

Traumatisierung und Traumaverarbeitung

Eröffnungsvortrag zum 1. Jahrestag des Massakers
am Gutenberg-Gymnasium in Erfurt, 25.4.03

Prof. Dr. Willi Butollo

**Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie
Ludwig Maximilians Universität München**

Erbarmen mit den Experten!

Erfahrungen extremer Gewalt erschüttern das Bild des Menschen von sich selbst, seinem Mitmenschen und der Welt an sich fundamental. In diesem Zustand klammert er sich an kompetente Helfer und will von den Experten wissen, was mit ihm geschieht, wie er die Situation bewältigen kann und welchen Sinn diese Erfahrung denn macht. Das ist nur zu verständlich. Wie aber können die Helfer und Experten in diesen Grenzerfahrungen menschlicher Existenz überhaupt ihrer Rolle gerecht werden? Wer kann denn von sich behaupten, Experte darin zu sein, wie etwa das im Zuge des vielfachen Mordes an Lehrern und Schülern am Gutenberggymnasium Erlebte zu verkraften sein kann? Ereignisse wie diese sind einmalig und das gilt auch für die Erfahrung der darin involvierten Personen. Alle anderen können von ihren Erfahrungen lernen und auch die Fachleute tun gut daran, das zu respektieren. Die Betroffenen sind ab dem Ereignis die allerersten Experten, gleichsam Fachleute in Sachen Schock.

Es ist die Regel, dass die Erwartungen an die Experten einerseits und deren tatsächliche Möglichkeiten andererseits weit auseinander klaffen. Nicht selten wenden sich dann Betroffene enttäuscht ab oder überschütten die hilflosen Helfer mit ihrem Ärger. Sie haben den Eindruck, dass die um Versachlichung des Geschehens bemühten Fachleute ihre Not nicht verstehen, diese vielleicht sogar abwerten. Was die Betroffenen in den Phasen des Schocks brauchen ist neben der physischen und sozialen Versorgung Verständnis für ihre Situation, Hilfestellung bei der Wiederherstellung der Kontrolle über ihr Leben und die Anerkennung der außergewöhnlichen, extremen Belastung, der sie ausgesetzt waren und sind.

Die „normale“ Erwartung.

Ein besseres Verständnis ihrer eigenen Reaktionen kann dabei durchaus hilfreich sein. Denn die Rolle des Schocks wird eher nachvollziehbar, wenn man seine eben nicht mehr gelingende Einbettung in die Routinetätigkeit des menschlichen Bewusstseins bedenkt.

Das menschliche Gehirn ist ja ständig bemüht, neue Erfahrungen als „normal“ zu identifizieren und dem Pool des Erwartbaren im Gedächtnis hinzuzufügen. Im Kreislauf von Wahrnehmen, Bewerten und Handeln konstruiert das Gehirn ständig die Welt und unsere Rolle in ihr, wobei es Veränderungen dessen, was schon als bekannt gespeichert wurde, nur in sehr dosierter Form zulässt. Sind extreme, also jenseits der alltäglichen Erfahrung liegende Ereignisse zu verarbeiten, sperrt sich das menschliche System der Informationsverarbeitung gegen die Integration des Erlebten. Schließlich steht das gesamte Welt- und Selbstbild auf dem Spiel! Das Gehirn wehrt sich also, indem es

- a) die Realität des extremen Ereignisses anzweifelt und sogar versucht, es irgendwie für „ungültig“ zu erklären oder zu verleugnen,
- b) extrem wachsam bleibt, um weiteren Gefahren begegnen zu können,
- c) das Erlebte ständig wiederholt, um es so zu etwas Vertrautem zu machen.

Dabei handelt es sich also um so etwas wie Sofortmaßnahmen des Gehirns, die ihm helfen sollen mit der Extrembelastung umgehen zu können. Sie, die Sofortmaßnahmen, können aber, wenn die Integration des Erlebten in die bisherige Erfahrung nicht gelingt, zu klinisch relevanten Symptomen ausarten. Diese sind immer noch Anpassungsversuche, doch mit zunehmend störenden Nebenwirkungen, die dann den Stellenwert von posttraumatischen Symptomen erlangen können. Wie aus dem Gesagten erkennbar wird, sind außergewöhnliche Zustände und körperliche wie psychische Grenzerfahrungen nach Extrembelastungen normal, auch wenn sie im Alltag nicht normal im Sinne von vertraut wären. Das an sich ist noch kein Grund zur Sorge. Wenn diese veränderten Zustände nun aber über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben, ist die Verarbeitung des extremen Ereignisses vermutlich nicht optimal gelungen und sollte untersucht werden.

Posttraumatische Fehlentwicklung

Welcher Art kann nun diese ins Stocken geratene posttraumatische Bewältigung sein?

- a) Der Versuch des Anzweifeln des *Realitätswertes* der extremen Schockerfahrung kann zu einer Spaltung der Erlebnisse im Gedächtnis und damit im Bewusstseinsablauf führen. Das wirkt sich so aus, dass nach dem Schock alles, was damit einher geht ignoriert wird, einschließlich der erlebten Verluste. Das bedeutet, dass die nicht integrierte Erinnerung an das Trauma wie eine Art Treibmine in der Psyche des Menschen angesiedelt ist. Bei zufälligem Antippen einzelner Aspekte des Geschehens durch Tagesereignisse, können die unverarbeiteten Schreckreaktionen unvermittelt und unkontrollierbar wieder auftreten – sogenannte Flashbacks. Auch ist die Arbeit des Ausblendens der traumatischen Erfahrung anstrengend und verbraucht psychische und physische Energie, die an anderer Stelle dann fehlt – Konzentrationsmangel, Leistungsabfall, Depression, Erschöpfung, schlechte Impulskontrolle u. ä.
- b) Die extreme *Wachsamkeit* führt zu einem Dauerstress, der bewirkt, dass die Betroffenen in einem Zustand der chronischen Übererregung leben, der Schlaflosigkeit, Konzentrationsprobleme und erhöhte Schreckhaftigkeit, aber auch Aggressivität zur Folge haben kann. Sekundär können Suchtprobleme auftreten, etwa Medikamentenabhängigkeit, Drogen- oder Alkoholkonsum, da mit Hilfe dieser Substanzen versucht wird die chronische Aufregung zu bannen.
- c) Gedankliches *Wiederholen* der Schockerfahrung – ein weiteres Mittel zur Bewältigung des Erlebten, kann bei exzessiver Ausweitung dazu führen, dass man nichts Anderes mehr denken kann. Immer wieder kehren die Gedanken und Erinnerungsbilder zurück und man martert sich mit Fragen, ob man etwas falsch gemacht, mit anderen Entscheidungen vielleicht das Unheil verhindert hätte usw. Diese durch die eigenen Willensprozesse nicht mehr steuerbaren, wie zwanghaft auftretenden Gedanken, nennt man *Intrusionen*.

Die Abbildungen 1 bis 6 fassen die hier dargestellten Inhalte noch einmal übersichtlich zusammen, die Vielfalt der potentiell traumatisierenden Ereignisse, die Definitionskriterien eines Traumas nach dem klinischen Diagnosesystem DSM IV, die Unterscheidung von Akuter Belastungsstörung und Posttraumatischer Belastungsstörung sowie die Hauptmerkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Abbildung 7 gibt einen Überblick über diejenigen Veränderungen, die neben den erwähnten Stressreaktionen nach traumatischen Erfahrungen im Verhalten und Erleben eintreten können.

Neben den bereits genannten im Bereich Sucht und Vermeidung ist der Verlust der Identifikation mit der Organisation oder dem System zu beachten, in der bzw. in dem man lebt oder arbeitet, begleitet von einer stressbedingt verminderten Arbeitsleistung und erhöhter Krankheitsanfälligkeit. Weiters werden eigene Belastungen externalisiert, das

heißt in Form von Ärger auf relativ belanglose, aber gegenwärtige Widrigkeiten des Alltags geschoben, wodurch die ursächliche Verbindung zum Schockerlebnis auch im eigenen Denken verloren geht. Damit soll keineswegs die erbärmliche Rolle mancher Institutionen oder mancher Versicherer übergangen werden, die den Traumatisierten ausbeuten, indem sie ihm unterstellen seine Beeinträchtigung zu übertreiben und von ihm verlangen, den Kausalzusammenhang zwischen klinischer Symptomatik und dem Schockereignis zu beweisen. Denn im Vordergrund der posttraumatischen Symptomatik steht die gravierende Veränderung des Sozialverhaltens des Betroffenen, seines Selbstwertgefühls und seiner Durchsetzungsfähigkeit insbesondere gegenüber kritischen Vorgesetzten und Ämtern. Die Fähigkeit, Kontakte befriedigend zu gestalten, geht verloren und man weiß nicht einmal, dass es sich dabei um ein gewissermaßen normales, nichts desto weniger aber sehr hinderliches posttraumatisches Phänomen handelt.

Häufigkeit traumatischer Ereignisse und das Risiko für PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung)

Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse einer amerikanischen Studie zur Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Im Rahmen der National Comorbidity Study wurden 5877 Personen, die zu diesem Zeitpunkt nicht in stationärer Behandlung waren, untersucht. Ein Ergebnis dabei war, dass bei vorhandener traumatischer Erfahrung die durchschnittliche Dauer einer Posttraumatischen Belastungsstörung, so sie auftrat und *nicht behandelt wurde*, bei 64 Monaten lag. Behandelte PTBS hingegen war im Durchschnitt nach 36 Monaten geheilt. Allerdings waren nach einer anderen Studie (Breslau et al. 1998) ein Drittel der PTBS Patienten auch nach Jahren noch nicht völlig symptomfrei. Die Hauptrisikogruppen sind übrigens diejenigen Personen, die Gewaltereignisse mit ansehen müssen, ohne eingreifen zu können. Abbildung 9 fasst diese Befunde noch einmal zusammen.

Abbildung 10 und 11 enthält Daten, die unsere Arbeitsgruppe im Zuge der Kooperation mit den Universitäten von Sarajewo und Banja Luka gesammelt hat. Sie zeigen die Häufigkeit der Volldiagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen in Bosnien, und zwar auf beiden Seiten der ehemals kriegführenden Gruppen (u.a. Banja Luka und Prijedor). Außerdem werden die Daten von drei Stichproben mit Personen aus Sarajewo gezeigt, die während der Belagerung in der Stadt waren (Zufallsstichprobe, Personen in medizinischer Behandlung, Personen in psychologischer Behandlung). Man sieht, dass drei Jahre nach Ende des Krieges der Anteil der Personen mit Volldiagnose PTBS noch enorm hoch ist. Abbildung 11 zeigt die durchschnittlichen Werte in verschiedenen klinischen Skalen für dieselben Stichproben sowie eine stationär behandelte deutsche Gruppe von psychiatrischen Patienten zum Vergleich.

Möglichkeiten der Behandlung

Eine „International Consensus Group“ für Angst und Depression empfiehlt nach Sichtung vorliegender empirischer Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei PTBS eine Therapie auf der Basis kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden, denn dazu gibt es die größte Zahl positiver Studien. Von den spezifischen Techniken haben sich Exposition und kognitive Restrukturierung bewährt. Allerdings gibt es eine große Zahl weiterer Verfahren, die durchaus sinnvolle Methoden einsetzen, die allerdings noch nicht in diesem Umfang empirisch überprüft wurden, etwa EMDR oder die an unserem Institut entwickelte Integrative Traumatherapie, deren relativ komplexer Aufbau in Abbildung 12 dargestellt ist. Hier werden vier Phasen der Therapie postuliert, in denen mit verschiedenen Methoden versucht wird, die in diesen Stadien anstehenden Prozesse der Traumabewältigung zu unterstützen.

Insgesamt ist das Gebiet der Therapie der PTBS noch bei weitem nicht ausreichend erforscht. Gibt es z.B. so etwas wie eine Passung von Patient und Therapeut?

Eine Vielzahl von Fragen zur Therapiemotivation ist auch noch zu untersuchen, etwa warum die subjektive Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie kaum mit dem klinischen Erfolg derselben zu kovariieren scheint. Oder wie können die hohen Dropout-Raten in der Verhaltenstherapie Traumatisierter reduziert werden? Erstaunlich ist auch, dass die beiden international gelobten Verfahren „Exposition“ und „kognitive Verhaltenstherapie“, die beide im Durchschnitt je 70% Verbesserung bewirken sollen, ihre Effekte, bietet man beide gemeinsam Verfahren an, nicht addieren können. Denn sie sind ja in ihrem Vorgehen und im Inhalt der Intervention sehr verschieden, was nach einer Kombination der Verfahren förmlich schreit. Im Gegenteil, die Kombination von Exposition und kognitiver VT erzielt bestenfalls dasselbe Ergebnis wie jede der beiden Methoden für sich genommen. Auch ist noch nicht geklärt, ob manche der Verfahren bei den Personen, denen sie nicht helfen, vielleicht sogar eine Verschlechterung der Symptomatik verursachen („Retraumatisierung“).

Die empirische Forschung der Therapien posttraumatischer Entwicklungen vernachlässigt leider die therapeutischen Ansätze außerhalb des Main-Streams der Psychotherapien. Hier kann in Zukunft noch wesentliches Potential aktiviert werden. Auch sollte die Aktivierung der eigenen Ressourcen der Betroffenen mehr Aufmerksamkeit erhalten, ebenso die Art der Traumatisierung und die individuelle Variation in den prätraumatisch bereits entwickelten Bewältigungsstilen, um nur einige Aspekte zu nennen.

Zur weiteren Lektüre wird auf die in Abbildung 13 angeführten Bücher verwiesen, in denen die Risikofaktoren für eine posttraumatische Entwicklung, aber auch die Bewältigungsmöglichkeiten ausführlicher behandelt werden.

Posttraumatische Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit

Die klinische Betrachtungsweise hebt naturgemäß die besonders belastenden Symptome in den Vordergrund, was für die Betroffenen zumindest vorübergehend den Vorteil hat, dass ihren Problemen Krankheitswertigkeit bescheinigt wird und sie so Anspruch auf Versorgung innerhalb des Systems der allgemeinen Krankenversorgung haben. Eine ganze Reihe von posttraumatischen Phänomenen wird jedoch nicht als Teil einer psychischen Erkrankung akzeptiert, obwohl die Folgen weit reichende negative Konsequenzen für das soziale Leben der Betroffenen haben. Das gilt besonders für die Fähigkeit befriedigende zwischenmenschliche Kontakte zu gestalten. Die traumatische Erfahrung transportiert ja gewissermaßen eine Botschaft der Umwelt an die Traumatisierten, nämlich von der Art wie: „Du bist verletzt, du bist nicht geschützt, du bist nichts wert, dir kann auch wieder Schlimmes an getan werden.“ Gleichzeitig konstruiert der Betroffene auch neue Aussagen über sich, etwa: „Ich bin zu schwach, mich schützt, mir hilft keiner, ich bin den anderen nichts wert.“

Setzen sich diese Überzeugungen im Bewusstsein der Traumatisierten fest, treten sie den Mitmenschen mit einer Befangenheit gegenüber, die einen sicheren, lebendigen sozialen Austausch erschwert bzw. unmöglich macht. Das Selbst der Menschen ist erschüttert und damit ihre Fähigkeit, die Angebote und Informationen von anderen zu prüfen und unter ihnen zu wählen. Ganz besonders wirkt sich die Beeinträchtigung des Selbst aber auf ihre Fähigkeit aus, mit Optimismus und Selbstsicherheit an die anderen heran zu treten um sich „von der Umwelt“ auch etwas für sich zu holen.

Konkret führt das dazu, dass zuerst in den engen persönlichen Beziehungen das bisherige Gefüge von Geben und Nehmen und damit die Fähigkeit zu persönlicher Nähe durcheinander gerät. Die Betroffenen erscheinen ihren Angehörigen als verschlossen, geistesabwesend, aber auch aufbrausend, ungerecht, labil, oder einfach desinteressiert. Sie isolieren sich zunehmend, bringen das aber nicht mehr mit ihrem posttraumatischen Stress

in Beziehung, sondern glauben, die anderen hätten sich negativ verändert, würden gegen sie Koalitionen bilden oder sie ausbeuten wollen.

Besonders fatal wirkt sich diese Schwächung der Selbstprozesse jedoch in der Auseinandersetzung mit Arbeitgebern, Versicherern und sozialen Institutionen aus. Die geschwächte Selbstsicherheit lässt die Traumatisierten vor der Forderung nach Erfüllung berechtigter Ansprüche zurückschrecken, sie scheuen Auseinandersetzungen, besonders gerichtlicher Art und geben sich oft zu früh mit lächerlichen Kompensationen zufrieden. Der *posttraumatische soziale Abstieg* ist in vielen Fällen ein verzögerter, subtiler Vorgang, der sich erst so richtig einstellt, wenn das öffentliche Interesse an den Betroffenen und ihrem Schicksal und damit die öffentliche Aufregung erlahmt.

Eine *präventive Intervention* wird gefordert, also ein Beratungs- und Betreuungsangebot, das vor dem Auftreten klinisch relevanter Symptome einsetzt, das die sozialen Implikationen des Traumas betont und mittels geschulter Kräfte aktiv an die Traumatisierten heranträgt. Denn wenn man wartet, bis die Betroffenen von selbst kommen, ist die Entwicklung meist schon zu weit fortgeschritten. Ihre Traumatisierung verhindert ja gerade, dass sie etwas für sich fordern können!

Posttraumatisches Wachstum hingegen bezeichnet jene spezifische menschlich Reifung, die als Folge einer gut bewältigten traumatischen Erfahrung manchmal beobachtet werden kann. Viel zu oft aber wird sie von Heilsversprechern gewissermaßen programmatisch bemüht, denn in der Realität ist eine derartige Entwicklung ohne professionelle Unterstützung eher selten zu finden. Der Begriff wird auch eher beschwörend von Menschen in den Mund genommen, die damit von den Versäumnissen der Gesellschaft gegenüber Traumatisierten ablenken wollen. Viel zu groß ist im Vergleich dazu die Zahl jener, die, wenn der Trubel über die Schockereignisse nachgelassen hat, ihrem Elend überlassen geblieben sind, weil die Mühen und Widrigkeiten des posttraumatischen Alltags medial keine Anreize mehr bieten. Eine aktive Sorge der Gemeinschaft hilft, diesen Fehlentwicklungen im subklinischen Bereich entgegen zu wirken.