensch um für die Bewältigung einer allfälligen Traumatisierung gewappnet zu sein? Und was braucht er dann noch um die Erfahrung sogar *positiv* zu bewältigen? Ist ein Schicksalsschlag immer ein Desaster mit nachfolgender Beeinträchtigung oder gibt es das wirklich, was so oft beschworen wird - daß seelische Stärkung aus der erfolgreichen Bewältigung verletzender Lebensereignisse erwächst? Verlagert sich aber erst die Diskussion in die Nähe dieser Themen, so führt das direkt zu den Fragen nach Art und Inhalt der *psychischen Prozesse während und nach* Traumatisierung. Nicht primär die Symptomproduktion wird zum Gegenstand der Betrachtung, sondern die intrapsychischen Prozesse der Abbildung des Traumas, deren Implikationen für Selbstprozesse (um den statischen Begriff des Selbst zu umgehen) und die Konsequenzen für zukünftige Auseinandersetzung zwischen Subjekt und Umwelt. Und das gilt für die reale Auseinandersetzung ebenso wie für die intrapsychische: mit anderen Worten, es geht um die durch das Trauma veränderten Prozesse der *Kontaktgestaltung*.

Fragen zur Indikation

Ein weites Feld praktischer Fragen zielt auf den Themenkreis der therapeutischen Indikation. Welche Therapie ist bei welcher Art von Traumatisierung, in welchem Lebensalter, in welcher posttraumatischen Phase, bei welchen Symptomen etc. heilsam bzw. zielführend? Welche Techniken, welche Strategien innerhalb der einzelnen therapeutischen Schulen sind im Kontext der Traumatisierung hilfreich, welche kontraindiziert? Gibt es Ansätze für eine *schulenübergreifende Integration therapeutischen Vorgehens* bei PTSD? Praktiker, die mit Klienten nach speziellen Traumatisierungen arbeiten, verfügen in der Regel über einen umfangreichen Katalog von einschlägigen Erfahrungen, gewonnen aus oft ungeschützten Anfängen praktischer klinischer Tätigkeit. Eine Studie aus unserem Institut zeigt, daß die Praktiker in der Regel ihre eigene "Komposition" therapeutischer Maßnahmen entwickeln, die sie aus quer über die Schulrichtungen gestreuten Elementen zusammenbauen (Butollo et al., 1995). Offensichtlich sorgt nicht zuletzt der Praxisdruck dafür, daß das Interesse der Therapeuten an einem optimalen Behandlungsangebot schulenspezifische Korsette sprengt und eine problemgemäße Handlungskompetenz formt. Leider fehlen dafür noch Möglichkeiten adäquater Dokumentation bzw. die Praktiker greifen auf vorhandene Methoden nicht im erwünschten Maße zurück. Dazu kommt, daß gerade die Arbeit mit akut Traumatisierten persönlich so absorbierend ist, daß in den Niederungen therapeutischer Gefechte wenig Raum, Zeit und letztlich auch "Nerven" für eine objektivierende Dokumentation der eigenen Arbeit übrig bleiben. Hat man gut gearbeitet, "weiß" man es, hat man nicht gut gearbeitet, meint man es erst recht zu wissen - ob das nun so stimmt oder ein die Selbstkritik immunisierender Mythos ist, wer kann das sagen?

Sehr deutlich konnte ich dieses Dilemma im Rahmen eines während der Kriegsjahre 1993-1995 unter der Patronanz von UNICEF in Zentral-Bosnien durchgeführten Projektes quasi am eigenen Selbst feststellen (Butollo, 1996, a, b). Während der Arbeit mit extrem gestreßten Menschen, noch dazu in einem alles andere als supportiven Ambiente, erscheint selbst der Ansatz eines Versuches von wissenschaftlicher Dokumentation zuerst einmal absurd. Man will seine Konzentration nicht von dem Geschehen in der Begegnung mit den Menschen abspalten, indem man externe Motive verfolgt, die nicht zum gegenwärtigen Kontext gehören. Außerdem weiß man in solchen Situationen ohnehin nicht, ob man noch dazu kommt, die Papiere jemals auszuwerten. In Anlehnung an Buber (1923) könnte man sagen: Wenn man mit dem *ganzen* Wesen arbeitet, bleibt wenig Zeit und Kraft, um laterale, die gegenwärtige Situation übersteigende, Zielsetzungen zu berücksichtigen. Im Augenblick der Begegnung spalten die Gedanken an eine objektivierende Evaluation letztlich die Konzentration aller Beteiligten. Hinzuzufügen wäre allerdings folgendes: Verzichtet man jedoch angesichts situativer Gegebenheiten auf die Dokumentation des Geschehens, fehlt einem später die objektive Rückmeldung. Sie mag zwar nicht mehr auf die erfaßte Arbeit selbst zurückwirken, sie beeinflußt aber spätere Einsätze.

Ähnliches kann im Prinzip für die Arbeit mit akut Traumatisierten gesagt werden: Auch wenn die Stimmung des Augenblicks dagegen spricht, eine Evaluation schafft zusätzliche Ebenen der Evidenz. Es bleibt schließlich bei einer Abwägung der Güter zugunsten der akuten Begegnung oder der späteren Verwertung. In den Psychotherapien, die nach wie vor von den Mythen der Gründer geprägt sind, wäre dies dringend erforderlich. (Zum Dilemma zwischen begegnungsorientierter Therapie und wissenschaftlicher Dokumentation - siehe Butollo, 1990).

**Entwicklung nach dem Trauma:
Risiko- und Schutzfaktoren**

Traumatisierung stellt natürlich - ohne daß man das viel erforschen müßte - eine Belastung für die psychische Entwicklung dar. Wie sie sich auswirkt, in welchen Aspekten der psychischen Entwicklung sie sich äußert und unter welchen Umständen ihr Einfluß auf die Zukunft gemildert wird, das wäre ein wichtiger Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Leider liegen hierzu nur wenige empirische Befunde vor. Die klassische These wird heute vor allem noch seitens der Psychoanalyse vertreten. Danach wirken sich traumatische Erfahrungen im späteren Lebenslauf umso destruktiver aus, je geschwächer die Psyche aufgrund früher Traumatisierung schon vorher war: Schuld daran wären die unzureichende Verarbeitung frühkindlicher Traumatisierung, die wiederum aus unerledigten Konflikten/Fixierungen der psychosexuellen Entwicklungen resultiert.

Das nach traumatischen Erfahrungen oft vorübergehende Auftreten von Symptomen, die denen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen ähnlich sind, führte zur Annahme, daß es vor allem Traumatisierungen sind, die zur regressiven

Aktivierung frühkindlicher Dynamiken führen und diese wiederholen. Diese retrospektiven, quasi über mehrere Ecken, erschlossenen Annahmen - wer bewies z.B. jemals, daß Persönlichkeitsstörungen tatsächlich das Ergebnis von Frühstörungen sind? - gehen u.U. auf einen Selektionseffekt in der Wahrnehmung zurück, wie er im therapeutischen Setting auftritt:

1. Man sieht ja nur diejenigen, die auch tatsächlich Therapie wollen, also sowohl unter Symptomen leiden als auch ein implizites psychologisches Ursachenmodell haben. Sonst würden sie ja nicht zum Psychotherapeuten kommen.
2. Theoriegeleitete Fragen und Hypothesen der Therapeuten aktivieren entsprechendes "Material" der Klienten.

Was geschah aber mit denen, die keine Symptome entwickelten, bzw. um keine Therapie nachfragten? Ein empirischer Befund kann die offenen Fragen zumindest beleuchten: Rothbaum und Foa (1993) haben die Ergebnisse der Arbeiten mehrerer Autoren dahingehend untersucht, wie sich bei verschiedenen Arten von Traumatisierung im Erwachsenenalter die Symptombildung über die Zeit hinweg entwickelt (Tabelle 2). Man erkennt, daß während der ersten Monate allgemein mit einer Symptomremission zu rechnen ist, die später einen flacheren Verlauf nimmt. Genau genommen handelt es sich hier nicht um Verlaufsmaße, sondern um relative Häufigkeiten (%) der Diagnose PTSD bei verschiedenen Arten von Traumatisierung und zu verschiedenen Zeitpunkten nach dem Trauma. Die Remission ist bei Vergewaltigung am langsamsten, bei Gewaltverbrechen (Raub z.B.) relativ dazu rascher. Kinder mit massiver Gewalterfahrung (Geiselnahme in einer Schule) erholen sich kaum während der ersten neun Monate. Waren sie hingegen selbst nicht im Zentrum der aggressiven Aktion, bildeten sich die Symptome rascher zurück.

Tabelle 2. Prozent der PTSD-Fälle, quer über verschiedene Studien, erhoben in verschiedenen Zeitabständen nach dem Trauma (nach Rothbaum und Foa, 1993)

Studie	Zeit nach dem Trauma								
	1 Woche	<1 Monat	1 Monat	2 Monate	3 Monate	6 Monate	9 Monate	12-36 Monate	10-15 Jahre
Foa & Rothbaum 1990									
Vergewaltigung	94.0		65.0	52.4	47.0	41.7	47.1		
Resnick et al. 1989									
Vergewaltigung		75.8	60.6					39.4	
Kilpatrick et al. 1987									
Vergewaltigung									16.5
Foa & Rothbaum 1990									
Gewaltdelikt	64.7		36.7	25.0	14.6	11.5	0.0		
Kilpatrick et al. 1988									
Gewaltdelikt								10.5	
Saigh 1988 Zivilisten im Krieg		81.9	9.1						
Pynoos et al. 1987 Kinder im Zentrum des traumatischen Ereignisses			77.0				74.0		
Pynoos et al. 1987 Kinder an der Peripherie des traumatischen Ereignisses				67.0				<19	

Tabelle 3. Derzeitige PTSD-Symptome, 14 Jahre nach dem Trauma: Buffalo Creek Dammbbruch; N= 96 (nach Green, 1993)

	% mit Symptom	Rangplatz
Intrusive Gedanken	48	3
Alpträume	23	11
Flashbacks	19	13
Streßreaktion bei erinnernden Reizen	50	2
Vermeidung von Gedanken an das Trauma	52	1
Vermeidung von Aktivitäten	40	6
Amnesien	22	12
Interessenverlust	31	9
Dissoziiert ("weggetreten")	26	10
Gefühlsabstumpfung	15	15
Keine Zukunftsperspektive	-	16
Schlafstörung	45	4
Irritierbarkeit	17	14
Konzentrationsstörung	35	8
Hypervigilanz	37	7
Sprunghaftigkeit	44	5
Physiologische Erregungsreaktion bei Kontakt mit traumatischen Auslösern	-	16

Green (1993) konnte zeigen, daß selbst 14 Jahre nach einer Überschwemmungskatastrophe, verursacht durch einen Dammbbruch, die PTSD-Symptome teilweise sehr häufig sind (Tabelle 3).

Es werden drei Gruppen von Symptomen gebildet:

1. Wiedererleben des Traumas (reexperiencing), dazu zählen intrusive Gedanken, Alpträume, Flashbacks, Angsterregung bei alten Auslösern (Erinnerungen).
2. Vermeidung (avoidance): Vermeidungskognitionen, und -handlungen, Amnesien, Interessensverlust, Gefühlsabstumpfung etc.
3. Chronische Übererregung: Schlafstörungen, Irritierbarkeit, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit.

Aus Tabelle 3 wird deutlich, daß Vermeidung in Gedanken, also z.B. der Versuch, sich nicht an die Umstände der verletzenden Ereignisse zu erinnern, auch nach so langer Zeit in 50% der Fälle auftreten und somit an erster Stelle der Symptome stehen. Fast ebenso häufig ist Streßbelastung nach Kontakt mit Reizen, die Erinnerungen an die Katastrophe auslösen (59%). Intrusive Gedanken (48%), Schlafstörungen (45%), Schreckhaftigkeit (44%) und Vermeidungsverhalten folgen in der Rangreihe knapp dahinter.

Die scheinbare Paradoxie, daß Erregung sowohl zu Vermeidung wie auch gedanklicher Perseveration führt, ist ja auch speziell bei Angststörungen zu beobachten. Wer will, kann zu den lange zurückliegenden Erklärungsversuchen zurückkehren: Die Aufmerksamkeits-Perseverations-Theorie der Angstdifferenzierung (Butollo, 1979, S.101, ff).

Aus all dem wird ersichtlich, daß die Nachwirkungen auch auf der Symptomebene extrem lange andauern. Spontanremission ist zwar in einem Teil der Fälle und bei einem Teil der Symptome zu beobachten. Bei vielen aber bleibt die Belastung auch noch nach Jahrzehnten bestehen.

Das Ergebnis veranschaulicht, warum manche der Betroffenen immer wieder betonen, daß eine traumatische Erfahrung ihr Leben extrem verändert hätte - ihre Wahrnehmung, ihre Kontakte, ihr Befinden. Und daß sie das Gefühl haben, dadurch irgendwie aus der menschlichen Gemeinschaft herausgefallen zu sein.

Es ist offensichtlich, daß weitere Studien notwendig sind, um die Besonderheiten der Entwicklung nach Traumatisierung zu ergründen. Manche Schäden mögen auch sekundärer Natur sein: wegen der Symptome und der kognitiven/emotionalen Befangenheit verändert sich das Sozialverhalten, die berufliche Weiterentwicklung, die Partnerschaft. Das alles sind Bereiche, in denen die Gefahr einer Generalisierung der Symptombildung im Sinne einer Lähmung der persönlichen Entwicklung droht. Immerhin gibt es auch einige wenige Befunde, die zeigen, daß nicht immer das traumatische Ereignis an sich die spätere Störungsentwicklung bestimmt, sondern die Art der posttraumatischen Versorgung.

Rutter (1990) hat auf empirischer Basis verschiedene destabilisierende Faktoren zusammengestellt, unter welchen Umständen der Einfluß kindlicher Traumatisierung abgeschwächt oder aufgehoben wird. Unter anderem fand er ein erstaunliches Ergebnis zum klassischen Mythos über die Entstehung von Depression: nicht der frühe Verlust eines Elternteils durch Trennung oder Tod an sich kovariert mit einer späteren depressiven Entwicklung, sondern die Qualität der Betreuung danach (Abbildung 1).

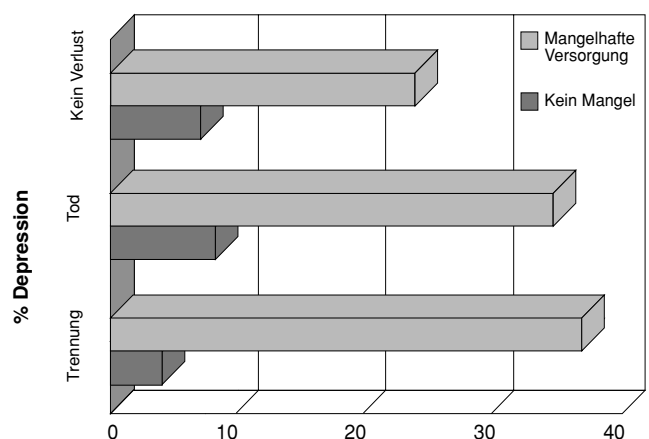


Abbildung 1
Verlust der Mutter, mangelhafte Versorgung danach und spätere Depressionsentwicklung (Daten von Brown et al., 1986)

Fehlt die emotional engagierte, stabile Zuwendung nach dem Verlust der Eltern, so ist die Wahrscheinlichkeit einer späteren depressiven Erkrankung natürlich deutlich erhöht. Sie wird jedoch auf ein unwesentliches Maß reduziert, wenn die Betreuung *nach* dem frühen Verlust der Mutter sehr gut war. Vor allem ist die Depressionsneigung auch *ohne* Verlust der Mutter dann ganz erheblich erhöht, wenn die durch die Mutter oder andere gewährleistete Zuwendung mangelhaft ist. Sie ist allerdings nicht ganz so hoch wie im Falle der Verbindung beider Risikovariablen, nämlich Verlust der Mutter *und* schlechte Behandlung danach.

Bedenkt man nun wie hoch die geschätzte Lebenszeit-Prävalenz ist (Wahrscheinlichkeit mindestens einer Traumatisierung im Leben), kann man das Ausmaß dieser, an den Menschen im Alltag normalerweise "von außen" ja nicht erkennbaren Belastung ahnen: In Amerika wird die Wahrscheinlichkeit für eine traumatische Erfahrung zwischen 39% (Breslau et al., 1991) und 69%, (Narus, 1992) geschätzt, davon 21% im letzten Jahr vor der Untersuchung.

Kilpatrick (1993) fand in einer Zufallsstichprobe eine Wahrscheinlichkeit von 84%, daß einem eine traumatische Erfahrung einmal im Leben widerfährt, 2/3 der Menschen müssen mit mehr als einem traumatischen Ereignis rechnen. Diese, natürlich regional verschiedenen Werte, geben Anlaß zum Nachdenken. In Bosnien, z.B. stellt sich die Frage nach der Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung gar nicht mehr, sondern nach deren Häufigkeit, deren Dauer und deren Intensität. Vor allem interessieren dort die Möglichkeiten und Erfolgchancen der posttraumatischen *Verarbeitung*. Traumatisiert ist dort ohnehin jeder.

In Richtung einer psychologischen Theorie der Traumatisierung

Symptomverläufe ergeben noch keine Psychologie. Sie sagen noch nichts aus über die *Theorie*, mittels derer die Lebensereignisse (z.B. traumatische oder protektive Ereignisse) mit den Lebensereignissen (z.B. traumatisches Erleben) verknüpft sind. Sie sagen auch noch wenig aus über die psychische *Verarbeitung*. Gemeint sind die kognitiven und emotionalen Prozesse, die mit den dazugehörigen Bewältigungsversuchen als Reaktion auf das Trauma einsetzen. Eine Spezialform davon ist dann erst die Symptomentwicklung: sie ist als Versuch zur Bewältigung zu verstehen, der die Veränderung eines andernfalls unerträglichen Zustandes zum Ziel hat. Er setzt ein, wenn andere, differenzierte Wege zur Traumbewältigung fehlschlagen oder gar nicht zur Verfügung stehen. Auch wenn dadurch keine optimale Anpassung mit entsprechender subjektiver Zufriedenheit zustande kommt, bewirkt die Symptomentwicklung auf einer anderen Ebene vermutlich die Rückgewinnung zumindest eines gewissen Maßes an Kontrolle über den sonst unkontrollierbaren Belastungszustand. Diesem Umstand ist beim Suchen nach therapeutischer Veränderung Rechnung zu tragen.

Wenn also hier eine Psychologie der Traumatisierung eingefordert wird, dann heißt das auch, daß psychologische *Modelle* zur *Erklärung* der Symptombildung zu entwickeln sind.

Kurzum, es geht um die Fragen des WIE. WIE wirkt ein traumatisches Ereignis? WIE antwortet das gesamte psycho-biologische System des Menschen auf das Trauma?

Welche Art von Botschaft aus der sie umgebenden "Welt", welchen Inhalt konstruiert sich die Person? Sie erlebt ja das Trauma als Haltung oder Aktion der "Welt" ihr gegenüber. Und welcher Sprache, welcher Codes (biologisch, kognitiv, emotional) bedient sich das System Mensch um einerseits das Trauma zu symbolisieren und andererseits die "Antwort" zu mobilisieren?

Welche "Antworten" stehen zur Verfügung? Sind es vielleicht sogar primär die *Antworten*, die letztlich für den subjektiven Zustand des betroffenen Menschen verantwortlich sind, sein Selbst nach dem Trauma formieren? Welche *Entscheidungen* trifft die Person und wenn, auf welcher Ebene ihrer Existenz (bewußt, regressiv)? Wie erfolgt die vorübergehende, wie die bleibende Veränderung von Selbstprozessen, die sich lange vor der Traumatisierung entwickelten und jetzt unter Druck geraten? Wenn wir uns mit den Fragen des WIE im Kontext psychischer Traumatisierung beschäftigen, brauchen wir nicht zu erwarten, dadurch das "Wesen von Beziehung" zu ergründen. Damit wären Fragen gemeint, ob jenseits von intrapsychischen Prozessen Beziehungswirklichkeit existiert und sich auswirkt. Unser individualistisches, in der Regel nicht mehr hinterfragtes Welt- und Selbstbild verbietet förmlich, solchen Vorstellungen nachzuhängen. Konkret würde das bedeuten, daß systemische Prozesse auch jenseits der intrapsychischen Repräsentation von Systemen wirksam sind - wieder in Anlehnung an Buber (1983): Alles wirkliche Leben ist Begegnung (S.18). Traumatisierung wäre dieser Sichtweise nach eine besondere Form der Begegnung, aber unzweifelhaft "wirkliches" Leben. Man könnte von einer Art *psychischem Kannibalismus* sprechen, bei dem sich der Aggressor im Wesen des Verfolgten gleichsam festsetzt. Damit drängt er *sich* in eine Beziehungswirklichkeit, in der er sonst wohl nie eine Chance gehabt hätte. Er zwingt sein Opfer ihn als eine, wenn auch grausam entstellte, Realität eines Du, eines Gegenüber zu erleben. Das kann so weit gehen, daß das Selbst des Opfers zum Selbst des Aggressors *wird*. Er erobert psychisches Territorium, er vervielfältigt sich gleichsam im Opfer. Maria Zepeter (persönliche Mitteilung), die sich sehr um vergewaltigte Frauen des Lagers von Omarska in Bosnien bemüht hat, berichtet, daß diese in der Anfangsphase nach der Traumatisierung zumindest vorübergehend "vermännlichen". Sie werden rau, bekommen Bartwuchs, machen derbe Späße etc. Nun ist das wohl ein unzulässiges Stereotyp, diese Attribute als "männlich" zu sehen, schließlich liegt ja bereits beim Täter eine extreme Entstellung der Männlichkeit vor. Was wohl stimmt ist, daß sie in ihrem Selbst Gefahr laufen, im übertragenen Sinne *zu dem zu werden, der sie verletzt hat*. Der Täter schafft eine tiefe, wenn auch destruktive Bindung zum Opfer, mit dem dieses sein Leben lang zu ringen hat. Wozu der Täter diese Bindung wohl brauchen mag? All das bis hierher zur Theorie der Traumatisierung Gesagte berücksichtigt scheinbar nicht *unpersönlich* vermittelte Verletzungen, etwa durch Naturkatastrophen. Hier wird aber die These vertreten, daß auf der Ebene der Nicht-Selbst-Repräsentation ("die Welt" oder "Nicht-Ich") persönlich und un-

persönlich vermittelte Verletzungen grundsätzlich ähnliche Selbstbotschaften vermitteln. Allerdings wird durch die *Nähe* zum Selbst (belebter - nicht-belebter Aggressor; Tier-Mensch; Fremder - Vertrauter; Fremder - Verwandter) das Ausmaß und der Generalisierungsgrad der Traumatisierung wesentlich bestimmt: Je größer die Nähe des Aggressors zum eigenen Selbst, desto größer der destruktive Effekt und desto schwerer die Wiederherstellung der posttraumatischen Abgrenzung.

Selbstprozesse

Als Schlüssel für die Entwicklung einer psychologischen Theorie, die sich solchen Fragen stellen kann, bieten sich Modelle der *Selbstprozesse* an. "Das Selbst", als Konzept in verschiedenen psychologischen Theorien und therapeutischen Heuristiken enthalten, scheint potentiell auch die Integration verschiedener Therapieschulen zu ermöglichen. Aus der therapeutischen Praxis heraus wurde immer wieder versucht, interessante Beobachtungen aus der Arbeit am Fall in die theoretischen Vorstellungen vom Selbst einfließen zu lassen. So wichtig und intuitiv beeindruckend die diesbezüglichen klinischen Beobachtungen sind, es fehlt doch noch sehr viel. Einfühlsame, praktisch begabte Therapeuten scheinen nämlich in der Regel entweder kein Talent zur Theoriebildung oder zumindest keine Lust dazu zu haben. So kommt es, daß die theoretischen Vorstellungen in der Regel blumig ausgeführt sind, mit vielen einleuchtenden Fallbeispielen aus der Praxis versehen.

Hinsichtlich der Logik der Ausführungen, der Klarheit der Begriffe, der Testbarkeit der Modelle aber sind diese Darstellungen meist unzureichend. Das hat dann zwar den zweifelhaften Vorteil, daß die Modellvorstellungen nicht widerlegbar, weil zu unpräzise formuliert, sind. Es bringt vielleicht auch klinisch plausible Heuristiken hervor. Ihre Lebensdauer erhalten sie aber weniger durch ihre wissenschaftliche Stringenz als durch die Ausdauer und den Ehrgeiz ihrer mehr oder weniger charismatischen Gründer.

Was fehlt ist am Beispiel der Modelle über *Selbstprozesse* zu veranschaulichen: Es bedarf einer prozeßorientierten Theorie der Traumatisierung sowie der sich daraus entwickelnden pathogenen Vorgänge anstatt statischer Beschreibungen. Anzustreben wäre, sie so auszuformulieren, daß sie wichtige traumabedingte Veränderungen prozeßhaft erklären bzw. prognostizieren kann. Sie soll außerdem mit nichtklinischen Befunden (z.B. aus Persönlichkeits-, Sozial-, Entwicklungspsychologie und Biologie) kompatibel sein.

Einige Ansätze einer Selbsttheorie der Traumatisierung wurden bereits formuliert (Butollo, 1996b). Aus Raumgründen können hier nur einige Grundzüge skizzenhaft dargestellt werden:

1. *Selbstprozesse* sind *kognitiv-emotionale Vorgänge*, die das gesamte Geschehen der *Kontakte* einer Person mit seiner Welt regulieren. Sie ermöglichen den Aufbau eines Systems zur *Symbolisierung* der "Welt" und der *Antworten* der Person darauf. *Repräsentiert* wird die "Welt" und die Antwort. Aber die Antwortrepräsentation ist es, die das "Selbst" phänomenologisch bestimmt (Selbstkonzept vom Selbst). "Selbst" ist damit in jeder Sekunde prozeßhaft

gestaltet, und zwar sowohl aus der *Reaktivierung* aller Selbstrepräsentationen (Erfahrung) wie auch aus der durch *akuten Kontakt* aktivierten gegenwärtigen Wahrnehmung (mit den entsprechenden Interaktionen).

2. Selbstprozesse sind *immer interaktionell* repräsentiert, d.h. bestehen aus verbalen und nicht-verbalen, expliziten oder impliziten *Botschaften* (*Bedeutungen*). Dabei handelt es sich um Botschaften
 - der "Welt" über *sich* (die Welt),
 - der "Welt" über die das Selbst aktivierenden *Person*
 - und um die *Antworten* der Person an die "Welt".
3. Aktuelles, im Kontakt aktiviertes Selbst ist somit die *selektive Aktivierung von Innen- und Außensymbolisierung im aktuellen Kontaktgeschehen* (mit anderen Menschen, mit Umwelt, mit sich). Es aktualisiert sowohl gespeicherte Selbstinformation aus vergangenen Erfahrungen, wie auch jetzt aktuell übermittelte Botschaften.
4. *Selbstkonstruktion*: Entscheidend ist, daß all diese Prozesse letztlich in intrapsychische Vorgänge münden bzw. diese sind. Das gilt natürlich auch für die aktuellen Botschaften seitens der „Welt“. Vorhandene, z.B. aufgrund bisheriger Erfahrungen aggregierte Codierungs- bzw. Antwort- "Bereitschaften" stellen somit eine ständige Quelle für Einstellungen von Bedeutungstransaktionen dar, die in der Kommunikation zwischen Selbst- und Außenrepräsentation stattfinden (selektive Selbstkonstitution).
5. *Gewichtung von Selbstbotschaften*: Es gibt verschiedene Aspekte, die das Gewicht der das Selbst konstituierenden Botschaften (Selbstbotschaften) bedingen.

Beispiele:

- a. Je stärker die *Bindungen* (mit *positiver* und *negativer* Valenz) eines Individuums an andere Menschen sind, desto gewichtiger ist die von diesen Menschen transagierte Selbstzuschreibung. Ihre Wirkung hängt davon ab, ob die Bindung an andere die *Antwortfähigkeit* der Person fördert oder behindert. Konfluente oder isolierte, d.h. durch habituelle Abgrenzung fixierte, Bindung (scheint paradox, gibt es aber) *reduziert* die Antwortfähigkeit. Nicht vereinnehmende, unterstützende Bindung *fördert* sie. Ein abhängiges Kind kann z.B. destruktiven, aber auch Abhängigkeit verstärkenden Selbstzuschreibungen weniger entgegensetzen als ein selbstbewußter Erwachsener. Die Reifung des Selbst wird somit wesentlich von der Antwortbereitschaft und vom Antwortrepertoire abhängen.
- b. *Sprach- und Handlungskompetenz* verbessern ganz allgemein die *Verantwortlichkeit* eines Menschen und damit seine Selbstprozesse (Sprache, Sozialverhalten, berufliche Fähigkeiten etc.). Sprachliche Differenzierung von Wahrnehmung, Erinnerung und Beziehungsgestaltung kovariert somit hoch mit persönlicher Autonomie.
- c. *Intensität* gegenwärtiger Erfahrung (Gefühle, Schmerzen, existentielle Bedrohung) gewichtet die in den Selbstprozessen aktivierten Botschaften/Bedeutungen. Durch besonders intensive gegenwärtige Erfahrungen werden früher erworbene Selbstbotschaften relativiert.

d. Erlebnisse, die *frühe Bedingungen* der Selbstentwicklung reflektieren, führen zu ähnlich starker Gewichtung der aktuellen Bedeutungsbildung. Divergiert ihr Inhalt von den früheren, werden die früheren z.T. ersetzt. Beispiele dafür sind: extreme Ohnmacht ("Antwort"-Blockierung), Abhängigkeit im Sinne einer Hörigkeit von Personen mit quasi-elterlichem Status (Partner, Lehrer, religiöse oder politische Gemeinschaft, Folterer).

e. *Traumatisierung verändert die Gewichtung von Selbstprozessen* in besonders dramatischer Weise. Sie verändert nicht nur Selbstwert und Selbstkompetenz, sondern auch gewachsene Bindungen retrospektiv. Nicht nur Personen mit a priori geschwächten Bindungen entwickeln traumabedingte Selbststörungen, sondern jeder, der verletzenden, abwertenden, verlusterzeugenden Traumatisierungen ausgesetzt ist. Traumatisierungen schwächen also retrospektiv Bindungsrepräsentationen. Sie bringen buchstäblich das bisherige Selbst- und Weltbild zum Wanken. Manchmal ist sogar zu beobachten, daß Menschen mit traumatischen Vorerfahrungen, die also quasi schon geübt darin sind mit "Selbst- und Welt- erschütternden" Ereignissen umzugehen, neue Traumata flexibler verarbeiten als andere.

7. *Heilung bzw. Rehabilitation* nach Traumatisierung hat diesem Modell zufolge grundsätzlich stets die *Wiederherstellung der Antwortbereitschaft zum Ziel*. Sie erfolgt auf der Basis einer neuen, das bisherige Selbst *transzendierenden Integration des Traumas*. Dabei dürfte es von geringerer Bedeutung sein, welche therapeutische Technik zur Anwendung kommt und an welchen Aspekten der Trauma-Symptome zuerst gearbeitet wird. Entscheidend dürfte diesem Modellansatz zufolge vielmehr sein, daß das Trauma im Therapieprozeß weder abgespaltet bzw. verleugnet, noch überbetont wird. Die therapeutische Begegnung spielt sich in einem unterstützenden, gegenseitige Achtung fördernden therapeutischen Dialog ab. Er bietet vom Kontext her eine Beziehungserfahrung, die der intrusiven Botschaft des Traumas Paroli zu bieten versucht. Damit unterscheidet sich eine so gestaltete Therapie von den klassischen Therapiebemühungen, wie sie bisher für Traumatisierte üblich und als Kassenleistung abrechenbar ist. Die Überbetonung der traumabedingten Defizite in der Therapie führt nämlich ungewollt dazu, daß das Trauma eher fixiert als durch Integration transformiert wird.

Die therapeutische Arbeit konzentriert sich demnach auf die Aktivierung bzw. Reaktivierung bestimmter Aspekte im Bewußtsein, die z.T. im phänomenologischen *Hintergrund* der Traumaerfahrung angesiedelt sind: Es gilt u.a. folgenden Inhalten Gewicht im Bewußtseinsablauf zu geben, indem sie herausgearbeitet werden:

1. Frühere Stärken und Fähigkeiten werden wieder wahrgenommen und anerkannt.
2. Früher tragfähige Bindungen werden wieder erinnert und bekräftigt.
3. Gegenwärtig konkret vorhandene Kompetenzen/Leistungen werden beachtet, anerkannt und ausgebaut.

4. Gegenwärtig verfügbare Bindungen (einschließlich der therapeutischen) werden in ihrer, das Selbst stabilisierenden Bedeutung erkannt und ihre Pflege gefördert.
5. Die übermäßige Bedeutung, die der traumatischen Erfahrung im Bewußtseinsablauf des Klienten für sein Selbst zukommt, wird in Relation zu der Bedeutung gesehen, die der traumatischen Erfahrung für das Selbst aus der Sicht Dritter zukommt. In der Regel geht es um die Relativierung von übergeneralisierten Bedeutungszuschreibungen.
6. Breiten Raum erhält nach all dem zuvor Gesagten die Bearbeitung zukünftiger Entwicklungsmöglichkeiten.

Eher kontraindiziert sind aufgrund bisheriger Erfahrungen:

1. emotionale Abreaktion
2. freie Assoziation
3. frühkindliche Deutung der Traumawirkung
4. passive Therapeutenhaltung.

Integrative Therapie für Traumatisierte

Im Falle traumabedingter psychischer Störungen wird deutlicher sichtbar, was im Grunde für alle psychischen Störungen gilt: Die Psychotherapie der Zukunft entwickelt sich in Richtung

- einer vernünftigen Balance der Bearbeitung von *alten* und *gegenwärtigen* Themen des Klienten,
- einer ausgewogenen Verteilung von aktiver und passiver therapeutischer Haltung,
- eines flexiblen Wechsels zwischen begegnungs-, einsichts- und zielorientiertem Therapeutenverhalten, und last, but not least,
- einer empirischen Dokumentation, die zum selbstverständlichen Prinzip verantwortungsbewußter therapeutischer Arbeit wird.

Aus all dem Gesagten wird klar, daß ein so weites, so wichtiges Feld wie die Erforschung, Diagnose und therapeutische Beeinflussung traumatischer Störungen, quasi inzidentell eine hervorragende Gelegenheit bietet, die Psychotherapie der Zukunft entwickeln zu helfen. Und das trotz einer bislang extrem dürftigen empirischen Basis auf diesem Gebiet. Kaum sonst wo sind sowohl für Forschung wie auch Praxis vergleichbar günstige Bedingungen vorhanden. Die Kooperation von Praktikern und Forschern aus den verschiedensten therapeutischen Lagern ist dabei nicht nur erwünscht, sondern äußerst notwendig. Schulenspezifische Störungstheorien mit methodisch eindimensionalen Therapiestrategien sind angesichts der mittlerweile vorliegenden Fakten zur Störungsentstehung und Veränderbarkeit traumatischer Erkrankungen wenig zielführend. Ein Festhalten an schulenspezifischer Monokultur behindert sowohl wissenschaftlich wie auch therapeutisch die Entwicklung.

Therapiemotivation Traumatisierter

Wenn eingangs vermutet wurde, daß Berührungsängste der Helfer die angemessene Berücksichtigung des Traumas als pathogenen Prozeß behindert haben mag, so gilt das in viel-

leicht noch deutlicherem Ausmaß für die Klienten selbst. Kaum jemand geht wegen der traumatischen Erfahrung selbst und freiwillig in Therapie oder Beratung. Man nimmt die psychischen Folgen des Traumas nicht so ernst, schließlich steckt man ja gleichsam voll in den durch das Ereignis ausgelösten, "realen" Problemen: Verluste, körperliche Verletzung, Zerstörung von Wohnung, Ernährung und die ersten psychosomatischen Symptome wie Erregungszustände, Schlafstörungen, stehen im Vordergrund.

Therapiemotivation entwickelt sich, wenn überhaupt, erst sehr spät, etwa nach Chronifizierung von Symptomen. Dann aber werden diese Probleme von den Betroffenen oft nicht mehr im Zusammenhang mit der Traumatisierung gesehen. Vor allem subtilere Störungen wie resignative Einstellungen, Gefühlsabstumpfung, Streßsymptome, reaktive depressive Verstimmung, Lustlosigkeit, Motivationsprobleme und/oder Kontaktstörungen bleiben unbeachtet und wirken dadurch weiter. Das führt dazu, daß die Betroffenen zwar Interesse an Symptomverbesserung haben, kaum jedoch an der Bearbeitung des Traumas.

In unseren Untersuchungen an U-Bahn-Fahrern, die im Gefolge eines Suizid-Unfalles traumatisiert waren, konnten wir die verschiedenen Ebenen des Motivationsproblems zu unserem Leidwesen deutlich kennenlernen (Butollo, 1994).

Die Fahrer litten unter einer Reihe von körperlichen Problemen. Sie waren allmählich, oft erst Monate nach dem Schockerlebnis aufgetreten, als sie einen Selbsttöter überfahren hat-

ten. Sie kamen erst, als sie vom Dienstgeber dazu aufgefordert worden waren, nachdem diesem die Zunahme von Fehlzeiten am Arbeitsplatz auffiel. Oder sie kamen, weil sie "unserem Forschungsprojekt helfen wollten", vielleicht aber auch nur, weil sie für die Therapiesitzung arbeitsfrei bekamen.

Kaum einer kam, weil er psychologische Hilfe haben wollte. Zumindest stellten sie das so dar. Also wieder einmal ein Therapieangebot, das die Therapeuten für wichtig halten, um das die Klienten aber gar nicht fragen?

Dabei ist ihr Trauma selbst vielschichtig: Sie haben, als Lenker des U-Bahn-Wagens, "aktiv" einen Menschen überfahren, ohne jedoch wirklich eine Chance zum rechtzeitigen Bremsen gehabt zu haben. So kommt es zu einer eigenartigen Umkehr der Täter- und Opfer-Rolle. Der Selbsttöter, eigentlich Täter, ist letztlich das Opfer, das sein Leben lassen mußte. Das Opfer, der Wagenlenker, wird zum Täter, der den anderen überfahren hat. Es vermischt sich also die Verantwortung des Aktiven mit der Ohnmacht des Passiven.

Die Lenker, unsere Klienten, verkannten bzw. verleugneten die konflikthafte Bedeutung des Unfalles und somit die psychologische Komplexität ihrer Traumatisierung. Sie wehrten auch jeden Zusammenhang zwischen ihren Symptomen und dem traumatischen Ereignis ab. Daß sie noch das Knirschen der Knochen unter den Rädern im Ohr haben, daß sie noch die Bilder des Körpers auf dem Gleis wie zwanghaft wiederkehrend "sehen", das stecken sie eben irgendwie weg.

Abbildung 2. Normale und pathologische Phasen posttraumatischer Reaktionen (in Anlehnung an Horowitz, 1986)

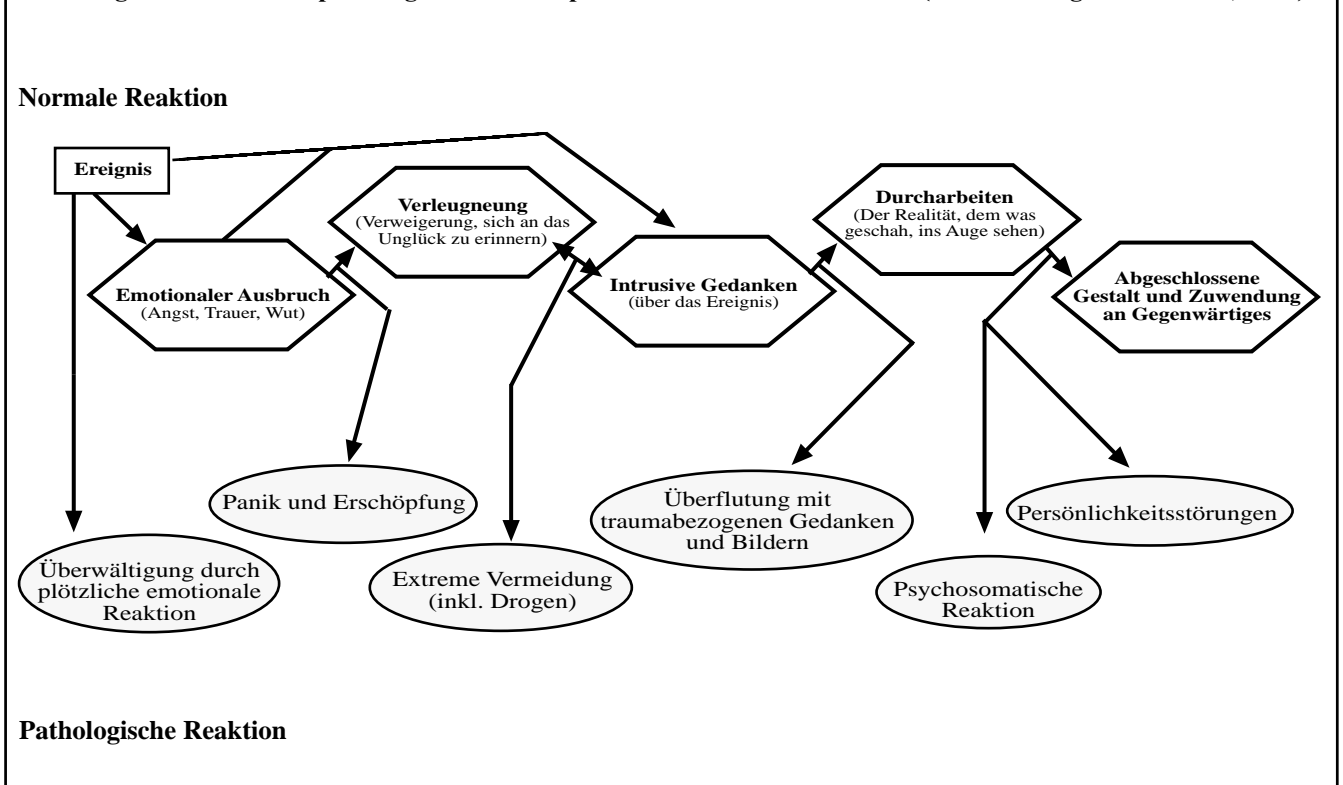


Tabelle 4a. Allgemeine Symptome oder Anzeichen der "Verleugnung" nach Traumatisierung (in Anlehnung an Horowitz, 1993)

- Wahrnehmung und Aufmerksamkeit
- Benommenheit
 - Selektive Unaufmerksamkeit (Dissoziation)
 - Unfähigkeit die Bedeutung von Reizen anzuerkennen
 - Schlafstörung
- Ideen und Gefühle
- Amnesie
 - Ausblenden von Konsequenzen des Ereignisses
- Kognitive Aspekte
- Verleugnen von Bedeutungen gegenwärtiger Situationen die mit dem Trauma in Beziehung stehen
 - Verlust des Realitätssinnes für Gegenwärtiges
 - Bewußtseinseinstellung
 - Mangelnde Flexibilität bezügl. Zielen
 - Rege Phantasie als Abwehr gegenwärtiger Realität
- Emotionale Aspekte
- Stumpfheit (dröge)
- Somatische Aspekte
- chronische Anspannung des autonomen Nervensystems in Verbindung mit Symptomen wie Magenbeschwerden, Müdigkeit, Kopfschmerz, Muskelschmerzen
- Aktivitätsmuster
- hektische Überaktivität
 - Rückzug
 - Probleme bei der Verarbeitung von Konsequenzen des Traumas

Tabelle 4b Allgemeine Symptome oder Anzeichen für die posttraumatische Phase "Intrusion" (Intrusive Gedanken und Bilder, in Anlehnung an Horowitz, 1993)

- Wahrnehmung und Aufmerksamkeit
- Hypervigilanz, Schreckreaktionen, Schlaf- und Traumstörungen
- Gedanken und Gefühle über das Ereignis
- Repetitive, intrusive Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen (Illusionen, Pseudohalluzinationen, Alpträume, Zwangsvorstellungen, Grübeln)
- Kognitive Aspekte
- Übergeneralisation von Reizen, übermäßige innere Beschäftigung mit Themen des Ereignisses
- Emotionale Aspekte
- Affektausbrüche relativ zum Ereignis
 - unter Druck, konfus, unorganisiert zu sein
- Somatische Aspekte
- Empfindungen der Flucht- oder Kampfbereitschaft, ständig auf der Flucht zu sein, Erschöpfung nach chronischer Erregung, Tremor, Diarrhöe, Transpiration, Herzflattern, Schwindel, Kloß im Hals, weiche Knie
- Aktivitätsmuster
- zwanghafte Wiederholung von Handlungen, die mit dem Ereignis zusammenhängen oder Suchhandlungen bezogen auf verloren gegangene Personen oder Situationen

Horowitz (1986, 1993) hat einen weithin bekannt gewordenen Versuch gemacht, die Phasen nach der Traumatisierung zu beschreiben. Er unterscheidet dabei die "normalen" Reaktionen auf ein schockierendes Ereignis von den *pathologischen*. Letzteres bezeichnet allerdings auch nicht "psychisch krank" im üblichen Sinn, sondern ist eben die natürliche Reaktion auf besonders heftige und/oder lang dauernde seelische Erschütterung. Diese gilt es, notfalls eben mit selbstdestruktiven, also "pathologischen" Reaktionen irgendwie zu verkräften. Abbildung 2 und Tabelle 4a, b zeigen dieses Modell in schematischer Darstellung bzw. Auszüge aus den Indikatoren zweier posttraumatischer Phasen. Die Phase der *Verleugnung* spielt eine besondere Rolle bei dem Versuch der Traumabewältigung. Sie folgt auf die Phase des "Aufschreis" (outcry) und wird vom "Einbruch" (Intrusion) abgelöst, bevor es zur Durcharbeitung und damit zur psychischen Integration der Erfahrung kommen kann. Während der Phase der Verleugnung scheint es für psychologische Intervention wenig Ansatzmöglichkeit zu geben, sofern nicht das öffentliche Bewußtsein für die Bedeutung psychischer Prozesse nach Traumatisierung diesbezüglich eine Sensibilisierung bewirkt. Das ist anders in den späteren Phasen der Intrusion, des Durcharbeitens (Working-through) und des Abschließens (Completion). Die Phase der Verleugnung kann sehr lange dauern. Sie ist zwar vorläufig anpassungsfördernd - man funktioniert eben wieder irgendwie, entwickelt aber auch in dieser Zeit diverse Symptome. Sehr spät erst kommt dann, wenn überhaupt, ein Besuch beim Psychotherapeuten. Hier müssen andere Wege der Motivierung gefunden werden. Wahrscheinlich kommt den ersten Kontaktpersonen der Exekutive und der organmedizinischen Versorgung eine wichtige Vermittlerrolle zu. Man kann sich hier ein ähnliches Vorgehen wie in der Gotlandstudie (Rutz, 1992) vorstellen. Alle Ärzte für Allgemeinmedizin auf der südschwedischen Insel Gotland wurden im Rahmen eines Weiterbildungsprogrammes für frühe und spezifische Anzeichen von Depression und Suizidalität sensibilisiert. Während der ersten zwei Jahre des Projektes, also während und kurz nach der Weiterbildung, sank die Suizidrate in der ganzen Region geradezu sensationell ab. Nach Ende des Projektes, mit dem auch das Ende der Praktikerschulung einher ging, stieg sie allerdings wieder und war bald auf das alte Niveau zurückgekehrt! Immerhin war der Effekt extrem stark, solange die Weiterbildung angeboten wurde. Daraus ableitend kann man fragen: Ist Vorbeugung von traumabedingten Erkrankungen möglich und wenn ja, wie muß sie durchgeführt werden, um wirkungsvoll zu sein.

Prävention

Die Gotland-Studie zeigt, wie enorm die präventive Wirkung sein kann, wenn durch Weiterbildung an den Anlaufstellen die Erstversorgung im allgemeinen Gesundheitssystem (Praxen, Ambulanzen) angeboten wird. Spezifische Frühsignale psychischer Erkrankungen können so rechtzeitig erkannt und einer destruktiven Entwicklung kann so angemessen begegnet werden. Gerade für die Probleme der Traumatisierung erscheinen die Möglichkeiten präventiver Intervention von zentraler Bedeutung zu sein. Allerdings sind wohl verschiedene

Interventionsformen in den einzelnen Phasen der posttraumatischen Entwicklung indiziert. Während der Phasen des Aufschreis und der Verleugnung müssen offensichtlich andere die Kontrolle über die notwendigen Hilfsmaßnahmen übernehmen. Die Klienten ("Survivor") sind dazu während dieser Zeit in der Regel nicht fähig und auch nicht motiviert.

Prävention kann dabei an vielen Stellen ansetzen, beginnend natürlich bei Maßnahmen zur Senkung der *Inzidenzrate* traumatisierender Ereignisse (Bekämpfung von Kriminalität, bzw. der diese erzeugenden Lebensverhältnisse, Verkehrsberuhigung, Friedenspolitik, sexuelle Aufklärung usw.).

Ein weiterer Anwendungsbereich ist die erwähnte *Sensibilisierung* von ersten Anlaufpartnern im Gesundheits- und Exekutivsystem der Kommunen (analog der Gotland-Studie für Depressive).

Weiters wäre an die *Information* bzw. die *Betreuung von Bezugspersonen* Traumatisierter zu denken: Welche Symptome können auftreten, was brauchen Traumatisierte in diesen Phasen, was ist stellvertretende Traumatisierung (Angehörige, "Bystander")? Vor allem aber geht es um die präventive psychologische Betreuung der *Traumatisierten* selbst, die zwar vielleicht noch keine klinisch relevanten Symptome entwickelt haben, jedoch unter den Folgen des Traumas leiden, ohne sich artikulieren zu können. In der Verleugnungsphase würden sie die Notwendigkeit psychologischer Unterstützung für sich zurückweisen, durch *Vorinformation* und Psychoedukation bezüglich möglicher Symptomzusammenhänge dürfte die Bereitschaft jedoch steigen, sich solchen Sichtweisen gegenüber zu öffnen.

Horowitz (Tabelle 5, 1993) hat gezeigt, daß es zwar stimmt, daß Traumatisierte mit stärkerer Symptomentwicklung eher auch therapeutische Hilfe suchen. Seine Daten machen aber auch etwas anderes deutlich: ein extrem hoher Prozentsatz derer, die starke Symptome entwickeln, suchen keine therapeutische Unterstützung! Wenn man bedenkt, wie perfekt Verleugnung wirkt, dann überrascht das nicht. Ich denke dabei an ein Gespräch mit jener Frau, die als Kind im KZ nur des-

halb überlebte, weil sie der Lagerbesatzung als Tänzerin gefiel und oft vortanzten "durfte". Ihre Mutter und ihre Schwester hingegen wurden dort ermordet. Nach der Befreiung flüchtete sie gleichsam auch vor ihren Befreiern, emigrierte ins tiefste Kanada und hatte nur ein Ziel: ganz normal sein, alles was war, muß aus der Erinnerung gestrichen werden. Sie heiratete, zog Kinder auf, war Jahrzehnte lang Hausfrau. Das alles, ohne ihrer Familie jemals zu sagen, woher sie kam und was sie erlebt hatte. 40 Jahre später wagte sie sich erstmals wieder nach Europa und besuchte Auschwitz (mehr dazu: Butollo, 1997, in Vorbereitung). Aber, trotz allem: Verleugnung muß auch respektiert werden! Das führt zu einem schier unlösbaren Problem: ein Weg ist zu finden, um den therapeutischen Kontakt so sicher zu gestalten, daß dem Klienten eine Lockerung der Abwehr möglich wird.

Welcher Schwerpunkte bedarf eine dafür angemessene Therapie?

Eine *begegnungsorientierte* therapeutische Haltung, *ressourcenorientiertes* Arbeiten, *Selbstwert und Kompetenz* stärkendes Benennen von Handlungen und Entscheidungen, sowie auf *Selbstintegration* hinzielende Begleitung - und das mit einem Therapeuten, der dem Klienten ein *Gegenüber* ist.

So entstehen im Kontakt Erfahrungen, die zur Wiederherstellung und Weiterentwicklung eines kompetenten, lebendigen Selbstes führen. Ist auf diesem Wege die Stabilität der Selbstprozesse und damit die Kompetenz in wichtigen Lebensbereichen (Arbeit, Beziehung, Perspektiven) wiederhergestellt, kann das vom Betroffenen oft sorgsam gehütete Geheimnis einer traumatischen Erfahrung gelüftet und bearbeitet werden. Mit Hilfe der wiederaufgebauten Selbst-Sicherheit wird das Trauma dann in die Gesamtpersönlichkeit integriert, die für das Hüten des Geheimnisses erforderliche seelische Kraft wird frei und neu verfügbar. Das wäre einer von vermutlich mehreren Wegen zur Gesundung des Selbst im Sinne von klischeefreier Selbst-Wahrnehmung (Gefühle, Bedürfnisse),

Tabelle 5. Subjektive Stressbelastung von Personen, die nach dem Tod eines Elternteiles eine Kurztherapie anforderten und denen, die sich nicht um Therapie beworben hatten^a

Stressbelastung Meßverfahren ^b	Anzahl Personen mit Therapiewunsch			Anzahl Personen ohne Therapiewunsch			X ²	p<
	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch		
Intrusion (nach Selbsteinschätzung im IES)	3	36	61	28	39	33	8.98	.01
Vermeidung (im IES)	10	32	58	61	17	22	19.02	.001
Depression (SCL-90)	7	32	61	46	31	23	15.23	.001
Angst (SCL-90)	23	26	51	65	6	29	13.32	.001
Gesamtsymptomatik (SCL-90)	23	23	54	66	17	17	13.68	.001
Intrusion (Klin.Fremdrating)(SRRS)	17	40	43	67	19	14	16.91	.001
Summe neurotischer Symptome (BPRS)	3	52	45	42	47	11	17.56	.001

^a Aus Horowitz, M., Krupnick, H.J., Kaltreider, N., Wilner, N., Leong, A. & Marmar, C.(1981) Initial psychological response to parental death. Archives of General Psychiatry, 38, 316-323.

^b IES, für Impact of Event Scale; SCL-90, für Symptom Checklist-90; SRRS, für Stress Response Rating Scale; und BPRS, für Brief Psychiatric Scale

aktiver Kontaktgestaltung und Selbst-Verantwortlichkeit. Ein Trauma, so entsetzlich es im Augenblick der Überwältigung erscheinen mag, bedeutet eben nicht unausweichlich das Ende eines sinnvollen Lebens, im Gegenteil, es kann zur Herausforderung werden und zu mehr Reife und einer stärkeren Persönlichkeit führen.

Literatur:

- Arroyo, W., Eth, S. (1985) Children traumatized by central american warfare. In S.Eth & R.S. Pynoos (Eds.) *Post-Traumatic Stress Disorder in Children*, 103-120. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brown, G.W., Harris, T.O., Bifulco, A. (1986). The long-term effects of early loss of parent. In M.Rutter, C.E. Izard, & P.B. Read (Eds.) *Depression in young people*, 251-296. New York: Guilford Press.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry* 48, 216-222
- Buber, M. (1983, 11. Aufl.) *Ich und Du*. Heidelberg: Lambert Schneider Verlag
- Butollo, W. (1979). Chronische Angst. Theorie und Praxis der Konfrontationstherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Butollo, W. & Höfling, S. (1984). Behandlung chronischer Ängste und Phobien. Stuttgart: Enke
- Butollo, W. (1990). Das dialogische Prinzip in einer erfahrungsorientierten Kurzzeittherapie. In S. Höfling & W. Butollo (Hrsg.), *Psychologie für Menschenwürde und Lebensqualität, Kongressbericht Band I*, 231-238. Köln: DVP.
- Butollo, W. (1994). Die Angst ist eine Kraft. (5. Aufl.). München: Piper.
- Butollo, W. (1995) *Konfrontation und Kontakt: Integration von Gestalt- und Verhaltenstherapie bei Angststörungen*. Vortrag gehalten auf dem Kongress „Psychotherapie in der Psychiatrie“, Graz 1995, erschienen in *Gestalttherapie* 1/1996, 60-70.
- Butollo, W., Piesbergen, Ch., Höfling, S. (1995). Zur Kommunikationsstörung von Forschung und Praxis in der Psychotherapie - Wahl der Ausbildung und Kombination von Methoden. *Report Psychologie*, 2, 96.
- Butollo, W. (1996a). Psychotherapy Integration for War Traumatization - A Training Project in Central Bosnia. *The European Psychologist*, Vol. 1, 2, 140-146.
- Butollo, W. (1996b). Selbstunterstützung, Kontakt und Dialog als Komponenten in der integrativen Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. *Hypnose und Kognition* Band 13, 4, 5-22.
- Butollo, W. (1997). Psychologische Behandlung von Kriegstraumatisierten: Projekte in Bosnien. In H.Mandl (Hrsg.). *Bericht des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, 1996. Göttingen: Hogrefe
- Butollo, W. (1997) *Die Bewältigung von Traumatisierungen - Traumatisierungsfolgen bei Erwachsenen*. Trainingsmanual. Teil 1. München, CIP-Medien, 1997.
- Butollo, W. (1997) *Die Bewältigung von Traumatisierungen - Eltern und Angehörige mit traumatisierten Kindern*. Trainingsmanual. Teil 2. München, CIP-Medien, 1997.
- Butollo, W. (1997) *München-Jerusalem, und auch wieder zurück* (in Vorbereitung).
- Green, B. (1993). Disasters and Posttraumatic Stress Disorder. In J.R. Davidson, E.B. Foa. *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. 23-36. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Horowitz, M.D., Krupnick, H.J., Kaltreider, N., Wilner, N., Leong, A. & Marmar, C. (1981). Initial psychological response to parental death. *Archives of General Psychiatry*, 38, 316-323.
- Horowitz, M.D. (1986). *Stress-Response Syndromes* (2nd ed.). New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.D. (1993). *Stress-Response Syndromes*. A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International Handbook of Traumatic Stress*, Chapter 4, 49-60. New York: Plenum Press
- Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. (1993). PTSD associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In J.R. Davidson, E.B. Foa (Eds.) *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kinzie, J. D., Sack, W., Angell, R. (1986). A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 25, 370-376.
- Kiser, L.J., Ackerman, B.J., Brown, E. (1988). Posttraumatic stress disorder in young children: a reaction to purported sexual abuse. *J Am Acad Child Psychiatry* 27, 645-649.
- Malmquist, C.P. (1986). Children who witness parental murder: posttraumatic aspects. *J Am Acad Child Psychiatry* 25, 320-325.
- Martini, D. R., Ryan, C., Nakayama D. (1990). Psychiatric sequelae after traumatic injury: the Pittsburgh Regatta accident. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29, 70-75.
- McLeer, S.V., Deblinger, E., Atkins, M.S. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27, 650-654.
- Narus, F.H. (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.
- Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K. (1987). Life threat and posttraumatic stress disorder in school-age children. *Arch Gen Psychiatry* 44, 1057-1063.
- Pynoos R.S., Nader, K. (1988). Children who witness the sexual assaults of their mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27, 567-572.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. In J.R. Davidson, E.B. Foa (Eds.) *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. 1 23-25. Washington, DC: Amer. Psychiat. Press.
- Rutter, M. (1990) Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf et al. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. 181-214. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Rutz, W., von Knorring, L., Walinder, J. (1992) Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*, 85 (1), 83-88.
- Saigh, P.A. (1989). The development and validation of the Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory. *International Journal of Special Education* 4, 75-84.
- Schwarz, E.D., Kowalski, J.M. (1991). Malignant memories: posttraumatic stress disorder in children and adults following a school shooting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30, 936-944.
- Solomon, Z. (1996) The intergenerational transmission of trauma. In *Second World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 9-13 June, Jerusalem, Kongressband.
- Stoddard, F.J., Norman, D.K., Murphy J.M. (1989). Psychiatric outcome of burned children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28, 589-595.
- Terr, L.C. (1985). Psychic trauma in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 8, 815-835.
- Turner, S.W. (1996) Beyond PTSD: Complex Trauma Reactions. In *Second World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 9-13 June, Jerusalem, Kongressband.

Prof. Willi Butollo

Ludwig - Maximilians - Universität München
Leopoldstr. 13, 80802 München

Psychotherapie 2. Jahrg. 1997, Bd. 2, Heft 1 © CIP-Medien, München