

Ulrike Schmidt und Dominique Gall-Kleebach

Besonderheiten der Traumapsychotherapie von Soldaten und Kriegsveteranen Ein Erfahrungsbericht

Psychotherapy of traumatized soldiers and veterans – a report of experiences

Zusammenfassung

Nach einer kurzen Vorstellung der Trauma-Ambulanz des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie berichten wir über unsere Erfahrungen mit der Traumapsychotherapie von durch militärische Kampfeinsätze traumatisierten Soldaten und Veteranen bzw. über die Besonderheiten bei der Behandlung dieses Patientenkollektivs.

Schlüsselwörter Traumatherapie von Soldaten und Veteranen – PTBS-Behandlung – Traumapsychotherapie

Summary

After a short presentation of the Outpatient Unit for Trauma-Spectrum Disorders of the Max Planck Institute of Psychiatry, in particular of our therapeutic concept, we will focus on the experiences with and peculiarities of post-war PTSD treatment.

Keywords post-war PTSD treatment – trauma therapy – trauma psychotherapy of soldiers and veterans

■ Die Trauma-Ambulanz des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie

Die Trauma-Ambulanz des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie (MPI-P) wurde Ende 2008 auf Anregung von Florian Holsboer gegründet. Dominique Gall-Kleebach, Psychologische Psychotherapeutin (bis Mitte 2010 noch Psychologin im Praktikum), und Ulrike Schmidt, Psychiaterin und Ärztliche Psychotherapeutin, betreuen hier gemeinsam durchschnittlich ca. 80 Patienten pro Jahr, die zumeist kombiniert traumapsychotherapeutisch und psychopharmakologisch behandelt werden. Besonders schwer erkrankte Patienten können auch teil- oder vollstationär im Hause aufgenommen und dort konsiliarisch von unserer Trauma-Ambulanz mitbetreut werden. Die Zuweisung der Patientinnen und Patienten erfolgt hauptsächlich durch die in Praxen tätigen Kolleginnen und Kollegen, den Kriseninterventionsdienst, Sozialdienste, andere Krankenhäuser oder durch telefonische Selbstanmeldung der Betroffenen. Wir führen Traumapsychotherapien auch in englischer und italienischer Sprache durch.

Die durchschnittliche Behandlung umfasst 20 Einzel-Therapiestunden bei einer Therapiefrequenz von einer Stunde, in schweren Fällen auch 2 Stunden pro Woche. In Übereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Trauma-Ambulanzen zeigte sich, dass komplex Traumatisierte oft deutlich mehr Therapiestunden benötigen, bevor eine deutliche Besserung ihrer Symptome eintritt, während Patienten, die sich nach einem Unfall mit PTBS-Symptomen vorstellen, sehr oft

deutlich weniger als 20 Therapiestunden in Anspruch nehmen müssen, um eine Vollremission zu erreichen. Wir haben reguläre Katamnese-Untersuchungen 6 Monate und 1 Jahr nach Behandlungsabschluss fest in unser Therapieprogramm integriert und raten den Patienten nach Therapieabschluss außerdem zur sofortigen Wiedervorstellung bei Rückfällen. In diesem Zusammenhang bieten wir bei Bedarf auch die Re-Integration in unser Therapieprogramm an, was jedoch bislang von den Patienten selten in Anspruch genommen werden musste.

Wir konzentrieren uns auf die Behandlung von Traumata des Erwachsenenalters, behandeln aber auch vereinzelt frühkindlich traumatisierte Patienten und Patientinnen, sofern diese bereits das 18. Lebensjahr erreicht haben. Erfahrungsgemäß erfüllen ca. 80% unseres Patientenkollektivs bei Aufnahme vollständig die DSM-IV-Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), ca. 5% leiden an einer subsyndromalen PTBS, ca. 5% haben eine Anpassungsstörung, ca. 2% leiden an einer Akuten Belastungsreaktion, und die Übrigen haben eine Diagnose, die nicht den Traumafolgestörungen zugerechnet werden kann, weshalb sie von uns meistens an andere Ambulanzen bzw. Praxen überwiesen werden. Die Patientengruppe mit Anpassungsstörungen erhält bei uns, häufig im Verbund mit einer tagesstrukturierenden und Sozialkompetenz-fördernden Behandlung in einer unserer Tageskliniken, üblicherweise eine Kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit einer individuell angepassten Psychopharmakotherapie. Den an einer Akuten Belastungsreaktion leidenden Patienten werden hingegen jeweils mehrere ambulante Kriseninterventionssitzungen

inklusive medikamentöse Kurzzeittherapien mit sedierenden Antidepressiva oder Präparaten der Benzodiazepin-Gruppe und bei ausbleibender Besserung auch eine stationäre Krisenintervention angeboten. Das größte Patientenkollektiv, nämlich diejenigen, die entweder unter einer subsyndromalen oder einer vollständig ausgeprägten PTBS leiden, werden in unser traumatherapeutisches Programm integriert. Die Patienten haben unterschiedliche Traumata erlitten, wobei interpersonelle sexualisierte und nichtsexualisierte Gewalt, Unfälle und Kriegs- bzw. Militäreinsatzerfahrungen bislang am häufigsten vorgekommen sind.

■ Grundzüge des Therapiekonzepts der Trauma-Ambulanz des MPI-P

Dieses Programm beinhaltet neben einer individuell angepassten, also nicht in streng manualisierter Form durchgeführten Modifizierten Integrativen Traumapsychotherapie eine medizinische Diagnostik inklusive Blutwertanalyse, EEG, EKG und ggf. kernspintomographische Untersuchung des Schädels sowie eine zusätzliche symptomorientierte medikamentöse Behandlung, die nur gelegentlich von Patientinnen und Patienten abgelehnt wird.

Dem Beginn der Traumapsychotherapie geht neben der medizinischen auch eine psychologische diagnostische Phase voraus, in der beispielsweise der Schweregrad der PTBS mit dem strukturierten und standardisierten Interview CAPS (Blake et al., 1995) bestimmt, mit Hilfe des CIDI-Interviews (Robins et al., 1988) eine ausführliche psychiatrische Anamnese erhoben und mit einer Reihe anderer Fragebögen Persönlichkeitsmerkmale und weitere Parameter erfasst werden. Diese Erhebung hilft bei der individuellen Therapieplanung. Das CAPS-Interview wird im Verlauf ein- bis zweimal zur Therapieerfolgskontrolle bzw. Bestandaufnahme der verbliebenen Symptome wiederholt.

Ausschlusskriterien für die Durchführung einer Traumapsychotherapie sind aktuell bestehende Suchterkrankungen, Suizidalität bzw. unkontrolliertes autoaggressives Verhalten, psychotisches Erleben und eine fortdauernde Traumatisierung bzw. ein nicht abgeschlossenes Trauma (z. B. anhaltender Täterkontakt). „Liegen diese Ausschlusskriterien vor, bemühen wir uns, die Patienten in andere Therapiekonzepte im Hause oder in externe Therapieangebote zu integrieren.“

Wir helfen Suchtkranken bei der Suche nach einem passenden Therapieplatz zur Entgiftung und Entwöhnung und überwachen suizidale Patientinnen und Patientinnen zumeist auf unsere, ebenfalls von Ulrike Schmidt geleiteten, hausinterne geschützte Station. Im Anschluss, also nach Abschluss der Entwöhnung bzw. nach Remission der Suizidalität, erfolgt dann die Integration in unser Therapieprogramm. Opfern chronischer interpersoneller Gewalt versuchen wir zu helfen, indem wir zunächst gemeinsam mit den Betroffenen und ggf. auch dem Sozialdienst unseres Hauses sowie anderen sozialen Organisationen die Entfernung aus dem traumatisierenden

Umfeld in die Wege leiten, bevor die eigentliche Traumatherapie beginnen kann.

Wir verwenden ein modifiziertes, schulübergreifendes Therapieverfahren, aufbauend auf Elementen der PTBS-adaptierten Kognitiven Verhaltenstherapie nach Anke Ehlers (Bisson et al., 2007), der Mehrphasigen Integrativen Traumapsychotherapie von Willi Butollo (Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Butollo, 1997), der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann (Lampe et al., 2008), angereichert mit ausgewählten Therapieelementen zahlreicher anderer Therapieschulen. Wir wandeln unser Therapiekonzept je nach den Bedürfnissen, der Persönlichkeitsstruktur und insbesondere nach der Beschaffenheit der vorliegenden Symptome der Patienten individuell ab.

Wir verwenden als Basiskonzept die von der Mehrheit aller integrativen Traumatherapeuten benutzte Mehrphasen-Struktur der Traumatherapie, die Luise Reddemann und Ulrich Sachsse (Reddemann & Sachsse, 1998) zunächst als 3-Phasen Therapie konzipiert und dann von Willi Butollo später zur 4-Phasen-Therapie weiterentwickelt wurde (Butollo et al., 2002). Wir haben diese Konzepte wiederum gemäß unseren Erfahrungen modifiziert (vgl. Abb. 1), indem wir u.a. die Psychopharmakotherapie und medizinische Diagnostik als wesentlichen Bestandteil in den Therapieablauf integriert sowie eine 5. Phase, nämlich eine Booster-(Verstärkungs-) und Katamnesephase, im Rahmen von Nachuntersuchungen nach 6 und 12 Monaten, als festen Therapiebestandteil ergänzt haben. Diese Phase 5 kann im Bedarfsfall auch mehrere Therapiestunden umfassen und dient dazu, durch gezielte Wiederholung der Einübung bereits gelernter Therapiestrategien die Selbstwirksamkeit und damit die Langzeitprognose der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die meiste Zeit der Traumatherapie nimmt die Stabilisierungsphase, die Phase II, in Anspruch, da die Patientinnen und Patienten hier u. a. ein „autotherapeutisches Handwerkszeug“ anhand von traumaunabhängigen Konfliktsituationen erlernen, dessen Beherrschung in der anschließenden Phase der Traumabearbeitung essentiell ist.

Die individuelle medikamentöse Therapie erfolgt ebenfalls in 5 Therapiestufen, denen definierte Entscheidungsbäume zugrunde liegen, die aber an dieser Stelle nicht näher ausgeführt werden sollen. Diese Psychopharmakotherapie wird routinemäßig von einem therapeutischen Drug-Monitoring im Sinne regelmäßiger Blutspiegelbestimmungen der verabreichten Substanzen begleitet, u. a. um die Nebenwirkungsrate zu minimieren.

■ Traumatherapie von Soldaten und Kriegsveteranen in der Trauma-Ambulanz des MPI-P

Mit diesem Therapiekonzept haben wir bereits erfolgreich eine Reihe von Soldaten, Veteranen und Reservisten in unserer Ambulanz behandelt, die durch Kriegshandlungen bzw. militärische Kampfeinsätze traumatisiert worden waren. Diese Patientengruppe besteht zum einen aus einem Kollektiv von

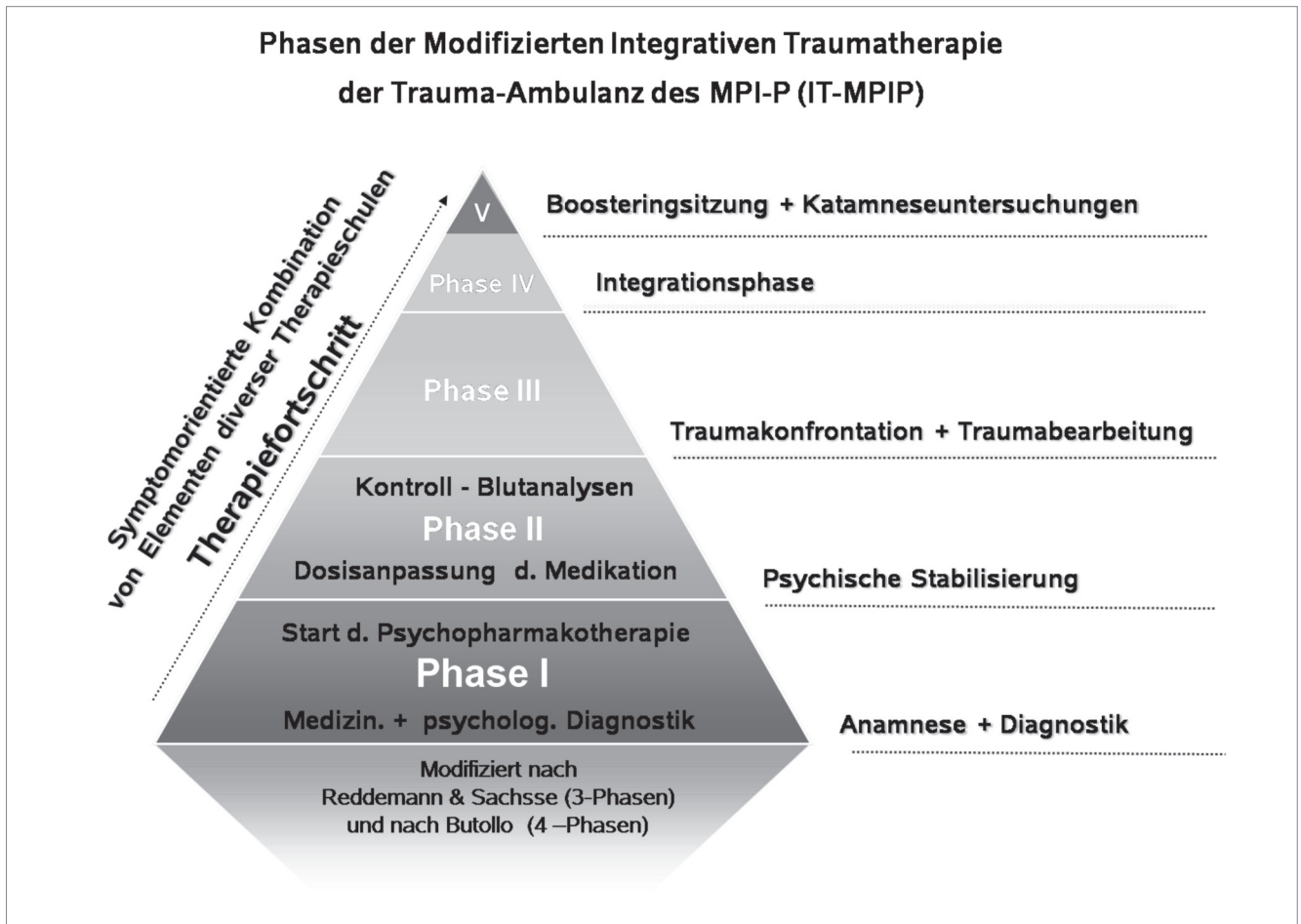


Abbildung 1: Das modifizierte 5-phasige Traumatherapie-Modell der Trauma-Ambulanz des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, aufbauend auf dem 3-Phasen-Modell nach Reddemann und Sachsse und dem 4-Phasen-Modell nach Butollo

Soldaten und Reservisten der Bundeswehr und zum anderen einem Kollektiv von Militäreinsatzkräften aus anderen europäischen und vereinzelt auch außereuropäischen Ländern, das sich bislang ausnahmslos aus Veteranen zusammensetzt. Bis dato haben sich ausschließlich Soldaten und noch keine Soldatinnen bei uns vorgestellt.

Eine Reihe dieser Patienten wurden bereits vor Jahren, beispielsweise im Bosnienkrieg, traumatisiert und andere wiederum erst einige Wochen oder Monate vor Therapiebeginn. Die bislang bei uns behandelten Bundeswehresoldaten und -reservisten kamen aus unterschiedlichen deutschen Bundesländern und meldeten sich bislang aus eigenem Antrieb, d. h., sie wurden nicht offiziell von den Einrichtungen der Bundeswehr zu uns überwiesen. Die aus anderen Ländern stammenden Patienten meldeten sich entweder selbst an oder wurden von sozialen Einrichtungen und nervenärztlichen Praxen zuverwiesen.

Alle durch militärische Kampf- und Kriegseinsätze traumatisierten Soldaten und Veteranen erfüllten bei Aufnahme ausnahmslos das Vollbild der DMV-IV-Diagnosekriterien für eine PTBS; ihr Alter lag zwischen 20 und 70 Jahren.

Bei der Traumatherapie von durch Kampfeinsätze traumatisierten Soldaten und Veteranen kristallisierten sich in unserem Patientenkollektiv bislang folgende wesentliche Besonderheiten heraus:

Eines der größten Probleme für nahezu alle traumatisierten Militärpersonen ist das Faktum, dass während des Krieges bzw. Militäreinsatzes andere Wertvorstellungen und gesetzliche Grundlagen gelten als außerhalb des Krieges. Ein Extrembeispiel hierfür ist die Bewertung einer Verletzung oder Tötung anderer Menschen, mit Ausnahme der Notwehr, die außerhalb eines Krieges in nahezu allen Kulturen als Straftat gelten, im Kriegszustand bzw. Verteidigungsfall jedoch durch Sondergesetze zum Schutz übergeordneter Werte, wie beispielsweise der Freiheit, für definierte Kampfsituationen legitimiert werden. Daraus resultiert ein Wertekonflikt, der bei Soldaten mit PTBS nach Kampfeinsätzen zu quälenden Schuldgefühlen und bei manchen auch zu einer nachhaltigen Erschütterung ihres Selbstbilds führt. Der größte Unterschied zu den meisten anderen PTBS-Patientenkollektiven ist, dass sich viele durch militärische Kampfhandlungen Traumatisierte nicht nur als Opfer, sondern auch bzw. teilweise ausschließlich als Täter fühlen, obwohl die meisten von ihnen den übergeordneten Sinn ihres Kampfeinsatzes *per se* erkennen können. Die Phase IV der Traumatherapie, in der u. a. die Integration des Erlebten in die eigene Biographie und in das eigene Selbstbild bearbeitet wird, dauert bei Soldaten, Veteranen und an Kampfeinsätzen beteiligten Reservisten daher deutlich länger. Zudem empfiehlt es sich, später im letzten Therapie-

abschnitt, also der Verstärkungs- bzw. Boosteringphase, diese Themen gezielt anzusprechen. Zur Bearbeitung der genannten widerstrebenden Gefühle und Kognitionen eignen sich neben kognitiven Verfahren unserer Erfahrung nach auch Elemente der Gestalttherapie, insbesondere die Dialogische Exposition (Butollo et al., 2002; Butollo, 1997).

Insbesondere die ohnehin oft auch für Traumatherapeutinnen und -therapeuten belastende dritte Therapiephase, die Phase der Traumabearbeitung und -konfrontation, birgt bei der Behandlung von Militärpersonen besondere Herausforderungen, die einer Vor- und Nachbearbeitung im Rahmen von Inter- und Supervisionen bedürfen. Die Schilderungen von vom Patienten selbst im Rahmen der Kampfhandlungen ausgeübter Gewalt gegen andere gehören hierbei für Patient und Therapeut/-in zu den schwierigsten Momenten und können bei unzureichender Vorbereitung und Distanzierung seitens des Therapeuten zur Ablehnung und damit Stigmatisierung des Patienten führen, die es unbedingt zu vermeiden gilt. Wir sind der Ansicht, dass hier der Grundsatz der therapeutischen Transparenz hinter dem Grundsatz der therapeutischen Unparteilichkeit zurückstehen muss. In der Traumakonfrontationsphase eventuell entstehende Gefühle der Aversion des Therapeuten gegenüber einem Patienten sollten diesem unbedingt verborgen bleiben und stattdessen vom Therapeuten in einer Supervision detailliert bearbeitet werden. Unserer Erfahrung nach stellen solche aversiven Gefühle gegenüber Patienten eine Ausnahme dar, da in den ersten beiden Therapiephasen mit nahezu allen Patienten eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufgebaut werden kann, die eher empathische Gefühle fördert.

Eine weitere Besonderheit bei der Therapie traumatisierter Soldaten und Veteranen ist, dass sie alle außerhalb ihrer Organisationen keine Details über stattgehabte oder geplante militärische Übungen, Einsätze oder gar Strategien berichten dürfen, also diesbezüglich einer Geheimhaltungspflicht unterliegen.

Um die Patienten nicht noch zusätzlich zu belasten, sollte dies gleich in der ersten Therapiestunde vom Therapeuten oder der Therapeutin thematisiert werden. Wir erläutern all unseren Patienten zunächst die ärztliche und therapeutische Schweigepflicht. Es empfiehlt sich zudem, bestimmte Grundregeln der Gesprächsführung zu vereinbaren, beispielsweise raten wir den bei uns behandelten Soldaten und Veteranen, während der Therapiesprache keine Namen von beteiligten Personen, Daten, Orten oder Einsatzbezeichnungen zu nennen und zudem keinerlei Angaben über Einsatzstrategien zu machen, um ihrer Geheimhaltungspflicht so weit wie möglich zu genügen. Diese militärischen Details sind aus therapeutischer Sicht für die im Rahmen der Traumabearbeitungsphase notwendigen Schilderungen von Einzelheiten traumatisierender Erlebnisse ohnehin entbehrlich. Sofern der Patient damit einverstanden ist, vereinbaren wir in der ersten Therapiestunde auch, dass die Schilderung therapeutisch irrelevanter, aber der Geheimhaltungspflicht unterliegender militärischer Details von den Therapeutinnen grundsätzlich sofort unterbrochen wird. Daraus folgt natürlich auch, dass die Therapeutin oder der Therapeut von sich aus niemals eine Nachfrage hinsichtlich solcher militärischer Details stellen

sollte. Falls es doch einmal dazu kommt, empfiehlt es sich, dem Patienten zu versichern, dass diese Details nicht in die Dokumentation, also in Verlaufs- und Therapieberichte oder gar -anträge übernommen werden, um sie nicht aktenkundig werden zu lassen. Die Schwierigkeit bei diesem Vorgehen ist, dass Therapeuten selbst nicht mit letzter Sicherheit entscheiden können, welche Information im militärischen Sinne geheimhaltungspflichtig ist und welche nicht.

Dieses für manche sicherlich etwas übertrieben anmutende Vorgehen halten wir für unbedingt erforderlich, da die Gefahr besteht, dass die ohnehin von Schuldgefühlen gequälten Patienten ansonsten noch weitere Schuldgefühle wegen Verletzung ihrer Dienstpflichten entwickeln, die auch zum Therapieabbruch führen können.

Soldaten, die aus einem Einsatz in ihre Heimat zurückkehren, treffen dort auf Angehörige, die in der Regel keine einem militärischen Kampfeinsatz vergleichbaren Grenzerfahrungen erlebt haben. Dies kann auf beiden Seiten ein Entfremdungsgefühl hervorrufen, das sich durch Wiederaufnahme einer strukturierten gemeinsamen Alltagsführung meistens wieder zurückbildet, aber gerade bei Familien von einem an einer PTBS leidenden Soldaten persistieren kann. Besonders in Paarbeziehungen kann sich dadurch ein großes, von gegenseitigem Unverständnis geprägtes Spannungsfeld aufbauen. Viele Angehörige von aus einem Einsatz heimgekehrten und an einer PTBS leidenden Soldaten verstehen die plötzlich aufgetretene Wesensänderung ihres Verwandten nicht, beziehen seine Verhaltensänderungen auf sich und fühlen sich zurückgesetzt. Aus den daraus resultierenden interaktionellen Konflikten folgt häufig, dass die schwerkranken Patienten sich schleichend ihrer sozialen Unterstützung beraubt fühlen, was die Erkrankung wiederum verstärkt – der Beginn eines *Circulus vitiosus*.

Es ist daher dringend zu empfehlen, sofern der Patient dies gestattet, mindestens einen nahen Angehörigen mit in die Therapie einzubeziehen, indem man Patient und Angehörige gemeinsam ausführlich über die Erkrankung aufklärt und regelmäßige Angehörigengespräche führt, um zum einen eine Fremdanamnese des Krankheitsverlaufs zu erhalten und um zum anderen vor allem die Entwicklung sich potentiell aufbauender ernsthafter Beziehungskonflikte und vergleichbarer sozialer Spannungen rechtzeitig erkennen und ggf. z. B. durch erneute Aufklärung, Empfehlung einer Paartherapie etc. rechtzeitig entgegenwirken zu können.

Für diejenigen Patienten hingegen, die schon vor ihrer Traumatisierung nur wenige soziale Kontakte hatten und aufgrund der PTBS auch noch (vorübergehend) dienstunfähig geworden sind, bietet sich eine kombinierte traumatherapeutische und tagesklinische Behandlung an, letztere vor allem, um eine soziale Reintegration und soziale Kompetenzen zu fördern sowie eine Tagesstruktur zu etablieren.

Die Bedeutung sozialer Unterstützung und Vernetzung bei im Militäreinsatz traumatisierten Reservisten bzw. Veteranen geht u.a. auch aus der US-Vietnam-Veteranen-Studie von 1988 hervor, die eine entsprechende Korrelation zwischen stützenden sozialen Kontakten und Auftreten sowie Schweregrad einer PTBS zeigte (Kulka et al., 1990).

Neben diesen sozialen Faktoren, gibt es auch (bislang noch weitestgehend unerforschte) biologische Prädispositionsfaktoren, die manche Menschen vulnerabler gegenüber einem extremen Stressor machen als andere. Aus diesem Grund entwickelt nicht jeder Soldat nach einem Kampfeinsatz eine PTBS. Obwohl sich kein Individuum seine biologisch determinierten Veranlagungen aussuchen kann, schämen sich viele Menschen für diese.

So ist es auch heutzutage in unserem Kulturkreis noch weit verbreitet, sich einer psychischen Erkrankung zu schämen und sie daher zu verbergen. Glücklicherweise wird diese überkommene Ansicht durch Medienarbeit und naturwissenschaftliche Aufklärung immer weiter zurückgedrängt. Seitdem an PTBS-Symptomen erkrankte Soldaten noch im Ersten Weltkrieg europaweit von der Mehrheit der Bevölkerung inklusive vieler Fachleute als Simulanten betrachtet wurden, hat sich glücklicherweise viel getan, da die überwiegende Mehrheit der heutigen Militärorganisationen, so auch die Bundeswehr, psychische Erkrankungen als seelische Verwundungen anerkennt und sich um Krankheitsaufklärung und Therapiemöglichkeiten bemüht. Trotzdem ist unseren Erfahrungen nach das Ausmaß der empfundenen Scham über die eigene psychische Erkrankung im Patientenkollektiv der Militärpersonen deutlich höher als in den meisten anderen Patientengruppen, erhöht ihren Leidensdruck in vielen Fällen erheblich und wird sicherlich auch einige Militärpersonen davon abhalten, sich überhaupt in Therapie zu begeben.

Jede Berufsgruppe selektiert aufgrund berufstypischer Anforderungen Individuen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen – so auch die militärischen Organisationen. Die Entscheidung, einer militärischen Organisation beizutreten und sich für Kampfeinsätze zur Verfügung zu stellen, ist meistens auch mit der persönlichen Überzeugung verbunden, eine hohe psychophysische Leistungskraft und Stabilität zu besitzen. Die meisten an einer PTBS erkrankten Soldaten und Reservisten berichten entsprechend, dass es vor dem Einsatz für sie nicht vorstellbar gewesen sei, jemals „psychische Probleme“ oder gar eine psychiatrische Erkrankung entwickeln zu können. Das Selbstbild vieler Soldaten ist also durch die psychische Erkrankung beschädigt, wodurch der Aufbau weiterer destruktiver Schamgefühle zusätzlich gefördert wird.

Um diesen ausgeprägten Schamgefühlen und Selbstvorwürfen der Betroffenen, „psychisch krank“ zu sein, entgegenzuwirken, empfiehlt es sich, nicht nur am Therapieanfang, sondern auch im Therapieverlauf immer wieder Sequenzen der Psychoedukation in die Therapiestunden einzubauen. Viele Betroffene sind sehr dankbar, Genaueres über neurobiologische und psychologische Grundlagen der PTBS zu erfahren. Von therapeutischer Seite aus sollte man diesen Wissensdrang der Patienten fördern und so viele Informationen wie möglich vermitteln. Hierdurch kann der Patient ein neues Erklärungsmodell für die Entstehung seiner psychischen Erkrankung entwickeln, indem Schuldgefühle, Selbstvorwürfe sowie destruktive Scham im Idealfall keinen Platz mehr finden. Ergänzend dazu sollte natürlich eine intensive psychotherapeutische Bearbeitung der Scham erfolgen, in der der Patient u.a. lernt, gesunde Schamgefühle zu würdigen und diese Gefühle nicht als grundsätzlich pathologisch zu werten.

Die Traumapsychotherapie von Militärpersonen weist also

eine Reihe von Besonderheiten auf, insbesondere komplizieren Wertekonflikte der Patienten, verbunden mit ihrer häufigen – in anderen PTBS-Patientenkollektiven hingegen vergleichsweise selten zu findenden – Selbstwahrnehmung als Täter und die Geheimhaltungspflicht bestimmter Details des Traumakontextes, die Behandlung.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass traumatisierte bzw. an einer PTBS leidende Soldaten, Reservisten und Veteranen bei Beachtung dieser Besonderheiten erfolgreich mit einem kombinierten Behandlungskonzept, bestehend aus einem integrativen traumapsychotherapeutischen Konzept und einer individuellen medikamentösen Therapie, behandelt werden können.

■ Literatur

- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104
- Butollo, W. (1997). Traumapsychologie und Traumapsychotherapie. *Psychotherapie*, 2. Jahrg., Bd. 2, Heft 1.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (2002). *Leben nach dem Trauma. Über den psychotherapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. Klett-Cotta.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G. & Reddemann, L. (2008). Treatment outcome of psychodynamic trauma therapy in an inpatient setting. *Neuropsychiatrie*, 22 (3), 189-197.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1998). Traumazentrierte Psychotherapie II: Traumaexposition zur Traumasynthese. *Persönlichkeitsstörungen*, PTT 2 (2), 72-108.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.-U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R. & Regier, D.A. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 12, 1069-1077.

■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Ulrike Schmidt
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 Dr. rer. nat. hum. biol. Dominique Gall-Kleebach

Max-Planck-Institut für Psychiatrie | Trauma-Ambulanz
 Kraepelinstraße 2-10, D-80804 München
 Tel.: +49 (0)89 30622 0 | Fax: +49 (0)89 30622 605
 E-Mail: uschmidt@mpipsykl.mpg.de