

Elke Kügler

## Hinweischarakter von Traumafolgestörungen

Jeder Mensch kennt die Erfahrung, psychologischem Druck oder Leistungsdruck ausgesetzt zu sein. Das Gefühl, als Mensch zu versagen, nicht besonders wichtig oder wertvoll zu sein, Angst vor Versagen im Beruf und nicht genügend zu schaffen kommen im Leben schon mal vor. Empfindungen von Ohnmacht und Hilflosigkeit überfallen einen schon beim Ansehen der Nachrichten und den Gräueln von Kriegen. Entscheidungen fallen einem manchmal nicht leicht, oder man fühlt sich schnell für alles Mögliche verantwortlich. Alle diese Erlebnisse sind dann nicht mehr als „normal“ anzusehen, wenn sie krankheitswertigen Leidensdruck erzeugen, der durch Beratung oder Psychotherapie behandelt werden muss. Ein Behandlungskriterium ist also auch die Stärke der Beschwerden, nicht nur ihre Qualität. Wenn sich aus Leistungsdruck eine Arbeitssucht entwickelt, wenn der Gedanke, nicht wichtig zu sein, in einen handfesten Minderwertigkeitskomplex mündet, ist professionelle Hilfe angezeigt.

Ich bin als Traumatherapeutin immer wieder auf ein bestimmtes Cluster (Muster) von Symptomen gestoßen – und zwar schon in der ersten Stunde. Die PatientIn leidet unter Leistungsdruck, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen, Versagensängsten und Mangel an Beziehungsfähigkeit und Selbstvertrauen. Sie kompensiert durch herausragende Leistungen und Vermeidung bestimmter Themen auch durch Ablenkung (Van Derbur 2011). Es könnte sich hierbei um Symptome einer Traumafolgestörung handeln und Traumatherapie wäre indiziert. Wir sprechen hier noch nicht von der Behandlung dissoziativer Störungen. Diese treten unter Umständen zusätzlich zu dem oben beschriebenen Syndrom auf. Dissoziative Symptome sind Gedächtnislücken, Entfremdungserscheinungen, Störungen des Wirklichkeitserlebens, der Identität, Identitätswechsel, körperliche Beschwerden (mehr z. B. Nijenhuis und Van der Hart 2011, Van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008). Das internationale Klassifikationsverzeichnis von Krankheiten und Störungen, das ICD, verzeichnet einen Teil dieser dissoziativen Störungen im Kapitel F 44.

TRAUMATHERAPIE heißt entgegen landläufiger Definition nicht: Behandlung von Trauma. Traumatherapie ist vielmehr die Behandlung der FOLGEN von Traumatisierung eines Menschen mit traumatherapeutischen METHODEN. Dazu zählt die Therapie der Strukturellen Dissoziation (Van der Hart et al 2008), in die man die EMDR (z.B. Parnell 2002, Reddemann Hofmann Gast (Hg.) 2004) gut einbetten kann, sowie einige andere Traumamethoden (etwa PITT von Reddemann).

Die Indikation zur Traumatherapie ergibt sich also aus den gegenwärtig diagnostizierten Beschwerden (siehe auch Seidler 2011). Art und Stärke der Beschwerden ermöglichen eine Hypothese als vorläufigen Rückschluss auf ein Trauma als Entstehungsursache, bei Amnesie nicht zwingend auf die Art des Traumas. Diese Hypothese wird traumadiagnostisch mittels Interview und standardisierter Fragebögen geprüft. Legt man eine gedachte Zeitschiene von Vergangenheit über Gegenwart bis Zukunft zugrunde, schält die Diagnostik den Status quo durch Fragen nach den gegenwärtigen Beschwerden heraus. Aus deren Entwicklung bis heute schließt man auf die Vergangenheit zurückgeschlossen. Diesem Prozess folgt dann die Aufstellung einer Therapie-Hypothese für die Zukunft:

Wenn der Patient X lernt, wird Y (= Besserung) passieren. Es folgt ein Beispiel (siehe Abbildung).

Anne, 42, klagt im Erstgespräch über Gefühle von Passivität, sich ausgeliefert fühlen, nicht wehren zu können, gemobbt worden zu sein. Sie fühle sich wertlos, lasse in ihren beruflichen Leistungen nach, obwohl sie sich immer mehr arbeite, komme morgens schwer aus dem Bett, werde nicht recht glücklich und finde nicht „den Richtigen“. Etwas wie Urvertrauen fehle ihr immer schon, sie fühle sich an ihrem Versagen schuld. Sie sei eine „Mogelpackung“ und befürchte, das werde jeden Augenblick auffliegen. Der Hausarzt habe Midlife Crisis und der vorherige Therapeut Depressionen diagnostiziert. Wahrscheinlich seien es doch die Wechseljahre?! Wir finden das eingangs beschriebene Syndrom in den Worten der Patientin wieder. Immer wieder kommen Patienten mit diesen Beschwerden nach oft jahrelangen erfolglosen Therapien der verschiedenen Schulen mit der – falschen – Diagnose Depression.

Nehmen wir an, Anne wäre als fünfjähriges Mädchen von ihrem Vater über längere Zeit sexuell traumatisiert worden, und dieses Geschehen unterläge einer Dissoziativen Amnesie (ICD F 44.0; das ist nach Schätzungen bei mehr als der Hälfte der betroffenen Überlebenden der Fall). Anne erlitt während der Traumatisierungen Schmerzen und Angst. Sie fühlte sich bestraft und wusste nicht, warum. Im Vorstellungsvermögen von Kindern bis etwa acht Jahren fehlt die Fähigkeit zur Abstraktion, dass nämlich in diesem Fall der Vater etwas falsch macht und nicht das Kind. Er ist die geliebte Identifikationsfigur. Anne macht eine Fehlattribuierung: „Weil Papa mir weh tut, muss ich etwas falsch gemacht haben.“ Ursache und Folge werden falsch verknüpft. Anne entwickelt Schuldgefühle. Sie fühlt sich schlecht, sie schämt sich, fühlt sich bis ins Erwachsenenalter für alles Mögliche sofort verantwortlich. Das Kind Anne versucht sich besser anzupassen, Leistungsdruck entwickelt sich. Bis zu acht vergebliche Hilferufe sendet ein solches Kind. Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle verstärken den Eindruck, wertlos und schlecht und zu sein, Minderwertigkeitskomplexe entwickeln sich. Angstvolle Erwartung von Bestrafung, die Vergeblichkeit allen Bemühens führt in einen sich selbst verstärkenden Teufelskreis. Parallel dazu können sich dissoziative Symptome entwickeln. Die Trostlosigkeit führt in starke Einsamkeitsgefühle. Das Kind wird versuchen, sich unsichtbar zu machen, es zieht sich zurück, spürt „innere Leere“; es gerät in einen Double Bind (Watzlawick et al, 2000): „Ich kann machen, was ich will, ich werde immer so arg bestraft, weil ich so minderwertig bin, anders kann ich es mir nicht erklären, deshalb helfen mir auch die Eltern nicht. Am besten mache ich nichts mehr außer möglichst gut zu funktionieren.“ Anne wird für gute Leistungen und ihr angepasstes (braves) Verhalten auch noch gelobt.

Anne ist erwachsen. Als Hypothese könnte man Verdacht auf ICD F 62.0 „V“ diagnostizieren, das ist eine posttraumatische Belastungsstörung, deren Traumaursache länger als einige Monate zurück liegt. Behandelt werden die Symptome der Gegenwart in der Gegenwart. Soforthilfe für mehr Wohlbefinden, im Alltag, Angstreduzierung auch mithilfe von lerntheoretisch begründeten, psychodynamischen oder hypnotherapeutischen Methoden ist angezeigt (Kügler 2012). „Stabilisierung“ heißt für Anne, die Rettung nicht mehr bei Mama und Papa zu suchen, sondern in Anne selbst: ihre Selbstheilungskräfte (Ressourcen) auffinden und verstärken. Traumatherapie bedeutet permanente Diagnostik etwa auch in Richtung Amnesien, und hier reichen andere Therapiemethoden nicht aus. Versagt

etwa Verhaltenstherapie, es kommt zu Rückfällen oder Symptomverschiebungen, ist an Traumatisierungen und deren Folgen zu denken, obwohl in der Anamnese kein Traumaerleben erinnert wird. Es ist die Aufgabe der TherapeutIn, Anne *ergebnisoffen* an die Möglichkeit von Traumatisierung heranzuführen, damit sie lernen kann, Fehlattribuierungen zu erkennen und zu beheben.

Schuldgefühle und Trauer wurden bisher verwechselt. Erstere beinhalten die Illusion, für etwas verantwortlich zu sein und damit auch aktiv für die Beendigung von Geschehen sorgen zu können (ich kann aufhören, ich muss nur wollen; ich hätte den Missbrauch beenden können, wenn ich nur gewollt hätte). Erst wenn Anne begreift, dass die Täter und Mittäter die Verantwortung tragen, kann Anne verarbeiten: Trauer, Wut und Ohnmacht aktivieren und ihre Selbsthilfekräfte aktivieren. Sie kann dem Geschehen aus der Distanz begegnen und muss sich nicht länger durch unsinnige Handlungen ablenken. Sie gewinnt Vertrauen zu sich und anderen Menschen. Sie erlebt, dass die Traumata vorbei sind und dass sie in der Gegenwart sicher ist (Therapieziele nach Van der Hart et al. 2008).

## LITERATUR

Derbur, Marilyn van (2011). Tagkind – Nachtkind. Das Trauma sexueller Gewalt. Überlebenswege, Heilungsgeschichte, Hilfen zur Prävention. Kröning: Asanger

Kügler, Elke: Strukturelle Dissoziation und sexuelle Störungen - Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Forschung und Praxis der Psychotherapie (2012). Trauma&Gewalt 3: 252-263

Nijenhuis, Ellert RS, Van der Hart, Onno: Defining Dissociation in Trauma. Journal of Trauma and Dissociation, 12: 469-473, 2011

Reddemann, Luise, Hofmann, Arne, Gast, Ursula (Hg) (2004). Psychotherapie der dissoziativen Störungen: Thieme

Seidler, Günter H. (2011): „Seelische Symptome sind Beweise“. Interview mit Alice Schwarzer, EMMA 4:

Van der Hart, Onno, Nijenhuis, Ellert RL, Steele, Kathy (2008): Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann

Watzlawick, Paul, Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (2000). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber