

Entwicklung eines Beratungs- und Therapiemanuals
zur Begleitung der Selbsthilfebroschüre
„Neue Wege aus dem Trauma“

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Albertus-Magnus-Universität
Köln

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Gabriele Angenendt
aus Bergheim
Bergheim, 2003

Danksagung

Für die hervorragende wissenschaftliche Betreuung der Dissertation und die immer wieder aufgebrachte Geduld für die zahlreichen Diskussionen, welche während des Verfassens der Arbeit aufgekommenen waren, danke ich meinem Doktorvater, Prof. Dr. Gottfried Fischer, ganz herzlich.

Ohne die Unterstützung des unmittelbaren Umfeldes ist es kaum möglich, eine Promotion neben der Familie und einer vollzeitigen Berufstätigkeit durchzuführen. Besonders danke ich deshalb meinem Ehemann, Klaus Angenendt, der mich in allen Lebensbereichen ungefragt unterstützte.

In Bezug auf die schriftliche Arbeit danke ich ihm zusätzlich für den Hinweis, dass Komata nicht „intuitiv“ gesetzt werden, und für die „strenge“ Hand, die er bei den formalen Korrekturen der Arbeit anlegte. Durch sein unermüdliches Bemühen, noch einmal „drüber“ zu schauen, hat er auch hier einen großen Teil zum erfolgreichen Abschluss der Arbeit beigetragen. Meinen Kindern danke ich für die Zeit, die ich auf die Erstellung der Dissertation verwenden durfte. Ich verspreche, ich mache es wieder gut.

1. Referent: Prof. Dr. Gottfried Fischer

2. Referent: Prof. Dr. Dirk Blothner

Termin der Disputation: 18.06.03

INHALTSVERZEICHNIS

1.	WAHL UND BEGRÜNDUNG DER THEMENSTELLUNG	14
2.	METHODISCHES VORGEHEN UND ÜBERSICHT ÜBER DEN AUFBAU DER ARBEIT	16
3.	DIFFERENTIALDIAGNOSTIK UND DIFFERENTIELLE INDIKATION THERAPEUTISCHER MASSNAHMEN	18
3.1	Akute Belastungsstörung, F 43.0	18
3.2	Posttraumatische Belastungsstörungen, F43.1	19
3.3	Anpassungsstörungen, F43.2	19
3.4	Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung, F 63.0	20
4.	NEUROPHYSIOLOGIE DES TRAUMATISCHEN GESCHEHENS	22
4.1	Trauma und Informationsverarbeitung	22
4.2	Trauma und Gedächtnis	23
4.3	Die Stressachse in der traumatischen Situation	24
5.	DAS KONZEPT DER „ZIELGRUPPENORIENTIERTEN OPFERHILFE“ (ZGO): ANWENDUNGSBEREICH UND GRENZEN DER SELBSTHILFEBROSCHÜRE	28
5.1	Risikoeinschätzung nach belastenden Ereignissen	29
6.	DAS RAHMENKONZEPT DER MEHRDIMENSIONALEN PSYCHODYNAMISCHEN TRAUMATHERAPIE (MPTT); EIN PSYCHODYNAMISCH- BEHAVIORALER ANSATZ	32
6.1	Methodik und Indikation der MPTT	32
6.1.1	Aufbau der MPTT	32
6.1.2	Prinzipien der Therapieführung	33
6.1.2.1	Indikationen für die Standardversion und die Varianten der MPTT	34
6.1.3	Therapeutische Prinzipien der MPTT	37
6.2	Die vier Dimensionen der MPTT als Leitlinie von Beratung und Therapieführung	48
6.2.1	Dimension 1: Stand des „natürlichen Verlaufsprozesses“	48

6.2.2	Dimension 2: Situationsdimension	50
6.2.3	Dimension 3: Persönlichkeit und soziales Umfeld	51
6.2.4	Dimension 4: Therapieverlauf	68
7.	AUFBAU UND SYSTEMATIK DER SELBSTHILFEBROSCHÜRE	69
7.1	Module (Tipps und Übungen) der Erste-Hilfe-Broschüre (Neue Wege) in Zuordnung zu den MPTT-Prinzipien	69
8.	DARSTELLUNG DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE: SCHILDERUNG DER ERHEBUNGSMETHODIK UND DER EIGENART DER STICHPROBE	72
8.1	Phänomenologische Beschreibung der quantitativen Auswertung des Beobachtungsmaterials	73
8.1.1	Verteilung der Geschlechter in der Gesamtstichprobe	73
8.1.2	Genannte traumatische Ereignisse in der Stichprobe	73
8.1.3	Die Erwartungen der Klienten an die Broschüre	75
8.1.4	Therapeutische Begleitung der Stichprobe bei der Arbeit mit NW	75
8.1.5	Anzahl der Traumatisierten (akut vs. chronisch) der Probanden. der Stichprobe nach Geschlecht	76
8.1.6	Umgang der Stichprobe mit den Übungen aus NW	78
8.1.7	Umgang der Stichprobe mit den Informationen aus NW	83
8.1.8	Umgang der Stichprobe mit den Tipps aus der Broschüre	85
8.1.9	Auswahlverhalten der Stichprobe untergliedert in die Gruppen akut vs. chronisch	87
8.1.10	Geschlechtsspezifischer Umgang mit der Broschüre	89
8.1.11	Angaben zu Veränderungen im Befinden nach der Arbeit mit NW in der Gesamtstichprobe	89
8.1.12	Angaben der Stichprobe zu neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW	90
8.1.13	Angaben der Stichprobe zum Erleben der Broschüre nach	91

	Geschlecht	
8.1.14	Verbesserungsvorschläge der Stichprobe nach Geschlecht	92
9.	ZUSAMMENFASSUNG DER QUANTITATIVEN DATENANALYSE DER GESAMTSTICHPROBE	95
10.	ANGEWANDTE VERFAHREN IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT NW	101
10.1	Posttraumatic Symptom Scale,10 Items (PTSS-10) von Raphael,, Lundin & Weisaeth, 1989, deutsche Version von Schüffel & Schade,1992	101
10.2	Die Impact of Event Scale (IES) von Horowitz (1979) in der revidierten Fassung von Weiss &Marmar	103
10.3	Kölner Risiko-Index	105
11.	UNTERSUCHUNG ZUR ARBEIT MIT NW IN PSYCHOTHERAPIEN	107
11.1	Einzelfallanalytische Beobachtung 1	107
11.1.1	Exploration	107
11.1.2	Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn	109
11.1.3	Therapieverlauf	110
11.1.4	Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte	111
11.2	Einzelfallanalytische Beobachtung 2	113
11.2.1	Exploration	113
11.2.2	Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn	115
11.2.3	Therapieverlauf	116
11.2.4	Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte	120
11.3	Einzelfallanalytische Beobachtung 3	121
11.3.1	Exploration	121

11.3.2	Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn	122
11.3.3	Therapieverlauf	124
11.3.4	Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte	127
11.4	Einzelfallanalytische Beobachtung 4	128
11.4.1	Exploration	128
11.4.2	Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn	130
11.4.3	Therapieverlauf	132
11.4.4	Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte	136
11.5	Einzelfallanalytische Beobachtung 5	137
11.5.1	Exploration	137
11.5.2	Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn	140
11.5.3	Therapieverlauf	142
11.5.4	Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte	152
12	HERMENEUTISCH-DIALEKTISCHES VERFAHREN DER BILDUNG UND EXKLUSION VON INTERPRETATIONSHYPOTHESEN	154
12.1	Phänomenbereich 1 : Grundsätzlicher Umgang mit der Broschüre.	154
12.1.1	Beschreibung des Beobachtungsmaterials	154
12.1.2	Hypothesen zum Beobachtungsmaterial	155
12.1.2.1	Hypothese 1 : Aktiver Umgang mit Problemen	155
12.1.2.2	Hypothese 2: Vermeidungshaltung vs. aktives Streben nach Wiedergewinnung der Kontrolle als zentrales Merkmal des persönlichkeitstypischen Kontrollstils	156
12.1.2.3	Hypothese 3: „Einsamer Problemlöser“	157
12.1.3	Diskussion des Verhältnisses der Erklärungshypothesen	

	untereinander	158
12.1.4	Metahypothese 1	159
12.1.5	Hinweis an den Berater 1	159
12.2	Phänomenbereich 2: Beobachtung zur Einführung der Broschüre durch die Therapeutin in der Therapieverlauf	161
12.2.1	Beschreibung des Beobachtungsmaterials	161
12.2.2	Hypothesen zum Beobachtungsmaterial	164
12.2.2.1	Hypothese 1: Berücksichtigung der zentralen Bedürfnisse und Motive des Klienten	164
12.2.2.2	Hypothese 2: Berücksichtigung der Situationsdynamik nach Ochberg (1988)	165
12.2.2.3	Hypothese 3: Einfluß prätraumatischer Persönlichkeitsstile	168
12.2.3	Diskussion des Verhältnisses der Erklärungshypothesen untereinander	169
12.2.4	Metahypothese 2	170
12.2.5	Hinweis an den Berater 2	170
12.3	Phänomenbereich 3 : Beobachtung zum Auswahlverhalten bei den Psychoedukativen- und Trainingselemente aus NW durch die Patienten	179
12.3.1	Beschreibung des Beobachtungsmaterials	179
12.3.2	Hypothesen zum Beobachtungsmaterial	183
12.3.2.1	Hypothese 1: Nutzung von NW zur Stabilisierung	183
12.3.2.2	Hypothese 2: Nutzung von NW nach Vorerfahrung	185
12.3.2.3	Hypothese 3: Nutzung von NW zur Lösung des traumatischen Konfliktes	185
12.3.2.4	Hypothese 4: Anknüpfen an vorhandene Ressourcen	187
12.3.2.5	Hypothese 5: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Auswahlverhalten	188
12.3.2.6	Hypothese 6: Auswahl nach lerntheoretischen Gesichtspunkten	189
12.3.2.7	Hypothese 7: Auswahl nach Verlaufsprozeß der Traumatisierung	189

12.3.3	Diskussion des Verhältnisses der Erklärungshypothesen untereinander	190
12.3.4	Metahypothese 3	191
12.3.5	Hinweis an den Berater 3	192
13.	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER HYPOTHESEN UND EXKLUSIONSBIKDUNG	195
13.1	Ergebnisse zum grundsätzlichen Umgang mit der Broschüre	195
13.2	Ergebnisse zur Frage der Einführung der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf	196
13.3	Ergebnisse zum Auswahlverhalten der Klienten bezüglich der Elemente aus NW	197
14.	PRAKTISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DEN ERGEBNISSEN DER STUDIE AN DEN BERATER	199
14.1	Hinweise an den Berater zum individuellen Einsatz der Broschüre	199
14.2	Hinweise an den Berater In Bezug auf zentrale Bedürfnisse und Motive	200
14.3	Hinweise an den Berater In Bezug auf die traumatischen Situationsfaktoren	202
14.3.1	Situationsfaktor Victimisierung	202
14.3.2	Situationsfaktor Todesnähe	203
14.3.3	Situationsfaktor Negative Intimität	203
14.3.4	Situationsfaktor Beziehungstrauma	205
14.3.5	Situationsfaktor Angst und Erregung	205
14.4	Hinweise an den Berater in Bezug auf die prätraumatische Persönlichkeitsorganisation des Klienten	206
14.4.1	Die selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur	207
14.4.2	Die abhängige Persönlichkeitsstruktur	207

14.4.3	Die histrionische Persönlichkeitsstruktur	208
14.4.4	Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur	208
14.4.5	Die paranoide Persönlichkeitsstruktur	208
14.5	Hinweise an den Berater zur Berücksichtigung des natürlichen Auswahlverhaltens der Klienten	209
14.5.1	Hinweise an den Berater zur Berücksichtigung geschlechtsspezifischen Kommunikationsverhaltens	210
14.5.2	Hinweis an den Berater zur Berücksichtigung der Ressourcen der Klienten	210
14.5.3	Hinweise an den Berater zur Berücksichtigung des Verlaufsprozess der Traumatisierung	211
15	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	213
15.1	Ergebnisse der statistischen Auswertung der Gesamtstichprobe	213
15.2	Ergebnisse des hermeneutisch-dialektischen Exklusionsverfahrens	219
15.2.1	Ergebnisse zum grundsätzlichen Umgang mit der Broschüre	219
15.2.2	Ergebnisse zur Frage der Einführung der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf	220
15.2.3	Ergebnisse zum Auswahlverhalten der Klienten bezüglich der Elemente aus NW	220
16.	ZUORDNUNG DER ERGEBNISSE DER STUDIE ZU DEN 4 DIMENSIONEN UND DEN PRINZIPIEN DER MPTT	223
16.1	Zuordnung zu den 4 Dimensionen der MPTT	223
16.1.1	Dimension 1: Natürlicher Verlaufsprozess der Traumaverarbeitung .	223
16.1.2	Dimension 2: traumatische Situationserfahrung	224
16.1.3	Dimension 3: Persönlichkeit und soziales Umfeld	225
16.1.4	Dimension 4: Therapieverlauf	230
16.2	Zuordnung der Befragungsergebnisse zu einigen	

	Prinzipien der MPTT	230
16.2.1	Prinzip 1 : Anschluss an den natürlichen Traumaverlauf	230
16.2.2	Prinzip 2: Fokus der Therapie	231
16.2.3	Prinzip 3: Situationsanalyse als Bestandteil der MPTT	231
16.2.4	Prinzip 4: Dynamik der Symptombildung beim Trauma	232
16.2.5	Prinzip 5: Trauma und Persönlichkeitsstil	232
16.2.6	Prinzip 6: Hypothetisches Verlaufsmodell der MPTT	233
16.2.7	Prinzip 7: Phänomenologische Patientenorientierung	233
16.2.8	Prinzip 15: Offenbarung traumatischer Erfahrungen (coming out)	233
16.2.9	Prinzip 17: Konstruktionslogik beim traumatischen Prozeß	234
17.	REZEPTION UND DARSTELLUNG TRAUMATHERAPEUTISCHER ANSÄTZE UND TECHNIKEN, DIE FÜR DEN AUFBAU DES MANUALS VON RELEVANZ SIND	235
17.1	Hypnotherapeutische Anwendungen in der Traumatherapie	235
17.2	Kognitive Verhaltenstherapie	235
17.3	Der Einsatz imaginativer Techniken in der Traumatherapie	236
17.4	Körperpsychotherapie und Trauma	237
17.5	Gestalttherapeutische Ansätze in der Traumatherapie	237
17.6	Kommunikation in Beratung und Therapie	238
18.	DARSTELLUNG UND BEGRÜNDUNG FÜR DEN AUFBAU DES MANUALS	240
19.	DAS BERATERMANUAL	240
20.	DISKUSSION UND AUSBLICK	240
21	LITERATURVERZEICHNIS	243
22	VERZEICHNIS DER TABELLEN	251
23	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN	253
24	ANHANG	255

Hinweis:

In der hier vorliegenden Studie wird die männliche und die weibliche Form abwechselnd gebraucht.

In den Teilen, in denen es um die Auswertung des statistischen Datenmaterials handelt, heißen die Teilnehmer der Studie Proband (Pb.) bzw. Probandin (Pbin.). Für den Plural wird einheitlich Probanden (Pbn.) benutzt.

In den einzelfallanalytischen Studien, in denen Therapieverläufe aufgezeigt werden, werden die Betroffenen Patient bzw. Patientin (einheitlich Pat.) mit dem dazugehörigen Artikel benannt. Für den Behandler wird einheitlich die weibliche Form (Therapeutin) gewählt.

In den Hinweisen für die Berater wird von „Klienten“ bzw. Klient oder Klientin gesprochen, da Berater keine Patienten behandeln dürfen und die Aufgaben des Beraters von denen eines Therapeuten klar abgegrenzt werden sollen.

Auch im 2. Teil dieser Arbeit, dem entwickelten Beratermanual, handelt es sich in dem Teil, der nur für Berater gedacht ist, um Klientinnen bzw. Klienten. In den Teilen des Manuals, die für die Traumabearbeitung gedacht sind bzw. Beispiele aus Psychotherapien gezeigt werden, wird entsprechend von Therapeut(in) und Patient(in) gesprochen.

Verzeichnis der Abkürzungen im Text:

Aktivierungssystem	ARAS
Analytischen Psychotherapie	AT
Beratermanual	BM
Cortico-Releasing-Factor	CRF
Corticotropin	ACTH
Erste Hilfe	EH
Impact of Event Scale	IES
Internationale Klassifikation psychischer Störungen	ICD 10
Integriertes Eye Movement Desentization and Reprocessing	iEMDR
Manual zu „Neue Wege aus dem Trauma“	MNW
Kölner-Opferhilfe-Modellprojekt	KOM-Projekt
Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung	KÖDOPS
Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie	MPTT
Positronen-Emissions-Tomographie	PET

Peritraumatic Dissociative Questionnaire	PDEQ
Posttraumatische Belastungsstörung analog zu PTSD	PTBS
Posttraumatic Stress Disorder	PTSD
Prinzip (1,...)	P (1,...)
Symptom-Checkliste 90 Items	SCL - 90
Standardinterventionen, Standardinterventionslinie	StInt
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	TP
Tipps	T
Übungen	Ü
versus= gegenüber	vs.
Zentrales Traumatisches Situationsthema	ZTST

1. WAHL UND BEGRÜNDUNG DER THEMENSTELLUNG

Im Bereich psychologischer und psychotherapeutischer Akutversorgung traumatisierter Patienten hat sich die Arbeit mit einer Selbsthilfebroschüre klinisch bewährt. Die Selbsthilfeschrift „Neue Wege aus dem Trauma – Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen“ (im folgenden NW) richtet sich unmittelbar an die Betroffenen von kritischen und potentiell traumatischen Lebensereignissen wie Unfälle, Katastrophen oder Gewalterfahrungen. Einige Betroffene können mit den psychoedukativen Hinweisen und den Übungen zur Stress- und Traumabewältigung der Broschüre allein die kritische Situation überwinden, in die sie durch die erschütternde Erfahrung geraten sind. Andere wenden sich nach oder während der Lektüre an psychologische Berater oder Therapeuten. Die vorliegende Arbeit hat sich das Ziel gesetzt, ein Manual zu entwickeln, das psychologische Berater und Therapeuten bei dieser weiterführenden Arbeit mit der Broschüre unterstützt.

Eine zweite Anwendungsform des „Berater-Manuals“ (im folgenden: BM), das in dieser Arbeit ebenfalls berücksichtigt wird, ist der Einsatz der Selbsthilfeschrift im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung von psychisch traumatisierten Patientinnen und Patienten. Methodologisch fällt die Arbeit mit dieser Zielsetzung in den Bereich der Entwicklung von psychotherapeutischen Methoden und Therapie- bzw. Beratungsinstrumenten und kann methodisch analog der „Entwicklung von Forschungsmethoden und –instrumenten“ aufgebaut werden, wie sie Fischer (2000b, S. 284) beschreibt. Da es sich im gegenwärtigen Stadium um eine explorative Studie handelt, kommt methodisch vor allem ein hypothesensuchendes und eher qualitativ ausgerichtetes Vorgehen in Frage mit dem Ziel, die vorhandenen klinischen Erfahrungen in der Arbeit mit NW zu sammeln und zu systematisieren. Anlaß für die Wahl des Dissertationsthemas war einerseits der Umstand, dass ein ergänzendes Berater-Manual zu NW in der klinischen Praxis dringend benötigt wird, andererseits die Tatsache, dass eine vergleichbare Kombination von relativ ausführlich gehaltenen Angeboten zur Selbsthilfe mit konkreten weiterführenden Hilfen für Berater und Therapeuten in der Literatur zur Traumatherapie bislang nicht zu finden ist, ebenso wenig, soweit ermittelt

werden konnte, in klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Literatur im allgemeinen.

Bezüglich Theoriebildung und Literatursauswahl erscheint es für diese Zielsetzung primär relevant, vergleichbare Ansätze und Beiträge aus verschiedenen therapeutischen Schulen zu berücksichtigen und in die Systematik des BM einzufügen. Berücksichtigt werden ebenso theoretische Konzepte und Modelle, die dem Aufbau von NW zugrunde liegen (* Positivliste* aus dem Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung, Fischer 2000b, im folgenden KÖDOPS). Außerhalb der unmittelbar praxisbezogenen Zielsetzung dieser Untersuchung liegt eine umfassende oder gar vollständige Wiedergabe von Modellen und Ansätzen der Psychotraumatologie oder traumabezogener Theoriebildung im allgemeinen. Von dieser (praktischen) Zielrichtung der Arbeit her werden theoretische Ansätze der klinischen Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie oder Psychosomatik nur insoweit berücksichtigt und wiedergegeben, als sie unmittelbar auf die praktische Zielsetzung der Manualentwicklung bezogen sind. Diese konkrete Zielsetzung leitet die Auswahl und Wiedergabe der Literatur (vgl. Fischer 2000b, 273).

2. METHODISCHES VORGEHEN UND ÜBERSICHT ÜBER DEN AUFBAU DER ARBEIT

Um die Erfahrungen aus der Arbeit mit NW für die Manualentwicklung berücksichtigen zu können, wurden zwei Fragebögen entwickelt, einer für die „Selbsthelfer“ und ein zweiter für die Therapeuten, worin sie jeweils ihre Erfahrungen im Umgang mit der Broschüre schildern. Der Fragebogen für die Selbsthelfer enthält geschlossene und offene Fragen, die im folgenden Abschnitt dargestellt und ausgewertet werden. Eine systematische Evaluation der Arbeit mit NW kann und soll im gegenwärtigen Stadium der Methodenentwicklung nicht geleistet werden. Sie wäre auch verfrüht, da ein Vorgehen im Sinne der systematischen Evaluation eines Therapieinstruments erst sinnvoll erscheint, wenn beide Instrumente, Selbsthilfebroschüre und Beratermanual, in systematisch abgestimmter Form vorliegen. Dann allerdings wäre dieser weitere Schritt in Betracht zu ziehen.

Als zweite Informationsquelle für die Entwicklung des BM werden Erfahrungen aus der praktisch-therapeutischen Arbeit mit NW herangezogen. Der Therapieverlauf wird hier überblickhaft in jenen Abschnitten wiedergegeben, die für die Ziele der Hypothesenfindung und Methodenentwicklung relevant sind. Ausserhalb dieser Zielsetzung liegen Beiträge zur systematischen Darstellung und Evaluation von Traumatherapien .

Nach einer Darstellung der Differentialdiagnostik und der differentiellen Indikation therapeutischer Maßnahmen mit der MPTT erfolgt im nächsten Kapitel (4) eine Abhandlung über die Neurophysiologie des Traumas.

In Kapitel 5 wird kurz das Konzept der „zielgruppenorientierten Opferhilfe“ dargestellt, soweit es für den Anwendungsbereich und die Grenzen der Selbsthilfebroschüre von Belang ist. Das Rahmenkonzept der MPTT, theroretischer Hintergrund der Selbsthilfebroschüre, wird in Kapitel 6 dann näher erläutert. Anschließend (Kapitel 7) folgt die Darstellung des Aufbaus und der Systematik von NW.

Kapitel 8 befasst sich mit der Darstellung der Befragungsergebnisse, der Schilderung der Erhebungsmethodik und der Eigenart der Stichprobe der Studie. In Kapitel 9 werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung zusammengefasst . Anschließend werden in Kapitel 11 die Therapeutische Arbeit mit NW und die hierbei angewandten Verfahren beschrieben (Kapitel 10). In Kapitel 12 wird dann die qualitative Auswertung nach dem hermeneutisch-dialektischen Verfahren der Bildung und Exklusion von Interpretationshypothesen vorgenommen, deren Ergebnisse in Kapitel 13 zusammengefasst dargestellt werden.

Daran (Kapitel 14) schliessen sich praktische Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen für die Berater /Therapeuten an, die ins Beratermanual eingehen. Die Befragungsergebnisse aus der Studie und die Beobachtungen aus den Einzelfallanalysen werden in Kapitel 15 zusammengefasst und in Kapitel 16 den Dimensionen und, soweit möglich, den Prinzipien der MPTT zugeordnet.

Die für den Aufbau des Manuals relevanten traumatherapeutischen Techniken werden in Kapitel 17 kurz dargestellt und rezepiert. Nach der Darstellung und Begründung für den Aufbau des Manuals (Kapitel 18) erfolgt dann die Konzeption des Beratermanuals (Kapitel 19). Aus technischen Gründen wird es in einem gesonderten Band vorgelegt. Nach der anschließenden Diskussion und einem Ausblick (Kapitel 20) endet die Arbeit mit einem Vorschlag auf den nächstfolgenden Schritt und einem hierfür entwickelten Fragebogen zur Erhebung eines Teils der dafür relevanten Daten (s. Anhang).

3 DIFFERENTIALDIAGNOSTIK UND DIFFERENTIELLE INDIKATION THERAPEUTISCHER MASSNAHMEN

Generell ist die Behandlung nach dem MPTT-Manual für Störungen des „Traumaspektrums“ indiziert. Zentral für die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) (ICD 10, F 43.1), ferner für akute Belastungsstörung und Anpassungsstörung (ICD 10, F 43.2), in den MPTT-Varianten C) und D) für Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD 10, F 62.0). Die Hochrisikogruppe finden sich diagnostisch eher im Bereich der PTSD, die Gruppe der Wechsler und die der Selbstheiler eher in einer akuten Belastungsstörung wieder. Grundsätzlich ist eine präzise diagnostische Abklärung notwendig. Allerdings ist dies in der Akutphase nicht immer möglich, weil sich hier die verschiedenen Symptome überschneiden, wie aus den ICD-Kriterien ersichtlich wird.

Die entsprechenden Diagnostischen Leitlinien der oben genannten Störungen sind in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD10) wie folgt beschrieben und können zur Differentialdiagnostik herangezogen werden:

3.1 Akute Belastungsstörung, F 43.0

„Es muss ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vorliegen. Die Reaktion beginnt innerhalb weniger Minuten, wenn nicht sofort.

(1.) Es tritt ein gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild auf; nach dem anfänglichen Zustand von >Betäubung< werden Depressionen, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend.

(2.) Die Symptome sind rasch rückläufig, längstens innerhalb von wenigen Stunden, wenn eine Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist. In den Fällen, in denen die Belastung weiter besteht, oder in denen sie naturgemäß nicht reversibel ist, beginnen die Symptome in der Regel nach 24-

48 Stunden abzuklingen und sind gewöhnlich nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden.

Diese Diagnose soll nicht zur Beschreibung einer plötzlichen Verschlechterung der Symptomatik von bereits bestehenden Symptomen verwendet werden, welche die Kriterien anderer psychiatrischer Störungen erfüllt, außer solche aus dem Kapitel F60 (Persönlichkeitsstörungen). Eine Vorgeschichte mit früheren psychiatrischen Erkrankungen spricht jedoch nicht gegen diese Diagnose“(ICD10).

3.2 Posttraumatische Belastungsstörungen, F43.1

„Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten sind. Eine >wahrscheinliche< Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte, unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlich emotionaler Zug (Gefühlsabstumpfung), Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sind häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnormale Verhalten tragen sämtlich zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung. Späte chronifizierte Folgen von extremer Belastung, das heißt solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren“(ICD 10).

3.3 Anpassungsstörungen, F43.2

„Hier handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und

während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit auftreten. Die Belastung kann die Unversehrtheit des sozialen Netzes betroffen haben (bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnis), das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder sozialer Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Die Belastung kann dabei nur den einzelnen oder auch seine Gruppe oder Gemeinde betreffen.

Diagnostische Leitlinie

Die Diagnose hängt ab von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen:

- (1.) Art, Inhalt und Schwere der Symptome
- (2.) Anamnese und Persönlichkeit und
- (3.) belastendem Ereignis, Situation oder Lebenskrise.

Das Vorhandensein des 3. Kriteriums soll eindeutig nachgewiesen sein, und es müssen überzeugende wenn auch vielleicht nur vermutete Gründe dafür sprechen, dass die Störung ohne Belastung nicht aufgetreten wäre. War die Belastung relativ gering, oder kann eine zeitliche Abhängigkeit (weniger als 3 Monate) nicht nachgewiesen werden, ist die Störung entsprechend dem vorhandenen Merkmal an anderer Stelle zu klassifizieren“(ICD 10).

3.4 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, F62.0

„Die Persönlichkeitsänderung muss andauernd sein und sich in unflexiblem und unangepasstem Verhalten äußern, das zur Beeinträchtigung in den zwischenmenschlichen, sozialen und beruflichen Beziehungen führt. Die Persönlichkeitsänderung sollte fremdanamnestisch bestätigt werden.

Zur Diagnosenstellung müssen folgende, bei dem Betroffenen zuvor nicht beobachtbare Merkmale vorliegen:

1. Eine feindliche, misstrauische Haltung der Welt gegenüber
2. Sozialer Rückzug
3. Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit

4. Ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem bedroht- sein
5. Entfremdung

Die Persönlichkeitsänderung muss mindestens 2 Jahre bestehen und nicht auf einer vorher bestehende Persönlichkeitsstörung oder einer anderen psychischen Störung außer einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) zurückzuführen sein. Eine schwere Schädigung oder Krankheit des Gehirns die klinische Bilder verursachen können, muss ausgeschlossen werden.“ (aus ICD 10).

4. NEUROPHYSIOLOGIE DES TRAUMATISCHEN GESCHEHENS

Eine Traumatisierung hat neben der psychischen eine physiologische sowie eine neurophysiologische Komponente. Da es in beiden Bereichen bei der Ausbildung eines PTBS zu dauerhaften Störungen kommen kann, ist es von besonderer Bedeutung, ein Trauma frühst möglich zu erkennen und entsprechend zu intervenieren.

In der akuten Phase der Traumatisierung kommt es zu einer Überflutung von Botenstoffen im zentralen und peripheren Nervensystem. Dies führt zu einer Bereitstellungsreaktion auf eine mit Gefahr assoziierte Situation. Hierzu gehören Flucht- und Kampfhandlungen sowie der aus dem Tierreich hinreichend bekannte Totstellreflex. Katecholamine, Kortikoide und Opiate spielen hierbei eine besondere Rolle.

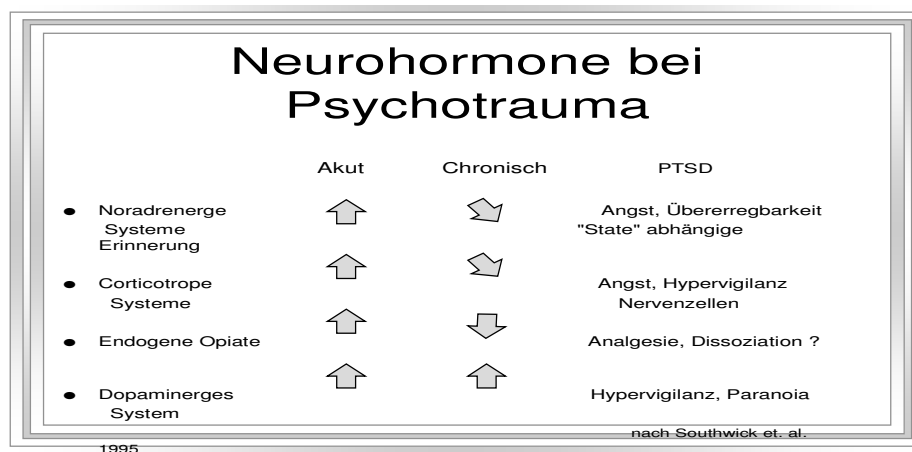


Abbildung 1: Neurohormone bei Psychotrauma (nach Southwick et al., 1997, S.755)

4.1 Trauma und Informationsverarbeitung

Die traumatische Situation führt nach van der Kolk et al. (1996) zu einer Blockade in der Informationsverarbeitung (=unterbrochene Handlung). Durch diese wird ein neuromuskuläres und kognitives Aktivationsmuster eingefroren. Diese physiologischen Muster werden in Nachhallerinnerungen reaktiviert. Im traumatischen Prozess führt dies zu einer andauernden Fehlregulation von Botenstoffen des zentralen und peripheren Nervensystems durch die Aktivierung des katecholaminerge - kortikotrope und Opiatsystem. Durch diese Prozesse sollen akute und chronische Veränderungen im Bereich der Informationsverarbeitung und des Gedächtnisses stattfinden. Durch eine

Überstimulation des limbischen Systems, bedingt durch die traumatische Situation, ist die Filterfunktion nicht mehr sicher gestellt. Hierdurch entstehen Wahrnehmungsverzerrungen und kognitive Störungen, welche die Selbstheilung gefährden. Das traumatische Ereignis wird über Sinnesmodalitäten wahrgenommen. In thalamischen Schaltzentren wird die sensorische Information gebündelt. Über einen subkortikalen Neuronenkreis erfolgt im corpus amygdalloideum (Mandelkernregion) die affektive Bedeutungszuteilung. Der Kreis über den sensorischen Kortex zum Frontalhirn ermöglicht über eine Verknüpfung mit dem limbischen System die Situationsbewertung unter Einbeziehung höherer kortikaler Funktionen. Der Mandelkern ist mit der Hyppokampusregion verschaltet, die eine Zuordnung von Sinneseindrücken zu Zeit und Raum ermöglicht.

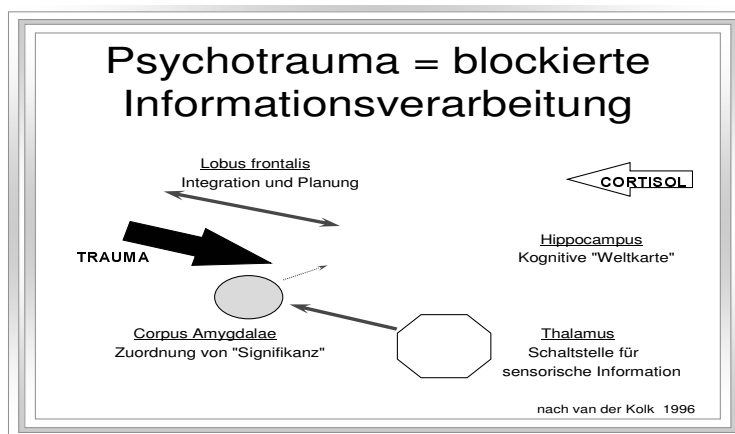


Abbildung 2 : Blockierte Informationsverarbeitung bei Psychotrauma (nach Bering et al.,2001,S.51)

Mandelkern und Hyppocampusregion repräsentieren – vereinfacht dargestellt – zwei unterschiedliche Gedächtnissysteme.

4.2 Trauma und Gedächtnis

Hierbei handelt es sich um das explizite Gedächtnis (Hippocampusformation), welches ankommende Reize räumlich, zeitlich und kausal erfasst und ordnet, und das implizite Gedächtnis (corpus amygdaloideum), das Reize entsprechend ihrer emotionalen Wichtigkeit als emotionale Sinneseindrücke speichert (als

Geräusche, Bilder, Gerüche, Körperempfindungen). Die massive Ausschüttung von Neurohormonen in traumatischen Situationen führt wahrscheinlich zu einer Fehlfunktion der Hippocampusformation. Sinneseindrücke werden nicht mehr kategorial erfasst und geordnet, sondern als zusammenhanglose Sinneseindrücke erfahren. Sie werden nicht hippocampal in das Gedächtnis eingespeist, sondern im impliziten Gedächtnis fragmentiert. Zudem wird in der traumatischen Situation die Stressachse aktiviert, die weitreichende physiologische Auswirkungen nach sich zieht.

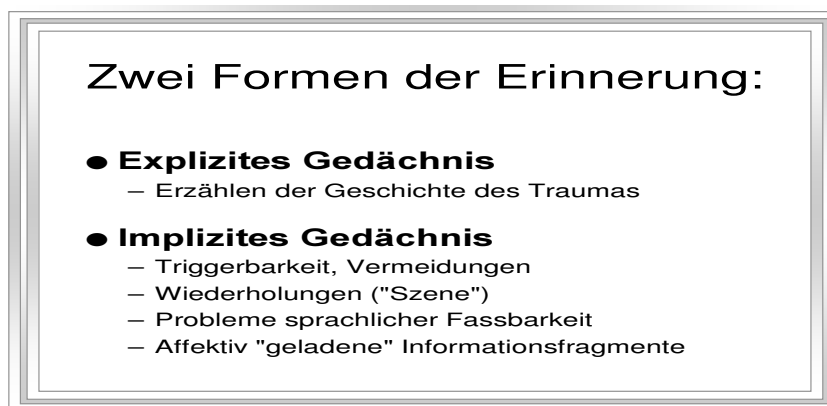


Abbildung 3 : Implizite und explizite Gedächtnisstruktur (nach Bering et al.,2001,S.52)

4.3 Die „Stressachse in der traumatischen Situation

In der Stressforschung wird der noradrenerge Bewegungsturm für Orientierungsvorgänge, selektive Aufmerksamkeitsvorgänge, Hypervigilanz und für autonomes Arousal verantwortlich gemacht. Durch die Aktivierung des adrenergen Systems kommt es auf der Ebene des zentralen und peripheren Nervensystems zu erheblichen Auswirkungen.

Zentralnervös kommt es zur Aktivierung des Locus coeruleus, der die Ausschüttung von Noradrenalin über verschiedene Hirnregionen verursacht. Hierdurch werden Orientierungs- und Schreckreaktionen ausgelöst, welche im aufsteigenden retikulären Aktivierungssystem (ARAS) eingebettet sind. Durch die exzessive Freisetzung von Noradrenalin durch den Locus coeruleus wird wahrscheinlich die Aktivierung der Mandelkernregion verstärkt (Ehlert et

al.,1999) Diese steht mit Kerngebieten im Hirnstamm in Verbindung, was eine Aktivierung der Nebennierenrinde zur Folge hat.

Die Freisetzung von Katecholaminen führt u.a. zu einem erhöhten Herzschlag und Blutdruck, was die Glukoseaufnahme in die Zelle fördert. So entsteht eine Bereitstellungsreaktion, die den Befreffenden in die Lage versetzt, den Erfordernissen von Kampf und Flucht gerecht zu werden.

Diese Reaktion führt nach dem Stresskonzept zu vermehrter Freisetzung von Cortico-Releasing-Factor (CRF) aus dem Thalamus. Hierdurch wird Corticotropin (ACTH) aus der Hypophyse freigesetzt.

ACTH fördert die Ausschüttung von Kortisol aus der Nebennierenrinde. Die erhöhte Freisetzung von Katecholaminen führt zusätzlich zur erhöhten Freisetzung von ACTH, so dass in einer Stresssituation CRF und Katecholamine in der Freisetzung von Kortisol synergistisch wirken.

Auf peripherer Ebene erhöht Cortisol die Glucosekonzentration im Blut. Es aktiviert so das Herz-Kreislauf-System. Auf zentralnervöser Ebene führt die erhöhte Ausschüttung von Kortikoiden vermutlich zu Veränderungen der neuronalen Netzwerkstruktur, die mit Gedächtnisstörungen (z.B. dauerhafte Schädigungen der Nervenzellen im Hippocampusbereich [Mc Ewen & Magarinos,1997]) in Verbindung gebracht wird.

Diesen Ausführungen entsprechend muss Psychotraumatologie im neurobiologischen Gesamtkontext gesehen werden. Speziell die Informationsverarbeitung muss besonderen Bedingungen gerecht werden. Im Zustand höchster affektiver Erregung werden Zustandsbilder gespeichert, die assoziativ mit akustischen, olfaktorischen, kinästhetischen oder visuellen Eindrücken verbunden sind. Traumatische Gedächtnismuster sind an die Physiologie des entsprechenden Erregungszustandes gebunden. So entsteht eine neuro-kognitive Repräsentanz des Traumaschemas, das physiologisch verankert ist.

Ein Beispiel hierfür sind intrusive Erinnerungsbilder, die oft über Jahre bis Jahrzehnte hinweg die gleichen Szenen wiederholen. Die implizite

Erinnerungsform bleibt bei vielen Betroffenen unverändert und der Zugang zur expliziten Erinnerung bleibt ihr versperrt. Erinnerungen treten in der sensorisch-fragmentierten Form auf, in der sie abgespeichert wurden (zustandspezifisches Gedächtnismuster). Bei jeder Aktivierung des traumaspezifischen physiologischen Erregungsmusters durch innere oder äußere traumarelevante Stimuli tritt die Erinnerung unwillkürlich in Form von Flash-backs wieder auf.

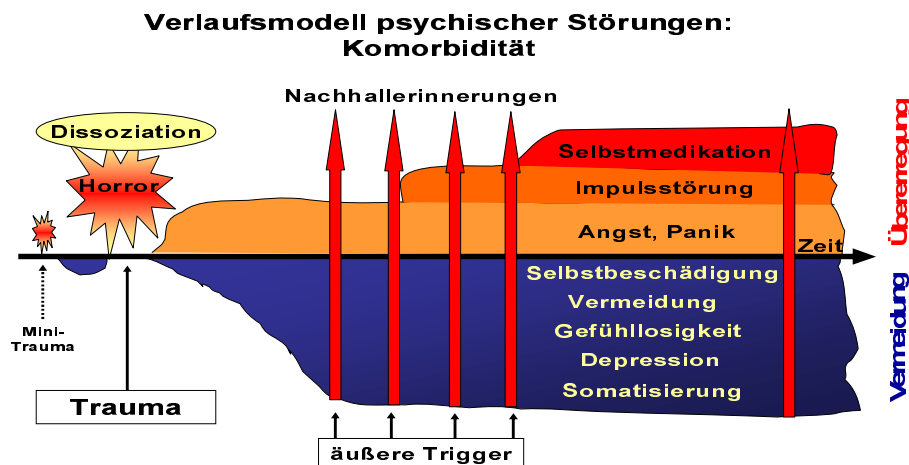


Abbildung 4 : Verlaufsmodell psychischer Störungen: Komorbidität (Bering et al, 2001,S.135)

Viele Pat. erleben parallel hierzu panische Angst, vor allem dann, wenn aufgrund dissoziativer Phänomene die Erinnerungsfragmente mit dem traumatischen Vorfall nicht in Verbindung gebracht werden können. Nach Burgess & Wood (1990) wird diese Unfähigkeit mit einem „Supervisory Attention System“ in Verbindung gebracht. So ist während der Intrusionen eine frontale Dysfunktion festzustellen. Auch die Botenstoffe der Katecholamine, Opiate und Kortikoide sind chronisch dysreguliert. In verschiedenen Untersuchungen fanden sich bei PTBS-Patienten deutlich höhere Noradrenalinspiegel im Urin als in der gesunden Kontrollgruppe (Ehlert et al.,1999; De Bellis et al.,1997). Diese Dysregulation führt auf Dauer zu einem relativen Hypocortisolismus. Neuere Verfahren wie das PET (Positronen-Emissions-Tomographie) verweisen auf ein atypisches Zusammenwirken der beiden Hemisphären beim Flashback, welches in folgenden Graphiken dargestellt wird.

Hirndurchblutung im PET

- Im Flashback ist das Gehirn fast nur **rechts** aktiviert
- Cortex und Limbisches System **rechts** sind aktiv
- Das Brocca-Areal (**links**) ist unterdrückt

Abbildung 5: Hirndurchblutung im PET I (modifiziert nach Bering et al, 2001,S.57)

Hirndurchblutung im PET II

- Emotional geladene Informationen sind überwiegend in sensorischen Rindenarealen und im Limbischen System der **rechten** Hirnhälfte fixiert
- Die überwiegend analytische (**linke**) Hirnhälfte scheint gleichzeitig unterdrückt

Traumatische Erinnerung:
Viele sensorische Eindrücke und Gefühle bei
gleichzeitiger "Sprachlosigkeit"

Abbildung 6: Hirndurchblutung im PET II (modifiziert nach Bering et al, 2001,S.57)

5. DAS KONZEPT DER „ZIELGRUPPENORIENTIERTEN OPFERHILFE“ (ZGO): ANWENDUNGSBEREICH UND GRENZEN DER SELBSTHILFEBROSCHÜRE

Wie weiter oben schon dargestellt, ist Trauma nicht gleich Trauma . Zudem gilt es mit Hilfe geeigneter Diagnostik den Traumaverlaufsprozess beim Patienten vorab prognostisch einzuschätzen. Das Konzept der „zielgruppenorientierten Opferhilfe“ ist entstanden im Rahmen des KOM-Projektes (Kölner-Opferhilfe-Modellprojekt) und zielt darauf ab, auf der Grundlage der erfassten subjektiven Risikofaktoren (Welchen individuellen Belastungsgrad haben die Situationsfaktoren in ihrer Gesamtheit?) sowie vorhandener protektiver Faktoren der verschiedenen Zielgruppen eine Einschätzung zu geben, zu welcher Risikogruppe der Betroffene wahrscheinlich zugehörig sein wird und wann welche Interventionen in einer bestimmten Zielgruppe erfolgversprechend sein werden. Hierzu wurde im Rahmen des KOM-Projektes der Kölner-Risiko Index (KRI) (Fischer & Riedesser, 1998) entwickelt, der zielgruppenorientiert eingesetzt werden kann. Folgende Abbildung zeigt einen Überblick über die Prädiktoren von PTBS, die in verschiedenen Gruppen von Traumaopfern analysiert wurden:

Überblick über die Prädiktoren von PTBS, die in verschiedenen Gruppen von Traumaopfern analysiert wurden		
Prätraumatische Risikofaktoren	Traumaspesifische / peritraumatische Risikofaktoren	Psychotraumatische Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Vorbelastungen/ Traumaerfahrungen • Vorausgehende emotionale Probleme • Unzufriedenheit im Beruf • Persönlichkeitsmerkmale 	<ul style="list-style-type: none"> • peritraumatische Dissoziation • Schwere des Traumas • erlebte Todesangst 	<ul style="list-style-type: none"> • akut hohe Werte auf der Impact-of-Event-Skala • frühe PTBS-Symptome • ASD-Diagnose • Dissoziation • Depression • Angst • Wiedererleben des Traumas • gesteigerte Erregung • nachfolgende belastende Erfahrungen

Abbildung 7: Überblick über die Prädiktoren von PTBS (nach Bering et al, 2001,S.213))

5.1 Risikoeinschätzung nach belastenden Ereignissen

Bei der Risikoeinschätzung der Klienten für PTBS werden folgende Gruppen unterschieden:

1. Die Hochrisikogruppe für psychotraumatische Langzeitfolgen ab einem Skalenwert im KRI von 6,5.

Die Gruppe von Betroffenen, die durch das Trauma ein hohes Risiko einer chronifizierten Belastungsstörung hat.

2. Die sog. „Wechselgruppe“ ab einem Wert von etwa 3,8.

Die Gruppe der Traumatisierten, die das Trauma wie die „Selbsterholer“ im natürlichen Prozess bewältigen, wenn keine weiteren „Störfaktoren“ (z.B. negative Konsequenzen durch den Arbeitgeber, familiäre Belastung etc.) postexpositorisch hinzu kommen. Beim Auftreten solcher Störfaktoren „kippt“ diese Gruppe zur „Risikogruppe“ hin.

3. Die „Selbsteilergruppe“ mit einem Skalenwert unter 3,8.

Hierunter versteht man die Gruppe von Traumaopfern, die mit dem natürlichen Verlauf des Verarbeitungsprozesses, mit eigenen Ressourcen und Potentialen, sowie mit der Zeit das Trauma ohne bleibende Beeinträchtigung verarbeiten.

Ziele spezifischer zielgruppenorientierter Intervention sind zum einen die Prävention von Traumen und zum anderen die Unterstützung des natürlichen Selbstheilungsprozesses bei vorhandener Traumatisierung sowie die Behandlung dergleichen.

Hierbei unterscheidet sich das Vorgehen je nach Zielgruppe.

So wurde beispielsweise speziell für die Bundeswehr folgende Vorgehensweise zur Prävention und Unterstützung des natürlichen Traumaverlaufs vorgeschlagen (Bering et al, 2001) :

- Peer - Unterstützung nach belastendem Erlebnis
- Stabilisierung und Wiederherstellung des Sicherheitsgefühls
- Risikoeinschätzung für Traumatisierung (mit dem KRI, s.o.)
- Zielgruppenorientierte Interventionen nach Risikoabschätzung: Unterstützung der Selbsthilfe, Informationen über Trauma, zielgruppenorientiertes Debriefing, Aufklärung über Risikofaktoren des sozialen Umfeldes nach dem Trauma.

Zur Behandlung von Psychotraumen wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

- Risikoeinschätzung (KRI)
- Vermittlung an Fachtherapeuten
- Weiterführende Diagnostik durch Fachtherapeuten
- Unterstützung der Selbsthilfe: Selbsthilfebroschüre „Neue Wege aus dem Trauma“
- Traumaakuttherapie
- Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie
- Integriertes Eye Movement Desentization and Reprocessing (iEMDR)
- Wissenschaftliche Begleitforschung

NW ist als reine Selbsthilfebroschüre indiziert für die Gruppe der Selbsterholer und auch für die Wechslergruppe. Von der Hochrisikogruppe wird erwartet, dass sie ebenfalls von der Arbeit mit der Selbsthilfebroschüre profitiert, vor allem von den psychoedukativen Elementen, zusätzlich jedoch therapeutische Hilfe benötigt. Diese Gruppe wird vor allem in Kapitel 11 berücksichtigt.

Die folgende Abbildung ermöglicht einen Überblick zur zielgruppenorientierten Intervention:

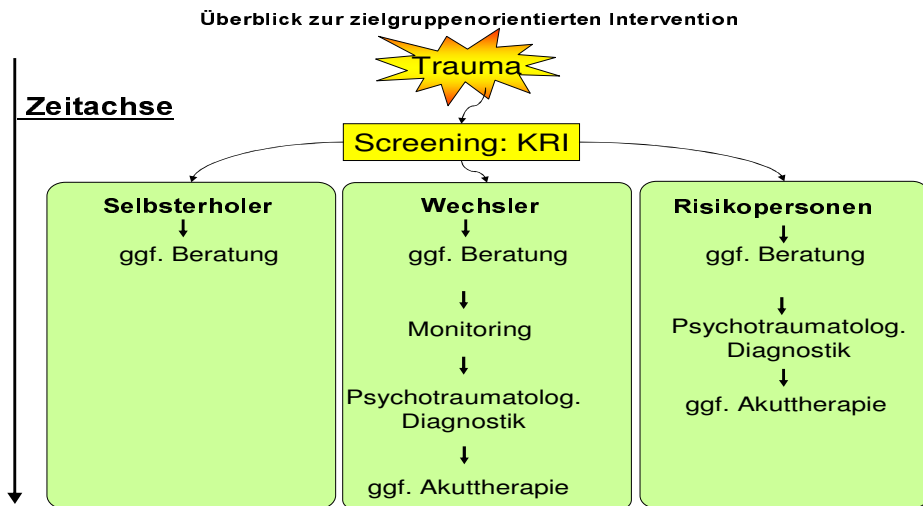


Abbildung 8 : Überblick zur zielgruppenorientierten Intervention (Bering et al, 2001,S.200)

6. DAS RAHMENKONZEPT DER MEHRDIMENSIONALEN PSYCHODYNAMISCHEN TRAUMATHERAPIE (MPTT) ; EIN PSYCHODYNAMISCH – BEHAVIORALER ANSATZ

Die Selbsthilfebroschüre NW ist nach den Grundlagen und Prinzipien der MPTT konzipiert. Diese werden daher im folgenden dargestellt. Nach einem Überblick über Methodik und Indikation der MPTT wird anschließend das therapeutische Vorgehen näher ausgeführt, soweit es für die Arbeit der Selbsthilfebroschüre und den Aufbau des Manuals von Bedeutung ist.

6.1 Methodik und Indikation der MPTT

6.1.1 Aufbau der MPTT

Die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT, Fischer 2000a) stellt eine traumaadaptierte und manualisierte Version der tiefenpsychologisch fundierten (TP) und Analytischen Psychotherapie (AT) dar. Sie entspricht dem Typus der Fokalthherapie im Sinne der psychodynamischen Tradition dieses Begriffs und fokussiert auf die individuelle Erfahrung einer traumatischen Situation. Psychoedukative Anteile sowie Übungselemente sind in psychodynamische Prinzipien der Beziehungsgestaltung und Therapieführung eingebunden. Die manualisierte Fassung enthält eine Planungsmatrix. Danach variiert das psychotherapeutische Vorgehen innerhalb von 4 Dimensionen, die sich bei Traumapatienten als zielführend erwiesen haben:

Dimension 1: Stand des „natürlichen Verlaufsprozesses“:

In dieser Dimension wird berücksichtigt, wie lange die traumatische Erfahrung zurückliegt, also ob es sich um einen akuten oder mittel- bzw. längerfristigen Verlaufsprozess (akut vs. chronisch) handelt. Weiter wird das Augenmerk auf die Art und den Verlauf der Symptomatik gelegt und darauf, welche Abwehr- bzw. Copingstrategien bei dem Betroffenen zu beobachten sind.

Dimension 2: Situationsdimension:

Hier wird danach gefragt, welcher Typ von traumatischer Situation erlebt wurde. (z.B. punktuell vs. chronisch, mono- vs. polytraumatisch, „natural disaster“ (Naturkatastrophe, Unfälle“) vs. „men-made-disaster“ (Gewaltverbrechen, Verfolgung)). Entsprechend erfolgt die Bestimmung der spezifischen Situationsdynamik, wie beispielsweise negative Intimität (z.B. bei Vergewaltigung), Viktimisierung, Übererregung, Todesnähe, „bereavement“, Stigmatisierung, Verrat oder Ohnmacht. Zudem wird überprüft, welchen Belastungsgrad die Situationsfaktoren in ihrer Gesamtheit haben (operationalisiert nach dem Kölner Risikoindex, KRI, Fischer & Riedesser, 1998).

Dimension 3: Persönlichkeit und soziales Umfeld:

Der persönlichkeitsstypische Kontrollstil, die Psychodynamik der traumatischen Erfahrung sowie die Ressourcen der Persönlichkeit und des sozialen Umfeldes werden in dieser Dimension berücksichtigt.

Dimension 4: Therapieverlauf:

Therapieverlauf meint hier die Phasen der Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration der traumatischen Erfahrung in die Persönlichkeit sowie der Reintegration der Persönlichkeit in ihr soziales Umfeld.

6.1.2 Prinzipien der Therapieführung

In Therapieplanung und -führung der MPTT werden die 4 Dimensionen wie ein vierfach in sich gestaffeltes Koordinatensystem verwendet. Die ideale Therapieführung liegt vor, wenn alle Dimensionen zu einem bestimmten Zeitpunkt optimal berücksichtigt sind. Diese „Feinabstimmung“ wird im Manual unterstützt durch 20 Prinzipien der Therapieführung bzw. standardisierte Interventionslinien für typische Konstellationen, die sich innerhalb und zwischen den 4 Dimensionen ergeben. Zu Beginn der Therapie wird eine „basale Interventionslinie“ verbalisiert, in welche Trainingselemente behavioraler,

imaginativer oder kognitiver Art einbezogen werden. Grundsätzlich kann diese basale Interventionslinie in der MPTT auch ohne Übungselemente, also gesprächsweise, mit empathischen, strukturierenden, klarifizierenden und traumabearbeitenden Interventionen umgesetzt werden.

Neben allgemeinen Prinzipien der TP/AP, die für die Psychotherapie psychotraumatisch belasteter Patienten adaptiert wurden, sind im Manual die traumatherapeutischen Konzepte von Mardi Horowitz (1976) und Jacob Lindy (1993) berücksichtigt worden. Zur Wirksamkeit insbesondere des Horowitz-Konzepts liegt eine empirische Studie vor, die mit den Evaluationsdaten zur MPTT (s.u.) weitgehend übereinstimmt (Brom et al. 1989; van Etten & Taylor 1998).

Generell ist die Behandlung nach dem MPTT-Manual für Störungen des „Traumaspektrums“ indiziert (S.13), zentral für die posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1), ferner für die akute Belastungsstörung und Anpassungsstörung (F 43.2), in den MPTT-Varianten C) und D) für Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0). Weiter eignet sich MPTT für die Therapie von Angststörungen, von Depressionen und dissoziativen Störungen, sofern eine zurückliegende Traumatisierung den ausschlaggebenden ätiopathogenetischen Faktor bildet. Bei diesem Indikationskriterium wurden inzwischen auch Leitlinien für die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Prinzipien der MPTT entwickelt (Multhaupt 2002).

6.1.2.1 Indikationen für die Standardversion und die Varianten der MPTT
Der Indikation für die Standardversion und die Varianten der MPTT liegen die folgenden Leitlinien zugrunde:

Standardversion. Hier liegt die traumatische Erfahrung nicht länger als ein halbes bis dreiviertel Jahr zurück. Ein Auswahlkriterium ist der individuelle Wert im Kölner Risikoindex (KRI, Fischer & Riedesser 1998, S. 301;) Dieses prognostische Instrument erlaubt es, Traumabetroffene folgenden drei

Risikogruppen psychotraumatischer Langzeitfolgen zuzuordnen.

1. Der „Hochrisikogruppe“ für psychotraumatische Langzeitfolgen ab einem Skalenwert von 6,5.
2. Der „Wechselgruppe“ ab etwa 3, 8.
3. Unterhalb 3,8 zur sog. „Selbsteilergruppe“.

Die „Wechselgruppe“ kann bei einer günstigen Konstellation in MPTT-Dimension 3, vor allem bei günstiger sozialer Unterstützung, zu den „Selbsteilern“ gerechnet werden, bei ungünstigen Bedingungen wandert sie zur Hochrisikogruppe ab.

Gruppe 2 benötigt in der Regel MPTT-Krisenintervention sowie die MPTT-Modifikation „Akutberatung“ mit durchschnittlich 5 Sitzungen bei „stabilisierenden“ Interventionstechniken. Für die Hochrisikogruppe sind durchschnittlich 10 Sitzungen (bis zu 25) MPTT-Akuttherapie nach der MPTT-Standardversion indiziert. Die Intervention bei den Gruppen 2 und 3 kann erfolgreich unterstützt werden durch die Selbsthilfebroschüre „Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen – neue Wege aus dem Trauma“ (Angenendt & Fischer, 2001).

MPTT-Varianten A) und B). Indikation ist eine belastende Erfahrung von traumatischem Ausmaß im Erwachsenenalter, die mindestens ein dreiviertel Jahr bis ein halbes Jahr zurückliegt. Ergebnisse der psychobiologischen Traumaforschung sprechen dafür, dass nach dieser Zeit eine Verfestigung der betroffenen physiologischen Regelkreise zu erwarten ist. Die durchschnittlich zu erwartende Therapiedauer mit den MPTT-Varianten A) und B) entspricht 30 Sitzungen. Variante A) ist bei überwiegend „vertikalen Kontrolloperationen“ indiziert, Variante B) bei „horizontalen Kontrolloperationen“, mit dem Vorherrschen dissoziativer Formen der „psychotraumatischen Abwehr“ (Fischer & Riedesser 1998).

Varianten C und D). *Diese Varianten sind geeignet bei* mehrjährig bestehenden traumatischen Prozessen, die in der Regel seit Kindheit, Adoleszenz oder frühem Erwachsenenalter bestehen. Hier kann sich um den Kern der traumatischen Erfahrung herum die Persönlichkeitsstruktur so verändern, dass wir das nosologische Erscheinungsbild einer Persönlichkeitsstörung vor Augen haben (z.B. ängstlich-vermeidend bei Vorherrschen des Verleugnungs-/Vermeidungsflügels der PTBS). Generell scheinen traumatische Prozesse folgenden typischen Verlaufsmustern zu folgen:

- (1.) Leistungskompensatorischer Verlaufstyp
- (2.) PTBS-Angst- und Vermeidungstyp mit vorwiegender Angst-/und Vermeidungssymptomatik, evtl. in Verbindung mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung
- (3.) Dissoziationstyp mit Überwiegend dissoziativer Symptomatik
- (4.) Verdrängungstyp mit somatischen Angstäquivalenten
- (5.) Suchtkompensatorischer Typus mit Neigung zur „Selbstmedikation“ durch Substanzenmissbrauch
- (6.) Chronisches PTBS mit fortdauernden offenen Intrusionen
- (7.) „Cholerischer“ Verlaufstyp mit habituellen Ausbrüchen von Wut und Ärger
- (8.) Dissozialer Verlaufstyp mit Opfer-Täter-Rollenumkehr

Die 5 ersten Verlaufstypen konnten in der 1-Jahres-Inanspruchnahme-Population einer *psychosomatischen* Klinik nachgewiesen werden, wobei das traumatisch am stärksten belastete Drittel aus der Gesamtpopulation „herausgefiltert“ und nach einer qualitativen Taxonomie untergliedert wurde (Nathan & Fischer 2001). Die Verlaufstypen 7) und 8) dagegen finden sich klinisch überwiegend in *psychiatrischen* Einrichtungen, allerdings unter verschiedenen Diagnosen wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder psychotischen Diagnosen, Verlaufstyp 8) überwiegend in *forensischen* Einrichtungen. Nach jahre- bzw. jahrzehntelanger erfolgreicher Kompensation enden viele Langzeitverläufe in einem überwiegend depressiven Zustandsbild,

wenn nämlich die Kompensationsbemühung in einem chronischen Erschöpfungszustand endet.

Die MPTT-Varianten basieren in ihrem Kern auf der MPTT-Standardversion. Bei den Varianten A bis D handelt es sich um eine „multifokale“ (Thomä & Kächele 1985), sequentielle Anwendung der Standardversion. So gelten die Prinzipien der Standardversion gleichermaßen für alle MPTT-Varianten. 8 der insgesamt 20 Prinzipien und Interventionen leiten den Einsatz der Standardversionen innerhalb der Langzeitvarianten an.

Zu Beginn der MPTT-Behandlung wird eine ausführliche psychodiagnostische Untersuchung, fokussiert auf die Psychodynamik des Traumas, durchgeführt (für eine Anleitung an Fallbeispielen siehe Fischer & Nathan 2002). Ferner liegen Leitlinien vor zur begleitenden Medikation der MPTT mit Psychopharmaka (Bering et al. 2002).

6.1.3 Therapeutische Prinzipien der MPTT

Im folgenden sollen die dem Manual zugrunde liegenden Prinzipien kurz beschrieben werden.

Prinzip 1 (P1): Anschluß an den natürlichen Traumaverlauf

Wie in Abschnitt 6.1.2 erwähnt, geht jeder MPTT-Behandlung eine ausführliche psychodiagnostische Untersuchung voraus, in der die wichtigsten Daten zur Erstellung eines Behandlungsplans (Informationen zu den 4 Dimensionen, s.o.) erhoben werden können. So ist es möglich, an den natürlichen Traumaverlauf anzuschließen (P1) und Hindernissen der natürlichen Vollendungstendenz des Traumas entgegenzuwirken. Folgende Abbildung zeigt modellhaft den Verlauf einer psychischen Traumatisierung.

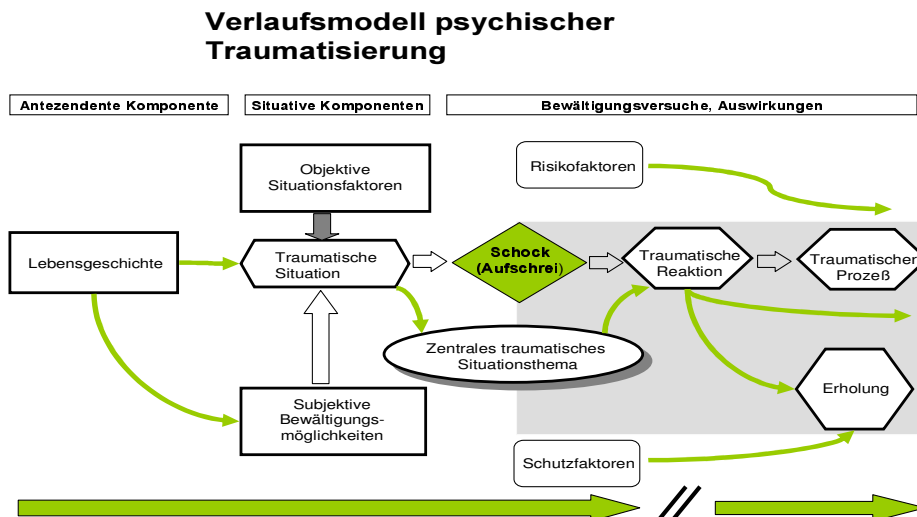


Abbildung 9 : Verlaufsmodell einer psychischen Traumatisierung (Fischer et al, 2001,S.37)

Die Standardinterventionen (StInt) 1, 2 und 3 der MPTT eignen sich in dieser Anfangsphase, um traumatische Erlebnismuster zu strukturieren und das traumakompensatorische Schema zu stärken (Dialektische Strategie1, MPTT, S33). An den natürlichen Traumaprozeß anzuschließen heißt gleichzeitig, sich als Therapeut an das Beziehungsangebot des Pat. zu assimilieren. Gleichzeitig sollte eine optimale Differenz zur traumatischen Beziehung aufgebaut werden, um die im Traumaschema begründete Aufspaltung der entsprechenden Polaritäten dialektisch aufzuheben (StInt4).

Prinzip 2(P2): Fokus der Therapie

Die Therapie fokussiert auf die (nächst zurückliegende) traumatische Situation und Erfahrung. Dies bedeutet allerdings nicht, dass das Gespräch über die traumatische Erfahrung ständig thematisiert werden sollte. Der Pat. sollte die Initiative überlassen werden, ob und wann sie Aspekte des Traumas berichten möchte. Die Aufmerksamkeit des Therapeuten ist darauf gerichtet, im gegenwärtigen Erleben und Verhalten der Pat. Spuren des Traumas zu erkennen .

Prinzip 3 (P3): Situationsanalyse als Bestandteil der MPTT

Nach einer ersten Unterscheidung zwischen Typ I und Typ II Trauma (hier ist mit einem länger dauernden Prozess zu rechnen) können die von Ochberg (1988) vorgeschlagenen 5 Situationsparadigmen als weitere Leitlinie dienen. Ochberg nennt als spezifische Situationsfaktoren „negative Intimität“ (z.B. nach Geiselnahme oder Vergewaltigung), Beraubung (bereavement), Victimisierung, Angst und Erregung (automatic arousal) und Todesnähe (death imagery). Bereavement tritt auf beim Verlust einer nahe stehenden Person, Victimisierung nach z.B. einem Überfall. Das Opfer fühlt sich erniedrigt, beleidigt und als Verlierer. Angst und Erregung entsprechen am ehesten der physiologischen Komponente der Traumareaktion und wird durch konditionierte, situative Reize ausgelöst, die an das Trauma erinnern. Personen, die der Todesnähe ausgesetzt sind und Todesängste verspüren, leben oft später in der Erwartung, dass der Tod jederzeit bevorstehen kann. Ein weiteres Situationsparadigma ist das Beziehungstrauma. Hier geht die traumatische Erfahrung aus von einem Täter, der zugleich Schutz- und Bindungsperson ist. Situationstypen sollten in der therapeutischen Arbeit besonders berücksichtigt werden, da sie zu unterschiedlichen Formen des Leidens führen können und entsprechende Modifizierungen in der Behandlung und der Beziehungsgestaltung notwendig machen.

Prinzip 4 (P4): Dynamik der Symptombildung beim Trauma

In der MPTT gehen wir davon aus, dass das Symptom eine Kompromisslösung darstellt. Im Gegensatz zum neurotischen Symptom wird jedoch kein Kompromiss zwischen Wunsch und Abwehr gebildet, sondern zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema. Beide dynamische Komponenten werden im Traumasymptom zum Ausdruck gebracht und bilden ein labiles Gleichgewicht. Sie bilden ein minimal kontrollierendes Handlungs- und Ausdrucksfeld und sind als sinnvolle Notfallreaktion und Selbstrettungsversuch der Persönlichkeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu bewerten. Die dialektische Strategie der MPTT zielt auf eine Erweiterung des Ausdrucks- und Handlungsfeldes durch Erweiterung und Strukturveränderung

der traumakompensatorischen Maßnahmen ab, nicht jedoch auf Symptombekämpfung.

Prinzip 5 (P5): Trauma und Persönlichkeitsstil

Ein weiterer Parameter für die Technik der MPTT ist der „prätraumatische“ Persönlichkeitsstil der Betroffenen. Die Lockerung habitueller Kontrollen sowie die Einstellung des Therapeuten auf den individuellen Persönlichkeitsstil des Betroffenen fördern effektive Traumabearbeitung im Sinne des Durcharbeitens und der „Vollendungstendenz“. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass der prätraumatische Stil nicht einbezogen wird, um die Lebensgeschichte aufzuarbeiten und eine Persönlichkeitsänderung herbeizuführen. Allerdings stellt er eine Moderatorvariable für viele Interventionen dar (siehe Manual). Die gleichen Techniken, eingesetzt bei verschiedenen Persönlichkeitsorganisationen der Pat., können zu sehr verschiedenen Ergebnissen führen.

Prinzip 6 (P6): Hypothetisches Verlaufsmodell der MPTT

Hier bezieht die MPTT mit gewissen Einschränkungen das Verlaufsmodell von Lindy (1993,1997) mit ein. Unterschieden wird ein Einleitungsteil, eine Mittelphase mit Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung, die sich vertieft im Zentralen Traumatischen Situationsthema („traumaspecific meaning“), um gegen Ende der Therapie einen Abschluss zu finden, der von der Pat. in Einklang ihrer bisherigen Lebensgestaltung integrativ gestaltet wird. Die Anfangsphase ist gestaltet durch Erzählen und Anhören der traumatischen Erfahrung und dient dem Aufbau und der Festigung des Arbeitsbündnisses. Im Mittelteil der Behandlung soll die Erweiterung des Ausdrucks- und Handlungsfeldes stattfinden, so dass von diesem konstruktiven Schritt aus zu einer vertieften Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung gelangt werden kann. Der Konstruktionsschritt, der es erlaubt, die traumatische Erfahrung in den Kontext der Lebensgeschichte zu integrieren, entsteht beim Übergang von der Mittel- in die Schlussphase der Behandlung. Die Abschlussphase dient der Trennungsarbeit, dem Abschied und der Planung der postintervenitorischen

Phase einschließlich Katamnese sowie Überlegungen zu möglichen weiteren Behandlungen.

Prinzip 7 (P7): Phänomenologische Patientenorientierung

Das Vorgehen der MPTT ist auf den Patienten abgestimmt, d.h. dialogisch auf die Begriffe, Metaphern und die Lebenswelt der Patientin bezogen. Um die kreative konstruktive Leistung der Patientin zu fördern, bringt die Therapeutin möglichst wenig eigene Metaphern und Bilder ein, beteiligt sich aber an der gemeinsamen Entwicklung von Konzepten und Metaphern.

Prinzip 8 (P8): Arbeiten in der optimalen Differenz

In der Übertragungsbeziehung werden vor allem interpersonelle Aspekte des Traumaschemas re-inszeniert. Damit sich das übertragene traumatische Beziehungsschema akkomodieren und die neue Erfahrung assimilieren kann, muss die neue Erfahrung dem alten Schema hinreichend ähnlich sein, um nicht ignoriert zu werden. In zentralen Aspekten muss sie allerdings hinreichend unähnlich sein, damit das Schema sich modifizieren kann. Diese „minimale Differenz“ soll im Therapieverlauf unterstützt und zu einer „optimalen“ Differenz ausgebaut werden, wie die folgende Abbildung zeigt:

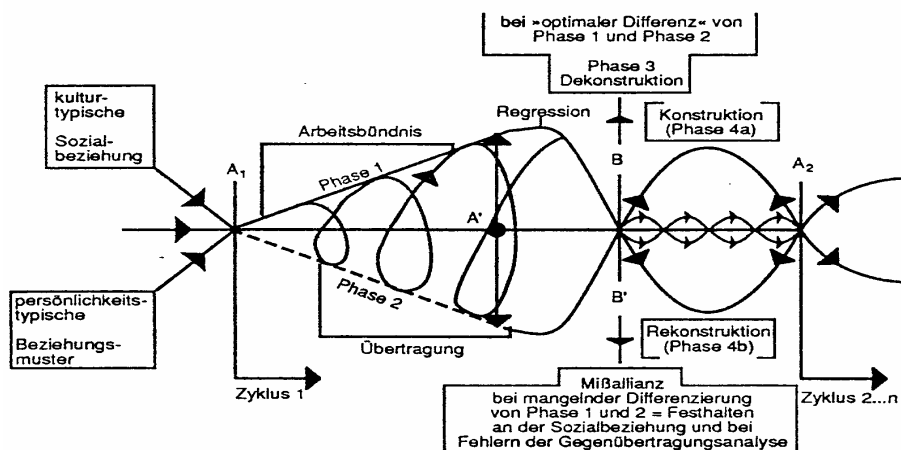


Abbildung 10: Allgemeines dialektisches Veränderungsmodell (ADVM) Fischer, 1989, 1996), Herstellen der optimalen Differenz

Folgende Abbildung illustriert das Verfehlen der minimalen Differenz.

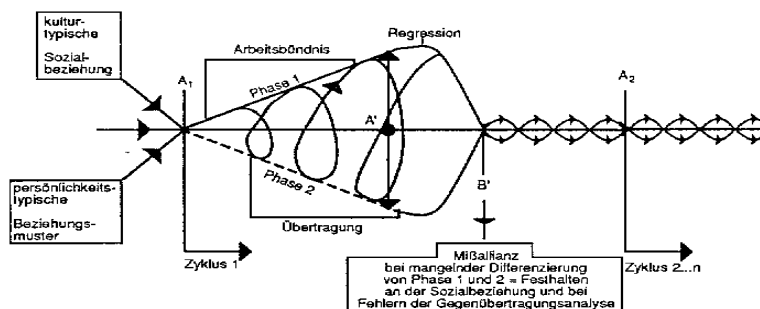


Abbildung 11 : Verfehlen der minimalen Differenz. Die beiden Linien, welche die Phasen 1 und 2 repräsentieren, ab Punkt A-1 zu einer "Schere" (Fischer, 2000b,S.44).

Prinzip 9 (P9): Verständnis für und Umgang mit Übertragungsphänomenen in der MPTT

Übertragungsphänomene werden in der MPTT als ein Versuch der Pat. gewertet, die durch die traumatische Erfahrung abgebrochene soziale Bindung wieder aufzubauen. Hierzu dienen „Übertragungstests“ als Prüfung, ob der Therapeut die von ihr gewünschten Eigenschaften und Verhaltensweisen leisten kann. Der Therapeut nutzt sein Wissen von Übertragung und Gegenübertragung, um solche Erinnerungen an die traumatische Situation zu verstehen, die die Pat. bisher lediglich auf der Ebene von Erinnerungsfragmenten und Übertragungsbeziehungen mitteilen kann.

Der Umgang mit Übertragung ist also „funktional“ im Hinblick auf die Stabilisierung des Arbeitsbündnisses und auf eine optimale Kontrasterfahrung, die es der Pat. erlaubt, Traumaschema und traumakompensatorisches Schema reflexiv zu überprüfen und einen Neubeginn zu wagen, von dem aus sich die traumatische Erfahrung integrieren lässt („optimale Differenz“). Zudem

fungieren Übertragungsmuster als Hinweis auf noch nicht integrierte Aspekte der traumatischen Erfahrung und sind der Versuch, eine traumatisch unterbrochene Beziehung wieder herzustellen („rebinding-Aspekt“).

Prinzip 10 (P10): Begleitung von dekonstruktiven und konstruktiven Episoden

In der Phase der Dekonstruktion, in der es zur emotionalen Traumabearbeitung kommt, sollte der Therapeut eine stützende Atmosphäre herstellen und aufrecht erhalten. Die verbale Begleitung sollte in einfachen, klar strukturierten Worten erfolgen, wobei nach Möglichkeit Bilder und Metaphern der Pat. aufgenommen, in die Sprache des Therapeuten integriert und im Sinne der Konstruktion verwendet werden sollten. Das Zusammenspiel von enaktiver, ikonischer und lexikalischer Ebene erleichtert es der Pat., das Traumaschema zu dekonstruieren und in die Phase der Konstruktion zu gelangen. Ein besonderer Konstruktionsschritt ist die Kontinuität zwischen prä- und posttraumatischen Selbst (Lindy; 1997). Es wird eine Meta-Ebene erreicht, auf der die prä- und posttraumatische Erfahrung koexistieren und ihre Spaltung zugleich überwunden ist (Fischer, 2000, S.113).

Prinzip 11 (P11): Beziehungskonflikt vor Traumabearbeitung

Beim Situationsparadigma „Beziehungstrauma“ bzw. bei der Beteiligung zentraler Beziehungsschemata an der traumatischen Erfahrung hat die therapeutische Aufarbeitung eines konflikthaften Beziehungsschemas Vorrang vor der Traumabearbeitung und der Rekonstruktion der traumatischen Situationserfahrung. Wird die traumatische Erfahrung bearbeitet, bevor ein neues und nicht-pathogenes Beziehungsschema entworfen wird, verschärft sich der Beziehungskonflikt, da die Bindung an das Bindungs-„Objekt“ ins Wanken gerät und die Pat. hiermit einen „Objektverlust“ verbindet und somit mit der Angst davor, wieder allein und schutzlos ausgeliefert zu sein. Erst wenn der Beziehungskonflikt ansatzweise gelöst werden kann, ist ein produktiver Zyklus von Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion zu erwarten.

Prinzip 12 (P12): Therapeutische Haltung gegenüber der biphasischen Traumareaktion

Der Stärkung des traumakompensatorischen Schemas (P1) kommt in der Behandlung traumatischer Prozesse eine grundlegende Bedeutung zu, deren progressive Funktion dem Pat. oft einsichtig wird. In dem Zusammenhang kann hier auf die ebenfalls „progressive“ Funktion der intrusiven Phänomene Bezug genommen werden. Sie erhalten die Erinnerung an das Trauma aufrecht und verhindern beispielsweise eine dissoziative Abspaltung in körperliche Reaktionen. Hier kann mit der Pat. überlegt werden, wie sich einerseits diese Funktion erhalten, gleichzeitig die passive Wiederholung in ein aktives Erinnern verwandeln lässt. Der Therapeut bezieht also gegenüber den Vermeidungs- und Wiederholungstendenzen eine Meta-Position, wobei er an der Differenzierung der Abwehr arbeitet und dessen progressive Tendenzen fördert.

Zyklus der Traumaverarbeitung

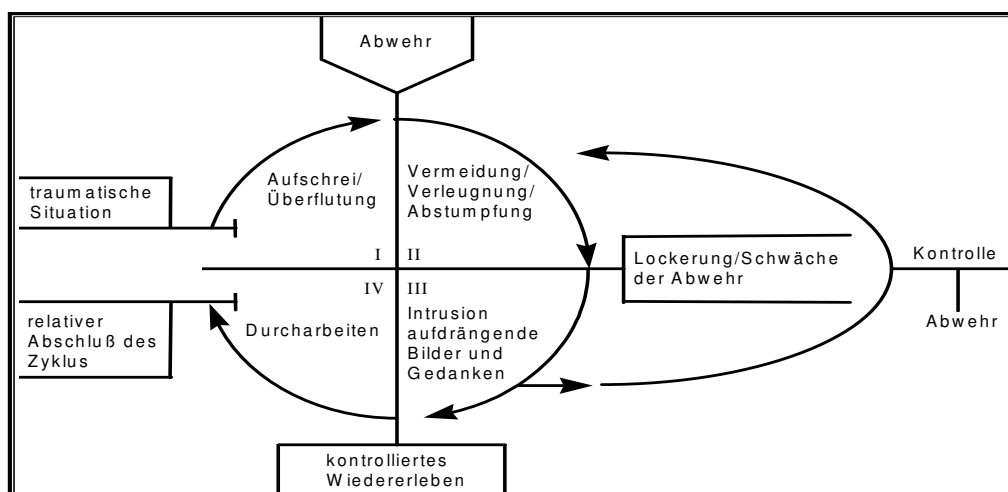


Abbildung 12: Übersicht über die biphasische Reaktion und den Zyklus der Traumaverarbeitung (Fischer und Riedesser, 1998, S.95).

Prinzip 13 (P13): Umgang mit der therapeutischen Helferrolle

Der Therapeut sollte in der Lage sein, eigene „Beziehungswünsche“ zu kennen, sie zu reflektieren und zu analysieren und dies im Sinne der Patienten zu nutzen.

Mit der realistischen Hoffnung auf Hilfe bietet die Pat. oft ein Übertragungsangebot an, das teilweise mit magischen Vorstellungen an Heilungserwartung verbunden ist. Weder sollte sich der Therapeut mit diesen magischen Erwartungen identifizieren, noch sie durch „Eigenübertragung“ („ich möchte gebraucht werden“) fördern. Wenn dies gelingt, kann ein Therapeut „mütterlich“ als auch „väterlich“ sein oder eine teilnehmend-begleitende Funktion einnehmen.

Prinzip 14 (P14): Einsatz streßmildernder Übungen – Ausgang von der „Peripherie“

P14 bezieht sich insbesondere auf die Typ B Therapie (mittelfristiger Prozeß, fokussiert). Hierbei handelt es sich um eine tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische Behandlungsform von 20 bis 50 Stunden. Sie schreitet von der Peripherie zum Zentrum der traumatischen Erfahrung vor. Dies macht eine aktive Fokussierung und Begrenzung auf präzise umschriebene Alltagsprobleme und das Durchbrechen von „Teufelskreisen“ unentbehrlich. Günstige Erfahrungen mit der Bearbeitung von „Alltagssituationen“ die oft Abkömmlinge der traumatischen Situation darstellen, können die Motivation einer kausalen Therapie fördern.

Prinzip 15 (P15): Offenbarung traumatischer Erfahrungen (coming out)

Traumatisierte Patienten neigen oft dazu, vorzeitig in die Offenbarung traumatischer Erfahrungen bei ambivalenter Umwelt zu gehen, oder die Konfrontation mit traumatogenen Beziehungspersonen zu suchen. Bei diesen Therapien, Typ-C) (langfristiger Prozeß, nicht-fokussiert) oder Typ D) (langfristiger Prozeß, fokussiert) sollte berücksichtigt werden, dass erst mehrere Konstruktions-Rekonstruktionszyklen die zentralen Traumabereiche der Pat. durchlaufen und erst dann neue Strukturen gefestigt sind. Jetzt erst kann eine Konfrontation hilfreich sein.

Prinzip 16 (P16): Therapeutischer Umgang mit der Opferrolle

Wie schon weiter oben beschrieben, gehört die Inszenierung negativer Übertragungsmuster aus der traumatischen Erfahrung zu einem Bewusstwerdungsprozess. Dabei reinszeniert sich das Traumaschema über zwei extreme Teilschemata, die nach einem Entweder - oder-Muster auftreten. So kann der Therapeut z.B. in die Opferrolle (z.B. bei einer Pat. nach Vergewaltigung) oder aber in die Täterrolle gebracht werden. Seine Aufgabe besteht darin, beide Rollen (durch Haltung, Interventionen) zu negieren und alternativ dazu eine dritte einzunehmen, so dass das polarisierte Rollenmuster dialektisch durchbrochen wird. Er signalisiert, dass er weder bereit ist das Opfer noch der Täter zu sein. So wird es auch für die Pat. möglich, ein neues Beziehungsschema zu entwerfen, die eine Alternative zu dem polarisierten Täter-Opfer-Schema bildet.

Prinzip 17 (P17): Konstruktionslogik beim traumatischen Prozeß

Bei Typ-C Therapien, die im allgemeinen zwischen 50- 120 Stunden beanspruchen, sind in der Regel schwere Kindheitstraumata aufzuarbeiten. Diese Zielgruppe hat in der Regel eine relativ stabile Anpassung an das Trauma erreicht, so dass es meist besonderer Anlässe bedarf, eine Motivation für Psychotherapie zu erzeugen. Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass häufig nur unvollständige oder verzerrte Erinnerungen bestehen, so dass das Bild der traumatischen Situation mit Hilfe von Formaten (KÖDOPS) mosaikartig zusammengesetzt werden muss. Nach bisheriger Erfahrung folgt der Therapieverlauf einer Konstruktionslogik, die sich aus den wichtigsten bisher unterdrückten Entwicklungsbedürfnissen ergibt. An ihnen werden die wichtigsten regulativen Konstruktionen erarbeitet, wie z.B. die Fähigkeit zum Alleinsein – in Gegenwart eines anderen sein.

Prinzip 18 (P18): Arbeit an der Konfiguration der Erlebniszustände

Bei MPTT- Typ D (langfristiger Prozess, fokussiert) handelt es sich um eine Variante, die für die Behandlung von Patienten geeignet ist, welche horizontale Kontrollmechanismen aufweisen, die strukturbildend wirken. Das Ich- Selbst-System ist segmentiert und partialisiert. Dies geht einher mit extrem traumatischen Erlebnissen, mit denen spezifische biochemische und psychophysiologische Erregungsmuster verbunden sind (s. Kapitel 4). Durch die zustandsabhängige Erinnerung (vgl. Lehrbuch, Fischer, 1998) bleiben solche Erinnerungen oft unzugänglich, treten jedoch wieder auf, wenn der Trauma- state mit seinen besonderen Regulationsmustern wieder aktiviert wird. Einerseits werden durch diese Mechanismen dissoziierte Erlebniszustände vorgeformt, andererseits werden sie durch horizontale Kontrolloperationen überarbeitet und in ein persönlichkeitsstypisches „Traumascript“ (vgl. Fischer, Lehrbuch, Abschnitt 2.4.3) eingefügt. Anhand der Arbeit mit der Konfigurationsanalyse (vgl. Fischer, MPTT, Abschnitt 6.2.) kann das primäre Ziel der Therapie, die Vereinheitlichung der dissoziierten Erlebniszustände, durch die Verbindung mit dem zentralen Ich-Selbst-Systems, hergestellt werden. Nach der dialektischen Basisstrategie der MPTT werden zunächst die Unterschiede zwischen den verschiedenen „Gestalten“ betont und ihre Position im inneren Dialog herausgearbeitet.

Prinzip 19 (P19): Grenzen der Kombination von MPTT-Modulen.

Die weiter oben genannten MPTT-Module können, so sie keine Widersprüche zu den MPTT Prinzipien bilden, auch in anderer Weise kombiniert werden, als im Manual (Fischer, MPTT,S.189) ausdrücklich vorgesehen. Falls sich jedoch Widersprüche ergeben, haben die Prinzipien Vorrang vor Modulen oder Übungselementen.

Prinzip 20 (P20): Verhältnis von Trainingselementen und therapeutischem Prozess in der MPTT

Eine Faustregel, die sich durch das MPTT- Manual hindurch zieht, lautet: Soviel Unterstützung wie nötig, so viel offener therapeutischer Prozess wie möglich.

Auf der Grundlage der MPTT-Prinzipien vollzieht der Patient seine Veränderungsschritte, in denen er seine traumatischen Erfahrungen „dialektisch“ aufheben kann. Hierzu benötigt er genügend „Freiraum“, um seinen eigenen Weg der Veränderung zu gehen.

Die MPTT-Prinzipien sind im Anhang des Manuals angefügt.

6.2 Die vier Dimensionen der MPTT als Leitlinie von Beratung und Therapieführung

Das MPTT-Konzept entspricht mit seiner dimensionalen Gliederung, wie bereits erwähnt, der in Klinik und Forschung inzwischen gut belegten Erfahrung, dass „Trauma“ nicht „gleich Trauma“ ist. Psychologische Psychotherapie ist keine „Therapie des PTSD“, und umgekehrt ist eine reine Symptombehandlung keine psychologische(!) Psychotherapie. Individuelle Persönlichkeitskonstellation, spezifische Situationserfahrung sowie individuelle Prozesse der „Selbst-Regulation“ sind bei der Therapieführung ebenso zu berücksichtigen wie die Individualität physiologischer Prozesse. Das „Prinzip der Individualität“ in der Traumatherapie gilt daher auch für die (adjuvante) Psychopharmakotherapie akuter oder chronifizierter psychotraumatischer Belastungssyndrome (vgl. Bering et al. 2002).

Im folgenden werden zu den einzelnen Dimensionen die Prinzipien der Therapieführung aus MPTT-Manual ergänzt und soweit notwendig an Beispielen erläutert.

6.2.1 Dimension 1: Stand des „natürlichen Verlaufsprozesses“

Wie lange liegt die traumatische Erfahrung zurück (z.B. akut vs. chronisch)?
Welche Symptomatik und welcher Symptomverlauf lässt sich beobachten?
Welche Abwehr- bzw. Copingstrategien liegen vor?

Entsprechend der Beantwortung der Fragen wird der geeignete Therapietyp ausgewählt.

Während der traumatischen Situation und in der akuten Einwirkungsphase ist eine *Krisenintervention* angezeigt. Hier zielen die Maßnahmen vor allem darauf ab, das Sicherheits- und Kontrollgefühl der Betroffenen wieder herzustellen. Die *Akuttherapie* kann innerhalb der ersten drei Monate nach dem Ereignis durchgeführt werden, sofern keine Vortraumatisierung bzw. Persönlichkeitsstörungen vorliegen. Liegen Vortraumatisierungen vor, (Erwachsenenalter), erfordert dies eine Therapie mit mittelfristiger Dauer. Bei längerfristig bestehenden Traumatisierungen (schwere Kindheitstraumata) ist eine Therapieform für den langfristigen Prozeß vonnöten. Bei Vorliegen eines stabilen Ich-Selbst-Systems (vertikale Kontrolloperationen) kommt die offene Variante der MPTT in Betracht (A und C). Bei vorwiegend horizontalen Kontrolloperationen sind die Varianten B und D indiziert.

Aus Symptomatik und Symptomverlauf lässt sich das traumakompensatorische Schema (TKS) entschlüsseln, das wie schon weiter oben ausgeführt, eine Schutzfunktion darstellt und den Betroffenen vor der Reproduktion des Traumaschemas (TS) schützt. Entsprechend werden Symptome, die sich aus der kompromisshaften Verbindung zwischen TS und TKS entwickelt haben, als Selbstheilungsversuche des Betroffenen im Sinne von Selbstregulationstendenzen bewertet, die unterstützt und erweitert werden. Anknüpfend an den schon spontan ausgebildeten Abwehrmechanismen wird am TKS gearbeitet, es wird gestärkt und differenziert (dialektische Strategie 1, MPTT, S.33). In den Intrusionsphasen sollen Distanzierungs- und Dosierungstechniken eingesetzt und vermittelt werden, in den Numbing-Phasen gilt es, ein Festfahren in dieser Phase (erst nach einer ersten Stabilisierung) zu verhindern.

Schon zu Beginn der Therapie (jeglichen Typs) wird die minimale Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Arbeitsbeziehung aufgebaut und zur optimalen Differenz erweitert (P8). Pat. übertragen Aspekte der traumatischen Beziehung auf ihren Therapeuten, um die durch das Trauma unterbrochene soziale Beziehung wieder aufzubauen. Der Therapeut sollte sich an das Beziehungsangebot assimilieren, gleichzeitig auf aufgespaltene Polaritäten des

Zentralen traumatischen Situationsthemas (ZTST) (Vertrauen-vs. Misstrauen) hin überprüfen und diese in seiner Haltung dialektisch aufheben (P 9).

6.2.2 Dimension 2: Situationsdimension

Leitfragen sind hier: Welcher Typ von traumatischer Situation wurde erlebt? Z.B. punktuell vs. chronisch, mono- vs. polytraumatisch, „natural disaster“ (Naturkatastrophe, Unfälle“) vs. „men-made-disaster“ (Gewaltverbrechen, Verfolgung). Bestimmung der spezifischen Situationsdynamik wie negative Intimität (zum Beispiel bei Vergewaltigung), Viktimisierung, Übererregung, Todesnähe, „bereavement“, Stigmatisierung, Verrat, Ohnmacht. Welchen Belastungsgrad haben die Situationsfaktoren in ihrer Gesamtheit?

Nach einer ersten Unterscheidung zwischen Typ I und Typ II Trauma (hier ist mit einem länger dauernden Prozess zu rechnen) können die von Ochberg (1988) vorgeschlagenen 5 Situationsparadigmen als weitere Leitlinie dienen. Ochberg nennt als spezifische Situationsfaktoren „negative Intimität“ (z.B. nach Geiselnahme oder Vergewaltigung), Beraubung (bereavement), Viktimisierung, Angst und Erregung (automatic arousal) und Todesnähe (death imagery). Bereavement tritt auf beim Verlust einer nahe stehenden Person, Viktimisierung z.B. nach einem Überfall. Das Opfer fühlt sich erniedrigt, beleidigt und als Verlierer. Angst und Erregung entsprechen am ehesten der physiologischen Komponente der Traumareaktion und werden durch konditionierte, situative Reize ausgelöst, die an das Trauma erinnern. Personen, die der Todesnähe ausgesetzt sind und Todesängste verspüren, leben oft später in ständiger Erwartung, dass der Tod jederzeit bevorstehen kann. Ein weiteres Situationsparadigma ist das Beziehungstrauma. Hier geht die traumatische Erfahrung aus von einem Täter, der zugleich Schutz- und Bindungsperson ist. Situationstypen sollten in der therapeutischen Arbeit besonders berücksichtigt werden, da sie zu unterschiedlichen Formen des Leidens führen können und unterschiedliche Interventionsstrategien und Beziehungsangebote notwendig machen (s.o).

Mit dem Kölner Risikoindex (KÖDOPS, Fischer 2000b) kann der Belastungsgrad durch die Situationsfaktoren ermittelt werden.

6.2.3 Dimension 3: Persönlichkeit und soziales Umfeld

In dieser Dimension werden der persönlichkeitsstypische Kontrollstil, die Ressourcen des Betroffenen und seines sozialen Umfeldes sowie die Psychodynamik der traumatischen Erfahrung berücksichtigt.

Anhand der Traumadiagnostik werden Traumaschema mit dem zentralen traumatischen Situationsthema (z.B. Vertrauen vs. Misstrauen), TKS, minimal kontrolliertes Handlungs- und Ausdrucksfeld (mkH/A) und die dazugehörigen „states of minds“ erhoben, um die Dynamik der Symptombildung zu verstehen. Das TS und das TKS werden mit den weiter unten aufgeführten Instruktionen (KÖDOPS) bestimmt, gestärkt und differenziert (s.o.). Anschließend wird ein Diagramm der Traumadynamik erstellt.

Das Erfassen der Traumadynamik am Beispiel der Klientin Frau S.

Zur Darstellung der Erfassung der Traumadynamik wird der 31-stündige Therapieverlauf einer 25-jährigen Pat. dargestellt, die zu Therapiebeginn Symptome einer protrahierten *Anpassungsstörung* zeigt und zugleich die wesentlichen Kriterien des *Psychotraumatischen Belastungssyndroms (PTBS)* erfüllt. In die Therapie wurde die Lektüre eines Selbsthilfemanuals für akute traumatische Reaktionen integriert. Nachdem die Pat. schon einen längeren stationären Aufenthalt hinter sich hatte, der ihrer Auffassung nach keine Besserung erbracht hatte, ergeben sich jetzt ein positiver Verlauf und ein erfreuliches Behandlungsergebnis, das sich u. a. in der Reduktion verschiedener Traumaskalen niederschlägt. Bei dieser Pat. verbindet sich die akute Anpassungsproblematik mit einer adoleszenten Ablösungskrise von der Ursprungsfamilie. Die Fallstudie ist veröffentlicht in Angenendt, Fischer (2001). Im folgenden werden die wichtigsten Punkte zur Darstellung der Dynamik dargestellt :

„Entwicklungspsychologisch ist zu berücksichtigen, dass das Ereignis in die adoleszente Ablösungskrise der Pat. fällt (s.o.) und die damit verbundene Ambivalenz verstärkt. Aus dieser `Ambivalenzfalle´ hatte jedenfalls wohl auch der stationäre Aufenthalt der Pat. nicht herausgeführt. Er mag dennoch vielleicht auf die ambulante Therapie vorbereitet haben. Die Ablösungskrise wird in fataler Weise unterbrochen durch die Nachricht, dass die Mutter sich in einer möglicherweise sogar lebensbedrohlichen Lage befindet.

Diagnostik:

Neben der aktuellen Anpassungskrise an die Krebsnachricht liegen verschiedene psychosomatische Beschwerden wie z. B. Kopfschmerzen vor, die zum Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik führten. Die Nachricht von der Krebserkrankung der Mutter mag man vielleicht nicht als hinreichend schweres Ereignis im Sinne des A-Kriteriums beim PTBS betrachten. Auf dem Hintergrund der bereits vorausgegangenen Verluste und Belastungen der Pat. verbinden sich jedoch dauerhaft belastende Umstände, z. B. im Zusammenhang mit der Erkrankung des Vaters, mit diesem punktuellen Ereignis. Ein solcher Kontext, in dem ein Ereignis steht, sollte in der Praxis stärker berücksichtigt werden, längerfristig natürlich auch in den diagnostischen Manualen. Formen einer `kumulativen´ oder `sequentiellen´ Traumatisierung können ebenfalls das A-Kriterium des PTBS erfüllen.

Testergebnisse bei Beginn der ambulanten Behandlung

1. Posttraumatic- Symptom-Scale [PTSS-10],

Punktwert von 46 = Verdacht auf schwere posttraumatische Belastungsreaktion

2. Impact of Event-Scale [IES, S. 24 Materialsammlung], Punktwert von 53 = schwere posttraumatische Symptomatik

3. Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)

Punktwert von 43 = hohes Ausmaß an peritraumatischen Dissoziationen “ (Angenendt, Fischer, 2001).

Erfassung des traumatischen Konfliktes und der Traumadynamik

Der *persönlichkeitstypische Kontrollstil* der Pat. zeigt sich durch die peritraumatische Dissoziation in den Formen Derealisation „wie in Watte“ und Depersonalisation „ich hatte Angst in den Spiegel zu gucken, weil ich dachte, das bin nicht mehr ich“.

Das Traumaschema als unterbrochene Handlung besteht aus 3 Komponenten:

- (1.) Handlungsansatz
- (2.) Abbruchpunkt der Handlung
- (3.) „Outcome“

Der *Handlungsansatz* in der traumatischen Situation war gegeben, indem die Pat. der Mutter helfen wollte, aber nicht konnte. Der *Abbruchpunkt der Handlung* entstand durch die enge Verbundenheit mit der Mutter, einer Identifikation „ohne meine Mutter kann ich nicht leben“ und der daraus resultierenden Selbstaufgabe (Derealisation). Das `outcome` stellte sich dar in der dann folgenden Depersonalisation (s.o.).

Für die Signierung des *Traumaschemas* ist im Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung (KÖDOPS, Fischer 2000b) ein zweigliedriger sprachlicher Ausdruck vorgesehen, um die traumatisch „unterbrochene Handlung“ zu kennzeichnen (Fischer, 2000b, S. 153 ff.) . Hierfür wird der Ausdruck „ganz enge Verbundenheit mit der Mutter vs. abhauen und alles liegen lassen“ gewählt (dargestellt in Abbildung 13).

Format – Konfliktbogen 1:

Im Konfliktbogen 1 geht es um die Frage, von welchen Konflikten oder Widersprüchen sich der Patient innerlich zerrissen fühlt. Diese Gegensatzpaare sollen in das Schema eingetragen werden. Hierzu gibt es folgende Instruktion: (Fischer, 2000b, S.133) „Überlassen Sie sich dabei zunächst Ihren spontanen Gedanken, Gefühlen und Empfindungen und tragen Sie Ihre Einfälle ein, ohne

Rücksicht auf innere Stimmigkeit. Bitte verwenden Sie vor allem umgangssprachliche Formulierungen, Bildern und Metaphern, die möglichst nahe am Erleben des Patienten sind. Wenn möglich, greifen Sie dessen eigene Formulierungen auf. Ordnen Sie auf einem zweiten Bogen mit gleichem Format dann die Gegensatzpaare so, dass sie auch untereinander stimmig sind, d.h., dass in jeder Spalte die einander entsprechenden Pole des Gegensatzes stehen“ (Fischer, 2000b, S.133).

Gegensatz / Pol A (zu Z)	Gegensatz / Pol Z (zu A)
<p>Ich kann ohne meine Mutter nicht existieren</p> <p>Allein bin ich hilflos und der Welt schutzlos ausgeliefert, eine „todkranke“ Mutter darf man nicht alleine lassen, weil ich nicht von ihr weggehen kann, gehe ich von mir selbst weg (Derealisation)</p>	<p>Ich bin alt genug, mein Leben selbst in die Hand zu nehmen, am liebsten möchte ich abhauen und alles stehen und liegen lassen, ausgerechnet jetzt muss meine Mutter krank werden, dafür hasse ich sie.</p>

Tabelle 1 : Format Konfliktbogen1. (aus: KÖDOPS,2000,S.133). Darstellung der Gegensatzpaare des traumatischen Konflikts der Pat. Frau S. .

Das Konflikt-Parallelogramm

Die Grundpolarität, der Grundkonflikt lässt sich veranschaulichen nach Art eines *Parallelogramms der Kräfte*, ein Bild aus der physikalischen Mechanik, das sich auf psychologische Verhältnisse metaphorisch übertragen lässt. Dies geschieht über das folgende Format .

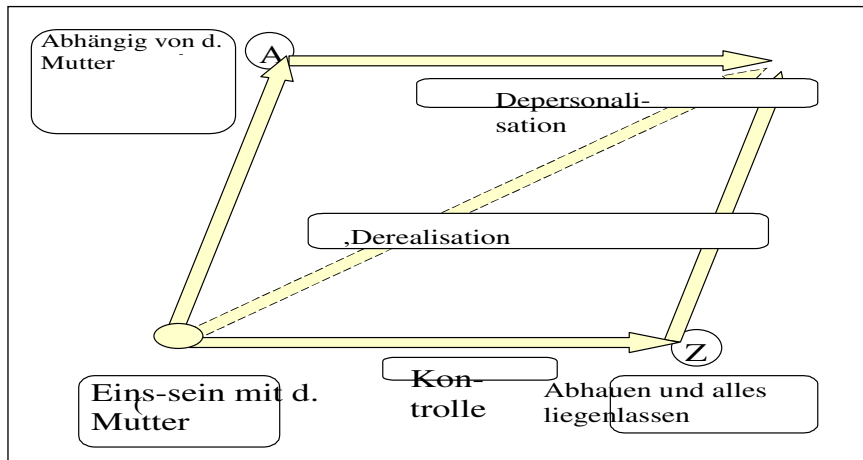


Abbildung 13 : Format - Konfliktparallelogramm am Beispiel von Frau S. (Fischer, 2000b,S.141)

„Die oppositionellen, dissoziierten Pole A und Z werden dargestellt als Vektoren, die von einem gemeinsamen Ansatzpunkt aus (hier der Ausgangspunkt A0/Z0) das psychische System in verschiedene Richtungen zerren“ (Fischer, 2000b, S.141). Im Beispiel von Abb. 13 handelt es sich um die Tendenzen „abhängig/hilflos vs. abhauen und alles liegen lassen“.

Parallel zum TS bildet sich ein TKS zum Schutz vor Reorganisation des Traumaschemas aus. Es besteht aus einer naiven Heilungstheorie und bildet mit dem TS ein labiles Gleichgewicht durch die Ausbildung des minimalen kontrollierten Handlungs- und Ausdrucksfeldes, die Symptome.

Naive Heilungstheorie der Patientin Frau S.:

Wie hat es zu der Katastrophe kommen können? Ich hätte mich früher ablösen sollen, dann würde ich nicht so unter der Krebserkrankung meiner Mutter leiden.

Wie kann ein solches Geschehen in Zukunft verhindert werden? Die Antwort läuft auf eine „naive“ Theorie der *Prävention* hinaus, wie zum Beispiel „alles meiden, was der traumatischen Situation irgendwie ähnelt“. Die Pat. begann,

ihre Mutter zu „hassen“, um künftig mehr Gleichgültigkeit ggü. deren Zustand aufzubringen.

Wie kann das Trauma, die seelische Verletzung, geheilt werden? Die Antwort wird in der naiven Heilungstheorie, in ihrer therapeutischen oder „*reparativen Komponente*“ gegeben. Auch hier ist die Theorie nicht immer funktional. In unserem Beispiel allerdings kam die Pat. zu der Überzeugung, dass sie lernen müsse, auf eigenen Beinen zu stehen, um im Falle des Todes der Mutter weiter existieren zu können.

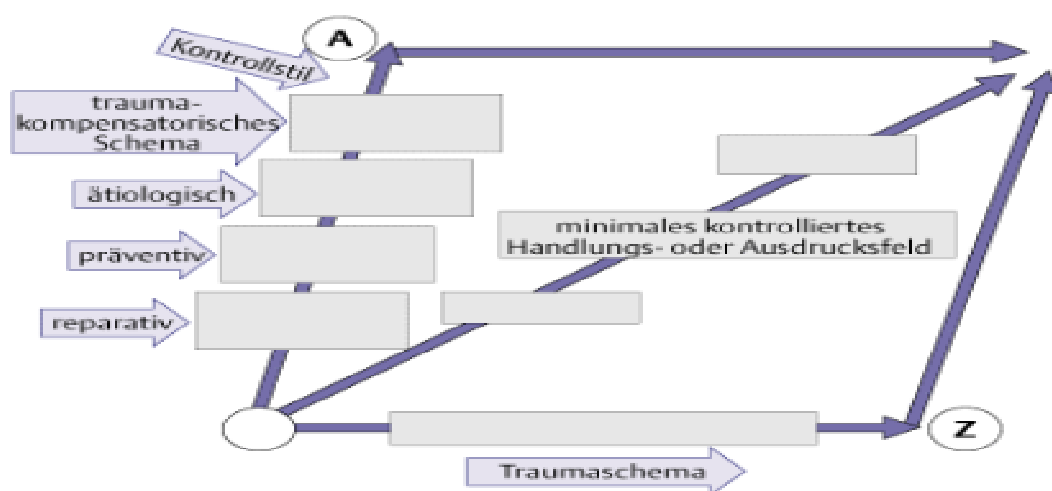


Abbildung 14: „Psychodynamik des Traumas. Die Vektoren A und Z befinden sich in einem labilen Gleichgewicht, das leicht in einer Spirale von positivem Feedback eskalieren kann. Das Gleichgewicht kann beeinflusst werden einmal durch Stimulation des Traumaschemas, wie beispielsweise bei Retraumatisierung und/oder einer vorschnellen Wiederannäherung an traumatische Gedächtnisinhalte im Versuch, die traumatisch unterbrochene Handlung im Sinne der „naiven Heilungstheorie“ zu vollenden“ (aus Fischer, 2000 b, S.163).

Im Rahmen ihrer peritraumatischen Dissoziation hatte die Pat. sich „in Watte gepackt“, sich gewissermaßen aus der traumatischen Situation „wegbeamt“. So hilfreich dieser Selbstschutzmechanismus vom Typus „Derealisation“ (s. o.) während der aktuellen Bedrohung war, so lag er später doch dem Symptom zugrunde, das sie am ehesten beunruhigte. Als weitere Symptome kamen hinzu: Alpträume (und damit verbundene Schlaflosigkeit),

Angst, verrückt zu werden, Depersonalisation („ich geh von mir weg, ich bin nicht mehr ich“).

Wenn wir die Symptome verstehen als eine Kompromissbildung zwischen TS und TKS, wird deutlich, dass das Hauptsymptom Dissoziation mit den beiden Formen Derealisation und Depersonalisation (hierunter litt die Pat. am stärksten) den Kompromiss der Pat. darstellte zwischen „bei der Mutter bleiben vs. weggehen“. Da sie es sich nicht gestattete, von der kranken Mutter weg zu gehen, ging sie „von sich selber“ weg.

Prozessdiagnostik im Falle der Patientin Frau S.:

Am Beispiel von Frau S. soll anhand der Formate aus dem Kölner Dokumentationssystem die einer Behandlung zugrunde liegende Diagnostik dargestellt werden.

Im *Traumabogen 1* werden (hier am Beispiel von Frau S.) traumatische Ereignisse, Lebenskrisen, kritische Lebenssituationen und belastende Umstände *unter äusserlichen Gesichtspunkten* zusammengestellt. Hier geht es primär um die objektive Seite im ökologisch-dialektischen Ansatz der Psychotraumatologie (vgl. *Lehrbuch*, 3.1). In Traumabogen 2 lässt sich subjektives Erleben und Erlebnisverarbeitung erfassen (s.u.).

Traumabogen 1 (aus KÖDOPS)

Ereignisse und Situationskonstellationen	Zeitangabe und Entwicklungsthema	Situationsdynamik	Protektionsfaktoren	Ordnung und Chronologie der Situationen 1...n
Verkehrsunfall d. Vaters	„Beziehungsregulation“ „Dialog“		Stabile Bindung zur Mutter, Trost,	1

Tod des Onkels an Krebs				2
Herzerkrankung d. Vaters mit Bypass-OP	18J, Adoleszenz Ablösung		s. o.	3
Tod der geliebten Oma an Krebs (nach langem Siechtum)	18J. Adoleszenz Ablösung		gute Unterstützung durch Eltern	4
Tod des Opas und des Schwiegervaters	25J. Adoleszenz Ablösung		s. o.	5
Erkrankung der Mutter an Krebs	25J. Adoleszenz Ablösung „Ausbruchsschuld“	Bereavement, antizipierter Verlust, Trauer, Bedrohung der eigenen Existenz	(korrektiv) Freundinnen unterstützen mit Gesprächen und Trost	6

Tabelle 2: Ausschnitt aus Format - Traumabogen 1 (Fischer, 2000b, S. 149) am Beispiel der Patientin Frau S.

Die Instruktionen zu Format - Traumabogen 1 (wiedergegeben nach KÖDOPS, S149 ff.) lauten:

„In Spalte A werden die über das Kölner Trauma-Inventar bestimmten Ereignisse und Situationskonstellationen eingetragen, hier allerdings wieder in der phänomenologischen Form: Als Bilder, Metaphern oder `Kurzformeln`, die entweder unmittelbar vom Patienten stammen oder aus dem intuitiven Erleben des Diagnostikers.“

Spalte B ist unterteilt in a) Altersangabe bei Auftreten des Ereignisses bzw. Altersabschnitt, während dessen die belastenden Umstände wirksam wurden, und b) Entwicklungsthema. Hierunter können verschiedene psychosoziale und psychosexuelle Themen der Entwicklungspsychologie gefasst werden, jedoch in möglichst individualisierter Form. Z.B. ist `Suche nach idealem Vater`, etwa bei einem Scheidungskind oder dem Kind einer alleinerziehenden Mutter treffender als `ödpale Phase`, da stärker individualisiert. Spalte B) stellt also

insofern eine Brücke zwischen objektiven und subjektiven Angaben dar, als hier einen Lebensabschnitt, über den wir aus der Entwicklungspsychologie informiert sind, auf das persönliche Entwicklungsthema bezogen wird.

In Spalte C wird die situative `Dynamik´ angegeben, d.h. die subjektive Antworttendenz, die ein bestimmter Situationsfaktor nahelegt. Auch diese Kategorie hat eine Brückenfunktion zwischen Objektivität und Subjektivität und sollte möglichst individuell beantwortet werden. Als Anhalt können die `klinischen Paradigmen´ oder Dynamiken nach Ochberg [1988] dienen“ (Fischer, 2000b, S.149ff.).

Mit dem Traumabogen 2 (Fischer, 2000b,S. 153) lässt sich subjektives Erleben und subjektive Erlebnisverarbeitung erfassen. Hier das Beispiel der Patientin Frau S., wobei das Hauptaugenmerk auf das subjektive Erleben der Pat. bezüglich der Erkrankung der Mutter gelegt wird und der Bogen nach entsprechender Relevanz ausgefüllt wird.

Traumabogen 2:

Traumatische Situation und Situationsfaktoren	Traumaschema	Desillusionierungsschema (Prozess)	Traumakompensatorisches Schema	Zentrales traumatisches Situations-thema	Kontrollstil
Verkehrsunfall d. Vaters	Helfenwollen/nicht können	Ich bin hilflos			
Tod des Onkels an Krebs	Weglaufenwollen, nicht hinsehen	Er stirbt, weil ich nicht helfen kann			
Herzerkrankung d. Vaters mit Bypass-OP	Nichtwahrhabenwollen, helfen wollen	Er wird sterben und ich kann nichts tun			
Tod der geliebten Oma an Krebs (nach langem Siechtum)	Nichtwahrhabenwollen, nicht helfen können	Alle, die ich liebe, sterben an Krebs			
Tod des Opas, Schwiegervaters	s.o.	s. o.			
a	b	c	d	e	f

Fortsetzung Traumabogen 2:

Traumatische Situation und Situationsfaktoren	Traumaschema	Desillusionierungsschema (Prozess)	Traumakompensatorisches Schema	Zentrales traumatisches Situations-thema	Kontrollstil
---	--------------	------------------------------------	--------------------------------	--	--------------

Erkrankung der Mutter an Krebs	abhängig/hilflos vs. abhauen (von sich weggehen) und alles liegen lassen	Meine Mutter stirbt jetzt, weil ich wieder nicht helfen kann, in solch einer Situation kann man eine Mutter nicht verlassen	Ich hätte mich früher ablösen sollen, dann würde ich nicht so unter der Erkrankung meiner Mutter leiden. Muss die Mutter „hassen“, um künftig mehr Gleichgültigkeit aufzubringen.	Von einer „todkranken“ Mutter weggehen wollen	Bestimmte Art von Gefühlen vermeiden (etwa Liebe), dissoziative Mechanismen. wie Derealisation, Depersonalisation, Verleugnung
a	b	c	d	e	f

Tabelle 3: Traumabogen 2 (Fischer, 2000b,S. 153) am Beispiel der Patientin Frau S.

Die Instruktion zu traumatischer Erlebnisverarbeitung - Traumabogen 2

(wiedergegeben nach KÖDOPS, S153 ff.) lauten:

„In Spalte A werden die traumatischen Situationen und Situationsfaktoren mit den Kürzeln S1, S2 usw. und dem zugehörigen Stichwort aus Traumabogen 1 in chronologischer Folge eingetragen, beginnend mit den frühen Traumatisierungen, aufsteigend zu den späteren und akuten. *Kommentar:* Manchmal lassen sich traumatische Ereignisse zeitlich nicht genau lokalisieren. Hier ist der Eintrag mit einem Fragezeichen zu kennzeichnen. Bei länger anhaltenden belastenden Lebensumständen wird die ungefähre

Zeitspanne in Monaten oder Jahren geschätzt und mit Bindestrich eingetragen [2.-3. Lj.]. Zeitliche Überschneidung zwischen verschiedenen Einträgen ist möglich und besitzt einen eigenen Informationswert.

Spalte B, Traumaschema. Es handelt sich - wie oben beschrieben - um das `unterbrochene´ Wahrnehmungs-/Handlungsschema, das der ursprünglichen Bemühung entspricht, sich gegen die bedrohlichen Situationsfaktoren zur Wehr zu setzen: durch Kampf oder Flucht, einen kurzfristigen Wechsel beider Tendenzen oder aber durch dissoziative Veränderungen der Wahrnehmung, wie Verleugnung der Gefahr oder `freezing´. So ergibt sich im typischen Fall ein *zweigliedriger Ausdruck*, wobei der erste Teil die spontane Reaktionstendenz beschreibt, der zweite das Handlungsergebnis. Die Gegenüberstellung wird durch die Abkürzung vs. [für versus = gegenüber] verdeutlicht, z.B. `panische Flucht vs. Erstarren´ oder `rasende Wut vs. hilflose Unterwerfung´ usw. Im Format werden die individuell treffendsten Metaphern, Erlebnisbeschreibungen, Bilder als Stichwort eingetragen. Diese können in Kommentaren außerhalb des Formats oder in einem Fließtext der Software-Version dann noch näher erläutert werden. So kamen wir z.B. bei einer Bankangestellten, die gewaltsam zur Herausgabe von Geld gezwungen wurde, zur Formulierung `Flucht, Verbarrikadieren vs. Eingesperrt sein und mit Blicken `bannen´´. Die Betroffene hatte eine dissoziative Wahrnehmungsabwehr entwickelt, die den Täter gewissermaßen `einfrieren´ und mit Blicken `bannen´ konnte. Solche sehr individuellen Formulierungen sind für Fallstudien äußerst nützlich, bedürfen jedoch einer Erläuterung.

.Peritraumatische Dissoziation. Die Selbstschutzmechanismen der schon erwähnten `peritraumatischen Dissoziation´ [= dissoziative Tendenzen unmittelbar während der traumatischen Situation] sind für Personen, die [noch] nicht über entsprechende eigene Erfahrungen verfügen, oft nur schwer nachvollziehbar und können daher leicht übersehen oder falsch verstanden werden

Instruktion zum Desillusionierungsschema, Spalte C Format- Traumabogen 2
Bitte tragen Sie hier die zentralen negativen Überzeugungen ein, die sich bei diesem Probanden aus der jeweiligen traumatischen Erfahrung ergeben haben. Die negativen Kognitionen können sich entweder auf die Umwelt richten [`auf

die Menschen ist kein Verlass´] oder auf die eigene Person [´ich bin ein Versager´] oder auch auf beide Pole zugleich. Versuchen Sie bei Kindheitstraumen die Form der Verallgemeinerung zu rekonstruieren, wie sie sich aus der kindlichen Logik ergibt. Berücksichtigen Sie bitte heuristisch die `dissoziierte bipolare Struktur´, wie sie für traumatisierte Schemata kennzeichnend ist ...und wählen Sie nach Möglichkeit eine entweder-oder-Formulierung, welche die Dissoziation zum Ausdruck bringt, wie etwa im folgendem Beispiel: `Ich kann *entweder* allen Menschen trauen oder überhaupt niemandem´.

Wiederum als Anregung, um den Schwerpunkt im erschütterten Selbst- und Weltverständnis herauszufinden, kann die `World Assumption Scale´ nach Janoff-Bulman [1992] herangezogen werden

Instruktion zum traumakompensatorischen Schema, Spalte D, a bis e:

Ätiologische Komponente. Tragen Sie hier bitte formelhaft die Annahmen ein, die sich der Pat. über die Ursache der traumatischen Erfahrung gebildet hat. Eine Leitfrage ist: [´Wie hätte ich mich verhalten müssen, um das Trauma zu verhindern?´] Berücksichtigen Sie bitte dabei, dass die Kausalforschung einen phantastischen, magischen Charakter annehmen kann, z.B., `hätte ich zu meinem Schutzengel gebetet´.

Präventive Komponente. Hier sind alle Vorstellungen und Verhaltensweisen zu berücksichtigen, die vor der Gefahr der Wiederholung schützen sollen. Aus dieser Komponente gehen oft phobische Verhaltensmuster und entsprechende unbewusste Überzeugungen hervor. So irrational diese Überzeugungssysteme auf den ersten Blick erscheinen mögen, folgen sie doch einer strengen Logik. Diese sollte rekonstruiert und im Kommentar vermerkt werden. Eine generalisierte Phobie folgt etwa der Logik: `Das Ereignis hat mich völlig überraschend getroffen, ohne dass eine Gefahr abzusehen war. Also kann ich mich auch in Zukunft niemals sicher fühlen´ [vgl. dazu die Falldarstellung im *Lehrbuch*. Abschnitt 8.4.7]. Der Umstand, dass auch die Ursache nicht wirklich bekannt ist, weitet den Generalisierungsradius des Schemas noch zusätzlich aus. Die Formel lässt sich als Imperativ fassen: `Alles vermeiden, was an das Ereignis und/oder das Erlebnis erinnert, was es wieder auslösen könnte, was

ein Ereignis/Erlebnis der gleichen oder ähnlichen Kategorie herbeiführen könnte´.

Reparative Komponente. Tragen Sie bitte alle Vorstellungen und Verhaltensweisen ein, von denen sich der Pat. eine Überwindung der traumatischen Erfahrung verspricht, z.B. groß und [all]mächtig sein, um nicht wieder schwach, abhängig und unterlegen zu sein. Ständig wachsam und erfolgreich, Täter sein statt Opfer, indem man die Opfererfahrung an andere weitergibt, z.B. an die eigenen Kinder etc. .

Traumaschema bei sequentieller Traumatisierung. Wenn mehrere traumatische Sequenzen aufeinanderfolgen, hinterlassen sie in der Regel eine `schichtartige´ Spur in der Persönlichkeit. Dies ist besonders dann der Fall, wenn sich das Trauma mit einem Lebensthema verbindet [vgl. Bergmann 1998]. Dennoch kann sich eine besondere traumatische Situation als zentral erweisen, wobei andere, an sich ebenfalls traumatische Erfahrungen, sogar eine reparative Bedeutung im kompensatorischen Schema einnehmen können. So erwies sich bei einer Pat., die mit 5 Jahren ihren Vater verloren hatte und später über lange Jahre hinweg vom Stiefvater sexuell missbraucht wurde, die missbräuchliche Beziehung als eine *reparative Komponente*, die allerdings ihre eigenen Probleme mit sich brachte. Ätiologisch macht sie noch als Erwachsene dem Vater schwere Vorwürfe, sie seinerzeit `verlassen´ zu haben, obwohl sie natürlich wusste, dass der Vater gestorben war. Im Sinne eines Wiederholungszwangs zog sich ein Beziehungsmuster durch ihr Leben, sich ohne ersichtlichen Anlass von ihren Partnern zu trennen. Dies entsprach der *präventiven Komponente* des traumakompensatorischen Schemas: Sie verliess, bevor sie verlassen werden konnte - bevor sich das zentrale Ereignis, nämlich der als aktiver Rückzug erlebte `Tod des Vaters´ wiederholen konnte. Unbewusst setzte sie den Tod des Vaters mit der Gefahr gleich, dass der Partner sie verlassen und seinerseits aktiv die Beziehung zu ihr beenden könnte. Nachdem die Pat. ihre Partner verlassen hatte, ging sie nahezu übergangslos eine sexuelle Beziehung mit einem `neuen Partner´ ein. Hierin wiederholte sich der `Vaterersatz´ durch den missbrauchenden Vater, zusammen mit der `traumatischen Sexualisierung´ bei sexuellem Kindesmissbrauch [*Lehrbuch*, Abschnitt 8.4.3]. Hier liegen die traumatischen

Folgen, bildlich gesprochen, nicht in einer durchgängigen `Spur´ gleichsam übereinander gelagert. Vielmehr wird eine in sich selbst traumatische Erfahrung [der sexuelle Missbrauch durch den Stiefvater] kompensatorisch dazu verwandt, die Trauer um den frühen Verlust des leiblichen Vaters unter Kontrolle zu halten.

Zentrales traumatisches Situationsthema, Instruktion zu Spalte E in Traumabogen 2

Versuchen Sie, die zentrale individuelle Bedeutung zu benennen, welche die traumatische Erfahrung für den oder die Betroffene hat. Nehmen Sie heuristisch Ihre Kenntnis der bisherigen Lebensgeschichte zu Hilfe und versuchen Sie das `Lebensthema´, den zentralen, oft selbst schon `kompensatorischen´ Lebensentwurf zu verstehen, der durch den Vorfall erschüttert wurde. Verwenden Sie möglichst eine Metapher oder Kurzformel, um den Widerspruch zum bisherigen Lebenskonzept oder den Idealen zu beschreiben, die das Selbst- und Weltverständnis der Betroffenen zutiefst erschüttert.

Kommentar. Nicht in jedem Fall verbindet sich das ZTST mit dem `Lebensthema´ einer Probandin. Bei fortdauernden traumatischen Umständen ist dies wahrscheinlicher als bei einer punktuellen traumatischen Erfahrung. Die Verbindung zu einem `Lebensthema´ deutet also nur eine von mehreren möglichen Fragerichtungen an. Auch punktuelle Erfahrungen werden jedoch entsprechend den bereitliegenden Schemata erfasst. Diese persönliche Interpretation herauszufinden, die individuelle Bedeutung, die wir einer Situation erteilen, stellt allgemein die Aufgabe bei der Bestimmung des ZTST´s dar.

Spalte F von Format Traumabogen 2 - Kontrollstile und Kontrollmechanismen
Z.B. Vorwiegen von Dissoziationen oder von Vermeidung/Verleugnung, Projektion usw. .

In dieser Kategorie werden aufgeführt:

- *Persönlichkeitstypische Kontrollstile*, die oft schon prätraumatisch bestanden, z.B. ein zwanghafter, hysterischer, narzisstischer, schizoider Kontrollstil;
- *Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismen* wie Verleugnung, Bagatellisierung, Affektisolierung, dissoziative Mechanismen, wie imaginärer Ortswechsel,

Personwechsel, Wechsel von Identitätselementen usf. Es können psychosexuelle, psychosoziale und psychotraumatische Abwehrmechanismen [vgl. *Lehrbuch*] aufgeführt werden. Die Kontrollmechanismen lassen sich typischerweise einem Kontrollstil zuordnen. Der Eintrag lautet dann: `Bagatellisierung bei hysterischem Kontrollstil`.

- *Kontrolltaktiken*, z.B. Gefühlsvermeidung. Hier werden die kognitiv-emotionalen Taktiken aufgelistet, mit denen die strategischen Ziele des traumakompensatorischen Schemas verwirklicht werden. Wie, mit welchen Mitteln, wird z.B. der präventive Aspekt verwirklicht? Lautet die präventive Formel: `Vermeide alles, was die unerträglichen Gefühle wieder hervorrufen könnte!`, so lässt sich dieser `strategische` Imperativ mit unterschiedlichen Taktiken verwirklichen, z.B. eine bestimmte Art von Gefühlen vermeiden [etwa Vertrauen, Liebe, Verbundenheit] oder Gefühle überhaupt vermeiden [numbing, emotionale Anästhesie]. Im letzteren Fall liegt die Befürchtung zugrunde, dass jedes Gefühl die überwältigende traumatische Empfindung wieder hervorrufen könnte“. (Fischer, 2000b, S.153 ff.)

Therapieverlauf bei der Patientin Frau S.

Die folgende Darstellung folgt den Ausführungen bei Angenendt und Fischer (2001)

„Die Pat. arbeitete nach einer ersten Diagnostikphase und Stabilisierung mit der Selbsthilfebroschüre. Hier besteht der zentrale Ansatzpunkt für den Therapeuten darin, das TKS zu stärken und zu differenzieren. Im folgenden werden die Übungen aus NW sowie die damit erreichten Veränderungsschritte dargestellt.

Dialektik der Veränderung - Übersicht über die einzelnen Veränderungsschritte der Patientin

„In den einzelnen Phasen nutzte die Patientin intuitiv, aber zielsicher die Übungsangebote und Informationen der Broschüre in jeweils unterschiedlicher Weise. Psychoedukative Informationen brachten Entlastung in der *Stabilisierungsphase* und halfen wohl auch, die therapeutische Beziehung zu

triangulieren´ und zu entlasten. Durchgängig verwendete die Patientin die psychoedukativen Informationen für ihr Selbst-Monitoring, die Selbsteinschätzung ihrer Symptomatik und den Stand, den sie zu einem bestimmten Zeitpunkt der Therapie bereits erreicht hatte.

Als Hilfe in ihrer *Abgrenzungsphase* wählte die Patientin die Übung `sicherer Ort´. Zusätzlich zur haltenden und unterstützenden therapeutischen Beziehung belebte diese Übung offenbar gute `innere Objekte´ und trug dazu bei, die Abgrenzungskrise zu überwinden.

Als Unterstützung für den entscheidenden *Wendepunkt*, die dialektische *Konstruktionsleistung*, wählte die Patientin die Übung `das Trauma wegpacken´ mit der Bildschirmtechnik. Psychodynamisch war hier die Frage, ob es ihr gewissermaßen erlaubt sein konnte, das Leiden der Mutter `wegzupacken´ und in einem Safe zu verschließen, auch wenn der Film dort später wieder herausgeholt werden kann. Es war geradezu rührend, wie die Patientin in der Übertragung die Therapeutin um ihre Unterstützung, gewissermaßen ihre `Erlaubnis´ für diesen Schritt anfragte. Mit Hilfe der Therapeutin wurde der Weg dann frei für diesen entscheidenden `Konstruktionsschritt´, der die bisher unlösbaren Gegensätze von Leben und Tod dialektisch `aufhob´, zu sehen in den Worten der Patientin: `Der Tod ist ein Teil des Lebens`. Diese dialektische Wahrheit wurde nun allerdings der Patientin nicht `antrainiert´ in einer Weise, wie bisweilen Techniken des sog. `reframing´ verwendet werden. Sie ist vielmehr das Ergebnis eines emotionalen Entwicklungsprozesses, der durch die Broschüre unterstützt, aber nicht vorgezeichnet wurde.

Von dieser `Konstruktion´ aus konnte die traumatische Erfahrung dann `durchgearbeitet´ und schrittweise in den Lebensentwurf der Patientin *integriert* werden. Bei diesem zirkulären Wechselspiel von Konstruktion und Rekonstruktion (durcharbeiten) half einmal die `Lichstromübung´, die den `Neubeginn´ (Balint) und die damit verbundene Hoffnung verstärkt. Zum anderen die `Wachsamkeitsübung´ sowie weitere psychoedukative Information über Trauma und Traumaverarbeitung aus der Broschüre, die jetzt, nachdem das eigene Trauma verarbeitet und der Entwicklungskonflikt gelöst war,

intellektuell besser aufgenommen werden konnten als zu Therapiebeginn“ (Angenendt & Fischer, 2001).

6.2.4 Dimension 4: Therapieverlauf

Traumatherapien lassen sich in die Phasen Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration des Traumas sowie Re-Integration der traumatisierten Persönlichkeit in ihr soziales Umfeld unterteilen. Traumabearbeitung und Integration folgen dabei einer zirkulären Logik, die sich als dialektisches Wechselspiel von „Konstruktion“ und „Rekonstruktion“ beschreiben lässt.

In der Anfangsphase, die der Stabilisierung, geht es vor allem um den Aufbau bzw. die Festigung des Arbeitsbündnisses (P1,P2,P3,P6,). Im Mittelteil wird durch Stärkung und Differenzierung das Handlungsfeld erweitert (P4,P12). Nach der Dekonstruktion und Konstruktion (P2,P3,P7,P10,P12,) kommt es zur Rekonstruktion des Traumas und zur Integration des Traumas in die Persönlichkeit und die der Persönlichkeit in sein soziales Umfeld.

7. AUFBAU UND SYSTEMATIK DER SELBSTHILFEBROSCHÜRE

Die Broschüre berücksichtigt in Aufbau und Inhalt die in Kapitel 3 beschriebenen Symptomatiken und beruht auf den in der MPTT entwickelten und beschriebenen Prinzipien der Therapieführung mit den dazugehörigen Standardinterventionslinien (s.u.). Die Prinzipien und Interventionsstrategien wurden für die verschiedenen Varianten der MPTT entwickelt. Das Manual sieht folgende Versionen, Modifikationen bzw. Varianten der MPTT vor:

- Akutberatung und Krisenintervention (Modifikationen)
- Trauma-Akut-Psychotherapie (Standardversion)
- Psychotherapie bei einem *mittelfristig* bestehenden traumatischen Prozess
(Varianten A + B)
- Psychotherapie bei *langfristig* bestehenden traumatischen Prozessen
(Varianten C + D) .

Auch wenn nur ein Teil der Prinzipien (P) und Standardinterventionslinien (StInt) auf die Akutphase der Traumatisierung angewandt werden und für die Broschüre überwiegend die psychoedukativen von Belang sind, werden der Vollständigkeit halber gleichwohl alle in der MPTT vorhandenen hier vorgestellt, da sie teilweise implizit wirksam werden. Weiter unten werden die Tipps und die Übungen aus der Broschüre (mit ihren Kürzeln) aufgeführt und den relevanten Prinzipien der MPTT zugeordnet.

7.1 Module (Tipps und Übungen) der Erste-Hilfe-Broschüre (Neue Wege) in Zuordnung zu den MPTT-Prinzipien:

Im folgenden werden die Tipps (signiert mit T) sowie die Übungen (signiert mit Ü) mit Angabe des Stichworts und der Seitenzahl aufgezählt und den MPTT-Prinzipien zugeordnet (Die Numerierung der Übungen und Tipps beruht auf der Ausgabe von NW des Jahres 2000, S. 154: EH für Erste Hilfe). Die in Klammern aufgeführten Prinzipien und Interventionslinien werden zwar nicht explizit in den jeweiligen Übungen bzw. Tipps angewandt, sind jedoch in Form von Implizierungen in ihnen wirksam.

Übungen	Sig.	Seite	Prinzipien der MPPT	Standardinterventionslinie der MPPT
EH 1 – Erfolge	Ü	35	1,4,7,14	1,2,8,
EH 2 – Atem	Ü	36	1,4,7,14	2,
EH 3 - Muskel	Ü	45	1,4,14	2,
EH 4 - Zeitlupe	Ü	49	1,2,7,10,14	2,6,9,
EH 5 - Wegpacken	Ü	49	1,2,4,7,10	1,2,
EH 6 – Film stoppen	Ü	51	1,2,4,7,10,	1,2,
EH 7 - sicherer Ort	Ü	53	1,2,4,7,10	2,
EH 8 - Rechnen	Ü	55	1,2,4,7,	2,
EH 9 - Sinnlosigkeit	Ü	55	1,2,4,7,10,	2,
EH 10 - Lichtstrom	Ü	56	1,2,4,10,	2,
EH 11 – Schmerzwaage	Ü	58	1,2,4,10,	2,
EH 12 - Selbstschutz	Ü	63	1,2,4,7,10,	2,
EH 13 – Gedanken-spiel	Ü	70	1,2,4,7,10,(5,12)	2,8,(6),
EH 14 – Wachsamkeit	Ü	71	1,2,3,7,10,(5)	2,8,(6),
EH 15 – Heilungstheorie	Ü	75	1,2,4,7,14,(5),	2,6,8,(3),
EH 16 - Angsttoleranz	Ü	76	1,2,4,7,10	3,4,
EH 17 - Zeitsprung	Ü	78	1,2,4,5,7,	1,8,
EH 18 – Landschaftsgemälde	Ü	81	1,2,4,7,10,(18)	6,7,9,
EH 19 – Augenbewegungen	Ü	83	1,2,4,7,10, (6,18)	1,3,6,8,9,

Tabelle 4: Zuordnung der Übungen aus NW zu den Prinzipien und Standardinterventionslinien der MPPT

Tipps	Sig.	Seite	Prinzipien der MPTT	Standardinterventionslinie der MPPT
EH 1 - Bewegung	T	29	1,2,7,14,	2,5,
EH 2 - Gewohnheiten	T	33	1,4,5,7,14,	2,5,8,
EH 3 - Reden	T	34	1,2,4,7,14,15	8,
EH 4 – Schnippchen	T	38	1,2,9	
EH 5 - Tagesritual	T	40	1,2,4,5,7,	2,8,
EH 6 - Organisieren	T	41	1,2,4,5,7,	2,8,
EH 7 – Selbstberuhigung	T	42	1,2,4,7,	2,(5),
EH 8 - Distanzierung	T	42	1,2,4,7,	2,
EH 9 - Trauma-Tagebuch	T	63	1,2,4,7,10,	2,6,8,
EH 10 – Selbstbeschuldigung	T	68	1,2,4,7,10,	2,6,8,
EH 11- „natürliche“ Beruhigungsmittel	T	75	1,2,4,7,	2,8,
EH 12 - Bewegung	T	86	1,2,4,8,	2,8,
EH 13 - Ernährung	T	90	1,2,4,8,	2,8,
EH 14 - mit Kindern sprechen	T	109	1,2,4,7,15,	8,
EH 15- fachliche Hilfe	T	120	1,2,4,	4,
EH 16- Wahl des Therapeuten	T	125	4,	4,

Tabelle 5: Zuordnung der Tipps aus NW zu den Prinzipien und Standardinterventionslinien der MPTT

8 DARSTELLUNG DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE, SCHILDERUNG DER ERHEBUNGSMETHODIK UND DER EIGENART DER BEFRAGUNGSSTICHPROBE.

Zur Erhebung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurde ein Fragebogen aus 29 Fragen mit insgesamt 70 Items entwickelt, der auf die Arbeit mit NW ausgerichtet war und offene wie auch strukturierte Fragen enthielt. Dieser Fragebogen wurde in 3 verschiedenen psychotraumatologischen Einrichtungen an Klienten verteilt, die mit NW arbeiteten. Zusätzlich wurde der Fragebogen an Klienten ausgegeben, die in ihrer Beratung/Therapie die Broschüre integriert hatten. Alle Klienten /Patienten füllten die Bögen aus. Ein Teil der Fragen wurde quantitativ ausgewertet. Hierzu wurden die Antworten auf die entsprechenden Fragen codiert und in eine Datenmatrix übertragen.

Da der Schwerpunkt der Arbeit darauf abzielt, Effekte zu beobachten, die eher in einzelfallanalytischen Untersuchungen zu beobachten sind, wird zur Absicherung der quantitativen Beobachtungen eine qualitative Auswertung an einer Subgruppe von 5 der 24 Fälle durchgeführt. Dies geschieht, indem nach dem hermeneutischen Verfahren der Hypothesenbildung und – exklusion (Kapitel 12) vorgegangen wird. Daher kann eine Stichprobengröße von $N = 24$ als ausreichend betrachtet werden (vgl. Miles und Huberman, 1994). Die quantitative Auswertung wird somit durch Kapitel 12 weiter abgesichert.

Im Anhang wird der zur Untersuchung eingesetzte Fragebogen wiedergegeben.

Im Folgenden werden die für die Arbeit relevanten Auswertungen und Ergebnisse kurz dargelegt.

8.1. Phänomenologische Beschreibung der quantitativen Auswertung des Beobachtungsmaterials

8.1.1 Verteilung der Geschlechter in der Gesamtstichprobe

Die Untersuchung wurde durchgeführt an N=24 (13 weiblichen und 11 männlichen) Probanden (Pbn.).

Geschlecht:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig weiblich	13	54,2	54,2	54,2
männlich	11	45,8	45,8	100,0
Gesamt	24	100,0	100,0	

Tabelle 6 Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht

Die Pbn. hatten die Broschüre NW entweder durch die Beratungsstelle für Unfall- und Gewaltopfer an der Universität Köln, der Station für Psychotraumatologie des Krankenhauses der Alexianer in Krefeld oder ihrer Therapeutin erhalten. So ergaben sich 3 verschiedene Beratungs- bzw. Therapiesettings.

8.1.2 Genannte traumatische Ereignisse in der Stichprobe

Genannte traumatische Ereignisse waren: Vergewaltigung (1), Überfall (5), Handtaschenraub (1), Verkehrsunfall (7), Banküberfall (3), tätlicher Angriff (3), Mobbing (1), Krankheit einer nahen Bezugsperson (1) und Unfall am Arbeitsplatz (1). Eine Pbin. ließ das ihr zugestoßene traumatische Ereignis unbenannt. Entsprechend gab es in dieser Stichprobe 9 verschiedene Situationstypologien.

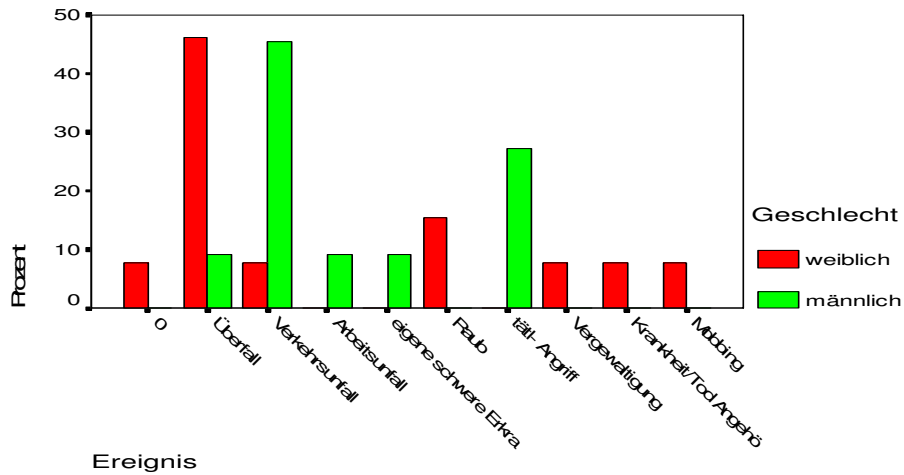


Abbildung 15 : Verteilung der belastenden Ereignisse in der Stichprobe

Belastende Ereignisse, die die Pbn. in die Beratung/Therapie führten :

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig				
0	1	4,2	4,2	4,2
Überfall	7	29,2	29,2	33,3
Verkehrsunfall	6	25,0	25,0	58,3
Arbeitsunfall	1	4,2	4,2	62,5
eigene schwere Erkrankung	1	4,2	4,2	66,7
Raub	2	8,3	8,3	75,0
tätl- Angriff	3	12,5	12,5	87,5
Vergewaltigung	1	4,2	4,2	91,7
Krankheit/ Tod Angehöriger	1	4,2	4,2	95,8
Mobbing	1	4,2	4,2	100,0
Gesamt	24	100,0	100,0	

Tabelle 7 : Verteilung der belastenden Ereignisse in der Stichprobe

8.1.3 Die Erwartungen der Klienten an die Broschüre

Die Erwartungen an die Broschüre schilderten die Pbn. folgendermaßen :

		Erwartung an NW?	Erlebnis verarbeiten	Hilfe	gute	keine	handfestes
		0					
Ge- schlecht	weiblich	1	3	4	1	3	1
	männlich	2	1	4		3	

Tabelle 8 : Die Erwartungen der Pbn. an die Broschüre

Demnach hatten 3 Pbn. die Erwartung, mit der Broschüre das Ereignis verarbeiten zu können, 8 Pbn. versprachen sich Hilfe von NW, ein Pb. gab „gute“ Erwartungen an und eine Pbin. war froh, etwas „Handfestes“ zur Unterstützung zu bekommen. 6 Pbn. äußerten, sie hätten an die Broschüre keine Erwartungen gestellt und 3 Pbn. machten hierzu keine Angaben.

8.1.4 Therapeutische Begleitung der Stichprobe bei der Arbeit mit NW

In allen Fällen wurde die Broschüre von den oben genannten Einrichtungen/Therapeuten zu Beginn der Beratung/Therapie ausgehändigt. Ein Großteil der Pbn. wurden bei ihrer Arbeit mit der Broschüre fachlich unterstützt, indem sie in die Beratung/Therapie mit einbezogen wurde. Dies geschah, indem über die Broschüre gesprochen wurde oder Informationen, Tipps oder Übungen aus der Broschüre in den Behandlungsverlauf integriert wurden.

Wurden Sie bei der Arbeit mit NW therapeutisch/durch Beratung begleitet?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig				
ja	21	87,5	87,5	87,5
Nein	3	12,5	12,5	100,0
Gesamt	24	100,0	100,0	

Tabelle 9 : Therapeutische Begleitung der Stichprobe bei der Arbeit mit NW

Die Stichprobe wurde u.a. untergliedert in akut vs. chronisch Traumatisierte. „Chronisch“ meint hier das Zurückliegen des traumatischen Ereignisses um mehr als ein 3/4 Jahr. Hierbei wurden unter „chronisch“ auch diejenigen (1Pb.) zusammengefasst, die schwere Kindheitstraumata erlitten haben. Theoretisch könnte es sein, dass sich diese Pat. für andere Übungen entscheiden, als Pat. deren Trauma einem mittelfristigen traumatischen Prozess (Vortraumatisierung im Erwachsenenalter) bzw. einer akuten Traumatisierung unterliegen. Allerdings lässt sich dies aufgrund zu geringer Fallzahl in der vorliegenden Stichprobe nicht beweisen.

8.1.5 Anzahl der Traumatisierten (akut vs.chronisch) der Pbn. der Stichprobe nach Geschlecht

Wie lange nach dem Ereignis haben Sie begonnen, mit NW zu arbeiten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig					
unmittelbar danach	3	12,5	12,5	12,5	
1 Woche später	2	8,3	8,3	20,8	
bis 4 Wochen	3	12,5	12,5	33,3	
bis 8 Wochen	2	8,3	8,3	41,7	
bis 12 Wochen	6	25,0	25,0	66,7	
bis 20 Wochen	1	4,2	4,2	70,8	
bis 1 Jahr	1	4,2	4,2	75,0	
bis 2 Jahre	6	25,0	25,0	100,0	

Gesamt	24	100,0	100,0
--------	----	-------	-------

Tabelle 10 : Zeitpunkt des Arbeitsbeginns mit der Broschüre in der Stichprobe

Anzahl der Traumatisierten (akut vs.chronisch) der Pbn. der Stichprobe nach Geschlecht

	akut	Mittelfristiger traumatischer Prozess vs. akut	Mittelfristiger Prozess	Gesamt
Geschlecht weiblich	9	4		13
männlich	8	3		11
Gesamt	17	7		24

Tabelle 11: Verteilung der Pbn. nach Unterscheidung akut vs. mittelfristiger Prozess in der Stichprobe

Ein großer Teil der in der Stichprobe untersuchten Pbn. hatte ein weiteres belastendes Ereignis in der unmittelbaren Vorgeschichte angegeben. Eine Pbin. litt unter einer Vor- Traumatisierung durch schweres Missbrauchsgeschehen in der Kindheit.

	Mehrfach-Trauma?	akut	chronisch oder akut	chronisch
Ereignis 0	nein	1		
Überfall	ja	3		
	nein	2	1	

Verkehrsunfall	ja	2	1
	nein	1	2
Arbeitsunfall	nein	1	
eigene schwere Erkrankung Raub	ja	1	
	ja	1	
	nein	1	
tätl- Angriff	ja	2	1
Vergewaltigung	ja	1	
Krankheit/Tod Angehöriger Mobbing	ja		1
	ja		1

Tabelle 12 : Relation der Ereignisse der Pbn. in der Stichprobe, ihrer Vortraumatisierung und des traumatischen Prozesses

Aus Tabelle 12 ergibt sich kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einer Vortraumatisierung, dem traumatischen Ereignis und der Dauer des traumatischen Prozesses. Von den Pbn. mit mittelfristigem bzw. langfristigen traumatischen Prozess hatten 3 v. 7 ein belastendes Ereignis in jüngster Vergangenheit erlebt, von den Pbn. Mit akutem Verlaufsprozeß waren es 9 von 16 Pbn. .

8.1.6 Umgang der Stichprobe mit den Übungen aus NW

Die meisten Pbn. haben nach eigenen Angaben ca. 1-3 Übungen aus der Broschüre ausgewählt und damit gearbeitet.

Wie viele Übungen haben Sie insgesamt ausprobiert?

Anzahl

	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich	
Wieviele Übungen ausprobiert?			
keine		3	3
eine einzige Übung		3	3
1-3 Übungen	8	4	12
zwischen 3 und 6 Übungen	4	1	5
Mehr als 6 Übungen	1		1
Gesamt	13	11	24

Tabelle 13 : Anzahl der ausgesuchten Übungen nach Geschlecht insgesamt

Demnach haben die meisten Pbn. (12) 1-3 Übungen durchgeführt. Eine einzige Übung (1) wurde bevorzugt von männlichen Pbn.(3) ausgesucht. Mehr als sechs Übungen wählte eine Pbin aus. 3 von 7 männlichen Pbn. wählten keine Übung aus bzw. machten hierzu keine Angaben.

Von den Übungen wurde am häufigsten der „sichere Ort“ (8) ausgewählt. Dem folgte die Lichtstromübung (7) und das Trauma „wegpacken“ (7), dann PMR (5), die Atemübung (4). Die „Wachsamkeitsübung“ sowie die Übung „Ablenkung durch Rechnen“ führten 2 Pbn. regelmäßig durch, die „Sinnlosigkeitsübung“ wurde von 2 PblInnen gewählt. Diese letztgenannten Übungen, die dem Verdrängungsflügel des TKS entsprechen, wurden von 2 weiblichen Pbn. kombiniert mit Übungen zur Distanzierung und Selbstberuhigung. Diese PblInnen hatten als Ereignis „Überfall mit Vergewaltigungsversuch“ und

„Vergewaltigung“ angegeben. Beide Ereignisse haben die Situationsdynamik (nach Ochberg, 1988) „negative Intimität“.

Auch bei der Beantwortung der Frage nach konkreten hilfreichen Übungen waren Mehrfachantworten möglich.

Welche Übung hat Ihnen konkret geholfen:

Ausgewählte Übungen der Pb. nach Rangfolge:	Geschlecht	
	weiblich	männlich
erste hilfreiche Übung		
0	2	4
Erfolge		2
Atem	2	1
PMR	2	
Trauma wegpacken	3	2
sicherer Ort	1	
Ablenkung d. Rechnen	1	
Sinnlosigkeit	1	
Lichtstrom		1
Schmerzwaage		1
Heilungstheorie	1	
zweite hilfreiche Übung		
0	4	9
Atem	1	
PMR		1
Trauma wegpacken	1	
Trauma-Film stoppen		1
sicherer Ort	4	
Lichtstromübung	2	
Selbstschutz- Maßnahmen	1	
dritte hilfreiche Übung		
0	7	11
PMR	1	
sicherer Ort	2	
Sinnlosigkeit	1	
Wachsamkeitstaining	2	
vierte hilfreiche Übung		
0	12	11
Trauma wegpacken	1	
fünfte hilfreiche Übung		
0	12	11
sicherer Ort	1	

Tabelle 14 : Verteilung der ausgewählten Übungen in der Stichprobe nach Geschlecht

Um die Auswahl der Übungen überschaubarer zu machen, wurden sie in die folgenden sinnvoll erscheinenden Kategorien eingeteilt:

1. Übungen zur Distanzierung (Übungen 5,6,8,8,12 aus NW, siehe Tabelle S. 70)
2. zur Strukturierung (Übungen 13,14,15,18 aus NW, siehe Tabelle S. 70)
3. Selbstwertübungen (Übung 1 aus NW, siehe Tabelle S. 70)
4. Übungen mit Körpereinsatz (Übung 2,3,4,19 aus NW, siehe Tabelle S. 70) sowie
5. Imagination von Gegenwelten (Übungen 7,10,11 aus NW, siehe Tabelle S. 70) .

Hieraus ergibt sich folgendes Profil:

		Geschlecht				
		weiblich			männlich	
		Übungen 1	Übungen 2 Übungen 3	Übungen 1	Übungen 2	Übungen 3
Anzahl						
0						
2		5	10	4	10	11
Distanzierung						
5		1		2		
Strukturierung						
1		2		1		
Selbstwertübung						
				2		
Körpereinsatz						
4		1			1	
Imagination von Gegenwelten						
1		4	3	2		

Tabelle 15: Ausgewählte Übungskategorien der Pbn. der Stichprobe nach Geschlecht

Übungen zur Distanzierung wurden demnach von 8 Pbn. durchgeführt. Strukturierungsübungen wählten 4 Pbn. und Übung zur Stärkung des Selbstwertes wählten 2 Pbn. Übungen, in denen Körpereinsatz erforderlich war (PMR, Sport), führten 6 Pbn. durch. Die meisten (10 Pbn.) halfen sich (zusätzlich) durch die Imagination von Gegenwelten.

Demnach war es für einen Großteil der Pbn. möglich, sich am ehesten durch die Imagination von Gegenwelten und durch Distanzierungsübungen zu helfen. $\frac{1}{4}$ der Stichprobe konnte sich durch Übungen mit Körpereinsatz und $\frac{1}{6}$ mit Strukturierungsübungen stabilisieren. Dieses Ergebnis wird durch Beobachtungen der Einzelfallanalysen abgesichert (Kapitel 11). Aus diesem Grunde werden diese Übungskategorien bei der Erstellung der Übungen des Beratermanuals berücksichtigt.

Eventuelle Unterschiede beim Auswahlverhalten der akut vs. chronifizierten Pbn. der Stichprobe beim Favorisieren der ausgesuchten Übung sollte diese Untersuchung darstellen:

1.Übungskategorie		chronisch oder akut		Gesamt
		akut	chronisch	
0				
Geschlecht	weiblich	2		2
	männlich	3	1	4
Gesamt		5	1	6
Distanzierung				
Geschlecht	weiblich	3	2	5
	männlich	2		2
Gesamt		5	2	7
Strukturierung				
Geschlecht	weiblich		1	1
	männlich	1		1
Gesamt		1	1	2

Selbstwertübung				
Geschlecht	männlich	1	1	2
Gesamt		1	1	2
Körperinsatz				
Geschlecht	weiblich	3	1	4
Gesamt		3	1	4
Imagination von Gegenwelten				
Geschlecht	weiblich	1		1
	männlich	1	1	2
Gesamt		2	1	3

Tabelle 16 : Unterschiede der erstgewählten (favorisierten) Übungskategorie zwischen den chronischen vs. akuten Pbn. in der Stichprobe nach Geschlecht.

Die Tabelle zeigt, dass es keine auffälligen Unterschiede in der Auswahl der favorisierten Übungskategorie zwischen Pbn. mit mittelfristigen und langfristigen traumatischen Prozess und den akut traumatisierten Pbn. gibt. Allerdings ist die Stichprobe zu klein, als dass sich dieses Ergebnis verallgemeinern ließe. Hierzu sind weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben notwendig. Auch in den Einzelfallanalysen zeigte sich hier kein Unterschied (Kapitel 11) . Allerdings wählten die chronischen Pb. mehr Übungen aus als die Pb. mit akutem Verlaufsprozess. Dies bestätigt sich auch in den Einzelfallanalysen.

8.1.7 Umgang der Stichprobe mit den Informationen aus NW

Die Frage danach, wie viele Informationen aus NW die Pb. hilfreich empfanden, beantworteten sie folgendermaßen:

Wie viele Informationen fanden Sie hilfreich?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig				
0	4	16,7	16,7	16,7
alle	9	37,5	37,5	54,2

einige	11	45,8	45,8	100,0
Gesamt	24	100,0	100,0	

Tabelle 17: Erleben der Informationen aus NW in der Stichprobe

11 Pbn. erlebten demnach einige Informationen und 9 der Pbn. fanden alle Informationen als hilfreich. 4 machten hierzu keine Angabe.

Die Angaben der Pbn. zu den Informationen im Fragebogen wurden in 4 Kategorien zusammengefasst. Zudem waren Mehrfach-Antworten möglich. Die Pbn. wurden gebeten, die hilfreichen Informationen der Reihe nach aufzuzählen. Informationen über Traumasymptome fanden insgesamt 7 Pbn. nützlich, 3 Pbn. interessierten sich generell dafür, was ein Trauma ist und wie es „funktioniert“. „Eigene Reaktionen einordnen“ war für eine Pbin. hilfreich. Für den Traumaverlauf interessierten sich 4 Pbn. der Stichprobe und 2 Pbn. informierten sich über die Traumadauer. Bei Durchsicht der Fragebögen wurde ersichtlich, dass diejenigen, die mehrere Übungen durchgeführt hatten, auch an mehreren Informationen und Tipps interessiert waren. Hierbei waren die weiblichen Pbn. den männlichen voraus.

Die o.g. Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Welche Informationen waren hilfreich?

		Geschlecht	
		weiblich	männlich
hilfr. Infos 1	0	6	9
	Trauma-Symptome	5	
	was ist ein Trauma	1	2
	Reaktionen einordnen	1	
hilfr. Infos 2	0	8	10
	Trauma Symptome	1	1
	Traumaverlauf	4	
hilfr. Infos 3	0	11	11
	Traumadauer	2	

Tabelle 18 : Angaben der Gesamtstichprobe zu den hilfreich erlebten Informationen (Mehrfachantworten möglich)

Am wichtigsten schien es zu sein, Informationen über den Verlauf und die Dauer des Traumas zu erhalten. Zusätzlich empfanden es die Pbn. als hilfreich, ihre körperlichen Symptome und ihre Reaktionen besser verstehen und einordnen zu können.

8.1.8 Umgang der Stichprobe mit den Tipps aus der Broschüre

Insgesamt wurden an „Tipps“ aus der Broschüre in der Gesamtstichprobe ca. jeweils 1-3 ausgesucht, wobei hier die weiblichen Pbn. eher 3, die männlichen 1 Tipp als hilfreich empfunden hatten. „Tagebuch führen“ wurde am häufigsten als hilfreich empfunden (7), „darüber reden“ (4) und sportliche Betätigung „Laufen und Wandern“(5) wurden dem Anlegen eines Superbuches (2) und allgemeinen Tipps zur Ruhe zu kommen vorgezogen (2).

Wie viele Tipps aus NW fanden Sie hilfreich?

	0	hilfreiche Tipps?		
		alle	einige	keine
Geschlecht				
weiblich	2	4	7	
männlich	4	3	3	1

Tabelle 19 : Die Anzahl der als hilfreich empfundenen Tipps in der Stichprobe nach Geschlecht

Tabelle 19 zeigt, dass 10 Pbn. einige (7 w., 3 m.) und 7 Pbn. (4 w. und 3 m.) alle Tipps als hilfreich empfanden. 6 Pbn. (2 w, 4 m) machten zu der Frage keine Angaben. 1 männlicher Pb. empfand keine Tipps für sich hilfreich. Also

profitierten 11 weibliche und 6 männliche Pbn. von den Tipps aus der Broschüre.

Folgende Tipps wurden in der Stichprobe konkret als hilfreich genannt: Mehrfachantworten waren möglich. „Darüber reden mit vertrauten Personen“ nannten 3 Pbn., „Tagesrituale einführen“ 2 Pbn. als hilfreich. Mit dem „Organisieren“ des Tagesablaufs half sich ein Pbn.. Mit Selbstberuhigung konnten sich 3 Pbn. und mit dem Führen eines Traumatagebuches halfen sich 4 Pbn. der Stichprobe. 4 Pbn. erlebten Tipps zur Bewegung in der Natur als hilfreich, ein Pbn. konnte sich durch die Einhaltung gesunder Ernährung helfen. 13 Pbn. machten keine konkreten Angaben.

Welche Tipps aus NW empfanden Sie als hilfreich?

	Geschlecht	
	weiblich	männlich
1. ausgewählte Tipp		
0	5	8
Reden	2	1
Tagesritual	1	
Organisieren	1	
Selbstberuhigung	2	
TraumaTagebuch	1	
Bewegung	1	2
2. ausgewählte Tipp		
0	10	9
Distanzierung	1	
TraumaTagebuch	1	

Bewegung		1
Ernährung		1
18	1	
3. ausgewählte Tipp 0	12	10
Tagesritual	1	
TraumaTagebuch		1
4. ausgewählte Tipp 0	12	10
Selbstberuhigung		1
TraumaTagebuch	1	

Tabelle 20: Ausgewählte Tipps der Pbn. in der Stichprobe nach Geschlecht

8.1.9 Auswahlverhalten der Stichprobe untergliedert in die Gruppen akut vs. chronisch

Insgesamt gesehen empfanden die Pbn. der Stichprobe mit mittelfristigem bzw. längerfristig bestehendem traumatischen Prozess (chronisch) im Gegensatz zu den akuttraumatisierten zu einem höheren Prozentsatz „alle“ Informationen, Übungen und Tipps als hilfreich.

Dies könnte den Schluss zulassen, dass das entsprechende Klientel zwar keinen Unterschied in der Art, jedoch in der Anzahl der durchgeführten und als hilfreich erlebten Übungen, Informationen und Tipps macht. Dieses Phänomen findet Bestätigung in der Einzelfallanalyse (s. Kapitel 11).

Die folgenden Abbildungen verdeutlichen das Auswahlverhalten bzgl. der Elemente von NW dieser beiden Gruppen:

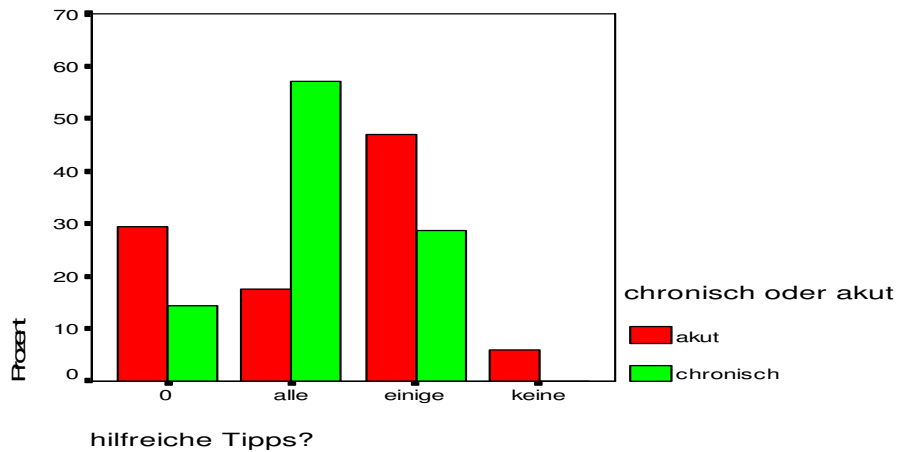


Abbildung 16 : Das Maß der als hilfreich empfundenen Tipps der akut vs. chronischen Pb. in der Stichprobe

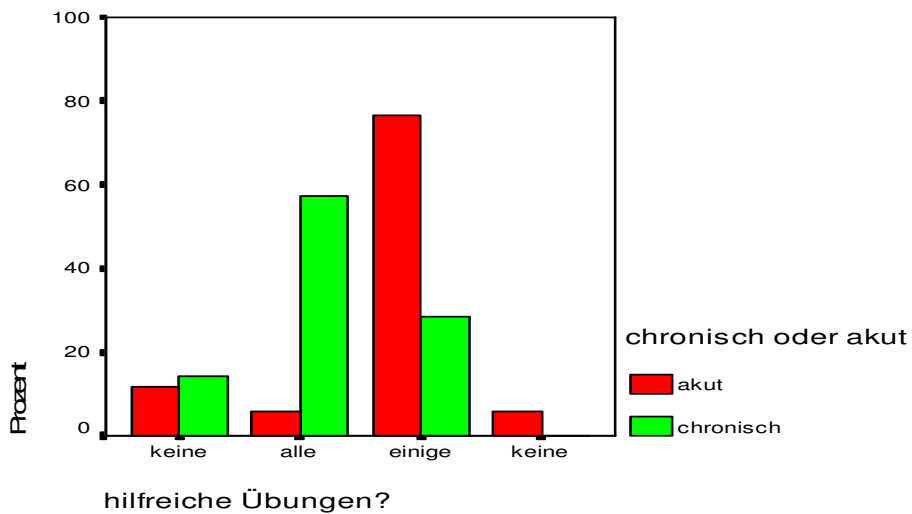


Abbildung 17 : Das Maß der als hilfreich empfundenen Übungen der akut vs. chronischen Pb. in der Stichprobe

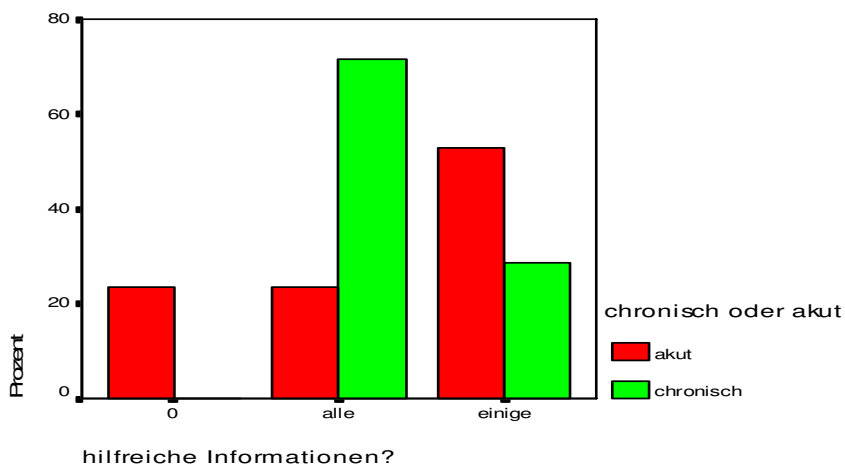


Abbildung.18 : Das Maß der als hilfreich empfundenen Tipps der akut vs. chronischen Pb. in der Stichprobe

8.1.10 Geschlechtsspezifischer Umgang mit der Broschüre

Bei Durchsicht der Fragebögen zeigte sich, dass insgesamt eine Tendenz der männlichen Probanden, Übungen, Tipps und Informationen spärlicher anzunehmen als die weiblichen Pbn. sichtbar wurde.

Weibliche Pbn. wählten häufig mehrere Übungen und Tipps gleichzeitig und profitierten offenbar ebenfalls eher von den Informationen aus NW.

Die Pbn. wählten die Übungen nach unterschiedlichen Kriterien aus. Sie wählten „nach Gefühl“ und nach „persönlichen“ Motiven (Bezug zur Übung, Identifikation, Einschätzung der Unterstützung durch die Übung) aus.

8.1.11 Angaben zu Veränderungen im Befinden nach der Arbeit mit NW in der Gesamtstichprobe

Als Veränderungen im Befinden nach der Arbeit mit NW gaben die Pbn. an, sie seien „ruhiger“ bzw. „beruhigter“, fühlten sich „stabiler“, „entspannt“, hätten mehr „Distanz“ zum Ereignis, empfänden wieder „innere Sicherheit“ und erlebten sich „nicht mehr ausgeliefert“.

Welche neuen Erfahrungen haben Sie durch die Arbeit mit NW gemacht?

	Geschlecht	
	weiblich	männlich
neue Erfahrungen durch Übungen?		
keine	1	4
Angaben ruhiger geworden	3	5
Kontrolle bekommen	3	
stabiler	3	1
meine Reaktionen ¹ sind o.k. mehr Distanz	2	
keine Veränderung		1

Tabelle 21 : Neue Erfahrungen durch die Arbeit mit NW nach Geschlecht

In Tabelle 21 wird ersichtlich, dass nach der Arbeit mit NW 8 Pbn. (3w, 5m) „ruhiger geworden“ sind. 3 (w) geben an, mehr (oder wieder) Kontrolle bekommen“ zu haben, 4 (3 w, 1 m) sind laut Angaben „stabiler“. „Mehr Distanz“ zum Ereignis erlebten 2 Pbn. (w) und ein Pb. (w) erfuhr durch die Arbeit mit NW, dass die „Reaktionen o.k.“ sind. 1 Pb. (m) gab an, „keine Veränderung „ erfahren zu haben.

8.1.12 Angaben der Stichprobe zu neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW

Zusätzlich zur Überprüfung auf Geschlechterunterschiede bzgl. der neuen Erfahrungen wurde die Stichprobe auf evtl. Auffälligkeiten bzgl. des Zusammenhangs des erlebten Ereignisses (Situationsfaktor) und der neuen Erfahrung nach der Arbeit mit NW untersucht.

In Bezug auf das erlebte traumatische Ereignis ist keine Gewichtung auf eine bestimmte Erfahrung ersichtlich.

Die Untersuchung zeigt keine bestimmten Auffälligkeiten in der Stichprobe bzgl. eines Zusammenhangs zwischen den neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW und dem erlebten traumatischen Ereignis. Allerdings scheinen die oben genannten Kategorien an sich ein wichtiges Ziel der Traumatisierten darzustellen. Es ist demnach wichtig, ruhiger und stabiler zu werden, Kontrolle über sich und das Geschehen zurück zu erhalten sowie eine Distanz zum Ereignis zu bekommen und die eigenen Reaktionen als angemessen bewerten zu können. Dieses Ergebnis wird abgesichert durch die Beobachtungen in den Einzelfallanalysen (Kapitel 11).

Ereignis	keine Angaben	neue Erfahrungen durch Übungen? ruhiger geworden	ge- Kontroll e be- kommen	stabiler	meine Reaktionen sind o.k.	mehr Distanz	keine Veränderung
keine Angabe		1					
Überfall	1	2	1	1		1	1
Verkehrsunfall	1	3		1	1		
Arbeitsunfall	1						
eigene schwere Erkrankung		1					
Raub				1		1	
Tätl. Angriff	2	1					
Vergewaltigung				1			
Krankheit/ Tod Angehöriger			1				
Mobbing			1				

Tabelle 22 : Vergleich des Zusammenhangs der neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW mit dem erlebten traumatischen Ereignis

8.1.13 Angaben der Stichprobe zum Erleben der Broschüre nach Geschlecht

In Bezug auf die Zufriedenheit („Wie hilfreich empfanden Sie die Arbeit mit der Broschüre insgesamt?“) äußerten sich die Pbn. wie folgt:

Wurden Ihre Erwartungen an die Broschüre erfüllt?

		Wurden Ihre Erwartungen an die Broschüre erfüllt?					
		0	gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	völlig
Geschlecht	weiblich			1	3	7	2
	männlich	1	1	2	3	2	2

Tabelle 23 : Zufriedenheit der Pbn. in der Stichprobe mit der Broschüre

Aus Tabelle 23 ist ersichtlich, dass 13 Pbn. „ziemlich“ bis „völlig“ (9w, 4m) mit der Broschüre zufrieden waren, 9 Pbn. (4w, 5m) „etwas“ und „kaum“ . Ein männlicher Pb. äußerte sich „überhaupt nicht“ zufrieden mit NW, einer machte keine Angaben. Demnach wurden die Erwartungen der weiblichen Pbn. der Stichprobe eher erfüllt als die der männlichen.

Betrachtet man das Verhalten der Stichprobe in Bezug auf die schon dargestellten Auswahlen der Tipps, Übungen und Informationen, fällt auf, dass die männlichen Pbn. wesentlich weniger konkrete Angaben zu den ausgewählten Übungen machten als die weiblichen. Die weiblichen nannten zudem gleich mehrere Übungen und Tipps, die sie als hilfreich empfanden. Die männlichen Pbn. nannten 0 bis 1 Übung bzw. Tipps, nannten insgesamt 7 hilfreiche Übungen bzw. 6 Tipps konkret beim Namen (bzw. Bezeichnung) .Die weiblichen machten insgesamt 28-mal konkrete Angaben zu hilfreichen Übungen (Mehrfachnennungen) und 15-mal zu hilfreichen Tipps.

8.1.14 Verbesserungsvorschläge der Stichprobe nach Geschlecht

Verbesserungsvorschläge wurden in der Hauptsache von weiblichen Pbn. gemacht.

Verbesserungsvorschläge?

		Geschlecht	
		weiblich	männlich
Verbesserungsvorschläge	keine Angabe	2	2
	ja	7	3
	nein	1	6
	weiss nicht	1	
	ok, wie sie ist	2	

Tabelle 24 : Vorschläge der Pbn. zur Verbesserung der Broschüre nach Geschlecht

7 weibliche und 3 männliche Pbn. machten Verbesserungsvorschläge zu NW. 6 männliche und 1 weiblicher Pb. kreuzten „nein“ an, 1 Pbn. war unsicher, 2 weibliche Pbn. fanden NW „o.k. wie sie ist“. 2 männliche und 2 weibliche Pbn. machten keine Angaben.

Die weiblichen Pb. empfanden die Arbeit insgesamt als hilfreicher als die männlichen. Gleichwohl machten mehr als doppelt so viele weibliche wie männliche Pbn. Verbesserungsvorschläge.

Dieses Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, dass die weiblichen Pbn. eher bereit sind als die männlichen Pbn., sich aktiv mit der Traumatisierung auseinanderzusetzen. Dies bestätigt sich in den Beobachtungen der Einzelfallanalysen. Auch hier wählen die weiblichen Pbn. mehr Übungen aus als die männlichen und arbeiten aktiver bei der Bewältigung des Traumas mit (Kapitel 11).

Da viele unterschiedliche Vorschläge zur Verbesserung der Selbsthilfebroschüre gemacht wurden, war es schwierig, sie kategorial zu erfassen. Die Vorschläge werden daher kurz aufgelistet:

Die 10 erfragten Erfolge (Übung1 in NW) solle man auf 5 reduzieren. Es sei frustrierend, „wenn man nicht alle zusammen bekommt“. Die „dauernden Warnhinweise“ verunsicherten einige Pbn. und machten zusätzlich Angst. Zudem hätten die Pbn. gerne Bilder und einige Fallbeispiele in der Broschüre. Einige Pbn. wünschten sich eine Hörspiel- Kasette und/oder eine CD / DVD mit den Übungen. Dies erschien Ihnen sinnvoll für den Fall, dass die Betroffenen alleine mit der Broschüre arbeiten und keine Therapeutin hätten.

Wenn eine Therapeutin bzw. Beraterin in Anspruch genommen werde, so der Vorschlag, sollte diese die Kasette besprechen, damit die Pat. einen sicheren „Anker“ hätten. Ein Pbin. hätte gerne eine Anleitung zum Autogenen Training in der Broschüre gefunden.

9. ZUSAMMENFASSUNG DER QUANTITATIVEN DATENANALYSE DER GESAMTSTICHPROBE

Die Untersuchung wurde durchgeführt an N=24 (13 weiblichen und 11 männlichen) Pbn..

Sie hatten die Broschüre NW entweder durch die Beratungsstelle für Unfall- und Gewaltopfer an der Universität Köln, der Traumastation des Krankenhauses der Alexianer in Krefeld oder ihrer Therapeutin erhalten. So ergaben sich 3 verschiedene Beratungs- bzw. Therapiesettings.

Bezüglich der Erwartung, die die Pbn. an die Broschüre hatten, ergab sich folgendes Bild: 3 Pbn. hatten die Erwartung, mit der Broschüre das Ereignis verarbeiten zu können, 8 Pbn. versprachen sich Hilfe von NW, ein Pbn. gab „gute“ Erwartungen an und eine Pbn. war froh, etwas „Handfestes“ zur Unterstützung zu bekommen. 6 Pbn. äußerten, sie hätten an die Broschüre keine Erwartungen gestellt und 3 Pbn. machten hierzu keine Angaben.

Die in der Stichprobe genannten traumatischen Ereignisse waren: Vergewaltigung (1), Überfall (5, hiervon 1 Pbn. mit Situationsfaktor „negative Intimität“), Handtaschenraub (1), Verkehrsunfall (7), Banküberfall (3), tätlicher Angriff (3), Mobbing (1), Krankheit einer nahen Bezugsperson (1) und Unfall am Arbeitsplatz (1) . Eine Pbn. ließ das ihr zugestoßene traumatische Ereignis unbenannt. Entsprechend gab es in dieser Stichprobe 9 verschiedene Situationstypologien.

Ein großer Teil der in der Stichprobe untersuchten Pbn. hatte ein belastendes Ereignis in der unmittelbaren Vorgeschichte angegeben. Eine Pbn. litt unter einer Vortraumatisierung durch schwere Missbrauchsgeschehen in der Kindheit.

Die Hälfte der Pbn. (12) hat nach eigenen Angaben ca. 1-3 Übungen aus der Broschüre ausgewählt und damit gearbeitet.

Dabei wurde die Durchführung einer einzigen Übung bevorzugt von männlichen Pbn.(3) ausgesucht. Mehr als sechs Übungen wählte eine Pbin. aus.

3 männliche Pbn. wählten keine Übung aus bzw. machten hierzu keine Angaben.

Von den Übungen wurde am häufigsten der „sichere Ort“ (8) ausgewählt. Dem folgte die Lichtstromübung (7) und das Trauma „wegpacken“ (7), dann PMR (5), die Atemübung (4). Die „Wachsamkeitsübung“ sowie die Übung „Ablenkung durch Rechnen“ führten 2 Pbn. regelmäßig durch, die „Sinnlosigkeitsübung“ wurde von 2 weiblichen Pbn. gewählt. Diese letztgenannten Übungen, die dem Verdrängungsflügel des TKS entsprechen, wurden kombiniert mit Übungen zur Distanzierung und Selbstberuhigung von weiblichen Probanden, die als Ereignis „Überfall mit Vergewaltigungsversuch“ und „Vergewaltigung“ angegeben hatten. Beide Ereignisse haben die Situationsdynamik „negative Intimität“.

Um die Auswahl der Übungen übersichtlicher zu gestalten, wurden die Übungen in 5 Kategorien unterteilt. Distanzierungsübungen, Strukturierungsübungen, Übung zur Stärkung des Selbstwertes, Übungen, in denen Körpereinsatz erforderlich war, und Imagination von Gegenwelten.

Übungen zur Distanzierung wurden von 8 Pbn. durchgeführt. Strukturierungsübungen wählten 4 Pbn. und Übung zur Stärkung des Selbstwertes wählten 2 Pbn. . Übungen, in denen Körpereinsatz erforderlich war (PMR, Sport), führten 6 Pbn. durch und 10 Pb. halfen sich durch die Imagination von Gegenwelten.

Die Studie zeigt, dass es keine auffälligen Unterschiede in der Auswahl der Übungen zwischen Pbn. mit mittelfristigem und langfristigen traumatischen Prozess und den akut traumatisierten Pbn. gibt. Allerdings ist die Stichprobe zu klein, als dass sich dieses Ergebnis verallgemeinern ließe. Hierzu sind weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben notwendig.

Insgesamt gesehen empfanden die Pbn. der Stichprobe mit mittelfristigem bzw. längerfristig bestehenden traumatischen Prozess (chronisch) im Gegensatz zu den Akuttraumatisierten zu einem höheren Prozentsatz „alle“ Informationen, Übungen und Tipps als hilfreich.

Dies könnte den Schluss zulassen, dass das entsprechende Klientel zwar keinen Unterschied in der Art, jedoch in der Anzahl der durchgeführten und als hilfreich erlebten Übungen, Informationen und Tipps macht. Dieses Phänomen findet Bestätigung in der Einzelfallanalyse (s. Kapitel 12).

Die Hälfte der Pbn. profitierte zusätzlich vom psychoedukativen Teil in NW. Hierbei schien es am wichtigsten zu sein, Informationen über den Verlauf und die Dauer eines Traumas zu erhalten. Zusätzlich empfanden es die Pbn. als hilfreich, ihre körperlichen Symptome und ihre Reaktionen besser verstehen und einordnen zu können (siehe auch Kapitel 11).

11 der Pbn. erlebten demnach „einige“ Informationen und 9 der Pbn. fanden „alle“ Informationen als hilfreich. 4 der Befragten machten hierzu keine Angabe.

Die Frage zu den hilfreich erlebten Informationen wurde „offen“ gestellt. Die Angaben der Pbn. wurden in 4 Kategorien zusammengefasst. Zudem waren Mehrfach-Antworten möglich. Die Pbn. wurden gebeten, die hilfreichen Informationen der Reihe nach aufzuzählen.

Informationen über Traumasymptome fanden insgesamt 7 Pbn. nützlich, 3 Pbn. interessierten sich generell dafür, was ein Trauma ist und wie es „funktioniert“. „Eigene Reaktionen einordnen“ war für eine Pbn. hilfreich. Für den Traumaverlauf interessierten sich 4 Pbn. der Stichprobe und 2 Pbn. informierten sich über die Traumadauer. Bei Durchsicht der Fragebögen wurde ersichtlich, dass diejenigen, die mehrere Übungen durchgeführt hatten, auch an mehreren Informationen und Tipps interessiert waren. Hierbei waren die weiblichen Pbn. den männlichen voraus.

Die Untersuchung ergab, dass 10 Pbn. „einige“ und 7 Pbn. „alle“ Tipps als hilfreich empfanden. 6 Pbn. machten zu der Frage keine Angaben. 1 männlicher Pb. fand keine Tipps für sich hilfreich.

An „Tipps“ aus der Broschüre wurden in der Gesamtstichprobe ca. jeweils 1-3 ausgesucht, wobei hier die weiblichen Probanden eher 3, die männlichen 0 oder 1 Tipp als hilfreich empfunden hatten.

Folgende Tipps wurden in der Stichprobe konkret als hilfreich genannt: (Mehrfachantworten waren möglich): „Darüber reden mit vertrauten Personen“ nannten 3 Pbn., Tagesrituale einführen 2 Pbn. als hilfreich. Mit dem „Organisieren“ des Tagesablaufs half sich ein Pb.. Mit Selbstberuhigung konnten sich 3 Pbn. und mit dem Führen eines Traumtagebuches halfen sich 4 Pbn. der Stichprobe. 4 Pbn. erlebten den Tipp zur Bewegung in der Natur als hilfreich, ein Pb. konnte sich durch die Einhaltung gesunder Ernährung helfen. 13 Pbn. machten keine konkreten Angaben.

Als Veränderungen im Befinden nach der Arbeit mit NW gaben die Pbn. an, sie seien „ruhiger“ bzw. „beruhigter“, fühlten sich „stabiler“, „entspannt“, hätten mehr „Distanz“ zum Ereignis, empfänden wieder „innere Sicherheit“ und erlebten sich „nicht mehr ausgeliefert“. Hier gab es keine sichtbaren geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Die Übungen aus NW wurden nach unterschiedlichen Kriterien ausgewählt. Die Pbn. wählten „nach Gefühl“ und nach „persönlichen“ Motiven (Bezug zur Übung, Identifikation, Einschätzung der Unterstützung durch die Übung) aus. Auch hier wurden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede sichtbar.

Bei Durchsicht der Fragebögen bestätigte sich, dass insgesamt eine Tendenz der männlichen Pbn., Übungen, Tipps und Informationen spärlicher anzunehmen als die weiblichen Pb., deutlich wurde.

Weibliche Pbn. wählten häufig mehrere Übungen und Tipps gleichzeitig und profitierten offenbar ebenfalls eher von den Informationen aus NW. Dies zeigte sich ebenfalls in den Einzelfaallanalysen (Kapitel 11).

Insgesamt machten die männlichen Pbn. wesentlich weniger konkrete Angaben zu den ausgewählten Übungen als die weiblichen. Die weiblichen nannten zudem gleich mehrere Übungen und Tipps, die sie als hilfreich empfunden hätten. Die männlichen Pbn. nannten 0 bis 1 Übung bzw. Tipps, nannten insgesamt in der Stichprobe 7 hilfreiche Übungen bzw. 6 Tipps konkret beim Namen (bzw. Bezeichnung). Die weiblichen machten insgesamt 28 mal konkrete Angaben zu hilfreichen Übungen (Mehrfachnennungen) und 15 mal zu hilfreichen Tipps.

Die Stichprobe wurde u.a. auf eventuelle Auffälligkeiten eines Zusammenhangs bezüglich des erlebten Ereignisses (Situationsfaktor) und der neuen Erfahrung nach der Arbeit mit NW untersucht.

8 Pbn. gaben an, ruhiger geworden zu sein, 3 Pbn. hatten das Gefühl der Kontrolle wieder erlangt, 4 Pbn. fühlten sich stabiler nach der Arbeit mit NW. 2 Pbn. gaben mehr Distanz zum Ereignis an und eine Pbn. erkannte, dass ihre Reaktionen in Ordnung sind. 1 Pb. erlebte keine Veränderung an sich und 5 Pbn. machten zur Frage keine Angaben. In Bezug auf das erlebte traumatische Ereignis ist keine Gewichtung auf eine bestimmte neue Erfahrung ersichtlich.

In der Stichprobe war kein Zusammenhang zwischen den neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW und der traumatischen Vorerfahrung ersichtlich.

Die weiter oben genannten Kategorien an sich scheinen ein wichtiges Ziel von Traumatisierten darzustellen. Es ist den Betroffenen also wichtig, ruhiger und stabiler zu werden, Kontrolle über sich und das Geschehen zurück zu erhalten sowie eine Distanz zum Ereignis zu bekommen und die eigenen Reaktionen als angemessen bewerten zu können.

In Bezug auf die Zufriedenheit („Wie hilfreich empfanden Sie die Arbeit mit der Broschüre insgesamt?“) äußerten sich die Pbn. wie folgt: 12 Pbn. waren „ziemlich“ bis „völlig“ mit der Broschüre zufrieden, 9 Pbn. „etwas“ bzw. „kaum“. Ein männlicher Pb. äußerte sich „überhaupt nicht“ zufrieden mit NW, einer

machte keine Angaben. Die weiblichen Pbn. der Stichprobe zeigten sich insgesamt zufriedener mit der Arbeit mit NW.

Verbesserungsvorschläge wurden gleichwohl in der Hauptsache von weiblichen Pbn. gemacht (7 weibliche und 3 männliche Pbn.).

Dieses Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, dass weibliche Traumatisierte eher aktiv versuchen, das Trauma zu bewältigen als männliche.

Da viele unterschiedliche Vorschläge gemacht wurden, war es schwierig, sie kategorial zu erfassen. Die Vorschläge werden daher kurz aufgelistet:

Die 10 erfragten Erfolge (Übung1 in NW) solle man auf 5 reduzieren. Es sei frustrierend, „wenn man nicht alle zusammen bekommt“. Die „dauernden Warnhinweise“ verunsicherten einige Pbn. und machten zusätzlich Angst. Zudem hätten die Pbn. gerne Bilder und einige Fallbeispiele in der Broschüre. Einige Pbn. wünschten sich eine Hörspiel- Kasette und/oder eine CD / DVD mit den Übungen. Dies erschien ihnen sinnvoll für den Fall, dass die Betroffenen alleine mit der Broschüre arbeiten und keine Therapeutin hätten. Wenn eine Therapeutin bzw. Beraterin in Anspruch genommen werde, so der Vorschlag, sollte diese die Kasette besprechen, damit die Pat. einen sicheren „Anker“ hätten. Ein Pb. hätte gerne eine Anleitung zum Autogenen Training in der Broschüre gefunden.

10. ANGEWANDTE ERHEBUNGSVERFAHREN BEI DER UNTERSUCHUNG DER ARBEIT MIT NW IN PSYCHOTHERAPIEN

Im folgenden soll anhand von Falldarstellung und -analyse die Arbeit mit NW untersucht werden, um die Verhältnisse in der Stichprobe näher aufzuklären. Hierzu werden exemplarisch 5 Pbn. aus der Stichprobe ausgewählt, deren Therapieverläufe skizziert und in Bezug auf die im folgenden erstellten Kategorien (Kapitel 12) vergleichend dargestellt. Zu festgestellten Phänomenen werden dann pro Fall Erklärungshypothesen entwickelt und überprüft. Die Hypothesen, die nach dem hermeneutischen Exklusionsverfahren der Überprüfung standhalten, sollen dann in einer Metahypothese zusammengefasst werden und als Grundlage für die Hinweise an den Berater dienen. Diese gehen dann ins Beratermanual ein.

Zu Beginn der Behandlung erfolgte jeweils die Diagnoseerhebung mit folgenden Instrumenten:

1. Posttraumatic Symptom Scale, 10 Items (PTSS 10)
2. Impact of Event Scale (IES)
3. Kölner Risiko Index (KRI)
4. Tiefenpsychologisches Interview

Zum Ende der Behandlung wurden die gleichen Instrumente eingesetzt, um Behandlungseffekte zu erfassen.

10.1 Posttraumatic Symptom Scale,10 Items (PTSS-10) von Raphael, Lundin & Weisaeth, 1989, deutsche Version von Schüffel & Schade,1992

Testkonzept und Anwendungsbereich:

Die PTSS-10 ist ein Instrument zur Erfassung von Stressreaktionen, welches den diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsreaktion gerecht wird.

Die Skala besteht aus 10 Items, die eine PTSD definieren, wie 1. Schlafstörungen, 2. Alpträume, 3. Depressionen, 4. Schreckhaftigkeit, 5. Rückzugstendenzen, 6. Gereiztheit, 7. Stimmungsschwankungen, 8. Schuldgefühle, 9. Angst vor Orten, die an das Ereignis erinnern könnten und 10. Muskelverspannungen. Sie sind in einer Skala abgestuft, welche von „0“ (nie) bis „6“ (immer) angeordnet ist, so das der Pat. entscheiden kann, wie stark er unter der jeweiligen Störung leidet.

Er hat jeweils die Möglichkeit, sich zwischen „nie“, welches den Punktwert (0) erhält, und „immer“, welches dem Punktwert (6) zugeordnet ist, in Abstufungen von je einem Punkt zu wählen: „Markieren Sie bitte die Zahl, die das ausdrückt, was für Sie am ehesten zutrifft. Markieren Sie bitte die 0, wenn der Zustand nicht aufgetreten ist, die 1, wenn andeutungsweise, bis hin zur 6, wenn Sie immer mit dem Problem zu tun haben, und dies für Sie sehr belastend ist“.

Testauswertung und Interpretation:

In der Original-Version des vorliegenden Inventars wurde zur Auswertung eine Dichotomisierung der Skalenstruktur pro Item in dem Sinne herbei geführt, als die hiermit untersuchten Personen entweder das Vorhandensein des jeweiligen Symptoms bejahen oder verneinen, sie also mit „ja“ oder mit „nein“ antworten können. Weisaeth (1993) schlägt vor, die Auswertungen nach folgenden Kriterien vorzunehmen:

Bei 0 – 3 „Ja“-Antworten = insignifikant

Bei 0 – 4 „Ja“- Antworten = weitere Details müssen untersucht werden.

Bei 6 und mehr „JA“-Antworten = Verdacht des Vorhandenseins eines PTBS-Falles.

Zusätzlich wird eine Auswertung nach Punktwerten vorgeschlagen, die in der Arbeit durchgeführt wird.

1 – 23 Pkt. = kein PTBS

23 – 35 Pkt. = Verdacht auf PTBS

> 36 Pkt. = dringender Verdacht auf PTBS

Zuverlässigkeit (Reliabilität):

Studien zur Evaluation (Schüffel et al,1996) ergaben eine genügend gute Reliabilität (Cronbachs-alpha = 0.85) sowie ein zufriedenstellendes Ergebnis der korrigierten Item-Total-Korrelationen.

Gültigkeit (Validität):

Faktorenanalytisch ergeben sich zwei Hauptfaktoren. Hinweise bei Voruntersuchungen zeigen zudem das Vorhandensein der Validität des PTSS-10. Korrelationen zwischen den entdeckten Faktoren und den Subskalen des Giessener Beschwerdebogens sind hochsignifikant. Die Zahl der kritischen Lebensereignisse korreliert signifikant mit der Anzahl der Stressreaktionen (.32). Eine signifikant negative Korrelation wurde zwischen der Anzahl von Stressreaktionen und der Qualität von Coping-Strategien gefunden, vor allem für die Mechanismen „Suche nach Kontakt vs. Rückzug“ vs. „Aktivität vs. Resignation“.

10.2 Die Impact of Event Scale (IES) von Horowitz (1979) in der revidierten Fassung von Weiss & Marmar

Testkonzept und Anwendungsbereich:

Die IES wird als ein Maß individueller Belastungsreaktionen angesichts belastender Lebensereignisse eingeführt. Die Items der Skala differenzieren zwischen „Intrusion“ und „Vermeidung“ als zwei Formen von individuellen Reaktionen, die nach dem Phasenmodell von Horowitz im Zuge der Auseinandersetzung mit belastenden Lebensereignissen auftreten sollen. Der Begriff „Intrusion“ beschreibt das Eindringen und sich Aufdrängen von belastenden Gedanken, die der individuellen Kontrolle weitgehend entzogen sind (Ferring et al,1994).

Die IES wurde als ein Prozessmaß eingeführt, die es erlauben soll, die inter – und intraindividuelle Variation in beiden zentralen Verlaufsformen „Intrusion“ und „Vermeidung“ psychometrisch abzubilden und darüber hinaus eine Differenzierung belastender Ereignisse nach der Intensität der ihnen folgenden Reaktionen zu leisten. Im Rahmen klinischer Evaluation soll die IES als Instrument zum Nachweis differenzieller Behandlungseffekte Verwendung finden.

Nach Horowitz et al 1979 soll die IES bei jedem beliebigen Lebensereignis einsetzbar sein.

Die verschiedenen Reaktionsklassen auf kritische Lebensereignisse untergliedert Horowitz wie folgt:

1. Beeinträchtigung (Überflutung/Intrusion)
2. Vermeidung

Beeinträchtigung wird charakterisiert durch :

- a.) unerwünschte Gedanken und Bilder
- b.) Alpträume
- c.) heftige Ausbrüche oder Wellen von Gefühlen
- d.) wiederholendes Verhalten.

Vermeidungsreaktionen bestehen nach Horowitz et al. aus:

- a.) Einengung der Vorstellungskraft
- b.) Leugnung der Bedeutung und Konsequenzen des Lebensereignisses
- c.) Verhaltenshemmung oder phobisches Verhalten
- d.) Eindruck emotionaler Abstumpfung der Wahrnehmung.

Als Items wurden die häufigsten Äußerungen zur Beschreibung der eigenen Belastung von Personen verwendet, die ein kritisches Lebensereignis hinter sich hatten. Diese Items wurden dann den beiden Subskalen Beeinträchtigung und Vermeidung zugeordnet. Im Laufe der Erprobung dieser Rohskalen stellte sich heraus, dass die zuverlässigsten Daten dann gewonnen wurden, wenn die Pbn. angewiesen waren, ihre subjektiven Reaktionen aus dem Zeitintervall der letzten 7 Tage zu berichten.

Aufgrund der Ergebnisse der Clusteranalyse der letzten Pilotstudie der Testkennzahlen (Horowitz et al. 1979) konnten verschiedene Kennzahlen zur Reliabilität errechnet werden:

- 1.) Split-half- Reliabilität $r = 0.86$
- 2.) Interne Konsistenz der Subskalen
 - a.) Beeinträchtigung = 0.78

- b.) Vermeidung = 0.82

Die faktorielle Validität des Verfahrens wurde in den entsprechenden Studien über exploratorische Faktorenanalyse geprüft. Hinsichtlich der konvergenten Validität, also des Zusammenhangs mit anderen Indikatoren für Stressbelastung, liegen ebenfalls bestätigende Befunde vor (Filipp, 1994).

10.3 Kölner Risiko-Index (KRI, Fischer & Riedesser 1998)

Für eine Frühintervention von besonderem Interesse sind Hinweise auf die Risikogruppe der späteren Traumapatienten zu einem Zeitpunkt vor der Manifestation von Symptomen. Eine akute Belastungsstörung unmittelbar nach einem potentiell traumatischen Ereignis tritt sowohl bei der Risikogruppe auf wie auch bei Betroffenen mit guter Langzeitprognose, ist also prognostisch neutral. Umso wünschenswerter sind Kriterien, die nach einem traumatischen Ereignis zu einem frühen Zeitpunkt erhoben werden können. In dieser Funktion hat sich der Kölner Risikoindex bewährt. Das Format Kölner Risikoindex (im Anhang) befindet sich in der Materialsammlung des Kölner Dokumentationssystems für Psychotherapie und Traumabehandlung (KÖDOPS).

Im Kölner Opferhilfemodell (KOM-Projekt), das 1995-1997 am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Köln durchgeführt wurde, wurde dieser Index zunächst retrospektiv berechnet. Er beruht auf einer Ergänzungsreihe von situativen und einigen personenbezogenen Faktoren (Fischer et al. 1998). Als Fremd-Bewertungsbogen (durch den Interviewer) war er die Grundlage für ein Therapieexperiment, das sog. TTG-Projekt (Traumatherapie für Gewaltopfer), das in den Jahren 1997-1999 vom Deutschen Institut für Psychotraumatologie durchgeführt wurde (Fischer et al. 1999). Hier erfuhr der Index eine erste, auch prognostische Validierung. Das Design des TTG-Projekts weist einen Drei-Gruppen-Plan auf. Eine Wartegruppe wurde verglichen mit zwei Behandlungsgruppen (MPTT bzw. EMDR), die jeweils bis zu 10 Sitzungen Psychotherapie im postexpositorischen Zeitraum eines Gewaltverbrechens (bis zu 3 Monate) erhielten. Eingangskriterium für die Studie waren kritische Werte im Kölner Risikoindex. So ergab eine einfaktorielle Varianzanalyse einen durchschnittlichen

Varianzanteil von ca. 50% (berechnet über Eta Quadrat), der sich auf die Intervention zurückführen ließ. Dieser Varianzanteil blieb auch in der Halbjahreskatamnese konstant. Des Weiteren belegt das Ergebnis die prognostische Validität des Kölner Risikoindex, da die ebenfalls nach dem Risikoindex ausgewählte Wartegruppe im gesamten Untersuchungszeitraum kritische Werte aufweist. Das Verfahren wird gegenwärtig noch weiter überarbeitet, da es für die Feinprognose ergänzungsbedürftig ist .

11. UNTERSUCHUNGEN ZUR ARBEIT MIT NW IN PSYCHOTHERAPIEN

11.1 Einzelfallanalytische Beobachtung 1

Es handelt sich hierbei um einen 55 jährigen Polizeibeamten, der seit ca. 30 Jahren im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit Ausbilder in verschiedenen Sportarten ist. Zu Beginn der Behandlung (im Rahmen der Exploration)berichtete der Pat. wie folgt:

11.1.1 Exploration

„Am 5.09.01 um 13.20 zerstörte ein hochgradig betrunkenener Autofahrer, der mit stark überhöhter Geschwindigkeit durch Köln raste, meine bis dahin intakte, heile Welt. In einem kurvigen Bereich, der mit Tempo 30 befahren werden sollte, geriet er auf meine Fahrbahnhälfte und fuhr mir frontal ins Motorrad. Hierbei erlitt ich schwerste Verletzungen im linken Knie und im Becken. Im Knie wurde das vordere und hintere Kreuzband, eine Beinaußensehne, ein Wadenmuskel und ein Oberschenkelmuskel abgerissen. Das Kniegelenk und die Kniescheibe wurden luxiert. Das Becken wurde im vorderen Bereich (Symphyse) auseinander gerissen und erlitt im hinteren Bereich (Steißbein) einen Riss. Des weiteren wurde mein linkes Fußgelenk und mein rechter Daumen verletzt. Durch die Nerven –und Sehnenverletzung im Knie und die starke Prellung im Fußgelenk habe ich bis heute starke Schmerzen und ein taubes Gefühl im linken Fuß. Die Prellungen am Kopf und an der Schulter seien nur am Rande bemerkt.

Auf der Strasse liegend kam ich mir vor wie im Film. Die Welt um mich herum war unreal, die Zeit verging wie in Zeitlupe. Ich hatte das Gefühl, ich würde jeden Moment aufwachen und der Spuk wäre vorüber. Dann wieder dachte ich, gleich kommt der Regisseur und sagt, alle aufstehen, die Szene ist abgedreht. Ich hatte fürchterliche Schmerzen von der linken Hüfte abwärts. Ich hörte mich wie von ausserhalb meines Körpers jammern und schreien, mein linkes Bein tut weh, mach doch jemand was mit meinem linken Bein.

Der Notarzt war nach 5-10 Min. vor Ort. Da der Unfallverursacher auch auf der Straße lag, weniger weil er verletzt, sondern vielmehr weil er sturzbesoffen war, konnte man mich nicht ins Krankenhaus bringen. Laut jammern und stöhnend musste ich über eine halbe Stunde auf der Strasse liegen, bis der zweite Rettungswagen vor Ort war und meiner öffentlichen Qual ein Ende setzte.

...Im Krankenhaus wurde unter Vollnarkose mein linkes Bein gerichtet.

Die folgende Nacht bestand aus Schmerz. Schmerzmittel brachten nicht das gewünschte Ergebnis- warum auch immer. Höhere Gaben Morphium waren aus med. Sicht nicht vertretbar. Ich befand mich in einer Art Wachtraum – ein Albtraum – ich wurde von Bildern wie in einem Horrorfilm verfolgt. Immer und immer wieder hatte ich die grässlichen Bilder des Unfalls vor Augen. Innerhalb von einer Sekunde raste das Auto unausweichlich auf mich zu und stieß mit mir zusammen. Die letzte Wahrnehmung, die ich hatte, war das knirschende, berstende Geräusch von Metall und die Gewissheit: Alles aus- das war´s.

Am nächsten Tag folgte eine 4 stündige Operation. Als ich auf der Intensivstation aufwachte, traf mich der nächste Schock. Aus meinem Unterbauch ragten 2 Titanstangen (Fixateure), die wiederum mit 2 Querstreben verbunden waren. Dies war nötig um die Beckensprengung zu schließen- mit der Anweisung: 6 Wochen strengste Rückenlage.

Niemand, der nicht Ähnliches erlebt hat, kann verstehen, wie hilflos man in einer solchen Situation ist. Man fühlt sich ausgeliefert und ohne jede Kontrolle über den eigenen Körper. ...Für jemanden wie mich, der vor dem unverschuldeten Unfall seinem Beruf gerecht wurde, eine Kampfsportart betrieb, joggte, in 4 Std. 100km Rad fuhr, inline scatete und Ski fuhr, ein schlimmes seelisches Spießruten laufen. Und niemand konnte mir sagen: Das kommt alles wieder. Meine Verzweiflung war grenzenlos, mein Selbstvertrauen dahin, meine Selbstsicherheit bei null...

...Durch die Instabilität meines Knies traue ich mir nichts mehr zu. Ein Gedanke ist besonders schlimm für mich, ich habe Angst, nicht mehr wehrhaft zu sein.“

11.1.2 Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn

Zu Therapiebeginn (6 Monate nach dem Ereignis) wurde mit verschiedenen Erhebungsverfahren von denen ich den PTSS 10, die IES und den KRI nennen möchte, eine PTBS diagnostiziert. Der PTSS 10 ist ein Fragebogen, der die verschiedenen Symptome der PTBS abfragt und zugleich deren Ausprägung feststellt.

Der IES fragt nach dem traumatischen Symptomtrias Hyperarousal, Intrusionen und Verdrängung/Verleugnung und deren Ausprägungen.

Der KRI dient der Erfassung des Risikos, an PTBS zu erkranken .

Im PTBS erreichte der Pat. zu Therapiebeginn einen Wert von 35. Dies bestätigt den Verdacht auf eine psychotraumatische Belastungsreaktion. Der Wert im IES lag zu Beginn der Behandlung bei 44 Punkten, was nach Corneil et al. einer schweren Symptomatik entspricht.

Im Kölner-Risiko-Index erreichte der Pat. einen Skalenwert von 11.6. Dies entspricht einem hohen Risiko, an PTBS zu erkranken.

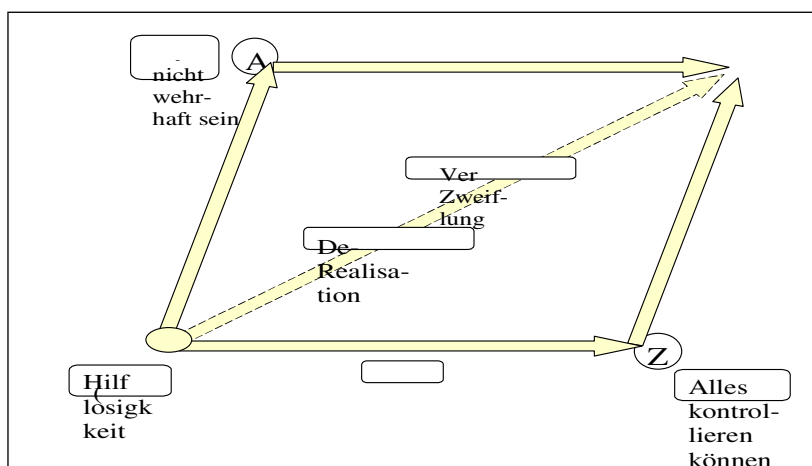


Abbildung 19. : Format - Konfliktparallelogramm (Fischer, 2000b, S. 141) am Beispiel von Herrn O.

Die oppositionellen, dissoziierten Pole A und Z werden dargestellt als Vektoren, die von einem gemeinsamen Ansatzpunkt aus (hier der Ausgangspunkt (A/Z)) das psychische System in verschiedene Richtungen zerrren. Im Beispiel von

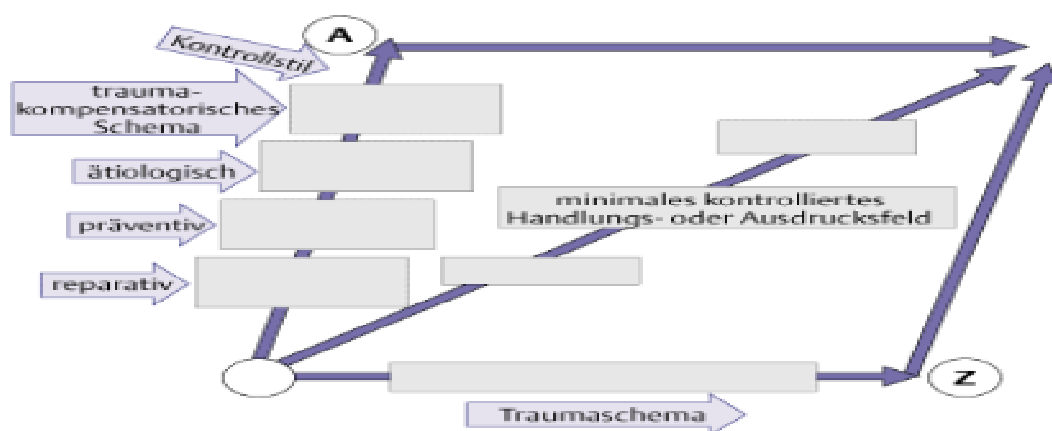
Abb. 19 handelt es sich um die Tendenzen „nicht wehrhaft sein „ vs. „sich wehren können und Kontrolle haben “

„Naive“ Heilungstheorie von Herrn O.:

Wie hat es zu der Katastrophe kommen können? Ich habe nichts tun können, um den Unfall zu verhindern

Wie kann ein solches Geschehen in Zukunft verhindert werden? Ich muss noch vorsichtiger sein, und nur noch Auto und nicht mehr Motorrad fahren, um mich zu schützen. Ich muss schnellstens wieder auf die Beine kommen und wieder Kampfsport machen und mich adäquat gegen „Angreifer“ wehren können.

Wie kann das Trauma, die seelische Verletzung, geheilt werden? Der gegnerische Fahrer (Unfallverursacher) muss bestraft, der Patient (das Opfer) soll eine Wiedergutmachung erfahren. Zudem wünscht er sich Zuneigung und Belohnung (so kaufte er sich vom Versicherungsgeld ein Mercedes Cabriolet).



nicht mehr wehrhaft und ausgeliefert vs. Gerechtigkeit

Abbildung 20: Traumaschema des Patienten Herrn O. (Fischer, 2000b, S.163)

11.1.3 Therapieverlauf

Der Pat. hatte von Beginn an ein großes Bedürfnis danach, aktiv mit zu arbeiten. So wurde ihm die Selbsthilfebroschüre ausgehändigt (3.Std.) mit der Bitte, sie sich zwischen den Sitzungen anzusehen. Sehr treffsicher suchte er sich Übungen und Informationen heraus, die er bei der Bewältigung des Traumas als hilfreich erlebt hat.

So informierte er sich ausführlich über den Verlauf einer Traumatisierung, arbeitete zwischen den Sitzungen mit der Entspannungsübung PMR (ab 4. Std.), begann nach Rücksprache mit dem Arzt wieder mit dem Fahrrad zu fahren (zwischen 8. und 9. Stunde), und übte die Visualisierungsübung „sicherer Ort“ (8. Std.). In den therapeutischen Sitzungen wurde besprochen, was die Durchführung der einzelnen Übungen an Veränderungen brachten. Hier eine kurze Darstellung der Veränderungsschritte.

11.1.4 Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte

Welche Teile der Broschüre verhalfen dem Pat. zur Bewältigung

- Informationen → Überwindung von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Kontrollverlust
- Entspannungsübung „PMR“ → Verspannungen und Schmerzen wurden reduziert, die Schlafstörungen behoben
- Visualisierungsübung „sicherer Ort“ → stellte das Sicherheitsgefühl des Pat. wieder her, Selbstvertrauen wurde gestärkt
- Fahrrad fahren → Pat. erlebte sich mobil, war in der Lage auch kleine Verbesserungen im körperlichen Wohlbefinden festzustellen, Selbstwertgefühl wurde aufgebaut.

Abbildung 21: Veränderungsschritte des Patienten Herr O.

Nach 15 Sitzungen in einem Zeitrahmen von 6 Monaten, die wie oben erwähnt auf die Broschüre abgestimmt wurden, zeigen sich beim Pat. folgende Veränderungen :

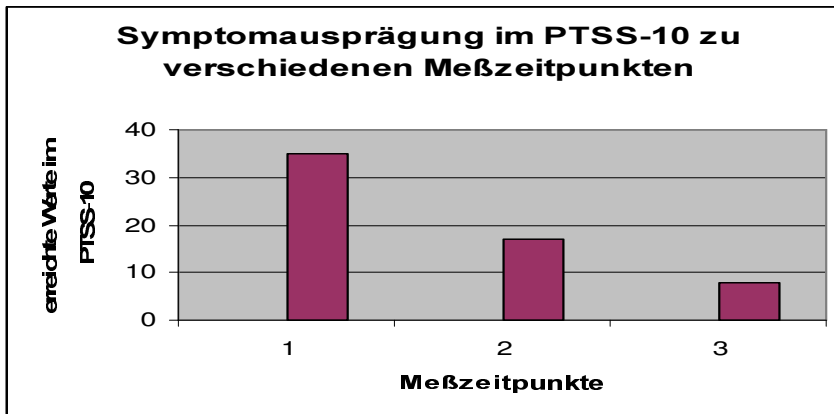


Abbildung 22 : Erreichte Punktwerte im PTSS 10 zu Beginn der Arbeit mit der Selbsthilfebroschüre, in der 6. Therapiesitzung, in der 16. Therapiesitzung

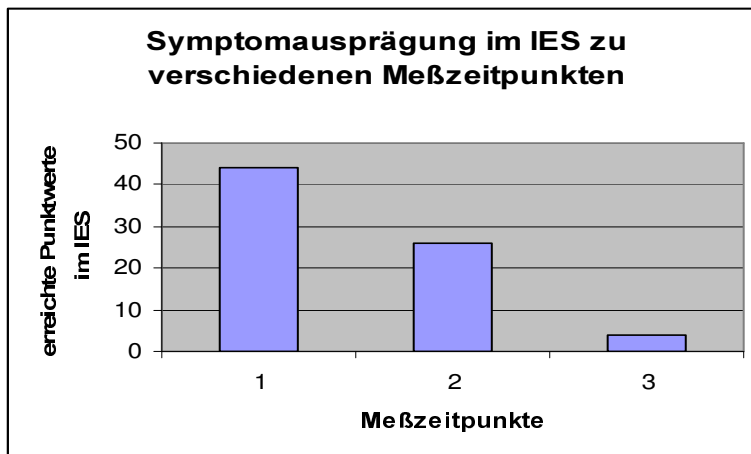


Abbildung 23: Erreichte Punktwerte im IES zu Beginn der Arbeit mit der Selbsthilfebroschüre, in der 6. Therapiesitzung, in der 16. Therapiesitzung .

Eine erfolgreiche Traumabearbeitung bedeutet jedoch nicht nur eine Verringerung der Symptomatik. Vor allem muss es gelingen, das Trauma in den Lebenslauf des Betroffenen zu integrieren.

Im Evaluationsfragebogen zur Arbeit mit der Broschüre antwortete der Pat. auf die Frage, welche neuen Erfahrungen er durch die Arbeit mit der Broschüre hinzugewonnen habe, mit den Worten : „Ich kann die Zeit wieder nutzen, um intensiver und bewusster zu leben“. Dies war möglich, nachdem der Patient durch die Informationen und durch die Übung „sicherer Ort“ wieder wagte, sich (leicht) sportlich zu betätigen.

In der körperlichen Fitness lag seit jeher sein großes Potential, aus dem heraus er Sicherheit schöpfte. Zudem entsprach ein schnelles Genesen dem präventiven Teil des TKS (s.o.) . Entsprechend wurde der Pat. bei den Bemühungen unterstützt und geleitet (vorsichtiger Aufbau der Funktionen des Knies, vorsichtiges Training). Indem er begann, hierauf zurück zu greifen, wurde sein Selbstvertrauen und das Vertrauen in andere (Therapeutin, Ärzte) sukzessive gestärkt. Bei der Frage, wer ihm Wiedergutmachung geben könnte, wurde das TKS insofern differenziert, als er nicht auf eine unrealistische Wiedergutmachung durch den Unfallgegner hoffte. Er belohnte sich selber mit einem neuen Auto (was seiner Heilungstheorie entsprach, s.o.) und verwendete hierfür Versicherungsgelder aus dem Schadensfall.

11.2 Einzelanalytische Beobachtung 2

Es handelt sich um einen 39 jährigen Angestellten (Metzgermeister). Zu Beginn der Behandlung (4 Monate nach dem Ereignis) berichtet er in der Exploration wie folgt:

11.2.1 Exploration

„Ich hatte vor 4 Monaten einen schweren Unfall, einen Verkehrsunfall. Ich hatte Vorfahrt auf einer Landstraße. An einem Feldweg, der auf diese Straße zukam, sah ich ein Auto stehen. Ich ging davon aus, dass der Fahrer stehen bleibt und mich gesehen hat. Die Straße war ja ansonsten ganz frei. Deshalb ging ich nicht vom Gas. Als ich auf seiner Höhe war, zog er plötzlich raus. Ich habe noch versucht auszuweichen, aber das ist mir nicht gelungen. Ich dachte nur noch: „Jetzt ist alles aus. Das war´s.“ Das letzte, was ich hörte, war das Ineinanderkrachen von Blech. Und dann die Totenstille. Ich bin frontal in die Fahrerseite gerast. Der Wagen wurde von einem Mann gefahren, den ich kenne, er wohnt bei uns im Dorf. Im ersten Moment bin ich am Steuer sitzen geblieben. Es war, als wenn mich dass alles gar nichts anging. Natürlich war ich beteiligt, aber dass hatte ich irgendwie nicht realisiert. Dann bin ich ausgestiegen, um zu helfen, den Fahrer aus dem Wagen zu ziehen. Es war mir direkt klar, der konnte nicht überlebt haben. Ich zog ihn vorsichtig aus dem Auto und legte ihn auf eine Decke. Er war da glaube ich schon tot. Und überall das Blut. Noch nie hab ich soviel Blut gesehen. Normalerweise macht mir das nichts

aus, ich bin ja Metzger. Aber das war sehr viel. Auf dem Beifahrersitz saß eine ältere Dame, die Mutter des Fahrers. Auch sie haben wir geborgen. Da lebte sie noch. Aber als sie auf der Decke lag, war da ebenfalls viel Blut, ganz viel dickflüssiges Blut. Ich sehe es immer wieder vor mir. Wie aus heiterem Himmel. Wir sind dann ins Krankenhaus gebracht worden. Dort gab es irgendwelche Verwechslungen. Einige nannten meinen Namen und sagten, ich sei tot, und der Unfallgegner lebe. Andere gaben Anrufern genau umgekehrte Informationen. Das kriegte ich in der Aufnahme alles mit. Das war ein Schock für mich. Richtig angefangen mit meinen Beschwerden hat es allerdings erst einige Tage später. In der Zeitung habe ich gelesen, dass die Frau auch verstorben ist. Das war ein Schock. Einfach unfassbar, damit hatte ich nicht gerechnet. Dann kam meine Tochter aus der Schule nach Hause. Sie geht mit der Tochter des Unfallgegners in eine Klasse und hat ihr gesagt: "Dein Papa hat meinen Papa und meine Oma totgemacht". Seitdem ist alles aus. Ständig kreisen mir die Gedanken im Kopf. Ich gehe die Situation immer wieder durch, was ich hätte anders machen können. Ich fühle mich schuldig, obwohl ich laut Polizei keine Schuld hatte. Ich leide an Schlafstörungen und bin aggressiv, traue mich auch nicht mehr Auto zu fahren. Dann krieg ich Herzrasen und Schweißausbrüche. Meine Frau sagt, ich solle über die Dinge reden, dass würde vielleicht helfen. Aber mit ihr kann ich nicht reden irgendwie. Ich brauch da jemand objektiven. Ich sitze in der Hauptsache zu Hause und grübele. Raus will ich nicht gehen, da könnte mich jemand auf die Sache ansprechen. Abends trinke ich viel Alkohol, das hilft, um zu vergessen und um schlafen zu können. An nächsten Morgen ist aber alles wieder da. Ich weiß nicht mehr weiter und dachte, Sie können mir vielleicht helfen. Ich lege wert darauf, dass ich nicht bekloppt bin, oder so was. Ich war noch nie beim Psychiater oder was sie sind. Aber jetzt brauch ich Hilfe, weil es so nicht mehr weiter gehen kann. Ich bin ziemlich aufgeregt, weil ich jetzt hier sitze."

11.2.2 Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn

Zu Therapiebeginn (4 Monate nach dem Ereignis) wurde mit verschiedenen Erhebungsverfahren PTSS 10, die IES, den KRI eine PTBS diagnostiziert.

Im PTBS erreichte der Pat. zu Therapiebeginn einen Wert von 53. Dies bestätigt den dringenden Verdacht auf eine psychotraumatische Belastungsreaktion. Der Wert im IES lag zu Beginn der Behandlung bei 60 Punkten, was nach Corneil et al. einer schweren Symptomatik entspricht.

Im Kölner-Risiko-Index erreichte der Pat. einen Skalenwert von 12. Dies entspricht einem hohen Risiko, an PTBS zu erkranken.

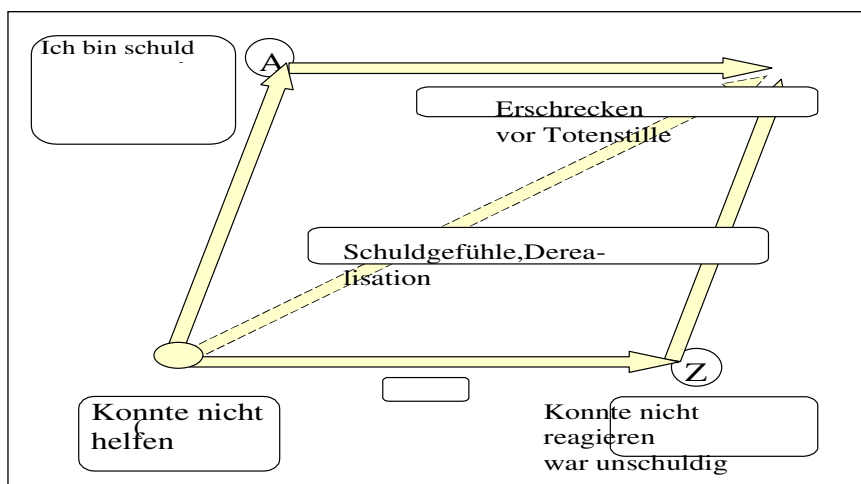


Abbildung 24 : Format - Konfliktparallelogramm (Fischer, 2000b, S. 141) am Beispiel von Herrn S.

Die oppositionellen, dissoziierten Pole A und Z werden dargestellt als Vektoren, die von einem gemeinsamen Ansatzpunkt aus (hier der Ausgangspunkt A0/Z0) das psychische System in verschiedene Richtungen zerrren. Im Beispiel von Abb. 24 handelt es sich um die Tendenzen „schuldig sein“ vs. „nichts dafür können, nichts haben tun können“.

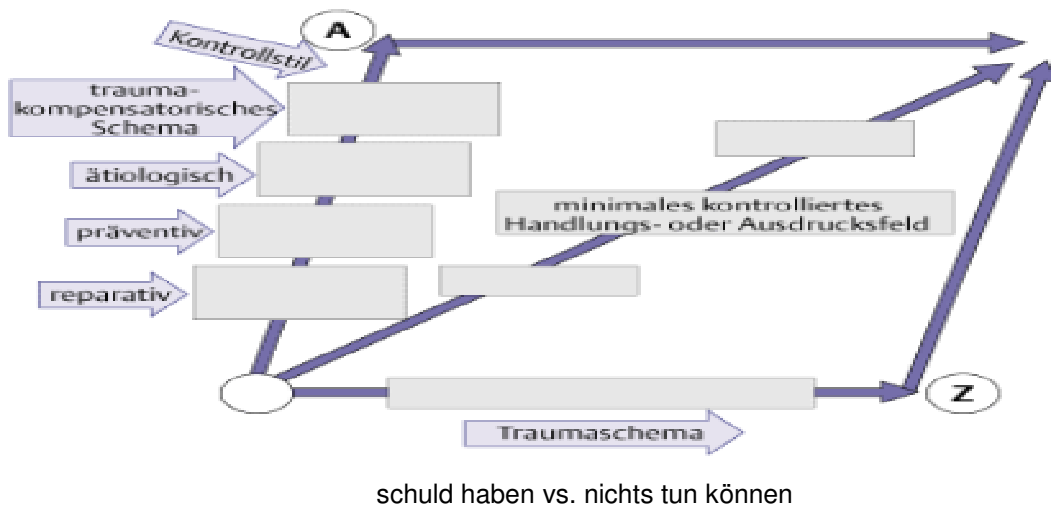


Abbildung 25: Traumaschema (aus Fischer, 2000 b, S. 163) des Patienten Herr S.

„Naive“ Heilungstheorie von Herrn S.:

Wie hat es zu der Katastrophe kommen können? Ich habe nichts tun können, um den Unfall zu verhindern, hätte besser aufpassen müssen.

Wie kann ein solches Geschehen in Zukunft verhindert werden? Ich muss noch vorsichtiger sein, ein größeres Auto für die Familie kaufen, das uns noch besser schützt. Am besten selbst kein Auto mehr fahren, weil ich nicht gut genug aufpassen kann.

Wie kann das Trauma, die seelische Verletzung, geheilt werden? Durch viel Arbeit. So habe ich bisher immer meine Probleme gelöst oder bin mit schweren Situationen fertig geworden (= Kontrollstil „Verdrängen“, Arbeitskompensatorischer Typ). Einfach nicht mehr dran denken und mit der Zeit wird es dann gut.

11.2.3 Therapieverlauf:

Zu Therapiebeginn erschien der Pat. sehr hektisch, ängstlich und aufgeregt. Er erklärte, dass es komisch sei, „zu einem Beklopptenarzt“ zu gehen, aber die

Therapeutin sei ihm vom Arzt empfohlen worden, und dem könne man vertrauen.

Er erzählte zögerlich über das Ereignis, meinte, er habe ja schon „viel Schlimmeres“ erlebt, deshalb könne er nicht verstehen, dass er sich so anstelle. Das Leben gehe schließlich weiter. Bisher habe er sich auch immer selber helfen können, da lege er sehr großen Wert drauf. Die Therapeutin lässt den Pat. erst einmal reden, da dieser (wohl ganz gegen seine Gewohnheiten) ein hohes Redebedürfnis hat. Ihm kommen die Tränen, als er von seiner Tochter und deren Anschuldigungen erzählt („meine Tochter ist mein ein und alles“). Das sei das Schlimmste für ihn. Zudem könne er all die Beschwerden, die er habe, nicht richtig einordnen. Die Therapeutin gibt ihm daraufhin einige erste Informationen über den Verlauf einer Traumatisierung, wobei der Pat. unruhig und eher abwehrend hin und her wippt und meint, dass würde er „schon wieder hinkriegen“.

Die Therapeutin stellt dem Pat. die Selbsthilfebroschüre vor (3.Std.) und erklärt, dies sei eine Unterstützung für traumatisierte Personen, die es, so wie er selbst, gewöhnt sind, ihre Heilung selbst in die Hand zu nehmen. Er könne sich die Broschüre zwischen den Sitzungen ansehen, und sie dann zum Besprechen jeweils zu den Stunden mitbringen.

In den nächsten Stunden wird mit dem Pat. am TKS und dessen Modifizierung gearbeitet. Statt Alkohol soll eine andere Art der Entspannung überlegt werden. Bezüglich der „Schuldfrage“ gehen die Therapeutin und der Pat. die Situation objektiv noch einmal (kognitiv) durch. Dem Pat. wird ersichtlich, dass er in den wenigen Sekunden nicht anders hätte handeln können. Auf die Broschüre angesprochen, meint der Pat. er sei nicht so ein großer Leser, aber er werde „demnächst mal“ reinschauen. Die Therapeutin nimmt ihr eigenes Exemplar, und liest mit dem Pat. die Informationen zur Selbstbeschuldigung. Der Pat. hört aufmerksam zu, nickt erleichtert, als er hört, dass diese Tendenz nicht unbekannt ist, und wirkt fortan ruhiger.

In der nächsten Sitzung wirkt er schon insgesamt ruhiger, vermeidet jedoch, von der Broschüre zu reden. Es gehe ihm schon viel besser, da er seiner Tochter erklärt habe, dass er in der Situation nicht anders habe reagieren können. Allerdings trinke er nach wie vor „ziemlich viel“ Alkohol. Dem Pat. wird in Zusammenarbeit mit einem Facharzt ein Medikament genannt, das anstelle des Alkohols beruhigen und schlafanstoßend wirken soll. Hierauf kann der Pat. sich einlassen. Auf die Broschüre angesprochen meint der Pat. er habe „so viel im Garten zu tun“ und sei deshalb nicht zum Lesen gekommen. Auch seine Frau beschwere sich schon, dass er so selten im Haus sei, allerdings sei dies „das beste Mittel, mich zu beruhigen“.

Zur nächsten Sitzung wird die Ehefrau eingeladen (6.Std.), um dem Pat. den hilfreichen Aufenthalt in der Natur relativ konfliktfrei zu ermöglichen. Die Ehefrau ist an der Broschüre interessiert, jedoch möchte der Pat. sich von ihr nicht unterstützen lassen. Er verspricht allerdings, dies zu überlegen und zu „üben“. Allerdings kann die Ehefrau ihren Mann nun besser verstehen und bewertet den Aufenthalt im Garten nicht mehr als eine „Flucht vor mir“.

Zur 7. Stunde kommt der Pat. mit einem neuen Auto („das ist sicherer“) und ist das erste Mal nach dem Unfall wieder selber gefahren. Das Medikament am Abend vertrage er gut, allerdings sei er am nächsten Morgen „etwas müde“. Insgesamt fühle er sich schon wesentlich besser, verzichte „weitestgehend“ auf Alkohol. Das Autofahren sei „komisch. Immer fährt die Angst mit“. Die Broschüre habe er sich nicht weiter angesehen, da er so nicht „wirklich vergessen“ könne. Die Therapeutin versucht eine dialektische Lösung: „Nur wenn sie sich mit der nötigen Distanz und Sicherheit an die Dinge erinnern können, werden Sie auch vergessen können. Nur dann haben die Erinnerungen nicht mehr nötig, Sie zu überfallen.“ Der Pat. wirkt nachdenklich und misstrauisch, meint, er werde es sich noch einmal überlegen.

In der 8. Std. kommt der Pat. (er fährt mittlerweile regelmäßig Auto) und bittet darum, mit ihm zusammen einen Brief der Polizei (in der Unfallsache) zu lesen. Er habe sich selber nicht getraut, sei „völlig durcheinander und aufgereggt“, wenn er mit Dingen konfrontiert werde, die mit dem Unfall in Zusammenhang

stunden. Der Brief (formales Anschreiben) wird zusammen gelesen, der Pat. beruhigt sich. Die Therapeutin schlägt ihm eine Entspannungsübung (PMR) vor und führt sie mit ihm durch. Der Pat. meinte, das sei „wohl nichts“ für ihn, er möchte eher Kontrolle und nicht „so wie in Trance“ sein. Hierauf wird mit ihm die Wachsamkeitsübung besprochen. Der Pat. reagiert kritisch, meint, er glaube nicht, dass er so etwas brauche. Zudem drängt er darauf, wieder zur Arbeit gehen zu dürfen (Heilungstheorie). Die körperlichen Verletzungen (Rippenstauchung) seien recht gut abgeheilt, er könne sich schon wieder einwandfrei bewegen. Die Therapeutin bespricht mit ihm, dass er sich durch Arbeit ja immer gut helfen konnte. Allerdings sei es für die weitere Genesung wichtig, nichts zu überstürzen und sich nicht zu überfordern. Es wird abgesprochen, dass er Kontakt aufnimmt mit dem Arbeitgeber, um die erste Woche nur 4 Std. probeweise arbeiten zu müssen. 4 Tage später ruft der Pat. („von unterwegs“) an, um einen Notfalltermin für den gleichen Tag auszumachen.

Zwei Stunden später (9.Stunde) erscheint er aufgelöst in der Praxis und erzählt, er gehe seit 2 Tagen wieder arbeiten. Es habe soweit alles gut geklappt, „bis auf einmal, als ich ein Tier auseinander schneiden musste. Manchmal erwischt man Blutgefäße und das Blut spritzt dann heraus. Als ich das sah, war sofort das Bild von der Frau, wie sie neben dem Auto lag, wieder da und ich konnte nichts mehr machen. Ich hab das Messer fallen lassen und bin dann gleich raus“. Mit dem Pat. wird die Übung („Trauma wegpacken“) gemacht. Anschließend erklärte er, es gehe ihm schon besser.

Zur nächsten Stunde (10 Std.) kommt der Pat. fast freudestrahlend. Er erklärt, die Übung habe ihm sehr geholfen („obwohl ich nicht weiß wieso so was klappen kann“) und er habe in ähnlichen Situationen geschafft, ruhig zu bleiben. Informationen, wie die Übung wirkt, wollte er nicht, „es reicht, wenn es funktioniert, ich will nicht wissen wieso.“

Der Pat. machte insgesamt einen deutlich stabileren Eindruck, so dass überlegt wurde, die abendliche Medikation zu reduzieren und dann ganz auszuschleichen. Er war weiterhin bemüht, das Trauma zu verdrängen, hatte

sich mit den bisherigen Erfolgen in der Therapie relativ gut stabilisiert. Mit der Broschüre hat er alleine nicht mehr gearbeitet „Es geht mir ja wieder gut, und ich glaube auch, dass ich nicht mehr oft kommen muss“. Versuche der Therapeutin, eine emotionale Bearbeitung des Traumas vorzuschlagen, wehrte der Pat. ab, das ginge „später vielleicht mal“. Er wisse jetzt, dass er nicht Schuld sei, dass sei ihm das Wichtigste. Er könne wieder Auto fahren und seiner Arbeit nachgehen, stehe wieder „mitten im Leben“. Er habe sich vorgenommen, alles bewusster zu erleben, denn, so meinte er, „es kann ja schnell vorbei sein“. Mit dem Pat. wird besprochen, dass er in einem größeren Abstand weitere 3-4 Termine wahrnehmen könne, um den weiteren Verlauf beobachten zu können. Hiervon nahm der Pat. noch 2 Termine wahr. Die Medikation war bis zu Ende der Therapie ausgeschlichen, der Pat. war vollzeitig berufstätig und nahm wieder Kontakte zu Freunden und Bekannten wahr. Er konnte mit seiner Frau mittlerweile über den Unfall sprechen und adäquat reagieren, wenn er von anderen darauf angesprochen wurde.

11.2.4 Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte

Im PTSS 10 sowie im IES zeigten sich folgende Veränderungen:

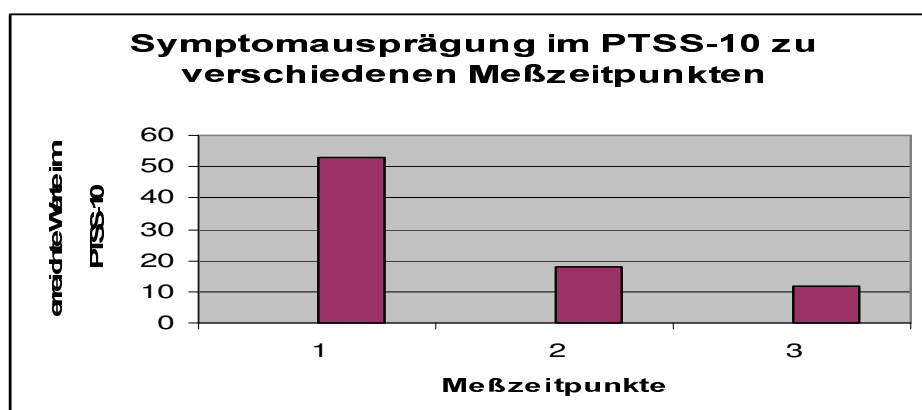


Abbildung 26: Werte im Ptss-10 zu Beginn der Arbeit mit der Broschüre (t1;53), in der 8 Therapiesitzung (t2;18) und in der 12 Sitzung (t3;12)

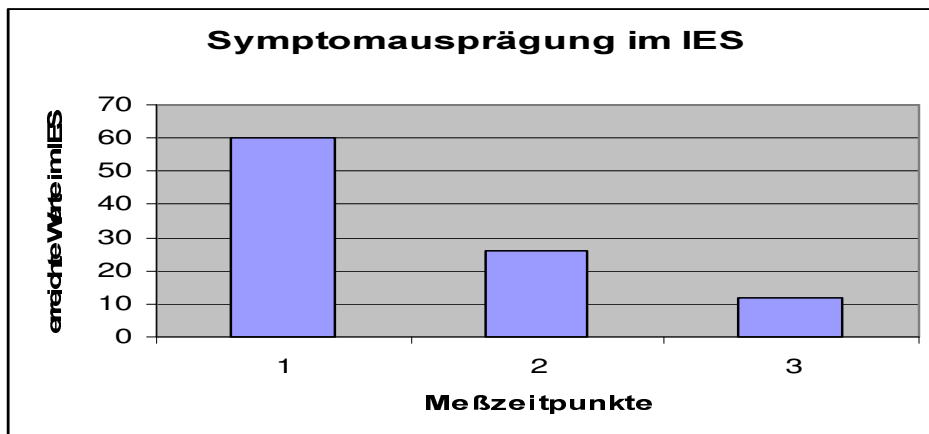


Abbildung 27: Werte im IES zu Beginn der Arbeit mit der Broschüre (t1;60), in der 8. Therapiesitzung (t2;26) und in der 12. Sitzung (t3; 12)

Welche Teile der Broschüre verhalfen dem Patient zur Bewältigung

- Informationen → Überwindung von Schuldgefühlen, konnte wieder Autofahren, Sicherheitsgefühl und Selbstvertrauen werden aufgebaut
- Aufenthalt in der Natur → zur Beruhigung und Ablenkung, Selbstwertgefühl wurde gesteigert
- Visualisierungsübung „Trauma wegpacken“ → stellte das Sicherheits- und Kontrollgefühl des Pat. im Arbeitsbereich wieder her
- Tipp: Übers Trauma reden → Trauma wird in Alltag integriert, Beziehung zur Ehefrau wird gestärkt, Selbstvertrauen wird weiter aufgebaut

Abbildung 28: Veränderungsschritte des Patienten Herr S.

11.3 Einzelfallanalytische Beobachtung 3

Es handelt sich um einen 33-jährigen Polizeibeamten. Zu Beginn der Behandlung (2 Monate nach dem Ereignis) berichtet er in der Exploration wie folgt:

10.3.1 Exploration

„Anfang April bin ich mit zwei Kollegen einen Einsatz gefahren. Es ging um jemanden, der randalierte vor einem Haus. Als wir ankamen, war der Betreffende völlig außer sich, schlug wild um sich und schrie „ich bin ein Ninja“.

Trotzdem ist es uns irgendwie gelungen, ihn mit auf die Wache zu nehmen. Unterwegs hatte er sich scheinbar beruhigt. Als wir auf der Wache die Personalien aufnehmen wollten, rastete er völlig aus. Er schlug einen Kollegen k.o. und auch der andere Kollege wurde verletzt. Mich nahm er in den Würgegriff. Ich dachte, der bringt uns jetzt alle um, und war wie versteinert. Es war recht schnell Hilfe da, und mit 8 Leuten haben wir ihn dann unter Kontrolle bekommen. Ich hatte immer schon Angst vor körperlichen Auseinandersetzungen, aber als ich den mit der wutverzerrten Fratze vor mir stehen sah, dachte ich, das überleb ich nicht. Nach dem Einsatz war ich völlig fertig. Ich zitterte am ganzen Leib, hatte Würgegefühle, musste Brechen und dachte immer wieder darüber nach, dass ich da wieder hin muss (zur Dienststelle). Ich bin seitdem krank geschrieben, habe schon Angst, wenn ich daran denke, dass ich wieder zur Arbeit muss. Dann treten die Symptome wieder auf. Schlafen kann ich auch nicht mehr seit dem Vorfall, immer wenn ich die Augen schließe, sehe ich die Fratze des Täters wieder vor mir.

Erst einige Wochen vor dem Vorfall hatten wir einen Einsatz, wo sich jemand der Schädel weggeschossen hatte. Und ständig in den letzten 3 Jahren hatte ich „Leicheneinsätze“. Ich glaube, der Vorfall auf der Wache hat mir den Rest gegeben. Ich kann nicht mehr.“

11.3.2 Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn

Zu Therapiebeginn (2 Wochen nach dem Ereignis) wurde mit dem PTSS 10, die IES, den KRI eine PTBS diagnostiziert.

Im PTSS-10 erreichte der Pat. zu Therapiebeginn einen Wert von 37. Dies bestätigt den dringenden Verdacht auf eine psychotraumatische Belastungsreaktion. Der Wert im IES lag zu Beginn der Behandlung bei 53 Punkten, was nach Corneil et al. einer schweren Symptomatik entspricht.

Im Kölner-Risiko-Index erreichte der Pat. einen Skalenwert von 4.5. Dies entspricht der Einteilung in die „Wechslergruppe“, die bei günstigen

Bedingungen zu den Selbsterholern, bei ungünstigen Umständen in die Hochrisikogruppe abwandert (s. Kapitel 5.1, S.29).

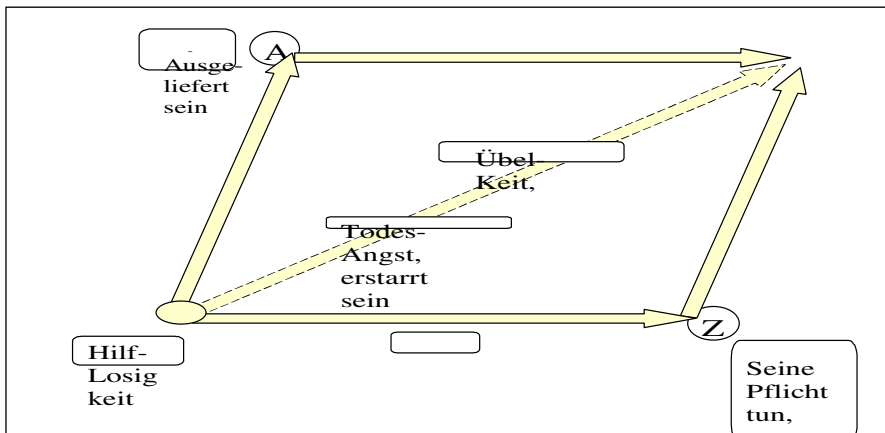


Abbildung 29: Format – Konfliktparallelogramm (Fischer, 2000b,S.141)
am Beispiel des Pat. Herrn M.

Die oppositionellen, dissoziierten Pole A und Z werden dargestellt als Vektoren, die von einem gemeinsamen Ansatzpunkt aus (hier der Ausgangspunkt A0/Z0) das psychische System in verschiedene Richtungen zerrren. Im Beispiel von Abb. 29 handelt es sich um die Tendenzen „ausgeliefert sein „ vs. „guter Polizist“ sein.

„Naive“ Heilungstheorie von Herrn M.:

Wie hat es zu der Katastrophe kommen können? Ich konnte mich trotz Anwesenheit anderer nicht schützen.

Wie kann ein solches Geschehen in Zukunft verhindert werden? Ich muss noch vorsichtiger sein, am Besten die Stelle wechseln, so dass solche Situationen nicht mehr passieren können. Ich muss stärker werden.

Wie kann das Trauma, die seelische Verletzung, geheilt werden? Ich muss Dinge für mich tun, die mir gut tun. Muss mich auf einen anderen Posten

versetzen lassen, bei dem ich nicht mehr mit direkter Gewalt konfrontiert werde.
Muss mich körperlich fit machen, evtl. Kampfsport betreiben.

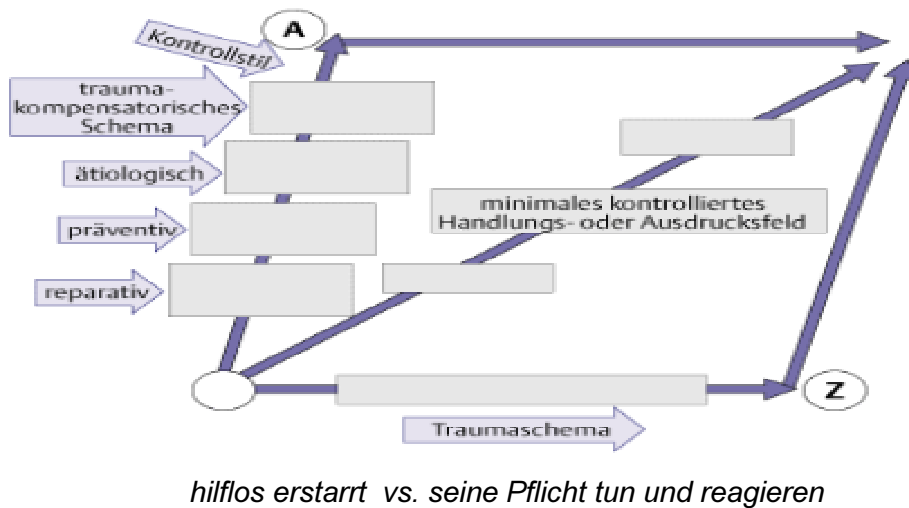


Abbildung 30: Traumaschema (aus Fischer, 2000 b, S. 163) des Patienten Herr M.

11.3.3 Therapieverlauf:

Der Pat. wirkte „locker“ und freundlich. Er berichtete von einer Kollegin, die ihm nach dem Vorfall empfohlen habe, sich einer Traumatherapie zu unterziehen. Nach der Diagnostikphase („ja klar fülle ich das alles mit Ihnen aus, wenn es Ihnen weiterhilft“) meinte der Pat., es gehe ihm durch „das Reden allein“ schon besser. Allerdings nutze dies alles nicht viel, wenn er seine Arbeit wieder aufnehmen und somit zurück in an den Ort des Geschehens müsse. Die Therapeutin führte die Broschüre in die Therapie ein. „Ich habe aus dem Gespräch herausgehört, dass Sie sich dafür interessieren, was gerade mit Ihnen passiert und weshalb Sie so anders reagieren als vorher. Ich möchte Sie bitten, sich diese Broschüre, die für Menschen nach einem Trauma geschrieben wurde, einmal ansehen. Sie können sie mit nach Hause nehmen und dann zu jeder Stunde mitbringen. Wir besprechen dann das von Ihnen Gelesene.“ Der Pat. lächelte und meinte, er kenne die Broschüre schon von seiner Kollegin. Die habe auch damit gearbeitet und sei sehr davon „angetan“. Allerdings habe er

sie „nur mal ganz oberflächlich“ quer gelesen, und meine, nichts wirklich Sinnvolles für sich entdeckt zu haben. Er werde jedoch „Ihnen zum Gefallen“ noch einmal hineinschauen. In den folgenden Sitzungen (4-6) erklärte der Pat., es helfe ihm sehr, die Informationen aus der Broschüre zu kennen. „Ich weiss jetzt, was mit mir los ist, und kann die Symptome besser einschätzen. Das ist für mich wichtig, weil es mir wieder Kontrolle gibt über mein Leben“. Entsprechend wurde auf die Informationen genauestens eingegangen, des weiteren am TKS gearbeitet. Die zentrale Frage des Pat. war, wie er sich vor einer Wiederholung schützen könne (präventiver Aspekt). Er habe, so der Pat., schon mit dem Gedanken gespielt, aus dem Polizeidienst auszuscheiden („da geh ich nicht mehr hin“). Nachgefragt, ob es möglicherweise noch weitere Lösungen gibt, sich zu schützen, überlegte der Pat. lange. Die gebe es nur, wenn solche Situationen weniger aufträten, dies sei im Streifendienst nicht realisierbar. Zudem könne er seinen Kollegen nicht zumuten, im Wiederholungsfall durch ihn keine Hilfe zu erfahren. Allerdings gebe es möglicherweise den Weg der Versetzung in einen weniger gewalttätigen Bereich. Er wolle mit der entsprechenden Dienststelle Kontakt aufnehmen und den Arzt hierzu befragen.

In der 7. Stunde kam der Pat. und berichtete, es gehe ihm „schon viel besser“. Dies liege daran, dass er die Möglichkeit habe, für einige Zeit auf eine „angenehmen“ Posten zu gelangen. Die Wahrscheinlichkeit sei groß, dass er dort übernommen werde. Seit er dies wisse, hätte seine Schlaflosigkeit „wie von selbst“ nachgelassen. Er könne sich wieder besser konzentrieren, hätte keine Zukunftsängste mehr und glaube jetzt, die „Krankheit besiegen“ zu können. Er sei sicher, dass es auf dem neuen Posten ein „guter Polizist“ sein werde. Das einzige Problem, das er noch habe, sei, dass er, selbst wenn er sich vorsätzlich ablenke, „immer wieder diese hassverzerrte Fratze“ des Angreifers sehe. Daraufhin wurde dem Pat. die Übung „das Trauma wegpacken“ vorgeschlagen. Er ließ sich bereitwillig darauf ein, meinte jedoch im Anschluß an die Übung, dass sei „überhaupt nix“ für ihn. Er habe einfach an „etwas anderes“ gedacht. Überhaupt sei für ihn das Reden über den Vorfall das einzig Richtige. Allerdings habe er schon bemerkt, dass der Druck, darüber zu reden, nachgelassen habe „so wie´s im Buch steht“.

In der 8. Stunde berichtet er, der Arzt habe ihn probeweise gesund geschrieben und er sei ab sofort wieder berufstätig. Dies freue ihn besonders, „da hat man nicht mehr soviel Zeit zu grübeln“. Der Vorschlag, anstelle des Grübelns ein Traumabuch anzulegen, welches er dann wegschließen könne, missfiel ihm sichtlich. „Nee, nee. Damit will ich nix mehr zu tun haben.“ Auch hier folgte eine dialektische Intervention. Ich kann verstehen, dass Sie den Vorfall so schnell wie möglich vergessen wollen, lassen Sie uns sehen, wie Sie das nachhaltig schaffen können. Die Situation wurde mit dem Pat. dann mehrfach kognitiv durchgegangen („hier habe ich ja die Kontrolle“).

In der 9., 10. und 11. Sitzung folgte die emotionale Durcharbeitung des Traumas.

In der 12. und letzten Sitzung meinte der Pat. dass er über den Vorfall nun mit sehr viel mehr Distanz nachdenken und reden könne. Er habe sich „man weiss ja nie“ zum Kampfsport angemeldet, da er gemerkt habe, dass Sport ihm „ganz gut“ tue. Alles in allem habe er sein Ziel erreicht. Er sei wieder „wie vorher“, leide nicht mehr unter den vielen Symptomen und habe auch das Bild des Täters nur noch sehr selten vor Augen. „Das hab ich nur geschafft, weil ich jemanden hatte, mit dem ich darüber sprechen konnte. Mit den Übungen aus der Broschüre konnte ich mich nicht identifizieren, alleine lesen und drüber nachdenken war schwierig und das alleine nicht ausreichend. Ich freue mich über meinen neuen Posten und sehe die Welt wieder positiv. Ich habe auch meine alte Dienststelle besucht. Das war anfangs ein komisches Gefühl, zudem gerade an dem Tag dieser Kerl (Angreifer) wieder dort war. Diesmal war der zahm wie ein Lamm. Er ist eben krank. Ich denke, es hat mir geholfen zu sehen, dass er auch noch ein anderes Gesicht hat. Die Angst ist nun verschwunden und wenn´s sein müsste, könnte ich auch wieder auf die Dienststelle zurück. Meine Kollegen haben mich die ganze Zeit gut behandelt und auf den Arzt und auf Sie konnte ich mich verlassen.“

11.3.4 Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte
 Folgende Ergebnisse konnten nach der Arbeit mit Herrn M. erhoben werden:

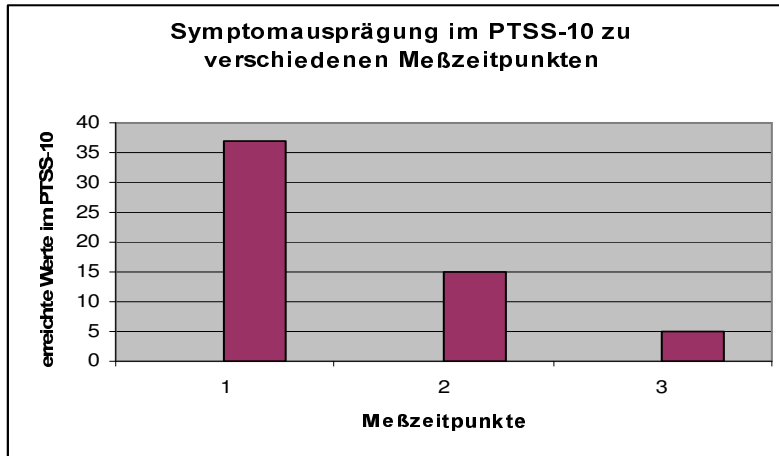


Abbildung 31 : Punktwerte im PTSS-10 zu verschiedenen Messzeitpunkten (t1,37;t2,15;t3,5;)

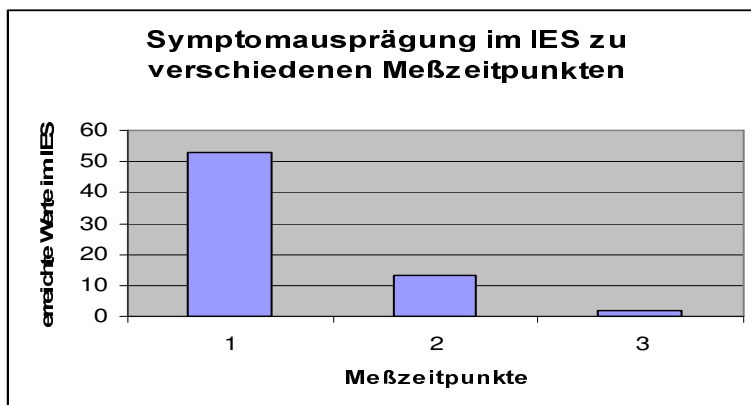


Abbildung 32 : Punktwerte im IES zu verschiedenen Messzeitpunkten (t1,53; t2,13; t3,2)

Welche Teile der Broschüre verhalfen dem Patient zur Bewältigung

Informationen → Überwindung von Kontrollverlust, Sicherheitsgefühl und Selbstvertrauen werden aufgebaut

Tipp: Übers Trauma reden → Trauma wird in Alltag integriert, Beziehung zu Freunden, Vorgesetzten und Kollegen wird gestärkt, Selbstvertrauen wird weiter aufgebaut.

Abb.33 : Veränderungsschritte des Patienten Herr M.

11.4 Einzelfallanalytische Beobachtung 4

Es handelt sich um eine bei Therapiebeginn 43 jährige Pat. (leitende Angestellte) mit schweren anhaltenden Missbrauchs- sowie Verlusterlebnissen in Kindheit und Jugend. Aktualisiert wurde das bestehende Trauma durch eine Mobbing-situation am Arbeitsplatz, die bei starkem Erleben von Hilflosigkeit und Kontrollverlust zu schweren Angst- und Panikreaktionen sowie zu unterschiedlichen Formen der Dissoziation führte.

Aufgrund der Vorgeschichte und der Ergebnisse der Eingangsdagnostik wird hier der MPTT- Typ B (mittelfristiger Prozess, fokussiert) angewendet. Die Variante Typ C, nicht-fokussiert, welche in der Regel bei schweren Kindheitstraumen angewendet werden sollte, konnte nicht praktisch umgesetzt werden, da hierfür ca. 240 bis 300 Therapiestunden notwendig sind, die jedoch weder von der zuständigen Kasse noch von der Pat. finanziert werden konnten. In Absprache mit der Pat. und im Hinblick auf ihre Zielvorstellung wurde dann die Typ-B Variante gewählt.

11.4.1 Exploration

„Ich kann seit ca. 4 Wochen meiner Arbeit wegen Angst –und Panikattacken nicht mehr nachkommen. Auslöser war die Anschuldigung eines Kollegen, der meine Stelle haben möchte. Er erzählte überall herum, ich hätte einen kleinen Jungen unsittlich angefasst. Mein Arzt hatte mich in eine psychosomatische Klinik eingewiesen, weil mein Zustand sich nicht verbesserte. Dort wurden die „Zustände“ jedoch noch schlimmer. Die Klinik erinnerte mich an die vielen Heimaufenthalte und Unterbringungen in diversen Pflegefamilien in meiner Kindheit (13) . Deshalb habe ich die Kur abgebrochen.

Wenn die Zustände kommen, fühle ich mich wie auf Wolken, alles ist ganz schwammig. Ich sehe dann irgendwo ein kleines weißes Licht, dass immer heller wird, und dazu höre ich ein ganz helles Geräusch. Dazu habe ich das Gefühl, ich löse mich auf, es gibt mich nicht mehr und man kann mich nicht mehr sehen. Dann bekomme ich starke Todesängste.

Diese Angst habe ich schon, solange ich denken kann. In meiner Kindheit hat mir eine meiner Pflegemütter oft erzählt, die Toten kämen mich holen. Damals war ich ca. 5 Jahre alt. Als Säugling schon wurde ich meiner Mutter, einer Bardame, weggenommen. Bis im Alter von 3 ½ J. lebte ich in 3 verschiedenen Einrichtungen. Dann haben meine damaligen Pflegeeltern mich in Pflege genommen. Es war die Hölle. Ständig wurde ich gedemütigt. So musste ich, wenn ich auf die Toilette ging, die Türe offen lassen. Außerdem durfte ich vom Toilettenpapier immer nur einen kleinen Abschnitt zum Säubern nehmen. Oft wurde ich in Anwesenheit der gesamten Familie (3 leibliche Kinder der Pflegeeltern) auf den Küchentisch gesetzt. Ich musste die Beine spreizen und mein Pflegevater hat mich „untersucht“. Dann wurde ich geprügelt. Dieser Mann hat mich zudem öfter vergewaltigt. Anfangs habe ich oft geschrien und geschrien, aber niemand hat reagiert, als hätten sie mich nicht gehört. Dann hab ich alles über mich ergehen lassen und habe mich weggeträumt. Das war die Zeit, als das schwammige Gefühl auftrat, ich hab mich dann am weißen Licht und an dem hellen Klang orientiert und nichts mehr mitbekommen. Damals hat mir dies geholfen zu überleben. Auch später in den verschiedenen Heimen hat mehrfach Missbrauch an mir stattgefunden. Auch da habe ich mir damit geholfen, mich einfach wegzuträumen und nichts mehr mit zu kriegen.

Mit 14 Jahren bin ich dann abgehauen und eine der Nonnen, die im Heim für mich zuständig war, hat mich dann in einer eigenen Wohnung betreut. Zu ihr habe ich immer noch ein sehr enges Verhältnis, wie zu einer Mutter. Sie hat auch dafür gesorgt, dass ich eine Ausbildung machen und trotz der später folgenden 2 Kinder in meinem Beruf arbeiten konnte. Meine älteste Tochter habe ich sehr früh bekommen und sie zur Adoption frei gegeben. Mein Sohn wohnt bei mir und macht gerade Zivildienst.

Die Panik- und Angstsymptome sowie die schwammigen Zustände waren die ganze Zeit ziemlich unter Kontrolle. Seit dem Vorwurf meines Kollegen allerdings tritt beides wieder vermehrt auf. Es ist wie damals: Ich schreie und schreie, dass es nicht wahr ist, aber keiner hört mir zu. Ich komme aus dem

Zustand gar nicht mehr richtig heraus. Ich möchte nicht meine Kindheit aufarbeiten, auch wenn ich alles erzählt habe, möchte ich am liebsten davon nichts mehr wissen.“

11.4.2 Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik zu Behandlungsbeginn

Zu Therapiebeginn (6 Wochen nach dem Ereignis) wurde mit dem PTSS 10, der IES, dem KRI eine (chronifizierte) PTBS diagnostiziert.

Im PTSS-10 erreichte die Pat. zu Therapiebeginn einen Wert von 46. Dies bestätigt den dringenden Verdacht auf eine psychotraumatische Belastungsreaktion. Der Wert im IES lag zu Beginn der Behandlung bei 49 Punkten, was nach Corneil et al. einer schweren Symptomatik entspricht.

Im Kölner-Risiko-Index erreichte die Pat. einen Skalenwert von 9. Dies entspricht der Einteilung in die Hochrisikogruppe.

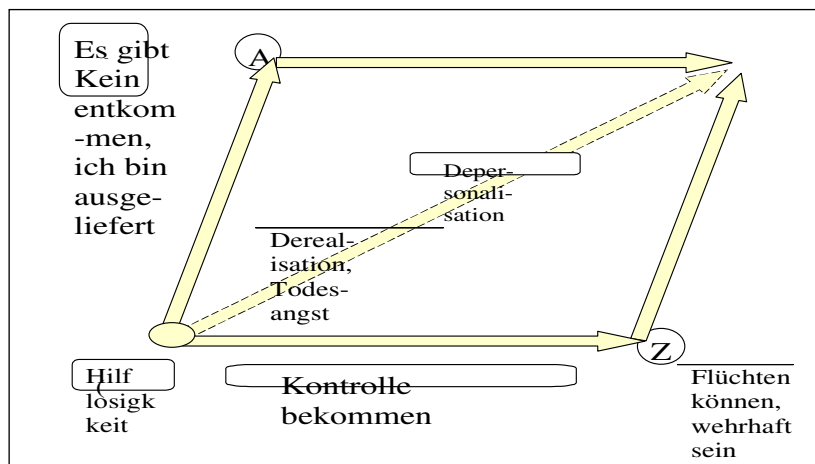
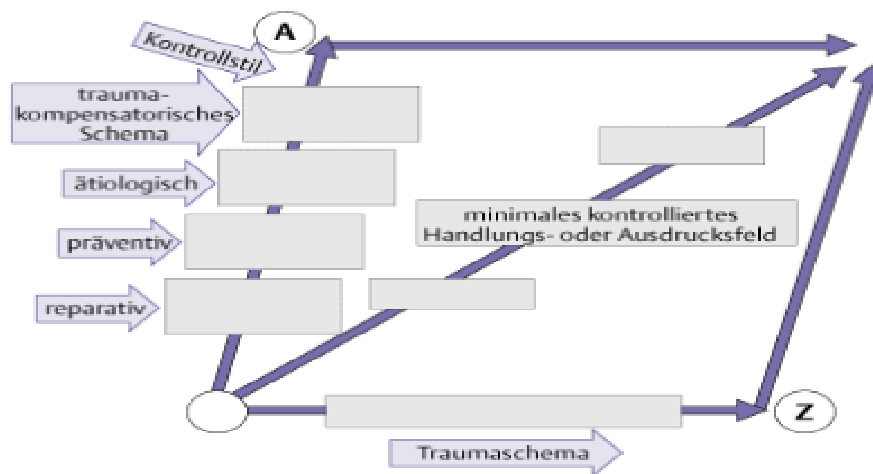


Abbildung 34: Format - Konfliktparallelogramm (Fischer, 2000b, S. 141)

der Patientin Frau G.

Die oppositionellen, dissoziierten Pole A und Z werden dargestellt als Vektoren, die von einem gemeinsamen Ansatzpunkt aus (hier der Ausgangspunkt A0/Z0) das psychische System in verschiedene Richtungen zerren. Im Beispiel von Abb. 34 handelt es sich um die Tendenzen „sich ausgeliefert fühlen „ vs. „flüchten können und wehrhaft sein“.



ausgeliefert sein vs. flüchten können und sich wehren

Abbildung 35: Traumaschema (aus Fischer, 2000 b, S. 163) der Patientin Frau G.

„Naive“ Heilungstheorie von Frau G.:

Wie hat es zu der Katastrophe kommen können? Konnte mich noch nie gegen Angriffe von außen wehren. Schon früher war ich ausgeliefert. Niemand wollte mich haben. Wahrscheinlich habe ich was Falsches gemacht und bin an allem Schuld.

Wie kann ein solches Geschehen in Zukunft verhindert werden? Muss lernen, mich zu wehren und zu behaupten. Muss meine Rechte durchsetzen.

Wie kann das Trauma, die seelische Verletzung, geheilt werden? Es gibt keine Heilung, dazu waren die Erlebnisse in der Kindheit zu schlimm.

11.4.3 Therapieverlauf

Zu Beginn der Therapie wurde an der Herstellung der minimalen Differenz und dann optimalen Differenz gearbeitet. Die Pat. unternahm immer wieder Beziehungstests um zu überprüfen, ob die Therapeutin glaubwürdig ist. So äußerte die Pat. häufig Kritik an der Therapeutin. Diese nahm die Kritik an und überlegte zusammen mit der Pat. konstruktive Lösungen. Nachdem das Arbeitsbündnis gefestigt war, wurden die „states of mind“ der Pat. erarbeitet, so dass sich diese einen Überblick über die verschiedenen „Zustände“ verschaffen konnte. Dann wurde überlegt, wie die Pat. ein Abgleiten in die „schädlichen states“ verhindern bzw. wieder aus dem Traumastate gelangen kann. Eine entsprechende „Landkarte“ wurde erarbeitet und im Verlauf der Therapie ausdifferenziert. Danach wurde das TKS gestärkt. Bis zu diesem Zeitpunkt war es kaum möglich, mit der Pat. Überlegungen zur Differenzierung des TKS anzustellen, da ihr Misstrauen sehr groß war.

Angesetzt wurde am präventiven Teil des TKS. Therapeutin und Pat. überlegten gemeinsam, welche Rechte die Pat. in der aktuellen Mobbing-Situation habe. Die Pat. überlegte, ob sie sich anwaltlich vertreten lassen könne, ob sie ein Recht habe, weiter krank zu sein u.s.f.. Hierin wurde sie von der Therapeutin bestärkt, so dass in einem ersten Schritt Handlungsfähigkeit und eine erste Kontrolle wiederhergestellt wurde. Zudem wurde in Rollenspielen Teile eines Selbstsicherheitstrainings geübt, die die Pat. dann im Alltag üben sollte. Die Therapeutin führte dann die Broschüre ein: „Ich habe hier etwas, dass Sie sicherlich interessiert. Ich möchte in unserer Therapie - mit Ihrem Einverständnis - mit dieser Selbsthilfebroschüre für traumatisierte Menschen arbeiten. Ich stelle mir vor, dass es ein optimaler Weg für Sie sein kann, schnell wieder die Kontrolle zu bekommen und sich in brenzligen Situationen helfen zu können.“ Die Pat. war sehr überrascht, dass es eine solche Broschüre gab, freute sich jedoch sehr darüber, endlich „etwas in der Hand zu haben, was mir weiter hilft“.

Die Broschüre wurde der Pat. ausgehändigt (15. Std.) mit der Bitte, sie sich in Ruhe zu Hause anzusehen. In der nächsten Stunde (16. Std.) kam die Pat.

sehr deprimiert mit der Broschüre und weinte, als sie erklärte, sie dürfe wohl „damit nicht arbeiten“. Auf Nachfragen erklärt sie, sie habe zuhause damit begonnen, die Broschüre zu lesen, jedoch sei sie an einer Stelle gescheitert. Man solle, so die Broschüre, 10 Erfolge aus der Vergangenheit nennen, bevor man weiter arbeite, darüber sei sie fast verzweifelt. Sie habe diese Erfolge nicht erzielt und nun traue sie sich nicht, mit der Broschüre weiter zu arbeiten („dann tue ich was Unrechtmäßiges und werde dafür bestraft“).

Die Therapeutin liest sich daraufhin die Passage in NW zusammen mit der Pat. durch, entrüstet sich darüber, dass 10 Erfolge ja wohl niemand vorweisen könne und überlegt mit der Pat. (anhand lebensgeschichtlicher Daten), was diese „schon alles geschafft“ habe. Die Pat. kommt auf 8 Erfolge, die sie sich auf Bitten der Therapeutin aufschreibt: „Damit Sie die nicht wieder vergessen“.

In der nächsten Sitzung (17. Std.) kommt die Pat. ganz aufgeregt und erzählt, sie könne die Symptome jetzt endlich genau einordnen. „Das ist Dissoziation, und das ich mich fühle wie in Watte und gar nicht mehr wirklich da bin, das nennt man Derealisation“. Mit der Pat. werden die Informationen aus der Broschüre (Symptomatik, Traumaverlauf, Infos zu Mobbing und zu Kindheitsmissbrauch) in den nächsten 5 Sitzungen ausführlich durchgearbeitet. Sie wirkt sehr erleichtert, als sie liest, dass Mobbing jedem passieren kann und dies nicht an ihr persönlich liegt („Das heisst ja ganz klar, dass ich nicht schuld bin, hier steht es schwarz auf weiß“).

Danach (23. Std.) bittet die Pat. darum, mit ihr die Übung „sicherer Ort“ durchzuführen, „das ist ja so was ähnliches, wie ich früher immer schon gemacht hab mit dem Wegträumen, solche Übungen kann ich sicher ganz gut“. Die Therapeutin erklärt, die Pat. könne auf diese Weise lernen, „kontrolliert“ zu dissoziieren. Die Übung wird auf Wunsch der Pat. auf eine Kassette gesprochen, „Dann kann ich die immer hören, wenn's mir schlecht geht“.

In der 24. Stunde möchte die Pat. „das Trauma in den Tresor wegpacken“, möchte sich jedoch „keinesfalls konkret“ an ihre Kindheitserlebnisse erinnern. Die Therapeutin sucht in der Broschüre und beruhigt die Pat. damit, dass sie ihr

den Text erst vorliest. Zudem verspricht sie, dass die Pat. sich auf die Auslösesituation (Mobbing) beziehen kann. Die Pat. kann sich nun entspannen und die Übung dann durchführen.

In der nächsten Sitzung (25) berichtet die Pat. aufgelöst, ihr sei nach 11 Jahren fristlos gekündigt worden. Den Grund wisse sie nicht genau, allerdings habe sie jetzt einen Anwalt eingeschaltet „der wird das schon aufklären“. Sie sei sehr unruhig und „fertig“ gewesen, als sie die Kündigung bekommen habe, habe jedoch jeden Tag mit der Kassette gearbeitet und das habe ihr geholfen. Sie habe des Weiteren mit ihrer Partnerin die Atemübung gelernt, wodurch sie sich schnell beruhigen könne. Zudem habe sie jetzt in Absprache mit ihrer Familie Tagesrituale eingeführt, „das gibt Kontrolle und strukturiert den Tag“. Sie habe zudem vor, sich um eine Umschulung zu bemühen, sobald sie aus dem jetzigen Arbeitsverhältnis endgültig ausgeschieden sei.

In der 26. und 27. Sitzung lernt die Pat. auf ihren Wunsch hin PMR „Ich bin immer so verspannt und ich glaube, dass kann mir helfen.“ Nachdem die Pat. über ein Arsenal an Übungen verfügt und ausreichend stabilisiert erscheint, wird seitens der Therapeutin der Vorschlag gemacht, sich vielleicht einmal den Kindheitserlebnissen zuzuwenden, um sie endlich wirklich vergessen zu können. Die Pat. ist im ersten Moment sehr misstrauisch, erklärt jedoch, sie werde sich den Vorschlag bis zur nächsten Stunde überlegen.

In der 28. Stunde erklärt die Pat. die Bereitschaft, sich den Erlebnissen zuzuwenden („aber nicht alles auf einmal“). Beide zusammen listen der Reihe nach die traumatischen Erlebnisse (von der neuesten bis zur ältesten Erfahrung) auf.

Im Verlauf der nächsten 6 Doppelstunden 29. – 34. Std. (die Pat. nannte 6 traumatische Situationen aus Kindheits- und Jugendzeit) wird dann jeweils eine Erfahrung kognitiv besprochen, dann in den Tresor weggepackt. Zu Beginn und zum Abschluß der Sitzung wird eine Entspannungsübung durchgeführt.

Im weiteren Verlauf der Behandlung, 35. – 45. Std., werden sie jeweils noch einmal kognitiv, dann mit emotionalen Anteilen besprochen, um dann einzeln

aus dem Tresor genommen und aus unterschiedlicher Distanz (von weit nach kurz) angesehen. Bei aufkommendem emotionalem Schmerz wird eine Atemübung durchgeführt bzw. der sichere Ort kurz aufgesucht, bevor mit der Bearbeitung fort gefahren wird.

In der 46. Std. weint die Pat. darüber, „was mir früher alles angetan wurde“. Nach dem Weinen fühlt sie sich erleichtert und meint, sie könne das jetzt ansehen, ohne zu „derealisieren oder wie man das nennt“. Es mache sie schon traurig, aber sie sei erwachsen und werde dafür sorgen, dass ihr so was nie wieder passiere. Die Integration des Traumas in die Persönlichkeit scheint hiermit anfänglich gelungen zu sein.

In den nächsten Stunden (47. - 55.) wird nach einer sorgfältigen Nacharbeitung und Implementierung der Fokus auf die aktuelle Lebenssituation gerichtet. In der Zwischenzeit übt die Pat. die Lichtstromübung („dann fühlt man sich so geborgen“) und wendet das Gelernte regelmäßig an. Zum Ende der Therapie (60. Std.) ist die Pat. (mit von ihr erstrittener Abfindung) aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden und nimmt an einer Umschulungsmaßnahme teil. Sie fühle sich „wie neu geboren. Ich weiss jetzt, ich bin nicht ausgeliefert und kann zumindest das meiste im Leben selber steuern. Wenn die Symptome wieder stärker werden sollten, habe ich genügend Möglichkeiten an der Hand, damit umzugehen. Meine Partnerin wird mir dabei behilflich sein. Wenn es wieder schlimm werden sollte, kann ich ja bestimmt noch mal für einige Stunden wiederkommen“. Zur Broschüre hat die Pat. verschiedene Verbesserungsvorschläge: „Die 10 Erfolge solle man auf 5 reduzieren. Sonst ist es frustrierend, wenn man nicht alle zusammen bekommt. Die dauernden Warnhinweise verunsichern und machen Angst. Zudem hätte ich gerne ein paar Bilder und vielleicht einige Fallbeispiele gehabt. Es wäre nicht verkehrt, wenn es eine Hörspiel-Kassette mit den Übungen gäbe, wenn man alleine mit der Broschüre arbeitet und keine Therapeutin hat.“

11.4.4. Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte

Folgende Werte wurden im PTSS-10 und im IES ermittelt:

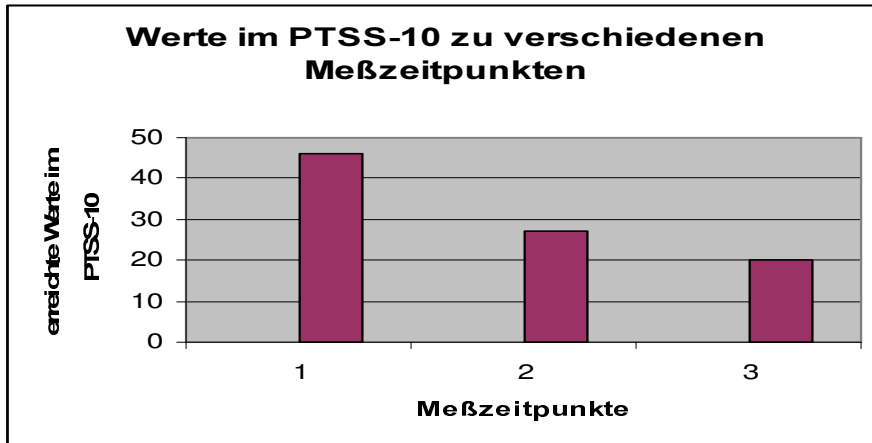


Abbildung 36 : Werte im PTSS-10 zu verschiedenen Messzeitpunkten (t1,46; t2,27; t3,20;)

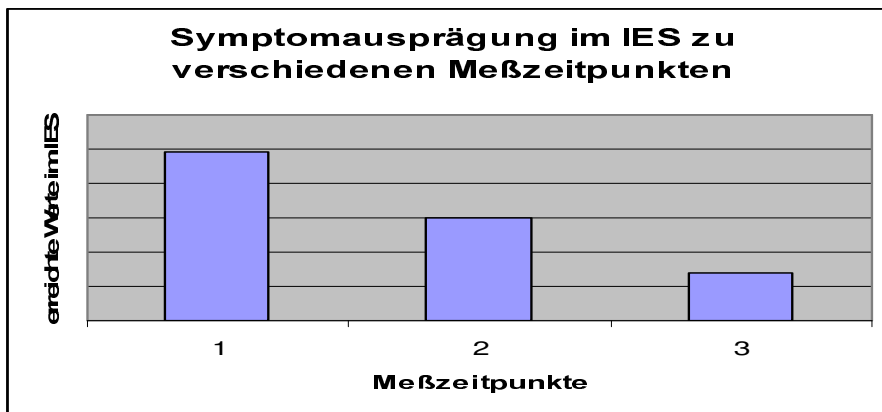


Abbildung 37 : Werte im IES zu verschiedenen Messzeitpunkten (t 1, 49; t2,30; t3,14)

Welche Teile der Broschüre verhalfen der Patientin zur Bewältigung

Informationen → Überwindung von Schuldgefühlen, und der (magischen) Kindheitsideen, selber Schuld zu sein, kann abgebaut werden

Wiedererlangen einer ersten Kontrolle durch das Erkennen der „Normalität“ der Symptome und das Wissen um den Traumaverlauf, Steigerung des Selbstwertgefühls

Tipps: „Erfolge“ sich über vergangene Erfolge klar werden → Stärkung des Selbstwertgefühls (nach Intervention der Therapeutin)

Visualisierungsübung „Sicherer Ort“ → Sicherheitsgefühl wird wieder aufgebaut

Atemübung → wird zur Beruhigung und Distanzierung eingesetzt, hilft die Kontrolle aufrecht zu erhalten

Visualisierungsübung „Trauma wegpacken“ → stellte das Sicherheits- und Kontrollgefühl der Pat. wieder her

Lichtstromübung: → vermittelt Geborgenheit und Angenommensein

Tipp: Tagesrituale → gibt Sicherheit und Gefühl von Kontrolle im Alltag

PMR: → wirkt traumabedingter Verspannung auf Körperebene entgegen, entspannt und beruhigt die Pat.

Abbildung 38: Veränderungsschritte der Patientin Frau G.

11.5 Einzelfallanalytische Beobachtung 5

Es wird der 31-stündige (TYP-B)-Therapieverlauf einer 25-jährigen Pat. dargestellt, die zu Therapiebeginn (15 Monate nach dem Ereignis) Symptome einer protrahierten *Anpassungsstörung* zeigt und zugleich die wesentlichen Kriterien des *Psychotraumatischen Belastungssyndroms (PTBS)* erfüllt (siehe auch Punkt 6.2.3.1, S.51). Nachdem die Patientin schon einen längeren stationären Aufenthalt hinter sich hatte, der ihrer Auffassung nach keine Verbesserung im Befinden erbracht hatte, nimmt die Pat. eine Traumatherapie in Anspruch. Die folgende Darstellung folgt den Ausführungen in Angenendt, Fischer 2001.

11.5.1 Exploration

„Im April 1999 [zu dieser Zeit war die Pat. gerade zu ihrem Freund gezogen] habe die Mutter der Pat. wegen starker Zahnschmerzen einen Zahnarzt

besucht. Die Mutter sei dann einige Zeit später nach Hause gekommen. Sie habe erzählt, dass der Arzt ihr geraten habe, einen Knoten in der Zunge genauer untersuchen zu lassen. 'Das hab ich erst gar nicht für wichtig gehalten'.

Einige Tage später habe sie [die Pat.] zusammen mit dem Bruder ihre Mutter in die Praxis eines Allgemeinmediziners begleitet. Sie selbst habe vor der Praxistür gewartet und auf den Hund der Eltern aufgepasst. Nach einiger Zeit seien der Bruder und die Mutter wiedergekommen. Die Mutter habe auf den Boden geschaut, sich das Gesicht gehalten und sei zu einer Mauer gegangen, an die sie sich gelehnt habe. Sie [die Pat.] habe die Mutter erschrocken gefragt, was denn sei. Diese habe daraufhin geantwortet, sie habe Krebs. 'Als sie das gesagt hatte, dachte ich nur, oh Gott, Onkel Herbert ist an Krebs gestorben [da hab ich gekotzt], Oma ist jämmerlich an Krebs gestorben und jetzt auch noch meine Mutter.'

Sie habe 'nicht gewusst, ob ich lachen oder weinen sollte, es war einfach unfassbar, einfach nicht wahr'. Sie seien dann 'irgendwie ins Auto. Ich hatte kein Gefühl in mir, es war, als wäre ich in Watte gepackt, ganz unwirklich, so als würde ich träumen'.

Sie habe dann vom Elternhaus ihre Freundin angerufen und dann 'richtig geweint'. Anschließend habe sie mit ihrem Lebensgefährten telefoniert und wiederum geweint 'aber der hat mich nicht getröstet, sondern nur gesagt, das wird schon nicht so schlimm sein'. Auch der Vater sei 'völlig fertig' gewesen und habe sie nicht trösten können.

Sie habe die darauf folgende Woche wie im 'Trance' erlebt, tagelang nur geweint und 'immer nur darüber nachgedacht, dass Mama sterben muss'. Sie seien dann alle drei zum Aufnahmetermin in die Klinik gefahren [1 Woche nach Befundmitteilung], 'da hatte ich morgens schon ein Lämpchen angemacht, das sollte helfen, dass es nicht so schlimm wird'. Die Eltern seien dann 'nach endlosem Warten, ich hab fast zuviel gekriegt' mit dem Prof. auf den Flur getreten und hätten sie darüber informiert, 'dass der Knoten nur ein Teil war.

Die Zunge musste weg und die Lymphdrüsen. Da dachte ich, die Welt geht unter'. Das 'Wattegefühl' sei wiedergekommen und sie habe sich gefühlt wie in der Situation vor der Arztpraxis.

Die Mutter sei kurze Zeit später operiert worden und habe sich dann recht schnell erholt.

Später habe dann ihr Lebensgefährte Geburtstag gefeiert. Währenddessen wurde u. a. die Krebserkrankung der Mutter thematisiert. Nachdem die Gäste sich verabschiedet hatten, hätten sie und ihr Lebensgefährte den Abwasch erledigt. „M. sagte plötzlich zu mir: 'Wer weiß, was in diesem Jahr noch alles passiert, seitdem wurde es immer schlimmer. Ich bekam Herzrasen, Zittern und mir wurde schlecht. Das unwirkliche Gefühl kam wieder und ich hatte sehr oft am Tag Phasen, da glaube ich, ich bin nicht mehr ich.' Sie habe am Folgetag das Gefühl gehabt, 'als ob es spukt, als würde jemand hinter mir stehen und mich beobachten.' Ihren Eltern, speziell der Mutter gegenüber habe sie das Gefühl gehabt, 'als wäre ich ganz weit entfernt von ihr'. Sie habe gedacht 'ich sei böse und ich hasse meine Eltern'. Sie spüre der Mutter gegenüber 'kein gutes Gefühl mehr' und würde gern so was sagen wie: 'Du alte Kuh, du blöde Sau, und ähnliches'. Gleichzeitig habe sie Alpträume, in denen sie immer wieder vom Tod der Mutter träume, oder dass sie (die Patientin) 'jemanden absteche. Ich dachte sogar schon daran, meinen Hund abzustechen, den ich so lieb hab. Ständig hab ich so 'Psychogedanken', dass ich jemandem was antue, oder ich denke : Was ist eigentlich ein Mensch, wie funktioniert eine Hand, wie funktioniert mein Auge u. s. w.. Ich habe den Zwang, jedem vom Schicksal meiner Mutter zu erzählen, und wenn ich es tue, habe ich mich immer wieder selbst reden hören, als wäre ich jemand anders. Ich habe Angst, in den Spiegel zu sehen, weil ich denke, das bin ich dann gar nicht. Ich habe das Gefühl, als hätte ich keine Vergangenheit, als gäbe es mich erst seit jetzt, ich weiß in diesen Augenblicken nichts mehr von früher'.

Sie habe seit März 2000 verschiedene Ärzte konsultiert. Ein Psychiater habe ihr ein Antidepressivum verschrieben und sie dann in eine psychosomatische Klinik überwiesen.

Dort sei sie ca. 3 Monate gewesen. Sie sei froh, dass sie aus der Klinik entlassen sei, da ihr der Aufenthalt ihrer Meinung nach `nichts gebracht` habe. [Anm: Diagnose im Entlassungsbericht der Psychosomatischen Klinik: Ängstlich-depressive Entwicklung F41.2 mit Somatisierung, F45.0 bei selbstunsicherer Persönlichkeit, F60.8 J. Die Medikation wurde in der Klinik abgesetzt.“(Angenendt, Fischer, 2001).

11.5.2 Werte in den Verfahren und Erfassung der Psychodynamik bei Behandlungsbeginn

1. Posttraumatic- Symptom-Scale (PTSS-10),

Punktwert von 46 = Verdacht auf schwere posttraumatische Belastungsreaktion

2. Impact of Event-Scale (IES, S. 24 Materialsammlung), Punktwert von 53 = schwere posttraumatische Symptomatik

3. Im *Kölner-Risiko-Index-Version 2.0 /99* wurde der Patientin ein Punktwert von 8 zugewiesen, sie hat demnach ein erhöhtes Risiko (> 6.4), an PTBS zu erkranken.

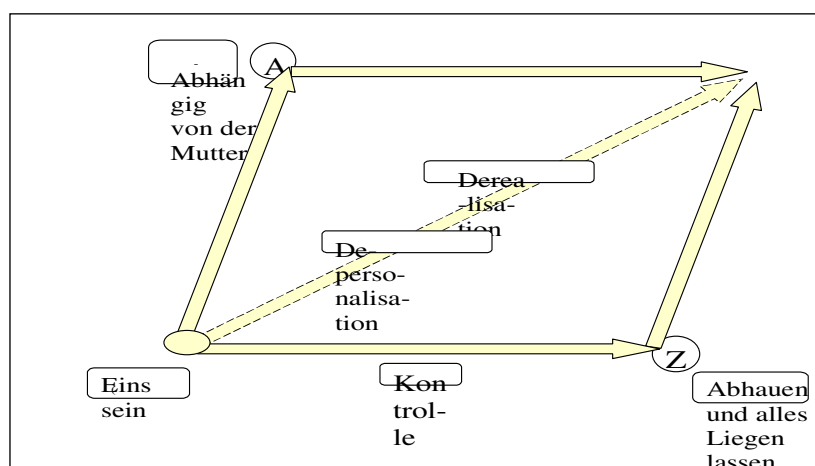


Abbildung 39: Format – Konfliktparallelogramm (Fischer, 2000b, S. 141) am Beispiel der Pat. Frau S. .

„Die oppositionellen, dissoziierten Pole A und Z werden dargestellt als Vektoren, die von einem gemeinsamen Ansatzpunkt aus (hier der Ausgangspunkt A0/Z0) das psychische System in verschiedene Richtungen zerrren.“ (Fischer, 2000b,S. 141). Im Beispiel von Abb. 39 handelt es sich um die Tendenzen „abhängig/hilflos vs. „abhauen und alles liegen lassen“.

Parallel zum TS bildet sich ein TKS zum Schutz vor Reorganisation des Traumaschemas aus. Es besteht aus einer naiven Heilungstheorie und bildet mit dem TS ein labiles Gleichgewicht durch die Ausbildung des minimal kontrollierten Handlungs- und Ausdrucksfeldes, die Symptome.

Naive Heilungstheorie von Frau S.:

Wie hat es zu der Katastrophe kommen können? Ich hätte mich früher ablösen sollen, dann würde ich nicht so unter der Krebserkrankung meiner Mutter leiden.

Wie kann ein solches Geschehen in Zukunft verhindert werden? Die Antwort läuft auf eine „naive“ Theorie der *Prävention* hinaus, wie zum Beispiel „alles meiden, was der traumatischen Situation irgendwie ähnelt“. Die Pat. begann, ihre Mutter zu „hassen“, um künftig mehr Gleichgültigkeit ggü. deren Zustand aufzubringen.

Wie kann das Trauma, die seelische Verletzung, geheilt werden? Die Antwort wird in der naiven Heilungstheorie, in ihrer therapeutischen oder „*reparativen Komponente*“ gegeben. Auch hier ist die Theorie nicht immer funktional. In unserem Beispiel allerdings kam die Pat. zu der Überzeugung, dass sie lernen müsse, auf eigenen Beinen zu stehen, um im Falle des Todes der Mutter weiter existieren zu können.

11.5.3 Therapieverlauf (siehe auch : Angenendt, Fischer, 2001)

5.-10 Sitzung

„Die Patientin wirkt hilflos und aufgeregt, sie spricht mal ganz leise, dann wieder laut und weint zwischendurch immer wieder, wenn sie von der Erkrankung der Mutter und der Erkrankung des Vaters spricht. Sie verbalisiert das Bedürfnis, zu jeder Zeit und mit allen Menschen über die Erkrankung der Mutter reden zu müssen. Außerdem habe sie Angst, verrückt zu werden, weil ich immer von mir weggehe“.

Intervention: Erzählen-lassen, teilnehmendes Zuhören, freundlich zugewandte Haltung, jedoch zwischendurch Entlastung durch Unterbrechungen und Informationen. Erklärung des `Drehbühnenmodells`, Erläuterung des Störungsmodells der psychischen Traumatisierung in für die Patientin nachvollziehbarer Weise, immer wieder Bestätigung: `Was Sie im Augenblick an sich erleben, ist eine Schutzreaktion der Psyche. Es ist nicht gefährlich, es kann Ihnen dabei nichts Schlimmes widerfahren, und vor allem, Sie werden keinesfalls verrückt. Wenn Sie von sich weggehen und Angst bekommen, nehmen Sie sich Photos von früher, auf denen sie abgebildet sind, und schauen Sie diese an. Sagen Sie sich laut vor: Das bin ich, das Photo wurde gemacht von... Damals waren wir in... und haben ...unternommen“.

11. Sitzung: Einführung des Selbsthilfemanuals

Die Instruktion lautete: `Lesen Sie sich bitte - so wie sie Zeit haben und sich in der Lage dazu fühlen - das ... Kapitel in dieser Broschüre durch. Notieren Sie sich bitte alle Fragen, die Ihnen dabei in den Sinn kommen. Notieren Sie bitte auch, welche Informationen oder Übungen hilfreich waren und welche sie als weniger hilfreich empfunden haben“.

Reaktion der Patientin: Dankbarkeit darüber, das sie `endlich zuhause allein an mir arbeiten kann, so wie ich will. Irgendwie hab ich auch zuhause immer das Bedürfnis, noch mehr zu tun, das es mir besser geht.“ Sie habe schon

angefangen, sich Photos von früher rauszusuchen und merke, das ihr das Ansehen derselben helfe, `wieder zu spüren, dass ich die K... bin´.

12. Sitzung:

Was habe ich gelesen, was spricht mich an, welche Übung könnte mir helfen? Was hat sich durch die Arbeit mit der Broschüre positiv/negativ verändert? [Beginn - S. 31] Die Patientin packte sofort nach Ankommen in der Praxis die Broschüre aus. Sie erklärte, `froh´ zu sein, „dass ich das jetzt mit Ihnen besprechen kann´. Sie habe zuhause `sofort angefangen zu lesen´, damit es endlich voran gehe mit Ihrer Heilung. Sie habe sich entschlossen `die Kapitel nach und nach´ zu lesen, `das gibt mehr Sicherheit und ich hab's dann besser unter Kontrolle´.

Sie wisse nach dem ersten Abschnitt [von der Patientin selbst definiert] `endlich, dass es auch andere Menschen gibt, denen es ähnlich geht wie mir´. Diese Seiten der Broschüre habe sie sich immer wieder durchgelesen, weil sie sich damit `immer wieder´ habe beruhigen können.

Intervention: Mit der Patientin noch mal die für sie wichtigen Stellen durchgehen, nachfragen was hat sich durch das Lesen verändert? Erläuterung der Patientin hierzu: `Ich habe jetzt mehr Kontrolle, kann, wenn ich unsicher werde, nachlesen und kann mich daran festhalten, weiß jetzt, dass ich nicht verrückt bin und kann Symptome in anderem Licht sehen´.

Sie erlebe es nach wie vor noch als `schlimm, wenn ich von mir weggehe oder meine Psychogedanken kommen´, jedoch habe sie jetzt nicht mehr soviel Angst davor. `Ich hab jetzt gesehen, das Sie Recht haben mit dem was Sie mir gesagt haben, und wenn ich oft von mir weggehe, sind das Selbstheilungsversuche meiner Psyche´.

13. Sitzung:

Kurze Nachbesprechung der letzten Sitzung. Was hat sich seitdem positiv verändert? Was habe ich gelesen, was spricht mich an, welche Übung könnte mir helfen?

Die Patientin erklärt, dass sie froh sei, endlich zuhause aktiv etwas an ihrem Zustand verbessern zu können. Sie spreche auch mit dem Lebensgefährten und der Mutter darüber. Auch die Mutter sei froh, dass sie [die Patientin] durch das Manual eine Hilfe bekommen habe. Sie beklagt, dass ihr Lebensgefährte `sich im Grunde gar nicht dafür interessiert, wie es mir geht´. Auch während der Zeit zwischen Beginn der Symptomatik und während der Klinikzeit `hat der mich im Grunde mit meinen Problemen allein gelassen´.

14. Sitzung

Die Patientin erklärt, sie habe über das Gespräch in der letzten Sitzung nachgedacht. Sie weint, als sie erzählt, der Lebensgefährte behandle sie ohnehin nicht gut. Im Grunde wolle sie solch eine Beziehung gar nicht führen, habe aber aus Angst vor dem Alleinsein für sich noch keine Alternative gefunden. Besonders störe es sie, dass `ich mir zuviel gefallen lasse. Der kann im Prinzip machen was er will, ich sage nie was, aus Angst vor Konflikten´. Sie merke dann, `dass ich wieder von mir weggehe und denke, was ist ein Bein, wie funktioniert eine Hand´.

Intervention: Was wäre Ihrer Ansicht nach in Konfliktsituationen ein angemesseneres Verhalten? Bis zur nächsten Sitzung darüber nachdenken und es aufschreiben.

15. Sitzung

Die Patientin ist sehr aufgeregt und erzählt, sie habe sich mit Ihrem Lebensgefährten `gefetzt ohne Ende´. Sie habe im ersten Moment dann große Angst bekommen und habe gedacht, sie verliere die Kontrolle über sich und tue ihm etwas Schreckliches an. Das sei jedoch nicht passiert und

‘erstaunlicherweise bin ich gar nicht von mir weggegangen’. Sie lächelt, als sie bemerkt: ‘Eigentlich ging es mir danach richtig gut’.

16. Sitzung

Sie habe in dem Manual weiter gelesen [S.31 - 37]. Sie habe tagsüber keine Erinnerungen mehr, die sich aufdrängten, jedoch habe sie nachts oft Alpträume und träume dann von einer schwarzen Wolke, die auf sie zukomme und sie einhülle. Danach sei sie ‘immer ganz fertig’. Die Tipps zum Umgang mit flash-backs habe sie in solchen Situationen aufgenommen, sich immer wieder gekniffen. ‘Davon hab ich aber nur blaue Flecke gekriegt’. Allerdings sei ihr in diesem Zusammenhang klar geworden, das auch die Kopf- und Magenschmerzen so was wie ‘flash-backs’ seien. Die Informationen über ‘Sicherheit und Beruhigung’ [ab S.37 im Manual], hätten ihr jedoch sehr geholfen. Sie habe sich an einen ‘inneren sicheren Ort gebeamt’, den sie sich ausgedacht habe. Das Gute daran sei, dass sie dies auch einsetzen könne, ‘wenn ich von mir weggehe. Ich geh dann einfach an meinen sicheren Ort und weiß, dass ich aus diesem Zustand auch wieder rauskomme’.

Auf die ‘schwarze Wolke’ angesprochen, meint die Patientin : ‘Ich nehme an, ich will etwas nicht sehen’.

17. Sitzung

Die Patientin kommt und weint. Sie erklärt, es belaste sie sehr, dass sie ihrer Mutter gegenüber immer noch teilnahmslos sei und sie an anderen Tagen ‘richtig hassen’ würde. Sie habe insbesondere die Mutter immer sehr geliebt und könne sich nicht erklären, dass sie plötzlich Hass empfinde. Nachgefragt, was denn am Hass ‘vorteilhaft’ sein könnte, reagierte die Patientin erst ratlos, dachte lange nach. Dann meinte sie: ‘Wenn ich sie hasse und ihr passiert dann was, dann tut es mir vielleicht nicht mehr so weh’.

Die Patientin weint, als sie beginnt, über die traumatische Situation zu erzählen. Ich lasse sie erzählen, fordere sie jedoch zwischendurch immer wieder auf, auf ihren Atem zu achten und tief einzuatmen und langsam wieder auszuatmen.

Die Patientin hört bald wieder mit dem Weinen auf, sagt, das bewusste Atmen habe ihr gut getan, weil weniger Angst als bisher beim Erzählen aufgekommen sei.

18. Sitzung

Die Patientin erzählt, sie habe sich in den vergangenen Wochen `nur noch mit meinem Freund gefetzt´. Sie versuche ständig, ein Gespräch zu führen, wenn ein Problem auftauche, ´aber der spricht dann nicht mit mir und am nächsten Tag tut er so, als wäre nichts gewesen´. Sie wird immer wütender, erklärt, sie habe nicht mehr vor, sich `das lange gefallen zu lassen´.

Sie habe im übrigen in der Broschüre weiter gelesen [S.38 - 45] und die Atemübung jetzt immer eingesetzt, wenn sie über den Zustand ihrer Mutter gesprochen habe. `Das hat richtig geholfen, ich war dann weniger verzweifelt und hatte mehr Kontrolle über mich´. Im Übrigen habe sie festgestellt, dass sie nicht mehr so sehr das Bedürfnis habe, über die Krebserkrankung der Mutter zu sprechen. `Wie es im Manual steht, suche ich mir jetzt die Leute aus, mit denen ich darüber spreche und höre damit auf, wenn's mir zuviel wird. Das ist eine große Erleichterung´.

19. Sitzung - Hassgefühle gegen die Mutter

Sie habe über die Hassgefühle gegenüber der Mutter nachgedacht. Wenn es tatsächlich so sein sollte, dass sie sich dadurch vor weiteren seelischen Verletzungen schützen wolle, könne sie diese Gefühle verstehen. Sie habe lange überlegt, ob es nicht sinnvollere Maßnahmen gibt, sich davor zu schützen. Sie habe bemerkt, wie emotional abhängig sie noch von den Eltern sei und glaube, `dass ich mich da mal endlich abnabeln und selbständiger werden muss´. Auch in der Beziehung zu ihrem Freund müsse sich etwas ändern. `Das kann doch nicht sein, dass ich mir alles gefallen lasse, wie ein dummes Huhn´.

20. Sitzung - Erwachsenwerden

Die Patientin wirkt erfreut und glücklich, als sie erzählt, das sie sich `zum ersten Mal seit langem´ wieder einige Tage nacheinander so gefühlt habe `wie früher. Ich hab mich endlich wieder normal gefühlt und gewusst, dass ich es wirklich schaffen kann, das Trauma zu bewältigen. Ich war wieder die K... von früher, kann mich daran erinnern, was ich früher mit wem unternommen habe. Das ist ein tolles Gefühl. Nicht mehr so abgeschnitten´. Auch sei sie weniger `von mir weggegangen und wenn, dann war es nicht mehr so lange´.

Nachgefragt, wie es zu dieser doch positiven Veränderung gekommen sei, erklärt die Patientin lächelnd, sie habe den Eindruck, das habe etwas mit ihrem `Erwachsenwerden´ zu tun. `Mir ist klar geworden, dass ich lernen muss, auf eigenen Füßen zu stehen, und nicht immer das tun muss, was andere von mir erwarten´. Auch im Arbeitsbereich habe sie angefangen sich durchzusetzen, den Kolleginnen ihre Meinung zu sagen, `und von meinem Freund lasse ich mir nichts mehr gefallen. Ich muss selbst dafür sorgen, dass es mir gut geht und darum muss ich lernen, nicht mehr vor Konflikten wegzulaufen´.

21. Sitzung

In der Broschüre habe die Patientin gelesen [S.45], dass es hilfreich sei, Tagesrituale durchzuführen. Dabei sei ihr aufgefallen, das sie dies vor der Erkrankung der Mutter ohnehin immer getan habe. Sie hätte sich jetzt entschlossen, diese wieder einzuführen, was eine große Bereicherung für sie sei. Mit dem im Manual gemachten Vorschlag, ein `Superbuch´ anzulegen [S.46] könne sie sich jedoch nicht anfreunden. `Ich hab das Gefühl, das bringt mir nichts´. Sie habe jedoch jetzt wieder, so wie früher, Verabredungen mit Freundinnen getroffen und gehe mit ihnen Kaffeetrinken oder ins Kino. `Das tut mir sehr gut´.

22. Sitzung

Die Patientin hat sich in der Broschüre die Übung zur Muskelentspannung durchgelesen. Sie könne sich sehr gut vorstellen, dass diese ihr helfe, habe

jedoch Angst, sich die Übung aufs Band zu sprechen. `Als es mir noch so schlecht ging, habe ich mich ja immer selbst reden gehört, als sei ich eine Fremde´. Die Übung wurde aus diesem Grund mit der Patientin in der Praxis durchgeführt und von mir auf eine Kassette gesprochen. Unter Zuhilfenahme dieser Kassette wollte die Patientin dann regelmäßig üben, sich zu entspannen und auf den Körper zu achten.

23. Sitzung

Die Patientin übt regelmäßig die Muskelentspannung. Damit könne sie sich schon recht gut beruhigen. Dies sei auch nötig, denn sie habe `mal ein ernstes Wort mit dem Vater sprechen müssen´. Dieser habe sich der Mutter gegenüber nicht korrekt verhalten und unterstütze sie zu wenig. `Ich hab dem mal richtig meine Meinung gesagt, dass es sich schließlich um seine Frau handele, die krank geworden sei´. Sie hätte noch `nie in meinem Leben so frech mit meinem Vater gesprochen`, er habe sie jedoch ausreden lassen und hinterher sei es ihr `richtig gut gegangen´. Der Vater habe sein Verhalten der Mutter gegenüber dann auch `richtig positiv´ verändert. `Der unterstützt sie jetzt endlich wieder und ist richtig nett mit ihr´.

24. Sitzung

Die Patientin wirkt unsicher. Sie habe im Manual die Übung `das Trauma wegpacken´ [S.56 - 57] gelesen und frage sich, ob es sinnvoll für sie sei, diese Übung selbst durchzuführen. `Ich hab das versucht, mich in Ruhe auf einen Stuhl gesetzt, aber irgendwie ging das nicht´. Die Patientin bittet mich, die Übung zuerst einmal mit ihr zusammen durchzuführen, danach könne sie es sicherlich alleine.

Ich führe mit ihr die Übung durch. Ich bitte sie, sich bequem auf den Stuhl zu setzen, da es mir nicht sinnvoll erscheint [Kontrollbedürfnis der Patientin], die Übung im Liegen durchzuführen. Während der Übung beginnt die Patientin kurz zu weinen. Sie beruhigt sich unmittelbar wieder und atmet in Folge tief ein und langsam wieder aus. Wir führen die Übung zu Ende. Im Anschluss daran öffnet die Patientin die Augen und lächelt. Sie erzählt, sie habe sich die Situation

damals vor der Arztpraxis vorgestellt, und die Situation 'wo die Mama im Bett lag, nach der OP'. Dies sei zuerst belastend gewesen, sie habe sich jedoch diese Bilder ausgesucht, weil sie am Anfang ihrer Erkrankung 'immer wieder die Bilder gesehen' habe. Sie habe 'die Bilder jetzt in den Tresor gesperrt und den Schlüssel unter den Teppich gelegt. Da ist er sicher und ich allein kontrolliere, wie ich mit den Bildern umgehe'. Sie fühle sich ruhig und erleichtert und habe 'ehrlich gesagt nicht geglaubt, dass so was funktionieren kann'.

25. Sitzung

Die Patientin erklärt, die Übung in der letzten Stunde sei 'das Beste gewesen, was mir passieren konnte'. Sie sei ja zuerst skeptisch gewesen, ob so etwas überhaupt wirken könne. Jetzt sei sie überzeugt. Sie habe sich zuhause in Ruhephasen gelegentlich in die Übung zurückversetzt 'und geguckt, ob der Schlüssel noch da ist'. Das habe sie sehr beruhigt. Sie habe die Bilder nicht vergessen, jedoch habe sie auch keine Angst mehr vor ihnen. 'Die sind irgendwie unwichtig geworden. Es geht mir seitdem viel besser und ich merke, dass ich überhaupt keine Angst mehr vor meiner Aggression habe. Manchmal schreie ich rum, nur weil es mir Spaß macht und es mir danach besser geht. Ich glaube, wenn ich meine Gefühle, insbesondere die aggressiven oder ängstlichen unterdrücke, gehe ich von mir weg. Ich will das nicht mehr, sondern will lernen, besser darauf zu achten, was gut für mich ist'.

Auch habe sie keine Magen- oder Kopfschmerzen mehr. Grundsätzlich seien die Schmerzen schon weniger geworden, seit sie mit dem Buch arbeite und auch die Übungen zur Entspannung mache.

26. Sitzung

Nach einer erheblichen Auseinandersetzung mit ihrem Lebensgefährten hat die Patientin sich entschlossen, sich erst einmal von ihm zu trennen. Sie habe sich dazu entschlossen, da sie bemerkt habe, 'dass ich ganz gut selbst für mich sorgen kann und so 'ne Beziehung will ich nicht haben'. Sie sei vorübergehend zu den Eltern gezogen, habe jedoch zum 1. des nächsten Monats eine eigene Wohnung. Sie schließe nicht aus, dass sie mit ihrem Freund noch mal

zusammenziehe, 'aber dann unter meinen Bedingungen'. Sie habe in den letzten Tagen sehr geweint, da sie ihren Freund im Grunde ja liebe, 'aber das kann nicht sein, dass wir uns gegenseitig fertig machen'. Sie sei erstaunlich ruhig und gelassen und wisse, dass sie Schwierigkeiten, die evtl. auf sie zukämen, auch meistern könne. Sie habe fast keine Symptomatik mehr, schlafe lediglich schlecht, 'aber das ist ja klar, wo ich jetzt ausgezogen bin'. Auch habe sie festgestellt, dass sie der Mutter gegenüber wieder liebevolle Gefühle zulassen könne. 'Ich kann jetzt besser damit umgehen, dass ich beides in mir habe, auch die aggressiven Anteile sind o. k.'.

27. Sitzung

Die Patientin habe die Mutter zu einer Nachsorgeuntersuchung begleitet. Sie habe Angst gehabt, dass der Krebs noch da sei, und sie sei 'wieder von mir weg gegangen'. Dieser Zustand sei jedoch weniger heftig gewesen als sie es sonst gekannt habe. Sie habe es ganz gut hinbekommen, sich zu beruhigen. Dazu habe ihr auch die Übung 'der sichere Ort' [S.60 - 62] verholpen.

Intervention: Informatorisches [realistisches] Gespräch über die Erkrankung der Mutter und die möglichen Konsequenzen, Auftrag an die Patientin: Wenn die Mutter ein Rezidiv bekommt, wie kann ich sie unterstützen.

28. Sitzung

Patientin erklärte, dass sie über das Gespräch der vergangenen Sitzung oft nachgedacht habe. Seit sie mehr Informationen über den Verlauf von Krebserkrankung habe, habe sie 'trotz allem weniger Angst'. Sie wisse nun, wie sie ihre Mutter im Falle einer Neuerkrankung unterstützen könne. Dies gebe ihr Sicherheit. Gleichzeitig habe sie weniger Angst, auch an Krebs zu erkranken. 'Es müssen ja nicht immer gleich Katastrophen passieren'. Sie habe in der Broschüre weiter gelesen, die Übung 'Ablenkung durch Rechnen' und die Übung 'Sinnlosigkeit' seien ihr 'zu blöd' gewesen. Damit habe sie nichts anfangen können. Stattdessen habe sie die Lichtstromübung durchgeführt, 'das tut mir gut, meine Farbe war gelb wie die Sonne'. Die Schmerzwaage brauche sie nicht mehr, da sie fast keine Schmerzen mehr habe und es ihr insgesamt

recht gut gehe. 'Ich kann jetzt wieder lachen, fühle mich richtig befreit, ich weiss wieder, wer ich bin, und hab mein altes Selbstbewusstsein wieder. Ich lasse mir nichts mehr erzählen, treffe meine Entscheidungen jetzt selbst. Das tut richtig gut, zu sehen, dass ich das kann'.

29. Sitzung

Die Patientin ist einigermaßen ratlos. Sie habe in der Broschüre weiter gelesen und sei über das Thema Selbstschutz-Maßnahmen gestolpert. Sie könne ja schließlich nicht verhindern, dass Ihre Mutter wieder erkrankt. Um Ihre seelischen Verletzungen zu heilen, müsse sie sich wichtiger nehmen und besser auf sich aufpassen, damit habe sie ja schon angefangen. Sie habe auch gelernt, dass sie unabhängig von den Eltern ihr Leben leben muss, sich abnabeln und lernen muss, ihr Leben aktiv und unabhängiger zu gestalten. Um einer eigenen Erkrankung vorzubeugen, könne sie entsprechende Lebensweisen bevorzugen. Mit der Frage, wer das Geschehen verursacht habe, könne sie nichts anfangen, aber das treffe ja wohl nur zu, wenn man anderweitig Opfer wäre.

30. Sitzung

Die Patientin erzählt, dass sie sich sehr wohl fühle. Sie könne das gar nicht verstehen, sie habe immer gedacht, dass sie ohne ihren Freund nicht leben könne. Es störe sie ein wenig, noch im Haus der Eltern zu wohnen, sie könne jedoch demnächst in ein eigenes Appartement ziehen, worüber sie sich sehr freue. Die Wachsamkeitsübung [S.80] habe ihr gut gefallen, sie habe sie jedoch für sich „umgewandelt“. Nun wisse sie endlich, woher ihre Symptome gekommen seien. Sie habe erkannt, dass 'wenn ich von mir weggehe' eine jetzt nicht mehr effektive Selbstschutzmaßnahme sei. Viel besser wäre es, das Leben aktiv und aufmerksam selbst zu gestalten. Zum nächsten Thema 'Wie lässt sich ein Trauma heilen' merkt die Patientin lächelnd an, dass sie gemerkt habe, das alles seine Zeit brauche. 'Das geht nicht von heute auf morgen. Wenn mich die Angst mal wieder einholt, weil ich mir Katastrophengedanken mache, sag ich mir 'STOP' und höre auf damit, mich jeck zu machen'. Manchmal lasse

sie sich 'von den Ängsten durchschütteln und danach geht's mir besser'. Zudem habe sie gelernt, dass ihre Gefühle o. k. seien und sie die auch zulassen dürfe.

31. Sitzung

Die Patientin berichtet von ihrem Umzug, sie sei richtig glücklich, jetzt eine eigene Wohnung zu haben. Ihr ehemaliger Lebensgefährte habe wieder Kontakt zu ihr aufgenommen und das schmeichle ihr sehr. 'Aber jetzt geht alles nach meinen Bedingungen oder gar nicht'. Sie erklärt, dass sie durchaus zu Kompromissen bereit sei, 'aber jetzt will ich erst mal das Alleinsein genießen'. Sie habe in der Broschüre weiter gelesen, besonders gefalle ihr der Abschnitt 'die Welt wieder sehen lernen' (91 - 101]. Sie gehe oft durch die Natur spazieren, meistens Wege, die sie von früher kennt. Dies habe eine sehr beruhigende Wirkung auf sie, und sie fühle sich dann sicher. Sie habe sich angewöhnt, sich Details anzusehen und dann auf das Gesamtbild 'umzuschalten'. Mit den 'rhythmischen Augenbewegungen' komme sie nicht klar und dies sei für sie 'keine gute Übung'. An den Fragen am Ende der Broschüre habe sie noch einmal festgestellt, dass es viele Menschen gibt, denen es genau so ergeht wie ihr selbst. Die lese sie sich immer mal wieder durch und lerne 'immer noch was dazu'. Sie habe den Eindruck, dass sie das Trauma einigermaßen bewältigt habe, 'und ich weiß, wenn die Symptome noch mal kommen, wie ich mit ihnen umgehen muss' "(Angenendt, Fischer, 2001).

11.5.4 Ergebnisse in den angewandten Verfahren und Veränderungsschritte

Die Pat. erreicht einen Wert von 15 (zu Beginn der Behandlung 46), dies entspricht einer milden Symptomatik.

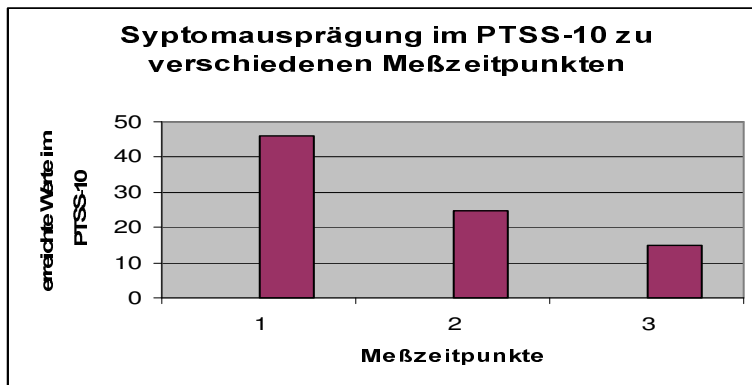


Abbildung 40 : Symptomausprägung im PTSS-10 zu verschiedenen Messzeitpunkten (t1,46P. in der 11. Std; t2,23; t3,15;)

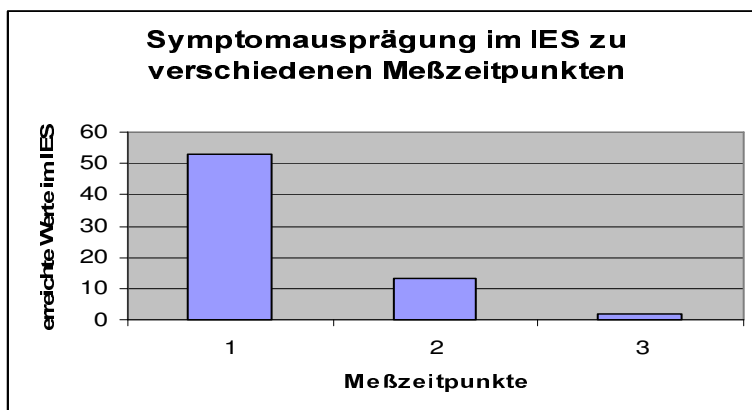


Abbildung 41: Symptomausprägung im IES zu verschiedenen Messzeitpunkten (t1,53 ; t2,12; t3,2;)

Welche Teile der Broschüre verhalfen der Patientin zur Bewältigung?

Informationen: Symptome als Selbstheilungsversuch, Prinzip der Normalität → Kontrolle und Einschätzung der Symptome zum Selbst-Monitoring, Infos über Sicherheit und Beruhigung → sucht sich → Übung sicherer Ort → erlebnisse der Selbstentfremdung werden reduziert, Atemübung→ Reduktion von überwältigenden Affekten,

Leute zum Reden selektieren → Entlastung, Trauma wegpacken→ Befreiung von Intrusionen, Entlastung, Beginn der emotionalen Traumaverarbeitung,

Tagesrituale → Anknüpfen an vorhandene Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten,

Wachsamkeitsübung → Kontrolle behalten und mit der Zeit reduzieren,

die Welt wieder sehen lernen → Integration des Traumas in den „Alltag“

Abbildung 42: Veränderungsschritte der Patientin Frau S.

12. HERMENEUTISCH-DIALEKTISCHES VERFAHREN DER BILDUNG UND EXKLUSION VON INTERPRETATIONSHYPOTHESEN

Die qualitative Auswertung wird nach dem hermeneutischen Exklusionsverfahren vorgenommen, um auf induktivem Wege Gesetzmäßigkeiten im Datensatz aufzuspüren. So erfolgt als erstes eine phänomenologische Beschreibung von Auffälligkeiten im Beobachtungsmaterial. Dann wird auf dieser Grundlage eine Reihe von divergenter Erklärungs- bzw. Interpretationshypothesen gebildet. Der Hypothesensatz wird darauf hin durch Exklusion nicht plausibler, begrifflich inkonsistenter und nach dem hermeneutischen Validierungskriterium der Veränderung von Detail und Ganzen unhaltbarer Hypothesen reduziert. Anschließend werden in der dialektischen Konstruktionsphase die verbleibenden Interpretationshypothesen auf ihren gegenseitigen Zusammenhang untersucht. Soweit sie sich nicht ausschließen, wird im nächsten Schritt eine Metahypothese entwickelt, die die Hinweise an die Berater für´s Beratermanual vorbereitet (nach KÖDOPS, S. 221ff.).

12.1 Phänomenbereich 1 : Grundsätzlicher Umgang mit der Broschüre.

12.1.1 Beschreibung des Beobachtungsmaterials

Hier zeigen sich zwischen den einzelnen Patienten folgende Unterschiede:

(Fall 1: Die Broschüre war ständige „Lektüre“ und Stütze zwischen den Therapiesitzungen. In den Sitzungen selbst wurde über die Informationen und Übungen sowie über die erzielten Fortschritte gesprochen.

Fall 2: Die Broschüre wurde skeptisch angenommen und zwischen den Therapiestunden nicht genutzt. Informationen schienen Angst auszulösen, der Pat. wollte „vergessen“.

Fall 3: Die Broschüre wurde als „Hilfestellung“ für die Informationsgewinnung genutzt. Diese wurden dann gelegentlich in die Therapiestunden integriert. Von Übungen und Tipps konnte der Pat. nicht profitieren.

Fall 4: Die Pat. nimmt die Broschüre freudig an, froh darüber „etwas Konkretes in der Hand zu haben“. Die Pat. nutze die Broschüre durchgängig.

Fall 5: Die Pat. ist über die Broschüre erfreut, nimmt sie fortan in ihrer Tasche mit.)

Bei den Pat. 1,4 und 5 fällt auf, dass sie die Broschüre intensiv nutzen. Sie scheint ihnen zusätzliche Sicherheit zu vermitteln. Sie führen sie zwischen den Stunden mit sich und lesen nach, wenn sie ein Informationsbedürfnis haben.

Das extreme Gegenbeispiel bildet Pat. 2. Die Broschüre wird zu einem Angstobjekt, das wie das Trauma selbst vermieden wird.

Eine mittlere Position hinsichtlich der Nutzung der Broschüre nimmt Pat. 3 ein. Die Broschüre wird hier eher zur Informationsgewinnung verwendet. Es wird überwiegend der psychoedukative Teil genutzt, von den Übungen wird kein Gebrauch gemacht.

Wie lassen sich diese auffälligen Unterschiede in der spontanen Verwendung der Broschüre durch die Pat. näher verstehen?

12.1.2 Hypothesen zum Beobachtungsmaterial

12.1.2.1 Hypothese 1 : Aktiver Umgang mit Problemen

Eine erste Hypothese zur Erklärung der Unterschiede liegt in der Annahme, dass eine unterschiedliche Bereitschaft vorliegt, sich mit der Traumatisierung aktiv auseinander zu setzen. Diesen aktiven Umgang mit der Broschüre zeigen vor allem Personen, die schon in ihren früheren Berufen ein aktives Problemlöseverhalten gewohnt sind. Diese Annahme wird gestützt durch die

beschriebenen Therapiefälle 1+4. Sowohl der Polizist aus Beispiel 1 als auch die Angestellte aus Beispiel 4 übten in ihren bisherigen Berufen leitende Funktionen aus, die es nötig machten, Problemlösekompetenzen zu besitzen. Aus der Anamnese wird ersichtlich, dass sie diese Kompetenzen ebenfalls im privaten Bereich nutzen. Entsprechend verhielten sie sich in der Therapie im Umgang mit der Broschüre. Die Pat. des beschriebenen Therapiefalls 5 kam zwar in einer adoleszenten Ablösungskrise in die Therapie. Gleichwohl hat auch sie prätraumatisch, häufig mit Unterstützung der Mutter oder ihrer Vorgesetzten, aktiv aufkommende Probleme gelöst. Sie nutzt nun die Broschüre, um diese gelernten Fertigkeiten allein (mit Hilfe der Broschüre) anzuwenden. Hierin unterscheidet sie sich von Pat. 2, der aufgrund seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung nicht in der Lage war, aktive Problemlösekompetenzen zu entwickeln. So war er in schwierigen Situationen auf sich allein gestellt und „bewältigte“ bisher seine Probleme durch „vergessen“. Pat. 3 nimmt eine mittlere Position in der spontanen Verwendung der Broschüre ein. Seine Aktivitäten beziehen sich auf den Nutzen der Broschüre zur Informationsgewinnung und das anschließende Besprechen derselben. Auch dieser Pat. ist Polizist, übt jedoch in seinem Beruf keine leitende bzw. selbständige Position aus. Sein bisheriges Problemlöseverhalten beschränkte sich im Privaten auf Reden mit der Mutter und im Beruflichen auf Reden mit Kollegen zwecks Austausch von Informationen. Entsprechend nutzt er nun auch die Broschüre.

In der statistischen Analyse wird deutlich, dass die weiblichen Pbn. eher bereit sind als die männlichen, ihre Probleme aktiv zu lösen (S.89,S.93). Somit bestätigen die hier gemachten Beobachtungen die statistischen Ergebnisse.

12.1.2.2 Hypothese 2: Vermeidungshaltung vs. aktivem Streben nach Kontrolle als zentrales Merkmal des persönlichkeitsstypischen Kontrollstils

Eine zweite Erklärung für die beobachtbaren Unterschiede besteht in der Annahme, dass Tendenzen im „persönlichen Kontrollstil“ einen Einfluss ausüben, insbesondere die Frage, ob eine Dominanz von

Vermeidungsverhalten zu beobachten ist. Bei „Vermeidern“ ist die Tendenz ersichtlich, „so schnell wie möglich“ zu vergessen und eher passiv der Heilung entgegen zu sehen. Nicht-Vermeider, die sich eher aktiv mit der Broschüre auseinandersetzen, sehen die Broschüre als Mittel, Kontrolle wieder zu erlangen und Hilflosigkeit zu überwinden. Ein typisches Beispiel für diese Annahme ist Pat. 2., der so schnell wie möglich seiner Berufstätigkeit nachkommen möchte, um abgelenkt zu sein. Zudem vermeidet er von Beginn an die Broschüre, weil sie ihn zu „vergessen“hindert.

H1 und H2 unterscheiden sich in sofern voneinander, als der Schwerpunkt in der 1. Hypothese auf erworbenen Fertigkeiten, in der 2. auf den persönlichkeitsstypischen Kontrollstil gelegt wird.

Hypothese 2 wird zusätzlich gestützt durch Erfahrungen im klinischen Bereich. Alles, was an das Trauma erinnern könnte, wird nach Möglichkeit vermieden wie im Fallbeispiel 2. Der Pat. vermied es, sich zwischen den Sitzungen mit der Broschüre auseinander zu setzen. Zusätzlich erlebte er es als inadäquat, mit seiner Ehefrau über das Trauma zu sprechen. Er bat die Therapeutin, den Fragebogen zu NW mit ihm zusammen auszufüllen. Fragen beantwortete er nur teilweise und oberflächlich. Zu Verbesserungsvorschlägen machte er keine Angaben.

Auch in der statistischen Analyse wurde deutlich, dass Männer weniger konkrete Angaben machten als Frauen (S.92), darüber hinaus die Tipps und Übungen der Broschüre weniger nutzten (S.97). Diese Ergebnisse werden durch die Beobachtungen in den Einzelfallanalysen gestützt.

12.1.2.3 Hypothese 3: „Einsamer Problemlöser vs. gemeinsame Suche nach der Lösung“, Kontrollstil 2

Auch mit dieser Erklärungshypothese wird der persönlichkeitsstypische Kontrollstil als ausschlaggebend betrachtet, allerdings mit Schwerpunkt auf die Frage, ob alleine nach einer Lösung für das Trauma gesucht wird oder ob die Pat. gewohnt sind, Lebensschwierigkeiten gemeinsam zu lösen. „Alleinlöser“

benutzen die Broschüre, um Lösungsmöglichkeiten zu erweitern, ohne direkt mit anderen Personen in Kontakt zu treten.

Diese Hypothese bestätigt sich durch Beobachtungen im klinischen Bereich. Ein Teil der Pat., die ursprünglich in dieser Stichprobe aufgenommen werden sollten und aus diesem Grunde die Broschüre ausgehändigt bekamen, wählten sich Tipps, Informationen und Übungen aus, um so ihre Fähigkeiten im Umgang mit dem Trauma zu erweitern. Sie sprachen allerdings in den therapeutischen Sitzungen lediglich davon, welche Teile der Broschüre sie als hilfreich empfunden hatten, ließen es jedoch nicht zu, näher darüber zu reden bzw. die Broschüre mit in die Therapie einzubeziehen. Auffällig war zudem, dass ein Teil der Pat. seit Erhalt der Broschüre die Sitzungsfrequenz von sich aus drastisch senkte, ein weiterer Teil, der sich durch die Broschüre deutlich zu stabilisieren schien, kam dann nach kurzer Zeit nach eigenen Angaben ganz ohne Therapie aus.

Eine andere Variante der Alleinlöser fühlt sich auch durch die Broschüre in ihrer Lösungskompetenz beeinträchtigt. Pat. welche gelernt haben, auftauchende Probleme „allein“ zu bearbeiten, tun sich schwer damit, die Broschüre als Hilfsmittel anzuerkennen. Diese Hypothese wird unterstützt durch Pat. 2, der die Broschüre nicht zwischen der Sitzungen nutzt, auch in den Sitzungen sehr skeptisch bis gar nicht auf entsprechende Angebote eingeht. Einzig die Information nach der Schuldfrage scheint ihm zu helfen, sein Trauma zu überwinden. Die Übung, auf die er sich widerwillig einlässt, hilft ihm am Arbeitsplatz ohne fremde Hilfe seine Intrusionen in den Griff zu bekommen. Gespräche mit seiner Frau über das Trauma lehnt er ab.

12.1.3 Diskussion des Verhältnisses der Erklärungshypothesen untereinander.

In H1 spielt mehr die berufliche Vorerfahrung eine Rolle, in H2 und H3 der habituelle Kontrollstil. Diese Erklärungen zum unterschiedlichen Umgang mit der Broschüre schliessen sich nicht aus, sondern stehen in einem gegenseitigen Ergänzungsverhältnis zueinander. Generell ist in der praktischen

Arbeit die Tendenz der Pat. festzustellen, an ihrem bisherigen Lösungsstil festzuhalten. Diejenigen, die Problembewältigung immer schon aktiv gestaltet haben, greifen gerne auf die Broschüre zurück. Diejenigen, die Probleme eher negieren bzw. sich nicht aktiv mit ihnen auseinandersetzen, also darauf hoffen, sie würden sich irgendwann einmal von selber lösen, erleben die Broschüre eher als bedrohlich. Da es für diese Menschen schon schwierig ist, sich in therapeutische Behandlung zu begeben (Fall 2), erleben sie evtl. durch die zusätzliche Arbeit mit der Broschüre eine Überforderung ihrer aktuellen Problemlösekompetenzen.

12.1.4 Metahypothese 1:

Die Beobachtung im Umgang mit der Broschüre lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Die Benutzung der Broschüre ist abhängig von der Bereitschaft, sich aktiv mit der Traumatisierung auseinander zu setzen. Zudem scheint die Nutzung der Broschüre abhängig vom persönlichkeitsstypischen Kontrollstil sowie vom gelernten Problemlöseverhalten zu sein. Diejenigen, die es gelernt haben, Probleme alleine zu lösen, tun sich schwer damit, die Broschüre als Hilfsmittel anzuerkennen.

12.1.5 Hinweis an den Berater 1 :

Sollte der Klient von vornherein wenig Bereitschaft zeigen, mit NW arbeiten zu wollen, sollte eruiert werden, welche Faktoren hierfür eine Rolle spielen.

Neigt der Klient dazu, eher passiv mit der Broschüre umzugehen, war es wahrscheinlich schon ein großer Schritt, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies sollte bei Zurückweisung der Broschüre positiv konotiert werden. Alle Übungen, Informationen und Tipps lassen sich selbstverständlich auch ohne die Broschüre in die Beratung mit einbeziehen, allerdings sollte der Klient die Entscheidungsfreiheit behalten. Er sollte sich also nicht gedrängt fühlen.

Ist der Klient eher ein „Vermeider“, will also gar nicht so genau informiert werden, sollte man dies berücksichtigen und nur „positive“ Informationen immer wieder einfließen lassen („ Sie wirken dieses Mal schon wesentlich ruhiger als

in der letzten Sitzung. Das ist ein Zeichen dafür, dass sie einen Schritt näher an der Heilung sind“etc.).

Möglicherweise ist es dem einen oder anderen Klienten nicht möglich, bei seinen Problembewältigungsversuchen Hilfe in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall erscheint es ratsam, diese Problemlösekompetenzen im Beratungsverlauf aufzubauen (siehe MNW, S. 138 ff.). Gleichzeitig könnten die hilfreichen Teile der Broschüre den Bedürfnissen des Klienten entsprechend durch den Berater in die Therapie eingebaut werden.

Sinnvoll erscheint ebenfalls, einem Klienten des Typs „Alleinlöser“ die Broschüre als Unterstützung seiner Fähigkeit, Probleme alleine zu lösen, anzubieten. („Sie haben bisher Ihre Probleme immer sehr gut alleine lösen können. Ich möchte Ihnen eine Broschüre an die Hand geben, die Ihnen hilft, diese Fähigkeit noch weiter auszubauen“).

Erlebt man im Umgang mit dem Klienten die Unfähigkeit sowie gleichzeitig das Bedürfnis, das Problem mit Hilfe anderer (vertrauter) Personen zu bewältigen, sollte man ihm dazu Hilfestellungen anbieten. So könnte man beispielsweise die Partner der Betroffenen zu einem Gespräch zu Dritt einladen und in dieser Runde die Funktion des Moderators übernehmen. So kann der Klient im Schutze des therapeutischen Settings lernen, auch über „brisante“ Inhalte zu sprechen.

Eine weitere Möglichkeit des Umgangs mit dieser Situation ist es, den Klienten durch „Rollenspiele“ auf Gespräche vorzubereiten. Inhaltliche Themen könnten sein: „Wie bitte ich jemanden um Hilfe? Wie verhalte ich mich bei Ablehnung“, wie kann ich ein Gespräch über das Trauma beginnen?“ etc. .

12.2 Phänomenbereich 2: Beobachtung zur Einführung der Broschüre durch die Therapeutin in den Therapieverlauf

12.2.1 Beschreibung des Beobachtungsmaterials

Hier gibt es in der Arbeit mit den einzelnen Pat. folgende Unterschiede :

(Fall 1: Die Therapeutin bittet den Patienten, sich die Broschüre „zwischen den Sitzungen doch einmal anzusehen“, da Hilfe anzunehmen dem Pat. peinlich zu sein scheint. Das Schamgefühl wird zwar bemerkt, von der Therapeutin jedoch nicht verbalisiert.

Der Patient ist durch die Intervention der Therapeutin beim „Hilfe holen“ alleine, so dass er sich erlauben kann, sich das ein oder andere genauer anzusehen.

Fall 2: Die Therapeutin bittet den Pat., sich die Broschüre zwischen den Sitzungen anzusehen. Als sie bemerkt, dass dies dem Pat. offenbar Angst macht, berücksichtigt sie dieses. Sie nimmt ihr eigenes Exemplar, und liest mit ihm gemeinsam Informationen, die den Pat. sichtlich erleichtern (Schuld). Auch ansonsten werden Übungsangebote in der Praxis gemacht, diese jedoch abgelehnt. Lediglich eine davon (nach Absprache mit dem Pat.) wird dem Pat. einmal gezeigt, sodass er sie alleine üben und in kritischen Situationen anwenden kann, was er dann auch tut.

Fall 3: Die Therapeutin bemerkt im Gespräch, dass sich der Pat. sehr für psychoedukative Informationen interessiert und führt NW mit dem Hinweis ein, dass der Pat. die Informationen in der Broschüre nachlesen kann. Während des gesamten Zeitraumes der Behandlung nutzt der Pat. ausschließlich diesen Teil der Broschüre. Über die so erhaltenen Informationen wird regelmäßig mit dem Pat. gesprochen, so dass diese zur Stabilisierung (durch Monitoring, Selbsteinschätzung, Einschätzung der Symptomatik und Reaktionen) im gesamten Zeitraum genutzt werden können.

Fall 4: Die Pat. benötigt dringend eine Möglichkeit, die Kontrolle wieder zu erlangen. Die Therapeutin geht davon aus, dass die Pat. jede Möglichkeit nutzt, um sich von ihrem Leiden zu befreien. Deshalb wird (nach einer ersten längeren Stabilisierung, Typ-B) die Broschüre eingeführt und als Medium genutzt, die optimale Differenz zu erhalten auch in schwierigen Situationen, die bei schweren Traumata in der Übertragung durch das verzerrte Beziehungsschemata der Pat. sicherlich auftreten werden. Dies gelingt, indem die Therapeutin auf kritische Anmerkungen über die Broschüre konstruktiv reagiert, sich auf Seiten der Pat. stellt und bei aufkommenden Ängsten mit der Pat. zusammen nach Lösungen sucht. Die Pat. ist im Laufe der Therapie sehr bemüht, bringt immer wieder von sich aus Übungen und Anregungen aus der Broschüre ein und erhält so im therapeutischen Setting einen großen eigenen Gestaltungsspielraum. Dieser wird ihr durchgängig gewährt.

Fall 5: Die Pat. befindet sich einerseits in einer adoleszenten Ablösungskrise mit der entsprechenden Problematik. Die Broschüre wird u.a. zur Triangulation eingesetzt und verhilft zur optimalen Differenz. So kann die Pat. sich als selbständig und unabhängig erleben und gleichzeitig im guten Kontakt zur Therapeutin bleiben.)

Bei der Einführung der Broschüre in den jeweiligen Therapieverlauf fällt auf, dass die Therapeutin sich unterschiedlich verhält.

Pat.1 scheint es zu Anfang peinlich zu sein, sich Hilfe zu holen, es macht ihn unsicher. Deshalb bietet die Therapeutin ihm mit der Intervention die Möglichkeit, sich gleichzeitig mit der Broschüre zu beschäftigen und doch sein „Gesicht zu wahren“(Sicherheit). So fasst er erstes Vertrauen zur Therapeutin (Arbeitsbeziehung), so dass anschließend die Broschüre ohne weiteres in den Therapieverlauf integriert werden kann

Pat. 2 scheint die Broschüre als Bedrohung zu erleben. Deshalb liest die Therapeutin dem Pat. die Information, von der sie glaubt, dass sie ihn am ehesten entlastet, aus der Broschüre vor. Da der Pat. von sich aus im weiteren

Verlauf der Arbeit die Broschüre vermeidet, flicht sie entlastende Informationen immer wieder ein, ohne sich speziell auf die Broschüre zu beziehen, zeigt ihm eine Übung zur Kontrolle der Intrusionen, die er dann weiterhin alleine üben kann. Diese Vorgehensweise war dann für den Pat. erfolgreich.

In Therapiefall 3 greift sie das Interesse des Pat. an Informationen positiv auf, da sie davon ausgeht, dass so eine erste Kontrolle wieder hergestellt werden kann. Auch im weiteren Verlauf der Behandlung konnten Informationen immer wieder erfolgreich zur Stabilisierung genutzt werden.

Auch die Pat. 4 benötigt dringend Kontrolle. Zudem hat diese Pat. multiple frühe Beziehungstraumata erlebt. Durch die Arbeit mit der Broschüre erlebt sie einerseits ein Wiedererlangen der Kontrolle. Zum anderen erlebt sie sich als der Th. gleichwertig und nicht hilflos ausgeliefert. Die Broschüre schafft hier also auch auf Beziehungsebene die dringend notwendige Kontrolle.

Im Therapiefall 5 wird die Broschüre aufgrund des bekannten traumatischen Konfliktes (hilflos bei der Mutter bleiben vs. alles hinschmeißen und weglaufen) zur Triangulation (drittes Element in der Beziehung) eingesetzt und verhilft dazu, dass die Pat. sie nutzen und die traumatische Vorerfahrung bearbeiten kann. Dies fördert die Abgrenzung von der Mutterbeziehung und stellt so die optimale Differenz zwischen traumatischer Vorerfahrung und therapeutischen Arbeitsbündnis dar. So kann sich die Pat. als selbständig und unabhängig erleben und gleichzeitig im guten Kontakt zur Therapeutin bleiben.

In der statistischen Analyse zeigt sich, dass ein Großteil der Pat. in die Arbeit mit der Broschüre eingeführt wurden (S.75). Diese nutzten sie dann unterschiedlich. Wie die Einführung der Broschüre im Detail durchgeführt wurde, was hierbei hinderlich oder hilfreich war, konnte in der statistischen Auswertung nicht eruiert werden. Diese Effekte werden jedoch in den Einzelfallanalysen sichtbar.

Wie lassen sich die beobachtbaren Unterschiede bei der Einführung von NW durch die Therapeutin in einen sinnvollen Therapieverlauf erklären?

12.2.2 Hypothesen zum Beobachtungsmaterial

12.2.2.1 Hypothese 1: Berücksichtigung der zentralen Bedürfnisse und Motive der Klienten

Eine erste Hypothese zu dem angeführten Phänomen besteht in der Annahme, dass ein Abstellen auf die individuelle Bedürfnisstruktur des Pat. einen sinnvollen Einbezug der Broschüre in den Therapieverlauf ermöglicht. Im Therapiefall 1 scheint es dem Pat. peinlich zu sein, noch mehr Hilfe anzunehmen (Bedürfnis: Selbstachtung, Selbstsicherheit). Das Angebot macht ihn zudem unsicher. Mit der Reaktion und Intervention der Therapeutin erhält der Pat. seine Sicherheit zurück und er behält seine Selbstachtung. Gleichzeitig kann er Hilfe annehmen. Dies scheint im Verlauf die Arbeitsbeziehung zu festigen, da der Pat. anschließend die Integration der Broschüre in den Therapieverlauf ohne weiteres zulassen kann. In Fallbeispiel 2 scheint sich der Pat. durch das Angebot der Arbeit mit der Broschüre bedroht zu fühlen. Daher wird eine wichtige Information aus der Broschüre mit dem Pat. zusammen in der Therapiesitzung gelesen. Dies entlastet den Pat. und bietet ihm Sicherheit. Die Therapeutin nimmt die weiteren, für den Pat. nützlich erscheinenden Informationen in die Therapiegespräche auf, ohne die Broschüre explizit zu bemühen. Desweiteren wird dem Pat. zur Wiedererlangung der Kontrolle im Verlauf der Behandlung noch eine weitere Übung gezeigt, die er dann alleine üben kann. Pat. 3 benötigt Informationen zur Stabilisierung und Wiedererlangung einer ersten Kontrolle. Diese Beobachtung wird von der Therapeutin aufgegriffen und im weiteren Verlauf immer wieder darauf Bezug genommen. Auch Pat. 4 hatte von Beginn der Therapie an ein sehr hohes Kontroll – und Sicherheitsbedürfnis, welches die Therapeutin bei der Einführung der Broschüre nutzt: „Ich stelle mir vor, dass es ein optimaler Weg für sie sein kann, schnell wieder die Kontrolle zu bekommen und sich in brenzligen Situationen helfen zu können.“ Die Pat. 5 hatte aufgrund des Traumas in der adoleszenten Ablösungskrise einerseits das Bedürfnis, unabhängig zu sein, andererseits das Bedürfnis nach Schutz und Unterstützung. Mit der Art der Einbeziehung der Broschüre wurde die Pat.

einerseits unterstützt, andererseits in ihrem Bestreben nach Unabhängigkeit gefördert.

Auch in der statistischen Untersuchung der Gesamtstichprobe zeigte sich, dass die hier genannten zentralen Bedürfnisse und Motive für die Pbn. eine wichtige Rolle spielen (S.89 ff.). Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein Abstellen der Therapeutin auf diese Bedürfnisse und Motive eine günstige Ausgangsbedingung zur Integration der Broschüre in den Therapieverlauf schafft. Zudem stützen die Beobachtungen die statistischen Ergebnisse .

12.2.2.2 Hypothese 2: Berücksichtigung der Situationsdynamiken nach Ochberg (1988)

Eine weitere Erklärung für die beobachtbaren Unterschiede bei der Einführung der Broschüre in den Therapieverlauf ist die Berücksichtigung der Situationsdynamiken aus der traumatischen Situation (Situationstypologien nach Ochberg, 1988) . Hierfür können die untersuchten Einzelfälle als Beispiel angeführt werden.

In Fall 1 wurde durch Hinwegnahme des Schamgefühls und Stabilisierung des Selbstwertes durch die Intervention bei Einführung der Broschüre durch die Therapeutin eine vertrauensvolle Zusammenarbeit (stabiles Arbeitsbündnis) möglich. Dies war besonders nach der traumatischen Erfahrung des Pat. (auch durch die Helfer) in Gefahr. (Helfer kümmerten sich nicht zuerst um ihn, Unfallverursacher wurde zuerst versorgt, Schmerzen konnten im Krankenhaus lange Zeit nicht reduziert werden, schwere Knieverletzung wurde falsch behandelt etc.) . Durch die wertschätzende Haltung der Therapeutin wurden vor allem die Folgen des traumatischen Situationsfaktors „Victimisierung“ (Gefühle von Erniedrigung, Beleidigung, sich als Verlierer fühlen, verletzt werden) erfolgreich korrigiert. Die Einführung der Broschüre war deshalb erfolgreich, weil die Art der Einführung den traumatischen Dynamiken entgegengewirkt und die Broschüre erst die minimale, dann die optimale Differenz zwischen traumatischer Vorerfahrung und therapeutischer Arbeitsbeziehung verwirklicht hat.

Fall 2 (Todesnähe, Überlebensschuld) erlebt zum ersten Mal in seinem Leben in einer schwierigen Situation Unterstützung. Indem die Therapeutin ihn nicht mit der Broschüre wegschickt, sondern mit ihm zusammen die für ihn wichtige Information zur Überlebensschuld liest und bespricht, zeigt sich beim Pat. ein starker Therapieeffekt. Im weiteren Therapieverlauf respektiert die Therapeutin seine Haltung gegen den expliziten Einsatz der Broschüre. Erst jetzt kann der Pat. sich auf die Therapie einlassen und seine bisherigen Beziehungserfahrungen (ich bekomme keine Hilfe, traue niemandem) korrigieren. Auch ist er jetzt in der Lage, die Broschüre ein weiteres Mal zur Hilfe zunehmen, indem er sich eine Übung (Trauma wegpacken) zeigen lässt und diese dann alleine übt. Hierdurch konnte er die ihn belastenden Intrusionen zum Verschwinden bringen.

Bei Therapiefall 3 (Victimisierung; Gefühle von Erniedrigung, Beleidigung, sich als Verlierer fühlen, verletzt werden) wurde von Anbeginn die Haltung des Pat. unterstützend aufgegriffen. Somit wurde ihm nonverbale Wertschätzung zuteil, so dass hierdurch die Gefahr der Revictimisierung durch Zwang, etwas zu tun, was der Pat. nicht möchte, entgegengewirkt und das Selbstvertrauen und die Kontrolle des Pat. gestärkt wurde. Durch das Reden über die neu gewonnenen Informationen aus der Broschüre erlebte sich der Pat. als kompetent, sich selbst zu helfen, Insuffizienzgefühle wurden abgebaut, was der weiteren Stabilisierung diente.

Bei Pat. 4+5 handelt es sich um Typ II Traumata (nach Terr, 1995). Pat. 4 erlebte immer wieder den Tod geliebter Menschen (bereavement) durch Krebs. In einer Situation, in der sie natürlicherweise selbständig (im Sinne von Abnabelung) geworden wäre, erkrankt die eigene Mutter an Krebs, so dass die Pat. in einem scheinbar unauflösbaren Konflikt gefangen bleibt. Zwar verstarb die Mutter letztlich nicht an der Erkrankung, jedoch antizipierte die Pat. bei Diagnosestellung deren Tod. Die Situationsdynamik könnte man entsprechend als „antizipiertes Bereavement“ bezeichnen. Durch das Einführen der Broschüre in die Behandlung und die Arbeit der Pat. hiermit, entsteht eine Triangulation, die einerseits die Arbeitsbeziehung entlastet und die Pat. auch korrektive

Beziehungserfahrungen machen lässt („ich kann selbständig sein und gleichzeitig Unterstützung annehmen“). Diese Pat. machte einen ausgeprägten Gebrauch von den Übungen, so dass die Broschüre sozusagen als Übergangsobjekt (nach Winnicott) genutzt und ihre Selbständigkeit vorbereitend geübt wurde.

Auch die Pat. 5 leidet an einem Typ 2 Trauma mit den Paradigmen „negative Intimität“, traumatische Sexualisierung, Stigmatisierung, Verrat und Ohnmacht. Sie hat in Kindheit und Jugend verschiedene Beziehungstraumata erlitten. Da beim Beziehungstrauma der Täter zugleich Bindungs –und Schutzfigur ist, besteht die Gefahr (da die Therapeutin auch Bindungs- und Schutzfigur darstellt) der Projektion des Täters auf die Therapeutin bzw. die Inszenierung der Umkehrung dieses pathogenen Beziehungsmusters. Die Situationserfahrung „negative Intimität“ kann zudem dazu führen, dass eine „normale Distanz“ zwischen Pat. und Therapeutin verzerrt wahrgenommen, als zu nah und somit bedrohlich oder zu weit entfernt und somit als zu distanziert wahrgenommen wird. Die Erfahrung der Ohnmacht und des Verrats bedingt u.a. ein Gefühl des Ausgeliefert-seins, des Vertrauens- und des Kontrollverlustes. Hierdurch kann die therapeutische Beziehung leicht durch die Inszenierung einer Ohnmacht-Machtposition scheitern. Unter Berücksichtigung dieser Situationsparadigmen wurde die Broschüre in die Therapie eingeführt, um der Pat. eine erste Kontrolle zurückzugeben. Zudem erlebte sie sich nicht als hilflos oder minderwertig, da sie als „gleichwertige“ Persönlichkeit mitarbeiten konnte. Da sie selbst Art und Häufigkeit des Einsatzes der Broschüre bestimmte, konnte dem Gefühl des Ausgeliefert-seins in der therapeutischen Situation erfolgreich entgegen gewirkt und somit eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden. Die Therapeutin blieb in ihrer Funktion als Bindungs- und Schutzfigur stabil, indem sie beispielsweise die Pat. bestimmen ließ, wie viel Distanz und Nähe sie zulassen wollte. Insgesamt konnte sie durch die Art der Arbeit mit der Broschüre ihre traumatischen Situationserfahrungen weitgehend korrigieren.

In der statistischen Untersuchung wurde kein Zusammenhang der traumatischen Situationsfaktoren und der Auswahl der Übungen, Tipps und Informationen sichtbar. Lediglich zwei weibliche Pbn. mit der gleichen Situationsdynamik („negative Intimität“) wählten die gleiche Übungskategorie (S.79). Gleichwohl scheint die Berücksichtigung der Situationsdynamik beim Einführen der Broschüre sowie bei der Arbeit mit den Pat. insgesamt von großer Bedeutung zu sein. Allerdings ist sie eher für den therapeutischen Beziehungsaufbau und die Herstellung der minimalen bzw. optimalen Differenz von Wichtigkeit (siehe auch Fischer, 2000a), auf deren Hintergrund dann Techniken hilfreich eingesetzt werden können. Dies wird in der klinischen Arbeit bestätigt.

12.2..2. 3 Hypothese 3: Einfluß prätraumatischer Persönlichkeitsstile

Eine weitere Hypothese geht davon aus, dass eine erfolgreiche Einführung der Broschüre in den Therapieverlauf gefördert wird, indem der jeweilige Persönlichkeitsstil berücksichtigt wird.

Pat. 1 hat einen leicht narzisstischen Persönlichkeitsstil. Entsprechend sorgt die Therapeutin durch die Art der Einführung und der entsprechenden Intervention dafür, dass der Pat, sich nicht durch die Therapeutin (oder Broschüre) bedroht und/oder verletzt fühlt. Sie respektiert seine Fähigkeit, mangelndes Selbstwerterleben mit einem leicht verzerrten Größen-Ich auszugleichen, nutzt diese Erkenntnis zum Gelingen des weiteren Therapieverlaufs (Komplimente über die Auswahl der Übungen, über die Fortschritte etc.). Dies nutzt der Pat. im Verlauf der Therapie, um sein Größen-Selbst zu korrigieren . So konnte er beispielsweise im Verlauf der Behandlung immer wieder fehlende Informationen erfragen und nach Unterstützung bitten.

Pat. 2 +3 haben einen eher vermeidenden Persönlichkeitsstil. Entsprechend wird die Vermeidung mit der Broschüre in Fall 2 akzeptiert, was dem Pat. dazu verhilft, die eigentliche Therapie fortzusetzen, also weiterhin Hilfe von der Therapeutin anzunehmen. Pat. 3 vermeidet es, sich mit Übungen und Tipps aus der Broschüre auseinander zu setzen, bringt jedoch eigene Informationen und

Gespräche darüber in die Therapie ein, was die Therapeutin zur Stabilisierung des Pat., später zur Traumaverarbeitung nutzt.

Pat.4 und 5 haben einen eher ängstlichen Persönlichkeitsstil. Daher werden sie durch die Einführung der Broschüre von der Therapeutin einerseits als gleichwertigen Partner (Teamarbeit) behandelt, andererseits bietet die Therapeutin eine stabile Schutz- und Bindungsfigur, auf deren Hintergrund eine selbständige Arbeit der Pat. mit der Broschüre erfolgen kann.

Da durch die statistische Auswertung der Gesamtstichprobe keine Hinweise auf die prätraumatischen Persönlichkeitsstile zu erfassen waren, können diese Beobachtungen hier als Effekt gelten, die in Einzelfallanalysen beobachtbar sind und die statistischen Ergebnisse ergänzen.

12.2.3 Diskussion des Verhältnisses der Erklärungshypothesen untereinander.

Hypothese 1 berücksichtigt die zentralen Bedürfnisse und Motive der Pat., die sich durch die Traumatisierung ergaben. Hypothese 2 stellt auf die sich bei Traumatisierung entstehenden Situationsdynamiken ab. Hypothese 3 berücksichtigt hingegen den prätraumatischen Persönlichkeitsstil. Diese Erklärungen schließen sich gegenseitig nicht aus, sondern ergänzen einander. Daher können die 3 Erklärungshypothesen als gültige, wenn auch sicher nicht vollständige Erklärung der beobachtbaren Unterschiede betrachtet werden.

In der klinischen Arbeit zeigt sich, dass sowohl die Bedürfnisse als auch die Situationsdynamiken und der jeweilige prätraumatische Persönlichkeitsstil der Pat. die Behandlung beeinflussen. Werden diese Faktoren (auch bei der Einführung der Broschüre) nicht berücksichtigt, kommt es leicht zu einer Verfehlung der minimalen Differenz zwischen traumatischer Vorerfahrung und therapeutischen Arbeitsbündnis. Der Pat. fühlt sich nicht verstanden, zu etwas gezwungen, erfährt jedenfalls nicht die ausreichende Korrektur seiner traumatischen Vorerfahrung, die notwendige Voraussetzung zum Gelingen der Beratung bzw. der Therapie darstellt.

12.2.4 Metahypothese 2

Die Beobachtung zum Einführen der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf durch die Therapeutin lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Die Beobachtungen zeigen, dass ein Abstellen auf die individuellen Motive und zentralen Bedürfnisse des Pat. einen sinnvollen Einbezug der Broschüre in den Therapieverlauf ermöglicht. Ferner scheint die Berücksichtigung der traumatischen Situation (Situationstypologien nach Ochberg, 1988) sowie die Beachtung der individuellen prätraumatischen Persönlichkeitsstile von Bedeutung zu sein.

Diese Beobachtung bestätigen die oben dargestellten Erklärungshypothesen. In den statistischen Auswertungen zeigte sich, dass die individuellen Bedürfnisse und Motive für die Pbn. ein wichtiges Kriterium darstellen (S.89 ff.) . Aus der Literatur (Ochberg, 1988, Fischer, 2000a, Meichenbaum, 1994) ist bekannt, dass sowohl die Situationsdynamik als auch die prätraumatischen Persönlichkeitsstile der Betroffenen wichtige Moderatorvariablen in der Behandlung darstellen. Daher wird davon ausgegangen, dass beim Einführen von bibliographischen Material in eine Beratung / Psychotherapie diese Variablen zu berücksichtigen sind.

12.2.5 Hinweis an den Berater 2

In Bezug auf zentrale Bedürfnisse und Motive:

Aufgrund der Anamnese, der Symptomatik und des Verhaltens des Klienten beim Angebot der Broschüre wird die individuelle Bedürfnisstruktur sichtbar. In vielen Fällen steht das Bedürfnis nach Kontrolle, Sicherheit, Selbstwertstärkung und Wiedererlangung der Autonomie im Vordergrund, es geht also gleichzeitig um die Reparatur der durch die Traumatisierung geschädigten Motivsysteme . Hier einige Vorschläge zur individuellen Einführung der Broschüre in den Therapieverlauf:

Bei Klienten mit einem hohen Maß an Kontrollbedürfnis kann man die Broschüre einsetzen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, alles selber noch

einmal „schwarz auf weiß“ lesen zu können. Zudem gibt das „Selbstauswählen“ von Übungen und die anschließende Durchführung derselben in der Beratung den Klienten die Kontrolle darüber, was mit ihnen in der Beratung „passiert“. Man kann die Broschüre folgendermaßen einführen: „Jemand, der solche Erfahrungen machen musste wie Sie, ist verständlicherweise darum bemüht, das, was mit ihm passiert, zu überschauen. Dies ist eine völlig normale und gesunde Reaktion und wir sollten dieses Bedürfnis ernst nehmen. Ich möchte Sie gerne zur Mitbehandlerin des Traumas machen und glaube, dass diese Selbsthilfebroschüre uns dabei helfen kann. Wir können alle Informationen, die Ihnen wichtig erscheinen, hier zusammen besprechen und überlegen, welche Übungen am ehesten geeignet sind, Ihr Trauma zu heilen. Sie werden sozusagen zum Fachmann für Ihre Erkrankung und können jeden Schritt in Richtung Heilung selbst bestimmen und beobachten.“

Bei Klienten mit einem hohen Sicherheitsbedürfnis könnte die Broschüre wie folgt eingeführt werden: „Jemand der die Erfahrung machen musste wie Sie, hat verständlicherweise den Wunsch, sich bald wieder sicher fühlen zu können. Oft bekommt man diese Sicherheit dadurch, dass man sich gut informieren kann. Beispielsweise darüber, was ein Trauma ist, wie es funktioniert und wie man es heilt. Ich möchte Ihnen vorschlagen, diese Selbsthilfebroschüre dazu zu verwenden, sich die Informationen, Tipps und Übungen herauszusuchen, die Ihnen ein Höchstmaß an Sicherheit geben können. Ich bin gerne bereit, Sie in der Arbeit mit der Broschüre zu unterstützen und Ihnen dafür einen sicheren Rahmen, beispielsweise durch die gemeinsamen Durchführungen der vorgeschlagenen Übungen, anzubieten.“

Bei überwiegender Erschütterung des Selbstwertgefühls könnte die Broschüre auf den Hinweis der vorhandenen Ressourcen der Pat. eingeführt werden:

„Jemand der eine Erfahrung wie Sie hinter sich hat, zweifelt natürlicherweise an allem und jedem und in der Hauptsache an sich selbst. Allerdings bin ich erstaunt darüber, wie gut Sie diese schwierige Situation bisher gemeistert haben. Das zeigt mir, dass Sie jemand sind, der ein hohes Maß an Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung hat. Um auf diesen aufzubauen, habe ich mir überlegt, dass Sie über ein Höchstmaß an Möglichkeiten verfügen sollten, diese wieder nutzbar zu machen. Aus diesem Grund möchte ich eine

Broschüre in die Therapie einbeziehen, die im Grunde der Selbsthilfe dient. Sie könnten beim Durchlesen zwischen unseren Sitzungen die Teile, die Sie ansprechen, markieren, so dass wir anschließend hier darüber sprechen können. Selbstverständlich können Sie die ein oder andere Übung auch schon mal zuhause üben und wir besprechen dann, wie sie Ihnen geholfen hat. Allerdings bin ich auch gerne bereit, sie hier mit Ihnen gemeinsam zu üben. Wir machen es genauso, wie Sie es sich vorstellen.“

Das Bedürfnis der raschen Wiedererlangung der Autonomie kann unterstützt werden, indem die Broschüre als Mittel hierzu eingeführt wird: „Wer so etwas erlebt hat wie Sie, ist natürlicherweise daran interessiert, die Dinge schnell wieder selbst in den Griff zu bekommen. Um dies etwas besser gelingen zu lassen, möchte ich Ihnen die Arbeit mit dieser Selbsthilfebroschüre vorschlagen. Sie können sämtliche Informationen, Tipps und Übungen hieraus auch zwischen den Sitzungen nutzen, um bald möglich wieder ganz selbständig zu sein . Gerne unterstütze ich Sie dabei in unseren Sitzungen in dem Maß, das Sie sich vorstellen.“

In Bezug auf die traumatischen Situationsfaktoren:

In jeder Traumatherapie / Beratung soll die traumatische Situationserfahrung (Victimisierung, Todesnähe (death-imagery) Angst und Erregung (automatic arousal), negative Intimität, Beziehungstrauma) von Beginn an berücksichtigt werden. Die Einführung der Broschüre bildet hierbei keine Ausnahme. Grundsätzlich sollte während des gesamten Beratungsverlaufs darauf geachtet werden, dass die genannten traumatischen Vorerfahrungen durch die Interventionen des Beraters eine Korrektur erfahren.

Hier einige Beispiele, wie dies praktisch umgesetzt werden könnte:

Situationsfaktor Victimisierung (Gefühle von Erniedrigung, Beleidigung, sich als Verlierer fühlen, verletzt werden):

„So, wie ich Sie in der kurzen Zeit kennengelernt habe, sind Sie jemand, der sich Ziele setzt und diese auch erreicht. Einen ersten Schritt haben Sie schon gemacht. Sie sind in meine Beratung gekommen. Um Sie bei den weiteren Schritten zu unterstützen, möchte ich Sie gerne zum Team-Partner in Sachen

Trauma-Behandlung gewinnen. Diese Broschüre hier versetzt Sie in die Lage, die nötigen Informationen zu erlangen, die hierfür nötig sind. Zudem könnten Sie eine Auswahl von Tipps und Übungen, die Ihnen geeignet erscheinen, mit in die Therapie einbringen und mich so bei der Arbeit unterstützen. Gleichzeitig unterstütze ich Sie, wie in einem Team üblich- bei der Durchführung der Übungen und überall dort, wo Sie sich anfangs vielleicht noch etwas unsicher fühlen.“

Situationsfaktor Todesnähe: (Pat. leben oft in der Erwartung, dass der Tod jederzeit bevorstehen kann, was häufig große Ängste auslöst).

„Wir sollten zusammen überlegen, wie wir es schaffen können, Ihnen die Ängste, die eine natürliche Reaktion auf Ihr traumatisches Erlebnis sind (Normalität), eindämmen können, denn ich fände es schade, wenn Sie vielleicht noch jahrelang darunter leiden müssten (impliziert langes Leben und Irrationalität der Angst). Aus diesem Grund möchte ich Sie bitten, zwischen den Sitzungen, und zwar immer dann, wenn die Angst Sie überfällt, in der Broschüre danach Ausschau zu halten, was Sie beruhigen kann. Streichen Sie dies bitte auch an, damit wir beide hier darüber sprechen, und ich Sie gut beim guten Umgang mit der Angst unterstützen kann. In der Broschüre gibt es Übungen, die Ihnen helfen können, sich noch sicherer zu fühlen, so dass Sie Ihre Lebendigkeit wieder spüren können (Bsp: PMR, Atemübung, Wandern in der Natur, körperbezogene Techniken).“

Situationsfaktor Negative Intimität:

Hier wird die Broschüre wie auch beim Beziehungstrauma zum einen zur Korrektur der Dynamiken, die der traumatischen Situationserfahrung entspringen, zum anderen zur Stabilisierung des Arbeitsbündnisses eingesetzt. Je nach Verzerrung des Beziehungsschemas der Pat. kann sie als Mittel zur Unterstützung des Distanzierungsbedürfnisses oder Annäherungsbedürfnisses, jedenfalls zur Beziehungsregulation, eingesetzt werden. Entsprechend kann sie eingeführt werden.

Am Beispiel: „Jemand, der Ihre Erfahrungen gemacht hat, ist selbstverständlich allen und jedem gegenüber misstrauisch. Daher denke ich, ist es nötig, dass Sie das was ich Ihnen an Informationen gebe, selbst noch mal überprüfen können. Deshalb möchte ich Ihnen eine Broschüre vorstellen, die dies

gewährleistet. Sie finden u.a. in der Broschüre auch Tipps und Übungen, die schon vielen (Frauen, Geiseln...) geholfen haben. Überprüfen Sie bitte diese Tipps und Übungen, und wenn Sie mögen, können wir darüber sprechen, was Ihnen hilfreich erscheint und an welchen Stellen Sie vielleicht von mir unterstützt werden möchten.“

Am Beispiel: „Jemand, der Ihre Erfahrungen gemacht hat, ist selbstverständlich kritisch im Umgang mit anderen Menschen. Ich würde Ihnen gerne ein Instrument an die Hand geben, das Sie in die Lage versetzt, meine Arbeit zu leiten und zu überprüfen. Lesen Sie sich dazu am Besten die Broschüre zwischen den Sitzungen durch, wenn Sie mögen. Die Grenzen bestimmen Sie ganz alleine. Die Übungen der Broschüre können Ihnen auch dazu helfen, sich gegen unerwünschte Eindringlinge, zum Beispiel eindringende Erinnerungen erfolgreich zu wehren, sie zu kontrollieren und sie rauszuschmeißen. Wenn Sie mögen, können wir darüber sprechen, was Ihnen aufgefallen ist und weiter geholfen hat, damit ich Sie an diesen Stellen unterstützen kann.“

Situationsfaktor Beziehungstrauma (mit den Dynamiken: traumatische Sexualisierung, Stigmatisierung, Verrat, Ohnmacht):

Hier geht die traumatische Erfahrung aus von einem Täter, der zugleich Bindungs- und Schutzfigur darstellt. Auch die Therapeutin ist gleichzeitig Bindungs –und Schutzfigur. Das Entgegenwirken der oben genannten Dynamiken in der Beratung kann durch die Broschüre folgendermaßen unterstützt werden:

„ Jemand, der ihre Erfahrung gemacht hat, ist selbstverständlich misstrauisch. Deshalb möchte ich Ihnen ein machtvoll Instrument (Ohnmacht) an die Hand geben, mit dem Sie meine Arbeit überprüfen (Verrat) und mitbestimmen können. Falls Anhaltspunkte dafür entstehen, noch vorsichtiger oder misstrauischer zu sein, können die Übungen dabei helfen, sich entsprechend zu verhalten (Wachsamkeitsübung). Soweit ich Sie bei Ihrer Arbeit mit der Broschüre unterstützen kann, will ich dies gerne tun, jedoch sind Sie diejenige, die die Grenzen (traumatische Sexualisierung) meiner Mitarbeit bestimmt.“

Ein therapeutischer Schritt zur Auflösung der oben beschriebenen double-bind Konstellationen stellt die Fähigkeit zur Objektspaltung oder Objektanalyse (Fischer, 1998) dar. Dies ist die Fähigkeit, die traumatogene Person in seiner Gespaltenheit zu erkennen, ohne dass die „guten“ die „bösen“ Seiten überschatten. Die entsprechenden Informationen aus der Broschüre können den Klienten sozusagen als eine erste Annäherung an diesen notwendigen Schritt erleichtern und sie gewissermaßen darauf vorbereiten. Da es sich bei der weiteren Bearbeitung des Themas schon um Traumabearbeitung handelt, ist dieser Schritt in der Beratung nicht durchzuführen (s. MNW).

Situationsfaktor Angst und Erregung:

Entspricht am ehesten der physiologischen Komponente der Traumareaktion und wird durch konditionierte Reize ausgelöst. Es geht also darum, die konditionierte Reaktion zu „löschen“, der Pat. die Kontrolle über Intrusionen zu geben, um die Erregung abzubauen.

„Es ist ganz natürlich, dass Sie sich erschrecken und aufregen, wenn diese Bilder auftauchen. Ich möchte Ihnen eine Möglichkeit zeigen, wie Sie es schaffen, Ihre Ruhe und Gelassenheit wieder zu erlangen. Diese Selbsthilfebroschüre können Sie dazu nutzen, sich die hierzu notwendigen Informationen, aber vor allem Ruhe bringende Übungen zu nutzen, und die Kontrolle zu bekommen über Ihr Befinden. Vielleicht werden Sie dabei beobachten, wie Sie nach und nach immer gelassener werden. Manchmal kommt man dadurch zur Ruhe, indem man erst einmal noch wachsam wird. Auch hierzu können Sie entsprechende Übungen in der Broschüre finden. Ihr Mut, neue Dinge auszuprobieren, wird Sie dabei unterstützen, mit mir zusammen die wichtigsten Übungen zu lernen und sie in Situationen, die am Anfang noch schwierig erscheinen, einzusetzen.“

Persönlichkeitsstile:

Weiterhin sollte beim Einsatz der Broschüre der Persönlichkeitsstil des Klienten Berücksichtigung finden. Hierbei ist zu beachten, dass das Verhalten der Klienten aufgrund der vorhandenen prätraumatischen P´organisation, deren defizitären Anteile und die sich daraus ergebende Bedürfnisse die Beratungssituation beeinflusst.

Folgende Tabelle veranschaulicht das hier Beschriebene:

Persönlichkeitsorganisation	Defizit	Bedürfnis	Grundannahmen (beispielhaft)
narzisstisch	Instabiles Selbstkonzept/ daher Übersteigertes Grössenselbst „ich bin der Beste“	Lob und Anerkennung	beweisen, dass er „unschlagbar“ ist und sich besser kennt als der Therapeut
dependent/	Unterwerfung/Selbst- verleugnung Angst vor Allein-sein „bitte verlass mich nicht“	Geführt werden	Ich bin nichts wert und kann nichts alleine
ängstlich- vermeidend	Anklammern/ Verlustangst „allein bin ich hilflos“	Andere sollen Entscheidungen treffen,	„sag Du mir, was ich tun soll“, und verlass mich nicht“
borderline	Menschen sind entweder gut oder böse		Du bist der Grösste vs. Du bist das Letzte
zwanghaft	Perfektionistisch, muss alles bis ins Kleinste wissen und schaffen	Anerkennung über Leistung	Nur Leistung sichert mir Liebe und Anerkennung
paranoid	misstrauisch	Kontakte?	Niemandem ist zu trauen
histrionisch	Starker Selbstbezug, wahrnehmungsverzer- rung durch Übersehen von Details	Mittelpunkt	Das Leben besteht aus Katastrophen
schizoid		Möchte keine Beziehungen	Menschen kann man nicht trauen, ich werde mich noch mehr zurückziehen und noch

				kritischer werden
depressiv	Negative Zukunftserwartung Ablehnen von Autonomie und Verantwortungsübernah me	An die Hand genommen werden	Jemand soll die Verantwortung übernehmen, ich schaff das nicht alleine	
passiv- aggressiv	keine adäquate Kommunikation, trauen sich nicht, offen zu sein keine Meinung haben dürfen	Zufriedenheit, eigene Meinung äussern wollen	Ich äussere meine Meinung noch weniger als bisher, nur nicht auffallen	

Tabelle 25 : Persönlichkeitsorganisationen, ihre Defizite und Bedürfnisse

Bei der Einführung der Broschüre machen wir uns sozusagen das Bedürfnis des Klienten zur Korrektur des P´defizits zunutze. Dies dient im ersten Schritt zur Stabilisierung. Entsprechend kann sie also, wie weiter oben schon beschrieben, beispielsweise in Form von „Teamarbeit“ eingesetzt werden, um die Selbstsicherheit unselbstsicherer Persönlichkeiten zu stärken oder der abhängigen Persönlichkeit als Anker zum Therapeuten zu dienen. Klienten mit zwanghaften Anteilen kann die Broschüre dazu verhelfen, einen Gesamtüberblick über seine Situation zu erlangen und sich nicht in Details zu verlieren. Personen mit einem eher hysterischen Stil können die Wahrnehmung wichtiger Details lernen. Narzisstisch geprägte Klienten können im Bestreben bestärkt werden, selber effektiv an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten und gleichzeitig Unterstützung zuzulassen. Menschen mit einer eher paranoiden Struktur können sich mithilfe der Broschüre davon überzeugen, dass der Therapeut wahrhaftig ist und sie ihm trauen können. Hier einige Beispiele, wie die Broschüre entsprechend verwendet werden kann:

Selbstunsicher: „Ich möchte Sie gerne als Team-Partner gewinnen und glaube, die Broschüre kann uns dazu verhelfen. Sie gibt Ihnen die Informationen, die Sie benötigen, die wichtigen Vorgänge bei einer Traumatisierung zu erkennen.

Bitte markieren Sie diese Informationen, damit ich einen Überblick darüber bekomme, wie Sie sich selbst helfen können und ich Sie am besten unterstützen kann. Zudem können Sie selbst die Übungen aus der Broschüre zwischen den Sitzungen ausprobieren, um mir zu dabei behilflich zu sein, das Richtige für Sie ausfindig zu machen. Beim Einüben bin ich Ihnen dann gerne behilflich.“

Abhängige P´struktur: „Damit Sie zwischen den Sitzungen nicht das Gefühl haben, alleine zu sein, möchte ich Ihnen eine Broschüre an die Hand geben, die eine Verbindung zwischen mir und Ihnen erhält. Indem Sie sich ausgiebig mit der Broschüre beschäftigen, können Sie auch immer wieder darüber nachdenken, welche Anteile hiervon in unserer gemeinsamen Arbeit wichtig sein könnten. Bitte markieren Sie die entsprechenden Übungen und Informationen, damit Sie mich unmittelbar in der nächsten Sitzung davon in Kenntnis setzen können, wie Sie selbst dazu beitragen konnten, das Richtige zur Heilung beizutragen.“

Zwanghaft: „Manchmal ist es wichtig, sich einen Gesamtüberblick über eine Situation zu verschaffen, um noch besser bei der Heilung mitwirken zu können. Daher möchte ich Ihnen eine Broschüre vorschlagen, mit der Sie genau das erreichen können. Viele wichtige Details werden angesprochen und zu einem Gesamtbild zusammen gefügt, so dass Sie noch besser in der Lage sein werden, den Blick vom einzelnen auf das Gesamte zu lenken . Hierbei können Ihnen die Informationen, aber auch die Übungen der Broschüre von großem Nutzen sein. Wir können dann gemeinsam überlegen, welche Teile der Broschüre wir ergänzend für Ihre Heilung verwenden können.“

Histrionisch: „Ihnen ist wirklich etwas Schlimmes widerfahren. Manchmal kann es in solchen Situationen wichtig sein, sich einen besseren Überblick über zu verschaffen. Hierbei übersieht man schnell wichtige Details. Um Ihnen dabei helfen zu können, sich umfassend zu informieren, möchte ich Ihnen diese Broschüre anbieten. Wahrscheinlich wird sie Ihnen helfen, viele Dinge noch genauer zu verstehen. Zudem finden Sie in der Broschüre Übungen, die Ihren Blick fürs Wesentliche noch mehr schärfen wird, so dass wir optimal und gezielt an Ihrer Heilung arbeiten können.“

Narzisstisch: „Ich habe den Eindruck, dass Sie jemand sind, der sich sehr gut selber helfen kann. Aus diesem Grund möchte ich Ihnen eine Selbsthilfebroschüre anbieten, die diese Fähigkeit anerkennt und mit der Sie sie weiter ausbauen können. Lassen Sie mich doch in den Sitzungen erfahren, was konkret Ihnen weitergeholfen hat, um Ihnen und auch anderen Pat. vielleicht gezielter weiterhelfen zu können.“

Paranoid: „Ihre Fähigkeit und ihren Mut, anderen Menschen zu misstrauen, sollten wir auch in die Beratung einbeziehen. Auch Therapeuten machen manchmal Fehler. Damit Sie meine Arbeit mitverfolgen und gegebenenfalls korrigieren können, möchte ich Sie bitten, zwischen den Sitzungen mit der Broschüre zu arbeiten. So können Sie beispielsweise Informationen, die ich Ihnen gegeben habe, noch mal auf ihre Stimmigkeit überprüfen. Sie können auch schon Übungen, die Ihrer Meinung nach geeignet sind, Ihnen zu helfen, heraussuchen, so dass wir dies in den gemeinsamen Sitzungen näher überprüfen können.“

Insgesamt sollte bei der Einführung der Broschüre darauf geachtet werden, dass die entsprechende Intervention individuell auf die Voraussetzungen des Klienten abgestimmt werden. Die hier genannten Vorschläge können daher lediglich als Demonstration gelten.

12.3 Phänomenbereich 3 : Beobachtung zum Auswahlverhalten bei den Psychoedukativen- und Trainingselementen aus NW durch die Patienten

12.3.1 Beschreibung des Beobachtungsmaterials

Hier zeigen sich bei der Auswahl zwischen den Pat. folgende Unterschiede:

(Fall 1: Informationen über den Verlauf eines Traumas, „sicherer Ort“, Sport, auf Ernährung achten, Natur wieder sehen lernen und an Erfolge denken,

Fall 2: Informationen über das Auftreten von Schuldgefühlen, Aufenthalt in der Natur (zum Ablenken), Trauma wegpacken (auf Anraten der Therapeutin, zur Wiedererlangung der Kontrolle am Arbeitsplatz),

Fall 3: Der Pat. nutzt lediglich die psychoedukativen Anteile der Broschüre. Seinem Eindruck nach helfe das „darüber-reden“ in Kombination mit den Informationen am ehesten, die Kontrolle wiederzuerlangen (siehe Abb.33) und das Selbstwertgefühl zu steigern.

Fall 4: Informationen: die (magische) Kindheitsidee, selber Schuld zu sein, kann abgebaut werden, Wiedererlangen einer ersten Kontrolle durch das Erkennen der „Normalität“ der Symptome und das Wissen um den Traumaverlauf, Steigerung des Selbstwertgefühls,

Tipps: „Erfolge“ → sich über vergangene Erfolge klar werden → Stärkung des Selbstwertgefühls, Visualisierungsübung „Sicherer Ort“ → Sicherheitsgefühl wird wieder aufgebaut, Atemübung → wird zur Beruhigung und Distanzierung eingesetzt, hilft, die Kontrolle aufrecht zu erhalten, Visualisierungsübung „Trauma wegpacken“ → stellt das Sicherheits- und Kontrollgefühl der Pat. wieder her, Lichtstromübung: → vermittelt Geborgenheit und Angenommen-sein, Tagesrituale → gibt Sicherheit und Gefühl von Kontrolle im Alltag, PMR: → wirkt traumabedingter Verspannung auf Körperebene entgegen, entspannt und beruhigt die Pat..

Fall 5: Informationen: Symptome als Selbstheilungsversuch, Prinzip der Normalität → Kontrolle und Einschätzung der Symptome zum Selbst-Monitoring, Infos über Sicherheit und Beruhigung → sucht sich Übung sicherer Ort → Erlebnisse der Selbstentfremdung werden reduziert, Atemübung → Reduktion von überwältigenden Affekten, Leute zum Reden selektieren → Entlastung. Trauma wegpacken → Befreiung von Intrusionen, Entlastung, Beginn der emotionalen Traumaverarbeitung, Tagesrituale → Anknüpfen an vorhandene Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten, Wachsamkeitsübung → Kontrolle behalten und mit der Zeit reduzieren, → die Welt wieder sehen lernen → Integration des Traumas in den „Alltag“).

Auffällig ist, dass (außer Pat. 2) die Pat. die Informationen gleich zu Beginn auswählen. Pat. 2 liest zusammen mit der Therapeutin ebenfalls zu Beginn der Behandlung die Informationen zu Schuldgefühlen.

Pat. 3 macht lediglich von den Informationen Gebrauch, möchte aber über das Trauma reden, weil ihm dies am besten helfe. Auch zwischen den Sitzungen spricht er mit einigen Vertrauten über das Trauma.

Pat. 2 vermeidet das Arbeiten mit der Broschüre, sie wird zum Angstobjekt. Informationen zu Schuldgefühlen liest die Therapeutin in der Sitzung mit ihm durch. Auch der Übung „Trauma wegpacken“ steht er kritisch gegenüber, lässt sich jedoch darauf ein, weil er unter flash-backs leidet und wundert sich, dass „es funktioniert“. Er hält sich oft und gerne in der Natur auf, weil er dort am besten „vergessen“ kann.

Bei Pat. 4 und 5 fällt auf, dass sie sich *mehrere* Tipps, Informationen und Übungen zwischen den Terminen auswählen. Dies scheint ihnen Sicherheit und Kontrolle zwischen den einzelnen Sitzungen zu geben. Beide (Fall 4+5) nutzen zudem die Broschüre „kommunikativ“, sie üben mit ihren Angehörigen zusammen und sprechen über die Informationen. Fall 4+5 unterscheiden sich zudem von Fall 1,2 und 3 darin, dass es sich hierbei um Typ II Traumata (mittelfristiger -bzw. langfristiger Verlaufsprozessprozess) handelt. Auffällig scheint es, das – im Gegensatz zu den Fällen 1,2 und 3 (akuter Verlauf) - wesentlich mehr Informationen, Tipps und Übungen ausgewählt wurden.

Auch in der statistischen Auswertung in der Gesamtstichprobe gab es hier Unterschiede. Im Gegensatz zu den Pbn. mit akutem Verlaufsprozess gaben die mit mittelfristigem bzw. langfristigem Verlaufsprozess auffällig häufiger an, alle Übungen (60% / 5%), Tipps (58% / 16%) und Informationen (70% / 22%) seien hilfreich gewesen. So empfanden von den Pbn. mit mittel- bzw. langfristigen Therapieverläufen zu 60% die Übungen, ca. 58% die Tipps und 70% die Informationen als hilfreich. Dem gegenüber waren es unter den Pbn.

mit akutem traumatischen Prozess 5%, die alle Übungen, 16% alle Tipps und ca.22% alle Informationen als hilfreich erachteten.

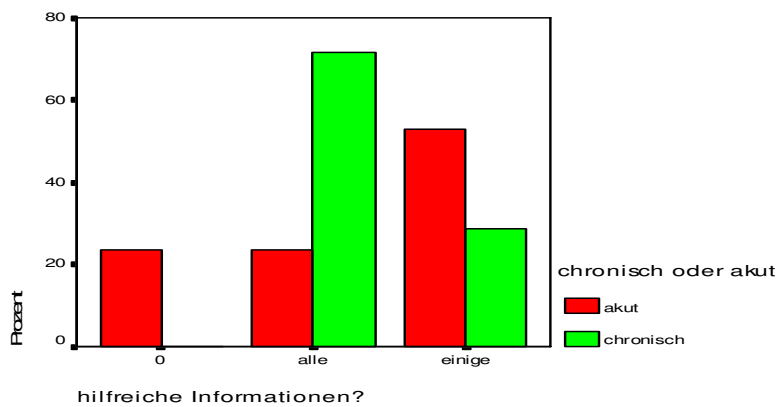


Abbildung 43: Auswahl der Informationen der akut vs. chronischen Pat. in der Stichprobe

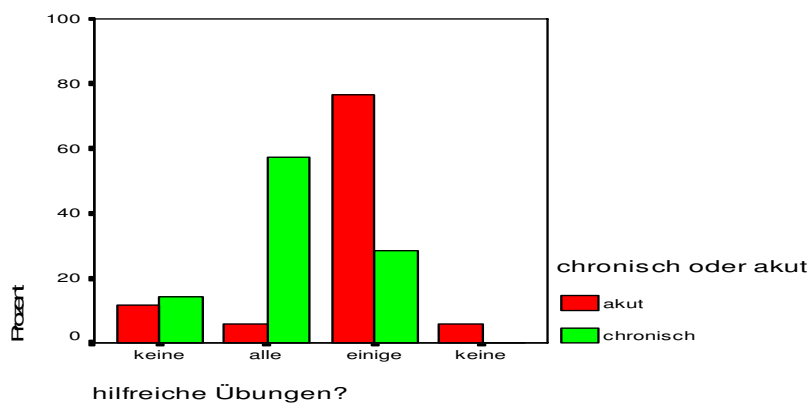


Abbildung 44: Auswahl der Übungen der akut vs. chronischen Pat. in der Stichprobe

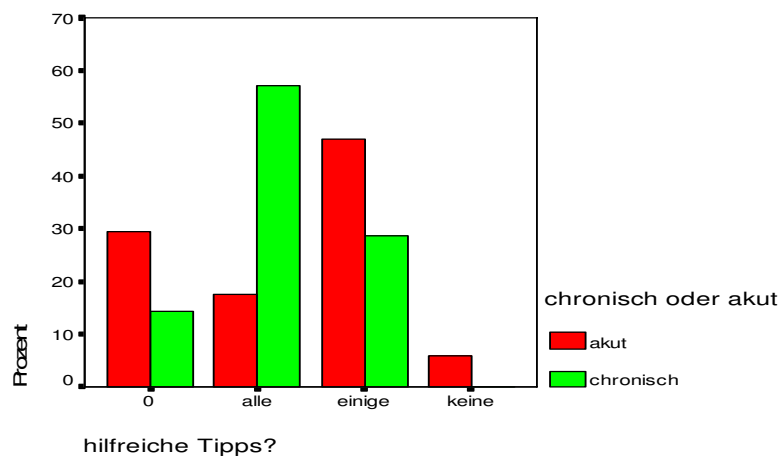


Abbildung 45: Auswahl der Tipps der akut vs. chronischen Pat. in der Stichprobe

In den einzelfallanalytischen Beobachtungen wählten die weiblichen Pbn. mehr Übungen, Tipps und Informationen aus als die männlichen. Da die Pbn. mit mittelfristigem bzw. langfristigem Verlaufsprozess beide weiblich sind, kann nicht genau gesagt werden, welcher Effekt (geschlechtsspezifisch oder akut/chronisch) hier zum Tragen kommt. Es kann jedoch vermutet werden, dass sich die geschlechtsspezifischen sowie die verlaufsspezifischen Effekte ergänzen.

12.3.2 Hypothesen zum Beobachtungsmaterial

Wie lassen sich diese Unterschiede in der Verwendung der Inhalte von NW verstehen?

12.3.2.1 Hypothese 1: Nutzung von NW zur Stabilisierung

Eine erste Hypothese besteht darin, dass die Patienten diejenigen Elemente in NW nutzen, durch die sie sich (und damit das TKS) am ehesten stabilisieren können.

Pat. 4+5 sind beide weiblich. Frauen können offenbar durch die Beschäftigung mit und durch das Reden über ein Problem am ehesten zur Beruhigung gelangen. Dies bestätigt auch die klinische Erfahrung.

Sie streben dabei nicht unbedingt unmittelbar die Lösung eines vorliegenden Konfliktes an, sondern eher eine erste Entlastung. Zudem nutzen sie häufiger als Männer das unmittelbare Umfeld zur Lösung ihrer Probleme (Fall 4 + 5). Sie können sich demnach am ehesten stabilisieren, wenn sie sowohl über das Trauma reden und Informationen darüber mit anderen austauschen als gleichzeitig verschiedene Tipps und Übungen in ihrem sozialen Lebensumfeld ausprobieren und damit experimentieren.

Offenbar auch aus diesem Grund nutzen sie in vielfältiger Weise das Angebot aus der Broschüre, reden mit anderen über ihr Trauma und experimentieren mit den Tipps und Übungen.

Dieses Ergebnis bestätigt sich in der statistischen Auswertung. Die weiblichen Pbn. nutzten die Tipps, Informationen und Übungen aus der Broschüre häufiger als die männlichen (S.89).

Männer hingegen wählten eher weniger Elemente aus und wendeten sich (meist alleine) erst einmal einer (1) Lösungsmöglichkeit zu. Der Pat. aus Fall 2 leidet beispielsweise unter Schuldgefühlen und hilft sich mit der einen Information über diese. Als flash-backs auftreten, lässt er sich davon „überzeugen“, dass eine (1!) Übung hilfreich sein könnte. Insgesamt ist er jedoch bemüht, sein Trauma (Problem) schnellstmöglich zu lösen (zu „vergessen“) und geht dafür häufig (alleine) in den Garten (Aufenthalt in der Natur). Auch mit der Ehefrau möchte er nicht über das Trauma reden. Möglicherweise stellt es für diesen Pat. eine Überforderung dar, „kommunikativ“ mit dem Trauma umzugehen. Entsprechend würde ihn ein anderes Verhalten destabilisieren. Männer nehmen nach Auswertung der Ergebnisse und nach klinischen Erfahrungen seltener mehrere Dinge gleichzeitig in Angriff, sondern versuchen eine Lösung nach der anderen. Erst wenn sich der eine Lösungsversuch als untauglich erwiesen hat, versuchen sie den nächsten, was irrtümlicherweise als Vermeidungshaltung interpretiert werden könnte. Evolutions –und sozialisationsbedingt sind Männer eher diejenigen, von denen erwartet wurde (und wird), dass sie alleine mit ihren Problemen fertig werden. Männer nehmen nach klinischen Beobachtungen seltener Hilfe in Anspruch. Hilfe annehmen könnte möglicherweise als Schwäche empfunden werden, die sich die Pat. in einer traumatischen Situation nicht „leisten“ können, da dies zusätzlich das Selbstwertgefühl schwächen und die Persönlichkeit destabilisieren könnte.

Pat. 3 möchte in der Hauptsache über das Trauma reden, weil dies „am besten hilft“. Aus der Anamnese ist ersichtlich, dass er beim Auftauchen von Problemen stets mit seiner Mutter geredet und nach Lösungen gesucht hat. Insofern kommt bei dessen Verhalten (Rede-Wunsch) eine sozialisationsbedingte Komponente zum Tragen, die lerntheoretisch (Modellernen) begründet werden kann. Er stabilisiert sich mit dem Reden über das Trauma und die Informationen aus der Broschüre.

12.3.2.2 Hypothese 2: Nutzung von NW nach Vorerfahrungen

Eine weitere Hypothese besteht in der Annahme, dass Pat. sich die Teile aus NW suchen, die ihren unbewussten (und auch bewussten) Ideen über Heilung entsprechen, welche sich auf ihre Vorerfahrung beziehen.

So konnte Pat. 3 sich seinen Angaben nach immer schon helfen, indem er mit der Mutter über Probleme sprach. Seine Idee ist es, das Trauma heilen (Problem lösen) ließe sich in der Hauptsache mit „Reden“ . Entsprechend lehnt er Tipps und Übungen aus der Broschüre ab. Pat. 4+5 haben prätraumatisch die Erfahrungen gemacht, dass ein offensives Angehen und der Austausch mit anderen (Bekanntem, Medien) zur Bewältigung beiträgt. Entsprechend verhalten sie sich im Umgang mit NW. Sie sammeln Informationen, beherzigen Tipps und probieren die verschiedenen Übungen aus, die ihrer Meinung nach dabei helfen, das Trauma zu bewältigen. Pat. 1 hat gute prätraumatische Erfahrungen damit gemacht, sich in der Natur durch Sport zu vitalisieren. Er trainiert seit 30 Jahren verschiedene Sportarten. In diesem Bereich kennt er sich gut aus, hat die Kontrolle. Er greift also, indem er sich in der Natur aufhält und sich sportlich betätigt, auf positive Erfahrungen zurück.

Pat. 2 hat in seinem bisherigen Leben die Erfahrung machen müssen, dass er sich am besten „selber helfen“ kann, in dem er „vergisst“. In diversen schweren Situationen seines Lebens (Kindheit, Jugend) war er auf sich alleine gestellt. Gleichwohl hat er sein Leben, wie er betont, „immer wieder selber auf die Reihe“ bekommen. Entsprechend hat der Pat. die Idee, er müsse „da alleine durch“, und das Trauma vergessen. Dies führt dazu, dass die Broschüre insgesamt eher Angst auslöst, da er mit ihr nicht mehr „allein“ ist und zudem an das Trauma erinnert wird.

12.3.2.3 Hypothese 3: Nutzung zur Lösung des traumatischen Konfliktes

Eine dritte Hypothese beruht auf der Annahme, dass die Pat. bestrebt sind (im Sinne der unterbrochenen Handlung), sich diejenigen Übungen auszusuchen,

die ihnen am ehesten bei der Lösung des traumatischen Konfliktes behilflich sein können.

Für den Pat. aus Fallbeispiel 1 war es wichtig, seine „Wehrhaftigkeit“ (Konflikt: nicht mehr wehrhaft vs. Kontrolle haben) wieder herzustellen. Daher übte er sich in Leibesertüchtigung (Wehrhaftigkeit), trainierte seinen Körper (Kontrolle, Selbstwert). Zudem kaufte es sich ein Auto, um sicherer im Straßenverkehr zu sein (Sicherheit).

Im Fallbeispiel 2 (traumatischer Konflikt: ich bin Schuld vs. konnte nichts dafür) war es wichtig, die Information zu erhalten, dass der Pat. in der Kürze der Zeit nicht hat anders reagieren können. Da der Pat. dem „arbeitskompensatorischen“ Bewältigungstyp entspricht, war es für ihn wichtig, seine Arbeit wieder aufnehmen zu können. Die hinderlichen Flash-backs, die dabei auftraten, wurden auf Anraten der Therapeutin mit der Übung „Traumawegpacken“ bewältigt.

Pat. 3 nutzte die Informationen aus der Broschüre und das „Reden“, um Kontrolle wiederzugewinnen (Konflikt: hilflos erstarrt vs. seine Pflicht tun). Der präventive Teil des TKS (ich muss meine Stelle aufgeben, dass es nicht wieder passiert) wurde im Therapieverlauf durch „reden“ abgeändert in „um Versetzung bitten“.

Im 4. Therapiebeispiel (ZTNS: hilflos ausgeliefert sein, Konflikt: ausgeliefert vs. handlungsfähig) sucht die Pat. sich in der Hauptsache Übungen und Informationen aus, die Sicherheit und Kontrolle in hohem Maße zurückgeben konnten. Zudem lernte sie durch die Informationen, dass sie nicht „Schuld“ hat am Mobbing in der Firma. Daraus schloss sie, dass sie ein Recht darauf habe, sich zu wehren (präventiver Aspekt), was sie dann in erfolgreicher juristischer Auseinandersetzung auch tat. Auch der Umgang der Patientin im Fall 5 mit der Broschüre und den Teilen aus NW sind geeignet, den traumatischen Konflikt zu reduzieren bzw. zu lösen. (Konflikt: abhängig von der Mutter vs. alles liegen lassen und davonlaufen). Sie nutzt die Broschüre als „Mediator“ zwischen sich und der Therapeutin. Indem sie sich „selbständig“ mit der Broschüre zwischen den Sitzungen hilft, vermeidet sie Gefühle starker Abhängigkeit einerseits und hierdurch ein Davonlaufen- müssen andererseits. Zudem wählt sie

Informationen (Prinzip der Normalität) und Übungen (sicherer Ort, Trauma wegpacken), die die Selbstentfremdungserlebnisse reduzieren (Dissoziation wegen Identifikation: kann nicht weg von der kranken Mutter, deshalb muss ich weg von mir selbst) und ihr die Kontrolle wiedergeben.

Die traumadynamischen Aspekte wie der Umgang mit dem Traumaschema und dem traumakompensatorischen Schema sind nur in Einzelfallanalysen beobachtbar. Sie können statistisch nicht erfasst werden. Ein Hinweis darauf, dass die Beobachtungen der Stichproben die Tendenzen in der Gesamtstichprobe widerspiegeln, könnte das Ergebnis zu Pkt. 8.1.11. (S.89) sein, wonach die zentralen Bedürfnisse und Motive, die durch das Trauma erschüttert wurden, für die Pbn. eine wichtige Rolle spielen.

12.3.2.4 Hypothese 4: Anknüpfen an vorhandene Ressourcen

Eine weitere Hypothese beruht auf der Annahme, dass Pat. mit den von ihnen ausgewählten Teilen aus NW unbewusst an ihre vorhandenen Ressourcen anknüpfen. Nicht selten kommt es im klinischen Bereich vor, dass Pat. sich Gedanken darüber machen, was „früher“ schon in schwierigen Situationen hilfreich war. So nutzt Pat. 3 sein „Reden- können“ mit vertrauten Personen, um sein Trauma zu bewältigen. Pat. 1, der seinen Selbstwert u.a. über den Sport, also über seinen Körper definiert, trainiert seinen Körper und versucht schnellstmöglich wieder „fit“ zu werden. Er nutzt sozusagen seinen Körper als Anker an positive Körpererfahrung und als positive Ressource zur Stabilisierung. Für den Pat. aus Fall 2 war es das Wichtigste, wieder arbeiten zu können. Auch er hat in der Vergangenheit entsprechend reagiert und sein Selbstwertgefühl über Arbeit stabilisiert. Somit sind die Erinnerungen an Erfolge in der Arbeit als Ressourcen zu bewerten. Pat. 4 hat es geschafft, sich schon früh aus sehr widrigen Umständen zu lösen und durch eigenes Engagement, Flexibilität sowie Kooperation mit anderen ihre Lebenssituation zu verbessern. So tritt sie auch mit der Broschüre in „Kommunikation“, liest viele Tipps, versucht verschiedene Übungen auch mit der Partnerin gemeinsam und nutzt die Informationen zur Stabilisierung. Die Ressourcen dieser Pat. liegen

eindeutig in ihrer Fähigkeit zu kommunizieren und diese Fähigkeit flexibel zur Lösung einzusetzen. Pat. 5 gab an, sich prätraumatisch immer schon damit geholfen zu haben, bestimmte Tagesrituale durchzuführen. Zudem sei sie oft durch bekannte Straßen spaziert, um so über die verschiedensten Probleme nachzudenken. Zur Bewältigung des Traumas wählte sie die Übung „die Natur wieder sehen lernen“, möglicherweise, weil ihre Ressourcen darin liegen, sich durch Assoziationen zu oder durch Aufenthalte in der Natur zu stabilisieren.

Da nicht genügend Material vorlag, die Ressourcen der Pbn. der Gesamtstichprobe und deren Umgang damit zu untersuchen, handelt es sich hier um Effekte der einzelfallanalytischen Beobachtung, die die statistischen Ergebnisse ergänzen

12.3.2. 5 Hypothese 5: Auswahl aus der Broschüre nach Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede

Diese Hypothese beruht auf der Annahme, dass Männer und Frauen unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen. Die weiblichen Pbn. in der Stichprobe nutzten mehrere Informationen, Tipps und Übungen gleichzeitig. Entsprechend wechselten sie eher zwischen verschiedenen Informationen, Tipps, Übungen hin und her, ohne den „Überblick“ zu verlieren (Fall 4+5).

Die Männer der Stichprobe versuchen eher sich eher durch eine einzige Sache zu helfen und suchen erst beim Scheitern einen zweiten Lösungsweg. So war der Pat. in Fall 2 erst, als er Probleme im Arbeitsbereich durch Flash-backs bekam, bereit, eine Übung durchzuführen, der Pat. in Fall 3 wollte lediglich „reden“. Natürlich variieren diese hier geschilderten Unterschiede in den beiden Geschlechtergruppen, so dass hier lediglich vom durchschnittlichen Mann bzw. der durchschnittlichen Frau gesprochen werden kann. Es macht allerdings deutlich, dass die kommunikativen Fähigkeiten der Pat. deutlich berücksichtigt werden sollten.

Die statistische Auswertung bestätigt die Hypothese insofern, als die männlichen Pbn. wesentlich seltener (weniger) von der Elementen aus NW Gebrauch machten als die weiblichen.

In jüngster Zeit hat das Trainerehepaar Peace (2002) in sehr populistischer Weise Unterschiede im Verhalten und in der Kommunikation herausgearbeitet. Sie führen diese Unterschiede auf hirnpfysiologische, biochemische und evolutionsbedingte Unterschiede zwischen Männern und Frauen zurück. Die von ihnen aufgestellten Thesen müssen sicherlich als spekulativ gelten. In diesem Bereich scheint noch viel Forschungsarbeit nötig zu sein. Für die praktischen Zwecke des Manuals reicht es aus, die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die sich in der Studie zeigen, zu berücksichtigen, und entsprechende Vorschläge zum Umgang damit im Manual zu unterbreiten.

12.3.2.6 Hypothese 6: Auswahl nach lerntheoretischen Gesichtspunkten

Diese Hypothese geht von der Annahme aus, dass lerntheoretische Gesichtspunkte bei der Auswahl der Teile aus NW eine Rolle spielen könnten. Auch hier können die untersuchten Pat. als Beispiele aufgeführt werden. Die Pat. lernten, sich durch unterschiedliche Verhaltensweisen prätraumatisch zu helfen (zu stabilisieren) und ihre Probleme zu lösen (Pat. 1 körperorientierte Erfolge in seinem Beruf, Pat.2 durch „Reden“ mit der Mutter, Pat. 3 durch „Vergessen“ und Arbeiten und Pat. 4+5 durch das Suchen und Ausprobieren verschiedener Möglichkeiten im Austausch mit anderen).

12.3.2.7 Hypothese 7: Auswahl nach Verlaufsprozeß der Traumatisierung

Eine weitere Hypothese geht davon aus, dass die Anzahl der verwendeten Übungen, Tipps und in der Therapie abhängig ist vom Verlaufsprozess der Traumatisierung.

In der Einzelfallanalyse werden 2 Therapieverlaufstypen dargestellt. Zum einen die relativ kurz andauernde Traumaakuttherapie, zum anderen die MPTT-Variante B-mittelfristiger Verlauf. In den kürzer andauernden Behandlungen kamen zwischen 1-2 Übungen zur Anwendung. In den mittelfristigen Therapien wurden seitens der Pat. alle Übungen ausprobiert, die Integration mehrerer Übungen in die Therapie (2 - 4 Übungen) gewünscht und in der Traumabearbeitungsphase abgewandelt entsprechend häufig eingesetzt. Elemente aus der Broschüre, die sich als untauglich erwiesen, wurden von den Pat. verworfen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass es sich bei der Behandlung von Pat. mit chronischem Verlauf um entsprechend längere Behandlungen handelt und somit mehr Zeit bleibt, die verschiedenen Elemente aus NW zu nutzen. Dagegen spricht allerdings, dass die Informationen, Tipps und Übungen häufig „gleichzeitig“ verwendet werden. Dies lässt eher den Schluß zu, dass die Dimension Zeit keine herausragende Rolle für die Auswahl der Elemente spielt.

Die oben genannten Beobachtungen werden gestützt durch die Ergebnisse in der statistischen Auswertung. So empfanden von den Pbn. mit mittel- bzw. langfristigen Therapieverläufen zu 60% die Übungen, ca. 58% die Tipps und 70% alle Informationen als hilfreich. Dem gegenüber waren es unter den Pbn. mit akutem traumatischen Prozess 5% die alle Übungen, 16% alle Tipps und ca.22% alle Informationen als hilfreich erachteten.

12.3.3 Diskussion des Verhältnisses der Erklärungshypothesen untereinander

H1 besteht in der Annahme, dass Pat. die Elemente aus der Broschüre auswählen, durch die sie sich (und damit das TKS) am ehesten stabilisieren können. Hier greifen die Pat. oft auf Übungen zurück, die Strategien enthalten, die sich (evolutionsbedingt?) als sinnvoll erwiesen haben. Beispielsweise suchen sich Frauen häufig Gesprächspartner zum Reden aus.

H2 geht davon aus, dass die Klienten die Broschüre vor dem Hintergrund ihrer Vorerfahrung nutzen. Im Gegensatz dazu wird in H4 deutlich, dass Pat. diejenigen Übungen aussuchen, die ihnen am ehesten bei der Lösung des traumatischen Konfliktes behilflich zu sein scheinen. Dies ist kein Widerspruch zu H1 (Stabilisierung des TKS), da sich das TKS kompensatorisch zum TS ausbildet. H5 berücksichtigt ebenfalls Vorerfahrungen der Pat., allerdings mit Blickrichtung auf die aus ihnen erwachsenen Ressourcen. So geht sie davon aus, dass die Klienten bewusst oder unbewusst in der Arbeit mit der Broschüre an ihren Ressourcen anknüpfen. H5 geht davon aus, dass die unterschiedlichen Voraussetzungen, die männliche und weibliche Klienten mitbringen, die Auswahl der Elemente aus NW beeinflusst. Diese Hypothese unterscheidet sich von H 1 in der Hauptsache darin, dass in H1 das Augenmerk auf die Stärkung des TKS, in dieser Hypothese die Erklärung eher in den vorhandenen evolutionsbedingten unterschiedlichen Möglichkeiten der männlichen vs. weiblichen Pat. begründet sieht. Eine weitere Hypothese besteht in der Annahme, dass bei der Auswahl der Übungen lerntheoretische Gesichtspunkte (Modellernen, Konditionierung etc.) einen Einfluss auf die Auswahl der Übungen haben. H7 berücksichtigt das Auswahlverhalten der Pat. in quantitativer Hinsicht. Es scheint so zu sein, dass je länger der Verlaufsprozess der Traumatisierung anhält, die Pbn. das Bedürfnis haben, ein Höchstmaß an Instrumenten der Hilfe an die Hand zu bekommen. Hinzu kommt, dass die Pbn. mit mittel –bzw. langfristigem Therapieverlauf eine entsprechend längeren Zeitraum der Behandlung beanspruchen und somit mehr Möglichkeiten geboten werden, mehrere Elemente aus NW in die Therapie zu integrieren als bei kurzfristigen Verläufen.

Diese Hypothesen schließen einander nicht aus und stehen in einem Ergänzungsverhältnis zueinander. Daher können alle 7 Erklärungshypothesen als gültig anerkannt werden.

12.3.4 Metahypothese 3

Die Auswahl der Elemente aus der Selbsthilfebroschüre ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Zum einen scheint die Annahme berechtigt zu sein, dass

Pat. sich die Teile aussuchen, mit denen sie sich am ehesten stabilisieren (also Stärkung des TKS) können. Zudem orientieren sie sich scheinbar an denjenigen Übungen, die ihnen am ehesten bei der Lösung des traumatischen Konfliktes behilflich sein können. Auch Vorerfahrung im Hinblick von Lösungsmöglichkeiten beeinflusst scheinbar die Auswahl der Elemente. Hierbei greifen sie oft auf unterschiedliche Fähigkeiten und Möglichkeiten zurück. Zudem knüpfen sie bei der Auswahl der Übung an prätraumatisch schon vorhandene Ressourcen an. Auch lerntheoretische Gesichtspunkte sowie die Dauer des Verlaufsprozesses der Traumatisierung scheinen bei der Auswahl der Übungen einen Einfluss auszuüben.

Da es sich bei der Überprüfung der Rolle des TKS und des TS zum Auswahlverhalten der Pb. um psychodynamische Kriterien handelt, konnten diese Effekte nur in Einzelfallanalysen und nicht in der statistischen Auswertung beobachtet werden.

12.3.5 Hinweis an den Berater 3

Oben genannte Ergebnisse sollten bei der Durchführung bzw. beim Einsatz der Übungen berücksichtigt werden.

Klienten suchen sich die Teile aus der Broschüre aus, von denen sie am ehesten Stabilisierung (Hilfe) erwarten. Dies könnte bedeuten, dass im Zuge der Selbstregulationstendenz des Organismus der Klient unbewusst genau diese unterstützt. Dies schließt an Prinzip 1 und die St11 der MPTT an. Der Berater sollte also die Elemente aus NW entsprechend (mit dem Klienten) zusammen auswählen und eventuell zur Stabilisierung modifizieren. Entsprechende Vorschläge werden im 2. Teil dieser Arbeit, im Beratermanual, unterbreitet. Klienten versuchen scheinbar gleichzeitig, durch die Auswahl der NW-Elemente die Lösung ihres traumatischen Konfliktes zu forcieren. Dies steht nicht im Widerspruch zueinander, da der traumatische Konflikt die inhaltliche Seite des TKS mitbestimmt. Allerdings gehört die Bearbeitung des Traumaschemas nicht in die Beratung, sondern in die Therapiesituation. Für den Berater heißt dies, dass er die Übungen, die sich die Klienten ausgesucht

haben und zu sehr belastend sind (weil zu nah am Traumaschema), entsprechend modifiziert bzw. mit ihnen gemeinsame „bessere“ Übungen findet.

Klienten beziehen ihre Vorerfahrungen, die sie zur erfolgreichen Lösung anderer Probleme gewonnen haben, mit in die Behandlung ein und wählen die Übungen entsprechend aus. Deshalb ist es sinnvoll, diese Vorerfahrungen zu eruieren und für den Verlauf der Beratung nutzbar zu machen. Wahrscheinlich evolutionsbedingte Unterschiede zwischen Mann und Frau beeinflussen die Art, wie die Betroffenen versuchen, sich zu helfen. Dies findet seinen Niederschlag in der Auswahl der Übungen. Beispielsweise entlasten sich die Frauen in den Einzelfallanalysen durch häufiges Reden über das Ereignis, indem sie es sich „von der Seele“ reden. Männer scheinen hingegen eher vom Typ des „einsamen Jägers“, der versucht, erst einmal das Problem alleine zu lösen. Hierzu geht er in einen „inneren“ Dialog mit sich selbst, und zwar in der Regel solange, bis er selbst eine ihm adäquat erscheinende Lösung gefunden hat. Erst wenn diese sich als „untauglich“ erweist, geht er auf die Suche nach einer nächsten. Berater sollten diese Unterschiede beim Einsatz der Übungen/Informationen aus der Broschüre kennen. Einem Mann könnte man entsprechend seiner natürlichen Rückzugstendenz Übungen anbieten, die diese Maßnahme unterstützt, um ihn so zu entlasten (Lichtstromübung). Frauen hingegen könnte man eher zuhören und sie durch den Traumabericht begleiten, ihnen hilfreiche Informationen geben und ihnen (bei drohender Überflutung) hilfreiche Übungen zur Beruhigung anbieten (Atemübung, sicherer Ort).

Die Auswahl der Elemente aus NW scheint zudem ressourcen-orientiert zu funktionieren. Es wird also an schon vorhandene Ressourcen angeknüpft. Es ist somit von Nutzen, die Ressourcen des betreffenden Klienten diagnostisch zu erheben. Interventionen, Übungen und Informationen könnten dann ressourcen-orientiert eingesetzt und zur Heilung des Traumas verwendet werden. Vorhandene Ressourcen der Klienten sollten eruiert, aufgedeckt (besprochen) und positiv verstärkt werden. Konnte der Pat. sich beispielsweise durch das Einhalten von Tagesritualen vor dem Trauma gut strukturieren, wäre es sinnvoll, diese Ressource aufzugreifen und den Tipp „Tagesrituale einführen“ in

die Therapie einfließen zu lassen. War es dem Klienten möglich, sich in schwierigen Situationen mit Entspannungsübungen zu helfen, könnte die Therapeutin ihm die Übung „PMR“ anbieten. Konnte ein Klient seinen Selbstwert vor dem Trauma über sportliche Betätigung bestätigen, sollte man ihm den entsprechenden Tipp geben. Konnte er sich durch Körpereinsatz (Sport) in der prätraumatischen Zeit helfen, könnte man das Körpergefühl dieser Zeit (als Anker) einsetzen (siehe MNW, S.127), den Körper sozusagen als Ressource nutzen (S.112).

Dies lässt sich im Grunde mit sämtlichen Fähigkeiten oder Fertigkeiten, die der Pat. prätraumatisch ausgebildet hat, umsetzen. Im Manual werden hierzu verschiedene Beispiele ausgeführt.

Lerntheoretische Gesichtspunkte spielen eine weitere Rolle bei der Auswahl der Elemente aus NW und der hilfreichen Verwendung der Broschüre. Scheinbar durchforstet der Klient (unbewusst) die Broschüre auf solche Elemente, die ihm schon bekannt sind. So bezeichnen diejenigen, die gelernt haben, sich über Reden zu stabilisieren, den entsprechenden Tipp als hilfreich. Diejenigen, die gelernt haben, ihre Probleme aktiv in den Griff zu bekommen, wählen entsprechend viele Übungen und „experimentieren“ mit ihnen. Es ist also hilfreich, die entsprechenden Lernerfahrungen des Klienten zu kennen, um auf diese zurückgreifen zu können oder sie evtl. mit dem Pat. zu modifizieren (bei neg. Erfahrungen). Entsprechende Vorschläge werden im Manual unterbreitet, siehe Problemlösetraining, MNW, S. 138, auch MNW, S. 139, RET nach Ellis, S. 133 ff. .

Auch die Dauer des jeweiligen traumatischen Verlaufsprozesses bestimmt das Auswahlverhalten der Klienten. Zwar unterscheiden sich die ausgewählten Übungen in der Stichprobe scheinbar nicht hinsichtlich der Art. Allerdings sind Klienten mit mittelfristigem bzw. langfristigen traumatischen Prozessen eher bereit, erst einmal alle Infos, Tipps und Übungen auf ihre Tauglichkeit zu prüfen, um dann die besser geeigneten (hilfreichen) zu verwenden, die untauglichen zu verwerfen. Für den Berater kann dies bedeuten, dass er dem Klienten mit mindestens mittelfristigem Verlaufsprozess ein größeres Repertoire

an entsprechenden Hilfen vermitteln kann, um ihn optimal zu unterstützen. Für den Fall, dass der Klient dann an einen psychotherapeutischen Fachkollegen zwecks Traumabearbeitung weitergeleitet wird, könnte der Klient dann von seinen umfangreichen Werkzeugen profitieren, die ihm bekannten Hilfen entsprechend für die Traumabearbeitung abwandeln.

In der Klinik hat sich insgesamt gezeigt, dass es sehr hilfreich ist, die entsprechenden Übungen mit dem Klienten zusammen in der sicheren Beratungsatmosphäre durchzuführen, wobei der Berater sie gleichzeitig bei der ersten Durchführung auf eine Hörspielkassette spricht. Die Kassette kann so mit nach Hause genommen und dort regelmäßig zur weiteren Stabilisierung verwendet werden. Diese Form des Arbeitens hat sich vor allem bei Klienten bewährt, die eher über das auditive (statt über das visuelle) Repräsentationssystem lernen können, zudem bei Klienten., deren Sicherheitsgefühl extrem erschüttert ist, oder die eine ängstliche oder unsichere P´struktur besitzen. Diese Klienten können sich durch das Anhören der Kassette (Stimme des Therapeuten als sicherheitsvermittelnder Faktor) einen „sicheren“ Anker schaffen und das sichere Gefühl nach und nach in den Alltag zu integrieren.

13. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER HYPOTHESEN UND EXKLUSIONSBILDUNG

Folgende Erkenntnisse konnten als Ergebnis des hermeneutischen Exklusionsverfahrens gewonnen werden:

13.1 Ergebnisse zum grundsätzlichen Umgang mit der Broschüre

Die Benutzung der Broschüre durch die Pat. ist abhängig von deren Bereitschaft, sich mit der Traumatisierung aktiv auseinanderzusetzen. Zudem scheint die Nutzung der Broschüre abhängig vom persönlichkeitsstypischen Kontrollstil sowie vom gelernten Problemlöseverhalten des Einzelnen zu sein. Denjenigen unter den Pat., die es gewöhnt sind, auftauchende Probleme

„alleine“ zu bearbeiten, fällt es schwerer, die Broschüre als Hilfsmittel anzuerkennen.

Hinsichtlich der Integration der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf hat sich gezeigt, dass die zentralen Bedürfnisse und Motive der Pat., die sich durch die Traumatisierung ergeben, berücksichtigt werden sollten.

Anhand der quantitativen Daten lässt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Situationsdynamiken und Auswahl der Übungen feststellen. Es zeigte sich lediglich, dass die beiden weiblichen Pbn. mit der Situationsdynamik „negative Intimität“ konkrete Vermeiderübungen auswählten. Dies könnte bedeuten, dass es einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Auswahl der Übungen und der dem Trauma zugrunde liegenden Situationsdynamik gibt, dies nachzuweisen jedoch nur bei einer ausreichend großen Stichprobe möglich ist.

13.2 Ergebnisse zur Frage der Einführung der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf

In den Einzelfallanalysen konnte beobachtet werden, dass die Beachtung der durch das Trauma entstandenen Situationsdynamik bei der Einführung der Broschüre hilfreich war, diese in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen. Hier konnte die Broschüre durch jeweils auf die Dynamik abgestimmte und entsprechend gegensätzlich verwendete Metapher als Gegenpol der Situationsdynamik eingeführt und korrektiv eingesetzt werden. Die Berücksichtigung der Situationsdynamik bei der Einführung in den Therapieverlauf dient also in erster Linie dem Aufbau der therapeutischen Beziehung und dem Herstellen der minimalen Differenz zur traumatischen Vorerfahrung des Pat., unterliegt somit dem beziehungs-dynamischen Aspekt der Behandlung.

Auch der prätraumatische Persönlichkeitsstil der Klienten ist bei der Einführung in einen sinnvollen Therapieverlauf von Belang. So muss die defizitäre Bedürfnisstruktur der Klienten beachtet, die Intervention zur Einführung der Broschüre entsprechend modifiziert werden.

13.3 Ergebnisse zum Auswahlverhalten der Klienten bezüglich der Elemente aus NW

Pat. wählen sich Elemente aus der Broschüre aus, durch die sie sich (und damit das TKS) am ehesten *stabilisieren* können. Dies entspricht dem aktuellen Wissensstand in der Psychotraumatologie.

Ein weiteres Ergebnis ist, dass die Klienten die Broschüre vor dem Hintergrund ihrer *prätraumatischen Vorerfahrung* nutzen. Den Erfahrungen ähnliche Hilfsinstrumente werden aufgegriffen und für die Stabilisierung und Bewältigung des Traumas genutzt.

Ferner wurde deutlich, dass sie sich diejenigen Übungen aussuchen, die ihnen am ehesten bei der *Lösung des traumatischen Konfliktes* behilflich sind. Dies stellt insofern eine Herausforderung an den Berater dar, als er in der Stabilisierungsphase darauf achten sollte, dass die Pat. nicht durch destabilisierende Selbstmaßnahmen retraumatisiert werden.

Die Klienten scheinen (bewusst oder unbewusst) in der Arbeit mit der Broschüre und in der Auswahl der Elemente an ihren *Problembewältigungs-Ressourcen* anknüpfen. Entsprechend suchen Sie sich die Bereiche aus NW aus. Klienten, die sich immer schon mit „Reden“ helfen konnten, bevorzugten dies auch in der Stabilisierungsphase zur Stabilisierung und in der Integrationsphase zur Integration des Traumas. Pat., die sich prätraumatisch eher durch das Einhalten von Tagesritualen halfen, favorisierten dies auch zur Stabilisierung.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Auswahlverhalten:

In der Gesamtstichprobe und in den Einzelfallanalysen sind geschlechtsspezifische Unterschiede im Auswahlverhalten erkennbar. Auch die unterschiedliche Bearbeitung der Fragebögen bietet hierfür ein Indiz.

Männliche Traumapatienten neigen beispielsweise eher zu einem spärlichen Umgang mit Informationen über das Trauma, wohingegen weibliche Pat. den Informationen gegenüber aufgeschlossener sind, sie häufig gleichzeitig mit Übungen und Tipps verwerten und koordinieren.

Dies zeigt sich in der Gesamtstichprobe sowie in den Einzelfallanalysen auch bei der Auswahl der Übungen. Insgesamt wählten Männer wesentlich weniger Elemente der Broschüre aus, vermieden es zudem häufig, den Fragebogen „gewissenhaft“ auszufüllen. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass es evolutions- und sozialisationsbedingt Männern schwerer fällt, sich Hilfe zu holen bzw. von angebotenen Hilfen Gebrauch zu machen, so dass sie eher selber versuchen, ihr Trauma (im Sinne von Problem) zu lösen.

Vor dem Hintergrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede sollte auch das in den Einzelfallanalysen und in der klinischen Arbeit immer wieder beobachtbare nonverbale und verbale Kommunikationsverhalten der Klienten entsprechend eingeordnet und berücksichtigt werden. Konkret heißt dies, dass nicht alle Männer, die erst einmal versuchen, ihr Problem alleine zu lösen, automatisch Vermeider sind. Gleichzeitig sind nicht alle Frauen, die Reden „ohne Ende“, mit einer histrionischen P-Struktur behaftet. Beide Gruppen versuchen lediglich, auf ihre Art ihr Trauma zu bewältigen.

Zudem scheint es so zu sein, dass, je länger der Verlaufsprozess der Traumatisierung anhält, die Pat. das Bedürfnis haben, ein Höchstmaß an Instrumenten der Hilfe an die Hand zu bekommen. Sowohl in der statistischen Auswahl der Gesamtstichprobe als auch in den Einzelfallanalysen ist dies deutlich geworden.

Ein letztes Ergebnis betrifft die Auswahl der Übungen nach lerntheoretischen Gesichtspunkten (Modellernen, Konditionierung etc.) . Pat. scheinen sich eher Elemente aus NW auszusuchen, die ihren Lernerfahrungen aus prätraumatischer Zeit ähneln.

Diese Ergebnisse sollten vorsichtig interpretiert werden. Sie kamen zustande aufgrund der qualitativen und quantitativen Untersuchung einer Gesamtstichprobe von N = 24 und der einzelfallanalytischen Betrachtung von 5 aus 24 Therapieverläufen. Um sie verallgemeinern zu können, bedarf es sicherlich der Untersuchung einer wesentlich größeren Population. Gleichwohl können die hier referierten Ergebnisse einen ersten Überblick geben über Gruppen –und Einzeleffekte). Deshalb werden sie aufgegriffen und zur Grundlage des sich anschließenden Beratermanuals gemacht.

14. PRAKTISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN AN DEN BERATER

Aus den hier referierten Ergebnissen leiten sich an den Berater folgende praktische Schlussfolgerungen ab:

14.1 Hinweise an den Berater zum individuellen Einsatz der Broschüre

Aus den Ergebnissen der statistischen Auswertung und den Beobachtungen in den Einzelfallanalysen werden folgende Hinweise an die Berater abgeleitet:

Sollte der Pat. von vornherein wenig Bereitschaft zeigen, mit NW arbeiten zu wollen, sollte eruiert werden, welche Faktoren hierfür eine Rolle spielen.

Neigt der Pat. dazu, eher passiv mit der Broschüre umzugehen, war es wahrscheinlich schon ein großer Schritt, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies sollte bei Zurückweisung der Broschüre positiv konotiert werden. Alle Übungen, Informationen und Tipps lassen sich selbstverständlich auch ohne die Broschüre in die Beratung mit einbeziehen, allerdings sollte der Pat. die Entscheidungsfreiheit behalten. Er sollte sich also nicht gedrängt fühlen.

Ist der Pat. eher ein „Vermeider“, will also gar nicht so genau informiert werden, sollte man dies berücksichtigen und nur „positive“ Informationen immer wieder einfließen lassen („ Sie wirken dieses Mal schon wesentlich ruhiger als in der letzten Sitzung.Das ist ein Zeichen dafür, dass Sie einen Schritt näher an der Heilung sind“etc.).

Möglicherweise ist es dem einen oder anderen Pat. nicht möglich, bei seinen Problembewältigungsversuchen Hilfe in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall erscheint es ratsam, diese Problemlösekompetenzen im Beratungsverlauf aufzubauen. Gleichzeitig könnten die hilfreichen Teile der Broschüre den Bedürfnissen des Pat. entsprechend durch den Berater in die Therapie eingebaut werden.

Sinnvoll erscheint ebenfalls, einem Pat. des Typs „Alleinlöser“ die Broschüre als Unterstützung seiner Fähigkeit, Probleme alleine zu lösen, anzubieten. („ Sie haben bisher Ihre Probleme immer sehr gut alleine lösen können. Ich möchte Ihnen eine Broschüre an die Hand geben, die Ihnen hilft, diese Fähigkeit noch weiter auszubauen.“).

Erlebt man im Umgang mit dem Pat. die Unfähigkeit sowie gleichzeitig das Bedürfnis, das Problem mit Hilfe anderer (vertrauter) Personen zu bewältigen, sollte man ihm dazu Hilfestellungen anbieten. So könnte man beispielsweise die Partner der Betroffenen zu einem Gespräch zu Dritt einladen und in dieser Runde die Funktion des Moderators übernehmen. Der Pat. kann auf diese Weise im Schutze des therapeutischen Settings lernen, auch über „brisante“ Inhalte zu sprechen.

Eine weitere Möglichkeit des Umgangs mit dieser Situation ist es, den Pat. durch „Rollenspiele“ auf Gespräche vorzubereiten. Inhaltliche Themen könnten sein: „Wie bitte ich jemanden um Hilfe, wie verhalte ich mich bei Ablehnung, wie kann ich ein Gespräch über das Trauma beginnen?“ etc..

14.2 Hinweise an den Berater In Bezug auf zentrale Bedürfnisse und Motive

Aufgrund der Anamnese, der Symptomatik und des Verhaltens des Klienten beim Angebot der Broschüre wird die individuelle Bedürfnisstruktur sichtbar. In vielen Fällen steht das Bedürfnis nach Kontrolle, Sicherheit, Selbstwertstärkung und Wiedererlangung der Autonomie im Vordergrund, es geht also gleichzeitig

um die Reparatur der durch die Traumatisierung geschädigten Motivsysteme . Hier einige Vorschläge zur individuellen Einführung der Broschüre in den Therapieverlauf:

Bei Klienten mit einem hohen Maß an Kontrollbedürfnis kann man die Broschüre einsetzen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, alles selber noch einmal „schwarz auf weiß“ lesen zu können. Zudem gibt das „Selbstausswählen“ von Übungen und die anschließende Durchführung derselben in der Beratung den Klienten Kontrolle darüber, was mit ihnen in der Beratung „passiert“. Man kann die Broschüre folgendermaßen einführen: „Jemand, der solche Erfahrungen machen musste wie Sie, ist verständlicherweise darum bemüht, das, was mit ihm passiert, zu überschauen. Dies ist eine völlig normale und gesunde Reaktion und wir sollten dieses Bedürfnis ernst nehmen. Ich möchte Sie gerne zur Mitbehandlerin des Traumas machen und glaube, dass diese Selbsthilfebroschüre uns dabei helfen kann. Wir können alle Informationen, die Ihnen wichtig erscheinen, hier zusammen besprechen und überlegen, welche Übungen am ehesten geeignet sind, Ihr Trauma zu heilen. Sie werden sozusagen zum Fachmann für Ihre Erkrankung und können jeden Schritt in Richtung Heilung selbst bestimmen und beobachten.“

Bei Klienten mit einem hohen Sicherheitsbedürfnis könnte die Broschüre wie folgt eingeführt werden: „ Jemand, der die Erfahrung machen musste wie Sie, hat verständlicherweise den Wunsch, sich bald wieder sicher fühlen zu können. Oft bekommt man diese Sicherheit dadurch, dass man sich gut informieren kann. Beispielsweise darüber, was ein Trauma ist, wie es funktioniert und wie man es heilt. Ich möchte Ihnen vorschlagen, diese Selbsthilfebroschüre dazu zu verwenden, sich die Informationen, Tipps und Übungen herauszusuchen, die Ihnen ein Höchstmaß an Sicherheit geben können. Ich bin gerne bereit, Sie in der Arbeit mit der Broschüre zu unterstützen und Ihnen dafür einen sicheren Rahmen, beispielsweise durch die gemeinsamen Durchführungen der vorgeschlagenen Übungen, anzubieten.“

Bei überwiegender Erschütterung des Selbstwertgefühls könnte die Broschüre auf den Hinweis der vorhandenen Ressourcen der Pat. eingeführt werden:

„Jemand, der eine Erfahrung wie Sie hinter sich hat, zweifelt natürlicherweise an allem und jedem und in der Hauptsache an sich selbst. Allerdings bin ich erstaunt darüber, wie gut Sie diese schwierige Situation bisher gemeistert haben. Das zeigt mir, dass Sie jemand sind, der ein hohes Maß an Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung hat. Um auf diesen aufzubauen, habe ich mir überlegt, dass Sie über ein Höchstmaß an Möglichkeiten verfügen sollten, diese wieder nutzbar zu machen. Aus diesem Grund möchte ich eine Broschüre in die Therapie einbeziehen, die im Grunde der Selbsthilfe dient. Sie könnten beim Durchlesen zwischen unseren Sitzungen die Teile, die Sie ansprechen, markieren, so dass wir anschließend hier darüber sprechen können. Selbstverständlich können Sie die ein oder andere Übung auch schon mal zuhause üben und wir besprechen dann, wie Sie Ihnen geholfen hat. Allerdings bin ich auch gerne bereit, sie hier mit Ihnen gemeinsam zu üben. Wir machen es genauso, wie Sie es sich vorstellen.“

Das Bedürfnis der raschen Wiedererlangung der Autonomie kann unterstützt werden, indem die Broschüre als Mittel hierzu eingeführt wird: „Wer so etwas erlebt hat wie Sie, ist natürlicherweise daran interessiert, die Dinge schnell wieder selbst in den Griff zu bekommen. Um dies etwas besser gelingen zu lassen, möchte ich Ihnen die Arbeit mit dieser Selbsthilfebroschüre vorschlagen. Sie können sämtliche Informationen, Tipps und Übungen hieraus auch zwischen den Sitzungen nutzen, um bald möglich wieder ganz selbständig zu sein. Gerne unterstütze ich Sie dabei in unseren Sitzungen in dem Maß, das Sie sich vorstellen.“

14.3 Hinweise an den Berater in Bezug auf die traumatischen Situationsfaktoren

In jeder Traumatherapie soll die traumatische Situationserfahrung (Victimisierung, Todesnähe [death-imagery] Angst und Erregung [automatic arousal], negative Intimität, Beziehungstrauma) von Beginn an berücksichtigt werden. Die Einführung der Broschüre bildet hierbei keine Ausnahme. Grundsätzlich sollte während des gesamten Beratungsverlaufs darauf geachtet

werden, dass alle genannten Gefühle durch die Interventionen des Beraters eine Korrektur erfahren.

Hier einige Beispiele, wie dies praktisch umgesetzt werden könnte:

14.3.1 Situationsfaktor Victimisierung

Situationsfaktor Victimisierung (Gefühle von Erniedrigung, Beleidigung, sich als Verlierer fühlen, verletzt werden):

„So, wie ich Sie in der kurzen Zeit kennengelernt habe, sind Sie jemand, der sich Ziele setzt und diese auch erreicht. Einen ersten Schritt haben Sie schon gemacht. Sie sind in meine Beratung gekommen. Um Sie bei den weiteren Schritten zu unterstützen, möchte ich Sie gerne zum Team-Partner in Sachen Trauma-Behandlung gewinnen. Diese Broschüre hier versetzt Sie in die Lage, die nötigen Informationen zu erlangen, die hierfür nötig sind. Zudem könnten Sie eine Auswahl von Tipps und Übungen, die Ihnen geeignet erscheinen mit in die Therapie einbringen und mich so bei der Arbeit unterstützen. Gleichzeitig unterstütze ich Sie, wie in einem Team üblich, bei der Durchführung der Übungen und überall dort, wo Sie sich anfangs vielleicht noch etwas unsicher fühlen.“

14.3.2 Situationsfaktor Todesnähe

Situationsfaktor Todesnähe (Pat. leben oft in der Erwartung, dass der Tod jederzeit bevorstehen kann, was häufig grosse Ängste auslöst):

„Wir sollten zusammen überlegen, wie wir es schaffen können, Ihnen die Ängste, die eine natürliche Reaktion auf Ihr traumatisches Erlebnis sind [Normalität], eindämmen können, denn ich fände es schade, wenn Sie vielleicht noch jahrelang darunter leiden müssten [impliziert langes Leben und Irrationalität der Angst]. Aus diesem Grund möchte ich Sie bitten, zwischen den Sitzungen, und zwar immer dann, wenn die Angst Sie überfällt, in der Broschüre danach Ausschau zu halten, was Sie beruhigen kann. Streichen Sie dies bitte auch an, damit wir beide hier darüber sprechen und ich Sie beim guten Umgang mit der Angst unterstützen kann. In der Broschüre gibt es Übungen, die Ihnen helfen können, sich noch sicherer zu fühlen, so dass Sie

Ihre Lebendigkeit wieder spüren können (Bsp: PMR, Atemübung, Wandern in der Natur, körperbezogene Techniken).

14.3.3 Situationsfaktor „Negative Intimität“:

Hier wird die Broschüre wie auch beim Beziehungstrauma zum einen zur Korrektur der Dynamiken, die der traumatischen Situationserfahrung entspringen, zum anderen zur Stabilisierung des Arbeitsbündnisses eingesetzt. Je nach Verzerrung des Beziehungsschemas der Klientin kann sie als Mittel zur Unterstützung des Distanzierungsbedürfnisses oder Annäherungsbedürfnisses, jedenfalls zur Beziehungsregulation, eingesetzt werden. Entsprechend kann sie eingeführt werden.

Am Beispiel: „Jemand, der Ihre Erfahrungen gemacht hat, ist selbstverständlich allen und jedem gegenüber misstrauisch. Daher denke ich, ist es nötig, dass sie das, was ich Ihnen an Informationen gebe, selbst noch mal überprüfen können. Deshalb möchte ich Ihnen eine Broschüre vorstellen, die dies gewährleistet. Sie finden in der Broschüre u.a. auch Tipps und Übungen, die schon vielen [Frauen, Geiseln...] geholfen haben. Überprüfen Sie bitte diese Tipps und Übungen, und wenn Sie mögen, können wir darüber sprechen, was Ihnen hilfreich erscheint und an welchen Stellen Sie vielleicht von mir unterstützt werden möchten.“

Am Beispiel: „Jemand, der Ihre Erfahrungen gemacht hat, ist selbstverständlich kritisch im Umgang mit anderen Menschen. Ich würde Ihnen gerne ein Instrument an die Hand geben, das Sie in die Lage versetzt, meine Arbeit zu leiten und zu überprüfen. Lesen Sie sich dazu am Besten die Broschüre zwischen den Sitzungen durch, wenn Sie mögen. Die Grenzen bestimmen Sie ganz alleine. Die Übungen der Broschüre können Ihnen auch dazu helfen, sich gegen unerwünschte Eindringlinge, zum Beispiel eindringende Erinnerungen erfolgreich zu wehren, sie zu kontrollieren und sie rauszuschmeißen. Wenn Sie mögen, können wir darüber sprechen, was Ihnen aufgefallen ist und weiter geholfen hat, damit ich Sie an diesen Stellen unterstützen kann.“

14.3.4 Situationsfaktor Beziehungstrauma

(mit den Dynamiken: traumatische Sexualisierung, Stigmatisierung, Verrat, Ohnmacht) :

Hier geht die traumatische Erfahrung aus von einem Täter, der zugleich Bindungs- und Schutzfigur darstellt. Auch die Therapeutin ist gleichzeitig Bindungs –und Schutzfigur. Das Entgegenwirken der oben genannten Dynamiken in der Beratung kann durch die Broschüre folgendermaßen unterstützt werden:

„ Jemand, der Ihre Erfahrung gemacht hat, ist selbstverständlich misstrauisch. Deshalb möchte ich Ihnen ein machtvoll Instrument (Ohnmacht) an die Hand geben, mit dem Sie meine Arbeit überprüfen (Verrat) und mitbestimmen können. Falls Anhaltspunkte dafür bestehen, noch vorsichtiger oder misstrauischer zu sein, können die Übungen dabei helfen, sich entsprechend zu verhalten (Wachsamkeitsübung). Soweit ich Sie bei Ihrer Arbeit mit der Broschüre unterstützen kann, will ich dies gerne tun, jedoch sind Sie diejenige, die die Grenzen [traumatische Sexualisierung] meiner Mitarbeit bestimmt.“

Ein therapeutischer Schritt zur Auflösung der oben beschriebenen double-bind Konstellationen stellt die Fähigkeit zur Objektspaltung oder Objektanalyse (Lehrbuch Fischer, 1998) dar. Dies ist die Fähigkeit, die traumatogene Person in seiner Gespaltenheit zu erkennen, ohne dass die „guten“ die „bösen“ Seiten überschatten. Die entsprechenden Informationen aus der Broschüre können der Klientin sozusagen als eine erste Annäherung an diesen notwendigen Schritt erleichtern und sie gewissermaßen darauf vorbereiten. Da es sich hier schon um Traumabearbeitung handelt, ist dieser Schritt in der Beratung nicht durchzuführen (s. Therapiemanual) .

14.3.5 Situationsfaktor Angst und Erregung :

Entspricht am ehesten der physiologischen Komponente der Traumareaktion und wird durch konditionierte Reize ausgelöst. Es geht also darum, die konditionierte Reaktion zu löschen, den Betroffenen die Kontrolle über Intrusionen zu geben, um die Erregung abzubauen.

„Es ist ganz natürlich, dass Sie sich erschrecken und aufregen, wenn diese Bilder auftauchen. Ich möchte Ihnen eine Möglichkeit zeigen, wie Sie es schaffen, Ihre Ruhe und Gelassenheit wieder zu erlangen. Diese Selbsthilfebroschüre können Sie dazu nutzen, die hierzu notwendigen Informationen, aber vor allem ruhe- bringende Übungen zu wählen, und die Kontrolle über Ihr Befinden zu bekommen. Vielleicht werden Sie dabei beobachten, wie Sie nach und nach immer gelassener werden. Manchmal kommt man dadurch zur Ruhe, indem man erst einmal noch wachsamer wird. Auch hierzu können Sie entsprechende Übungen in der Broschüre finden. Ihr Mut, neue Dinge auszuprobieren wird Sie dabei unterstützen, mit mir zusammen die wichtigsten Übungen zu lernen und sie in Situationen, die am Anfang noch schwierig erscheinen, einzusetzen.

14.4 Hinweise an den Berater in Bezug auf die prätraumatische Persönlichkeitsorganisation des Klienten

Des weiteren sollte beim Einsatz der Broschüre der Persönlichkeitsstil des Klienten Berücksichtigung finden. Hierbei ist zu beachten, dass das Verhalten der Klienten aufgrund der vorhandenen prätraumatischen P´organisation deren defizitären Anteile und die sich daraus ergebende Bedürfnisse die Beratungssituation beeinflusst. Tabelle 25, S. 176 kann das hier Beschriebene veranschaulichen.

Bei der Einführung der Broschüre nutzen wir sozusagen das Bedürfnis des Klienten zur Korrektur des P´defizits . Dies dient im ersten Schritt zur Stabilisierung. Entsprechend kann sie also, wie weiter oben schon beschrieben, beispielsweise in Form von „Teamarbeit“ eingesetzt werden, um die Selbstsicherheit selbstunsicherer Persönlichkeiten zu stärken oder der abhängigen Persönlichkeit als Anker zum Therapeuten dienen. Dem Klienten mit zwanghaften Anteilen kann die Broschüre dazu verhelfen, einen Gesamtüberblick über seine Situation zu erlangen und sich nicht in Details zu verlieren. Personen mit einem eher hysterischen Stil können die Wahrnehmung wichtige Details lernen. Narzisstisch geprägte Klienten können im Bestreben

bestärkt werden, selber effektiv an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten und gleichzeitig Unterstützung zuzulassen. Betroffene mit einer eher paranoiden Struktur können sich mithilfe der Broschüre davon überzeugen, dass der Therapeut wahrhaftig ist und sie ihm trauen können. Hier einige Beispiele, wie die Broschüre entsprechend verwendet werden kann:

14.4.1 Die selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur

Selbstunsicher: „Ich möchte Sie gerne als Team-Partner gewinnen und glaube, die Broschüre kann uns dazu verhelfen. Sie gibt Ihnen die Informationen, die Sie benötigen, die wichtigen Vorgänge bei einer Traumatisierung zu erkennen. Bitte markieren Sie diese Informationen, damit ich einen Überblick darüber bekomme, wie Sie sich selbst helfen können und ich Sie am besten unterstützen kann. Zudem können Sie selbst die Übungen aus der Broschüre zwischen den Sitzungen ausprobieren, um mir zu dabei behilflich zu sein, das Richtige für Sie ausfindig zu machen. Beim Einüben bin ich Ihnen dann gerne behilflich.“

14.4.2 Die abhängige Persönlichkeitsstruktur

Abhängige P´struktur: „Damit Sie zwischen den Sitzungen nicht das Gefühl haben, alleine zu sein, möchte ich Ihnen eine Broschüre an die Hand geben, die eine Verbindung zwischen mir und Ihnen erhält. Indem Sie sich ausgiebig mit der Broschüre beschäftigen, können Sie auch immer wieder darüber nachdenken, welche Anteile hiervon in unserer gemeinsamen Arbeit wichtig sein könnten. Bitte markieren Sie die entsprechenden Übungen und Informationen, damit Sie mich unmittelbar in der nächsten Sitzung davon in Kenntnis setzen können, wie Sie selbst dazu beitragen konnten, das Richtige zur Heilung beizutragen.“

Zwanghaft: „Manchmal ist es wichtig, sich einen Gesamtüberblick über eine Situation zu verschaffen, um noch besser bei der Heilung mitwirken zu können. Daher möchte ich Ihnen eine Broschüre vorschlagen, mit der Sie genau das erreichen können. Viele wichtige Details werden angesprochen und zu einem Gesamtbild zusammen gefügt, so dass Sie noch besser in der Lage sein werden, den Blick vom Einzelnen auf das Gesamte zu lenken. Hierbei können

Ihnen die Informationen, aber auch die Übungen der Broschüre von großem Nutzen sein. Wir können dann gemeinsam überlegen, welche Teile der Broschüre wir ergänzend für Ihre Heilung verwenden können.“

14.4.3 Die histrionische Persönlichkeitsstruktur

Histrionisch: „Ihnen ist wirklich etwas Schlimmes widerfahren. Manchmal kann es in solchen Situationen wichtig sein, sich einen besseren Überblick zu verschaffen. Hierbei übersieht man schnell wichtige Details. Um Ihnen dabei helfen zu können, sich umfassend zu informieren, möchte ich Ihnen diese Broschüre anbieten. Wahrscheinlich wird Sie Ihnen helfen, viele Dinge noch genauer zu verstehen. Zudem finden Sie in der Broschüre Übungen, die Ihren Blick fürs Wesentliche noch mehr schärfen wird, so dass wir optimal und gezielt an Ihrer Heilung arbeiten können.“

14.4.4 Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur

„Ich habe den Eindruck, dass Sie jemand sind, der sich sehr gut selber helfen kann. Aus diesem Grund möchte ich Ihnen eine Selbsthilfebroschüre anbieten, die diese Fähigkeit anerkennt und mit der Sie sie weiter ausbauen können. Lassen Sie mich doch in den Sitzungen erfahren, was konkret Ihnen weitergeholfen hat, um Ihnen und auch anderen Pat. vielleicht gezielter weiterhelfen zu können.“

14.4.5 Die paranoide Persönlichkeitsstruktur

„Ihre Fähigkeit und Ihren Mut, anderen Menschen zu misstrauen, sollten wir auch in die Beratung einbeziehen. Auch Therapeuten machen manchmal Fehler. Damit Sie meine Arbeit mitverfolgen und gegebenenfalls korrigieren können, möchte ich Sie bitten, zwischen den Sitzungen mit der Broschüre zu arbeiten. So können Sie beispielsweise Informationen, die ich Ihnen gegeben habe, noch mal auf ihre Stimmigkeit überprüfen. Sie können auch schon Übungen, die Ihrer Meinung nach geeignet sind, Ihnen zu helfen, heraussuchen, so dass wir dies in den gemeinsamen Sitzungen näher überprüfen können.“

Insgesamt sollte bei der Einführung der Broschüre darauf geachtet werden, dass die entsprechenden Interventionen individuell auf die Voraussetzungen des Klienten abgestimmt werden. Die hier genannten Vorschläge können daher lediglich als Demonstration gelten.

14.5 Hinweise an den Berater zur Berücksichtigung des natürlichen Auswahlverhaltens der Klienten

Klienten suchen sich die Elemente aus der Broschüre aus, von denen sie am ehesten Stabilisierung (Hilfe) erwarten. Dies könnte bedeuten, dass im Zuge der Selbstregulationstendenz des Organismus der Klient unbewusst genau diese unterstützt. Dies schliesst an Prinzip 1 und die St11 der MPTT an. Der Berater sollte also die Elemente aus NW entsprechend mit dem Klienten zusammen auswählen und eventuell zur Stabilisierung modifizieren (s. Manual, S.92,S.93). Entsprechende Vorschläge werden im 2. Teil dieser Arbeit, im Manual unterbreitet. Klienten versuchen scheinbar gleichzeitig, durch die Auswahl der NW-Elemente die Lösung ihres traumatischen Konfliktes zu forcieren. Dies steht nicht im Widerspruch zueinander, da der traumatische Konflikt die inhaltliche Seite des TKS mitbestimmt. Allerdings gehört die Bearbeitung des Traumaschemas nicht in die Beratung, sondern in die Therapiesituation. Für den Berater heisst dies, dass er die Übungen, die sich die Klientin ausgesucht hat und zu sehr belastend sind (weil zu nah am Traumaschema), entsprechend modifiziert bzw. mit ihr gemeinsame „bessere“ Übungen findet.

Klienten beziehen ihre Vorerfahrungen, die sie zur erfolgreichen Lösung anderer Probleme gewonnen haben, mit in die Behandlung ein und wählen die Übungen entsprechend aus. Entsprechend ist es sinnvoll, diese Vorerfahrungen zu eruieren und für den Verlauf der Beratung nutzbar zu machen.

14.5.1 Hinweise an den Berater zur Berücksichtigung geschlechtsspezifischen Kommunikationsverhaltens

Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Mann und Frau beeinflussen die Art, wie die Betroffenen versuchen, sich zu helfen. Dies findet seinen Niederschlag in der Auswahl der Übungen. Beispielsweise können sich Frauen durch häufiges Reden über das Ereignis entlasten, indem sie es sich „von der Seele“ reden. Männer hingegen sind häufig eher vom Typ des „einsamen Jägers“, der versucht, erst einmal das Problem alleine zu lösen. Hierzu geht er in einen „inneren“ Dialog mit sich selbst, und zwar in der Regel solange, bis er selbst eine ihm adäquat erscheinende Lösung gefunden hat. Erst wenn diese sich als „untauglich“ erweist, geht er auf die Suche nach einer nächsten. Berater sollten diese Unterschiede beim Einsatz der Übungen/Informationen aus der Broschüre kennen. Einem Mann könnte man entsprechend seiner natürlichen Rückzugstendenz Übungen anbieten, die diese Maßnahme unterstützen, um ihn so zu entlasten (Lichtstromübung). Frauen hingegen könnte man eher zuhören und sie durch den Traumabericht begleiten, ihr hilfreiche Informationen geben und ihr (bei drohender Überflutung) hilfreiche Übungen zur Beruhigung anbieten (Atemübung, sicherer Ort).

14.5.2 Hinweis an den Berater zur Berücksichtigung der Ressourcen der Klienten

Die Auswahl der Elemente aus NW scheint zudem ressourcenorientiert zu funktionieren. Es wird also an schon vorhandene Ressourcen angeknüpft. Es ist somit von Nutzen, die Ressourcen des betreffenden Klienten diagnostisch zu erheben. Interventionen, Übungen und Informationen könnten dann ressourcenorientiert eingesetzt und zur Heilung des Traumas verwendet werden. Vorhandene Ressourcen des Klienten sollten eruiert, aufgedeckt (besprochen) und positiv verstärkt werden. Konnte die Klienten sich beispielsweise durch das Einhalten von Tagesritualen vor dem Trauma gut strukturieren, wäre es sinnvoll, diese Ressource aufzugreifen und den Tipp „Tagesrituale einführen“ in die Therapie einfließen zu lassen. War es dem

Klienten möglich, sich in schwierigen Situationen mit Entspannungsübungen zu helfen, könnte der Berater ihm die Übung „PMR“ anbieten. Konnte ein Klient seinen Selbstwert vor dem Trauma über sportliche Betätigung bestätigen, sollte man ihm den entsprechenden Tipp geben. Konnte ein Klient sich durch Körpereinsatz (Sport) in der prätraumatischen Zeit helfen, könnte man das Körpergefühl dieser Zeit (als Anker) einsetzen, den Körper sozusagen als Ressource nutzen.

Dies kann der Berater im Grunde mit sämtlichen Fähigkeiten oder Fertigkeiten, die der Klient prätraumatisch ausgebildet hat, tun. Im Manual werden hierzu verschiedene Beispiele aufgeführt.

Lerntheoretische Gesichtspunkte spielen eine weitere Rolle bei der Auswahl der Elemente aus NW und der hilfreichen Verwendung der Broschüre. Scheinbar durchforstet der Klient (unbewusst) die Broschüre auf solche Elemente, die ihm schon bekannt sind. So bezeichnen diejenigen, die gelernt haben, sich über Reden zu stabilisieren, den entsprechenden Tipp als hilfreich. Diejenigen, die gelernt haben, ihre Probleme aktiv in den Griff zu bekommen, wählten entsprechend viele Übungen und „experimentierten“ mit ihnen. Es ist also hilfreich, die entsprechenden Lernerfahrungen des Klienten zu kennen, um auf diese rückgreifen zu können oder sie evtl. mit dem Klienten zu modifizieren (bei neg. Erfahrungen, entsprechende Vorschläge werden im Manual unterbreitet) .

14.5.3 Hinweise an den Berater zur Berücksichtigung des Verlaufsprozess der Traumatisierung

Auch die Dauer des jeweiligen traumatischen Verlaufsprozesses bestimmt das Auswahlverhalten der Klienten. Zwar unterscheiden sich die ausgewählten Übungen in der Stichprobe scheinbar nicht hinsichtlich der Art. Allerdings sind Klienten mit mittelfristigem bzw. langfristigen traumatischen Prozessen eher bereit, erst einmal alle Infos, Tipps und Übungen auf ihre Tauglichkeit zu prüfen, um dann besser die geeigneten (hilfreichen) zu verwenden, die untauglichen zu verwerfen. Für den Berater kann dies bedeuten, dass er dem

Klienten mit mindestens mittelfristigem Verlaufsprozess ein größeres Repertoire an entsprechenden Hilfen vermitteln kann, um den Klienten optimal zu unterstützen. Für den Fall, dass der Klient dann an einen psychotherapeutischen Fachkollegen zwecks Traumabearbeitung weitergeleitet wird, könnte der Klient dann von seinen umfangreichen Werkzeugen profitieren, die ihm bekannten Hilfen entsprechend für die Traumabearbeitung abwandeln.

In der Klinik hat sich insgesamt gezeigt, dass es für den Klienten sehr hilfreich ist, die entsprechenden Übungen mit dem Berater zusammen in der sicheren Beratungsatmosphäre durchzuführen, wobei der Berater sie gleichzeitig bei der ersten Durchführung auf eine Hörspielkassette spricht. Die Kassette kann so mit nach Hause genommen und dort regelmäßig zur weiteren Stabilisierung verwendet werden. Diese Form des Arbeitens hat sich vor allem bei Klienten bewährt, die eher über das auditive (statt über das visuelle) Repräsentationssystem lernen können, zudem bei Klienten, deren Sicherheitsgefühl extrem erschüttert ist, oder die eine ängstliche oder selbstunsichere P´struktur besitzen. Alle diese Klienten können sich durch das Anhören der Kassette (Stimme des Therapeuten als sicherheitsvermittelnder Faktor) einen „sicheren“ Anker schaffen und das sichere Gefühl nach und nach auf den Alltag übertragen.

15. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war es, ein Manual für Berater und Psychotherapeuten zu entwickeln, welches sie bei der Arbeit mit der Selbsthilfebroschüre „Neue Wege aus dem Trauma“ unterstützt. Die Untersuchung zeigte, dass die Berücksichtigung verschiedener Faktoren hierfür von besonderem Belang ist. Entsprechend sollen hier die Gesamtergebnisse der Studie referiert werden.

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung der Gesamtstichprobe sowie die aus dem hermeneutisch-dialektischen Verfahren der Bildung und Exklusion von Interpretationshypothesen bilden als „Zwischenergebnisse“ die Grundlage für die Erstellung des Beratermanuals, welches das Ergebnis dieser Arbeit darstellt.

15.1 Ergebnisse der statistischen Auswertung der Gesamtstichprobe

Die Untersuchung wurde durchgeführt an N=24 (13 weiblichen und 11 männlichen) Probanden.

Sie hatten die Broschüre NW entweder durch die Beratungsstelle für Unfall- und Gewaltopfer an der Universität Köln, der Traumastation des Krankenhauses der Alexianer in Krefeld oder ihrer Therapeutin erhalten. So ergaben sich 3 verschiedene Beratungs- bzw. Therapiesettings.

Bezüglich der Erwartung, die die Pbn. an die Broschüre hatten, ergab sich folgendes Bild: 3 Pbn. hatten die Erwartung, mit der Broschüre das Ereignis verarbeiten zu können, 8 Pbn. versprachen sich Hilfe von NW, ein Pb. gab „gute“ Erwartungen an und 1 Pb. war froh, etwas „handfestes“ zur Unterstützung zu bekommen. 6 Pbn. äußerten, sie hätten an die Broschüre keine Erwartungen gestellt und 3 Pbn. machten hierzu keine Angaben.

Die in der Stichprobe genannten traumatische Ereignisse waren: Vergewaltigung (1), Überfall (5, hiervon 1 weibliche Pb. mit Situationsfaktor

„negative Intimität), Handtaschenraub (1), Verkehrsunfall (7), Banküberfall (3), tätlicher Angriff (3), Mobbing (1), Krankheit einer nahen Bezugsperson (1) und Unfall am Arbeitsplatz (1) . Eine Pb. ließ das ihr zugestoßene traumatische Ereignis unbenannt. Entsprechend gab es in dieser Stichprobe 9 verschiedene Situationstypologien.

Ein großer Teil der in der Stichprobe untersuchten Pbn. hatte ein belastendes Ereignis in der unmittelbaren Vorgeschichte angegeben. Eine Pb. litt unter einer Vor- Traumatisierung durch schwere Missbrauchsgeschehen in der Kindheit.

Die Hälfte der Pbn. (12) haben nach eigenen Angaben ca. 1-3 Übungen aus der Broschüre ausgewählt und damit gearbeitet.

Dabei wurde die Durchführung einer einzigen Übung bevorzugt von männlichen Pbn.(3) ausgesucht. Mehr als sechs Übungen wählte eine weibliche Pb. aus. 3 männliche Pbn. wählten keine Übung aus bzw. machten hierzu keine Angaben.

Von den Übungen wurde am häufigsten der „sichere Ort“ (8) ausgewählt. Dem folgte die Lichtstromübung (7) und „das Trauma wegpacken“ (7), dann PMR (5), die Atemübung (4). Die „Wachsamkeitsübung“ sowie die Übung „Ablenkung durch Rechnen“ führten 2 Pbn. regelmäßig durch, die „Sinnlosigkeitsübung“ wurde von 2 weiblichen Pbn. gewählt. Diese letztgenannten Übungen, die dem Verdrängungsflügel des TKS entsprechen, wurden kombiniert mit Übungen zur Distanzierung und Selbstberuhigung von weiblichen Pbn., die als Ereignis „Überfall mit Vergewaltigungsversuch“ und „Vergewaltigung“ angegeben hatten. Beide Ereignisse hatten die Situationsdynamik „negative Intimität“.

Um die Auswahl der Übungen übersichtlicher zu gestalten, wurden die Übungen in 5 Kategorien unterteilt. Und zwar in Distanzierungsübungen, Strukturierungsübungen, Übung zur Stärkung des Selbstwertes, Übungen, in denen Körpereinsatz erforderlich war, und Übungen zur Imagination von Gegenwelten.

Übungen zur Distanzierung wurden von 8 Pbn. durchgeführt. Strukturierungsübungen nutzten 4 Pbn., Übungen zur Stärkung des

Selbstwertes wählten 2 Pbn. aus. Übungen, in denen Körpereinsatz erforderlich war (PMR, Sport) führten 6 Pbn. durch und 10 Pbn. halfen sich durch die Imagination von Gegenwelten.

Die Studie zeigt, dass es keine auffälligen Unterschiede in der Auswahl der Übungen zwischen Pbn. mit mittelfristigen und langfristigen traumatischen Prozess und den akut traumatisierten Pbn. gibt. Allerdings ist die Stichprobe zu klein, als dass sich dieses Ergebnis verallgemeinern ließe. Hierzu sind weitere Untersuchung mit größeren Stichproben notwendig.

Insgesamt gesehen empfanden die Pbn. der Stichprobe mit mittelfristigem bzw. längerfristig bestehenden traumatischen Prozess (chronisch) im Gegensatz zu den Akuttraumatisierten zu einem höheren Prozentsatz „alle“ Informationen, Übungen und Tipps als hilfreich.

Dies könnte den Schluss zulassen, dass das entsprechende Klientel zwar keinen Unterschied in der Art, jedoch in der Anzahl der durchgeführten und als hilfreich erlebten Übungen, Informationen und Tipps macht. Dieses Phänomen findet Bestätigung in der Einzelfallanalyse (s. Kapitel 11).

Die Hälfte der Pbn. profitierte zusätzlich vom psychoedukativen Teil in NW. Hierbei schien es am wichtigsten zu sein, Informationen über den Verlauf und die Dauer eines Traumas zu erhalten. Zusätzlich empfanden es die Pbn. als hilfreich, ihre körperlichen Symptome und ihre Reaktionen besser verstehen und einordnen zu können. Auch in den Einzelfallanalysen bestätigt sich dieses Ergebnis. Hier war es ebenfalls wichtig, die Symptome und das eigene Verhalten einordnen zu können (siehe auch Kapitel 11).

In der Gesamtstichprobe erlebten 11 der Pbn. „einige“ Informationen und 9 der Pbn. fanden „alle“ Informationen als hilfreich. 4 der Befragten machten hierzu keine Angabe.

Die Frage zu den hilfreich erlebten Informationen wurde „offen“ gestellt. Die Angaben der Pbn. wurden in 4 Kategorien zusammengefasst. Zudem waren Mehrfach-Antworten möglich. Die Pbn. wurden gebeten, die hilfreichen Informationen der Reihe nach aufzuzählen.

Informationen über Traumasymptome fanden insgesamt 7 Pbn. nützlich, 3 Pbn. interessierten sich generell dafür, was ein Trauma ist und wie es „funktioniert“. „Eigene Reaktionen einordnen“ war für eine Pb. hilfreich. Für den Traumaverlauf interessierten sich 4 Pbn. der Stichprobe und 2 Pbn. informierten sich über die Traumadauer. Bei Durchsicht der Fragebögen wurde ersichtlich, dass diejenigen, die mehrere Übungen durchgeführt hatten, auch an mehreren Informationen und Tipps interessiert waren. Hierbei waren die weiblichen Pbn. den männlichen voraus.

Die Untersuchung ergab, dass 10 Pbn. „einige“ und 7 Pbn. „alle“ Tipps als hilfreich empfanden. 6 Pbn. machten zu der Frage keine Angaben. 1 männlicher Pb. fand keine Tipps für sich hilfreich.

An „Tipps“ aus der Broschüre wurden in der Gesamtstichprobe ca. jeweils 1-3 ausgesucht, wobei hier die weiblichen Pbn. eher 3, die männlichen 0 oder 1 Tipp als hilfreich empfunden hatten.

Folgende Tipps wurden in der Stichprobe konkret als hilfreich genannt: (Mehrfachantworten waren möglich): „Darüber Reden mit vertrauten Personen“ nannten 3 Pbn., Tagesrituale einführen 2 Pbn. als hilfreich. Mit dem „Organisieren“ des Tagesablaufs half sich ein Pb.. Mit Selbstberuhigung konnten sich 3 Pbn. und mit dem Führen eines Traumtagebuches halfen sich 4 Pbn. der Stichprobe. 4 Pbn. erlebten den Tipp zur Bewegung in der Natur als hilfreich, 1 Pb. konnte sich durch die Einhaltung gesunder Ernährung helfen. 13 Pbn. machten keine konkreten Angaben.

Als Veränderungen im Befinden nach der Arbeit mit NW gaben die Pbn. an, sie seien „ruhiger“ bzw. „beruhigter“, fühlten sich „stabiler“, „entspannt“, hätten mehr „Distanz“ zum Ereignis, empfänden wieder „innere Sicherheit“ und erlebten sich „nicht mehr ausgeliefert“. Hier gab es keine sichtbaren geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Die Übungen aus NW wurden nach unterschiedlichen Kriterien ausgewählt. Die Pbn. wählten „nach Gefühl“ und nach „persönlichen“ Motiven (Bezug zur Übung, Identifikation, Einschätzung der Unterstützung durch die Übung) aus. Auch hier wurden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede sichtbar.

Bei Durchsicht der Fragebögen bestätigte sich, dass insgesamt eine Tendenz der männlichen Pbn., Übungen, Tipps und Informationen spärlicher anzunehmen als die weiblichen Pbn., deutlich wurde.

Weibliche Pbn. wählten häufig mehrere Übungen und Tipps gleichzeitig und profitierten offenbar ebenfalls eher von den Informationen aus NW. Dies zeigte sich ebenfalls in den Einzelfaallanalysen (Kapitel 11).

Insgesamt machten die männlichen Pbn. wesentlich weniger konkrete Angaben zu den ausgewählten Übungen als die weiblichen. Die weiblichen nannten zudem gleich mehrere Übungen und Tipps, die sie als hilfreich empfanden. Die männlichen Pbn. nannten 0 bis 1 Übung bzw. Tipps, nannten insgesamt in der Stichprobe 7 hilfreiche Übungen bzw. 6 Tipps konkret beim Namen (bzw. Bezeichnung). Die weiblichen machten insgesamt 28 mal konkrete Angaben zu hilfreichen Übungen (Mehrfachnennungen) und 15 mal zu hilfreichen Tipps.

In jüngster Zeit hat das Trainerehepaar Peace (2002) in sehr populistischer Weise Unterschiede im Verhalten und in der Kommunikation zwischen Männern und Frauen herausgearbeitet. Sie führen diese Unterschiede auf hirnpfysiologische, biochemische und evolutionsbedingte Unterschiede zurück. Die von ihnen aufgestellten Thesen müssen sicherlich als spekulativ gelten. In diesem Bereich scheint noch viel Forschungsarbeit nötig. Für die praktischen Zwecke des Manuals reicht es aus, die geschlechtsspezifischen Unterschiede die sich in der Studie zeigen zu berücksichtigen und entsprechende Vorschläge zum Umgang damit im Manual zu unterbreiten.

Die Stichprobe wurde u.a. auf evtl. Auffälligkeiten eines Zusammenhangs bzgl. des erlebten Ereignisses (Situationsfaktor) und der neuen Erfahrung nach der Arbeit mit NW untersucht.

8 Pbn. gaben an, ruhiger geworden zu sein, 3 Pbn. haben das Gefühl der Kontrolle wieder erlangt, 4 Pbn. fühlen sich stabiler nach der Arbeit mit NW. 2 Pbn. geben mehr Distanz zum Ereignis an und 1 Pb. erkannte, dass ihre Reaktionen „in Ordnung“ sind. 1 Pb. erlebte keine Veränderung an sich und 5 Pbn. machten zur Frage keine Angaben. In Bezug auf das erlebte traumatischen Ereignis ist keine Gewichtung auf eine bestimmte neue Erfahrung ersichtlich.

In der Stichprobe war kein Zusammenhang zwischen den neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW und der traumatischen Vorerfahrung ersichtlich.

Es ist den Betroffenen grundsätzlich wichtig, ruhiger und stabiler zu werden, Kontrolle über sich und das Geschehen zurück zu erhalten sowie eine Distanz zum Ereignis zu bekommen und die eigenen Reaktionen als angemessen bewerten zu können.

In Bezug auf die Zufriedenheit („Wie hilfreich empfanden Sie die Arbeit mit der Broschüre insgesamt?“) äußerten sich die Pbn. wie folgt: 12 Pbn. waren „ziemlich“ bis „völlig“ mit der Broschüre zufrieden, 9 Pbn. „etwas“ bzw. „kaum“. Ein männlicher Pb. äußerte sich „überhaupt nicht“ zufrieden mit NW, einer machte keine Angaben. Die weiblichen Pbn. der Stichprobe zeigten sich insgesamt zufriedener mit der Arbeit mit NW.

Verbesserungsvorschläge wurden gleichwohl in der Hauptsache von weiblichen Pbn. gemacht (7 weibliche und 3 männliche Pbn.).

Dieses Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, dass weibliche Traumatisierte eher aktiv versuchen, das Trauma zu bewältigen als männliche.

Da viele unterschiedliche Vorschläge gemacht wurden, war es schwierig, sie kategorial zu erfassen. Die Vorschläge werden daher kurz aufgelistet:

Die 10 erfragten Erfolge (Übung1 in NW) solle man auf 5 reduzieren. Es sei frustrierend, „wenn man nicht alle zusammen bekommt“. Die „dauernden Warnhinweise“ verunsicherten einige Pbn. und machten zusätzlich Angst. Zudem hätten die Pbn. gerne Bilder und einige Fallbeispiele in der Broschüre. Einige Pbn. wünschten sich eine Hörspiel- Kasette und/oder eine CD / DVD mit den Übungen. Dies erschiene ihnen sinnvoll für den Fall, dass die Betroffenen alleine mit der Broschüre arbeiten und keine Therapeutin hätten. Wenn eine Therapeutin bzw. Beraterin in Anspruch genommen werde, so der Vorschlag, sollte diese die Kasette besprechen, damit die Klienten einen sicheren „Anker“ hätten. Ein Pb. hätte gerne eine Anleitung zum Autogenen Training in der Broschüre gefunden.

15.2 Ergebnisse des hermeneutisch-dialektischen Exklusionsverfahrens

Folgende Erkenntnisse konnten als Ergebnis des hermeneutischen Exklusionsverfahrens gewonnen werden:

15.2.1 Ergebnisse zum grundsätzlichen Umgang mit der Broschüre

Die Benutzung der Broschüre durch die Pat. ist abhängig von dessen Bereitschaft, sich mit der Traumatisierung aktiv auseinanderzusetzen. Zudem scheint die Nutzung der Broschüre abhängig vom persönlichkeitsstypischen Kontrollstil sowie vom gelernten Problemlöseverhalten des Einzelnen zu sein. Diejenigen unter den Pat., die es gewöhnt sind, auftauchende Probleme „alleine“ zu bearbeiten, fällt es schwerer, die Broschüre als Hilfsmittel anzuerkennen.

Hinsichtlich der Integration der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf hat sich gezeigt, dass die zentralen Bedürfnisse und Motive der Pat., die sich durch die Traumatisierung ergeben, berücksichtigt werden sollten.

(Anhand der quantitativen Daten lässt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Situationsdynamiken und Auswahl der Übungen feststellen. Es zeigte sich lediglich, dass die beiden weiblichen Pbn. mit der Situationsdynamik „negative Intimität“ konkrete Vermeiderübungen auswählten.

Dies könnte bedeuten, dass es einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Auswahl der Übungen und der zugrunde liegenden Situationsdynamik gibt, dies nachzuweisen jedoch nur bei einer ausreichend großen Stichprobe möglich ist.)

15.2.2 Ergebnisse zur Frage der Einführung der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf

In den Einzelfallanalysen konnte beobachtet werden, dass die Beachtung der durch das Trauma entstandenen Situationsdynamik bei der Einführung der Broschüre hilfreich war, diese in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen. Hier konnte die Broschüre durch jeweils auf die Dynamik abgestimmte und entsprechend gegensätzlich verwendete Metaphern als Gegenpol der Situationsdynamik eingeführt und korrektiv eingesetzt werden.

Auch der prätraumatische Persönlichkeitsstil der Klienten ist bei der Einführung in einen sinnvollen Therapieverlauf von Belang. So muss die defizitäre Bedürfnisstruktur der Klienten geachtet, die Intervention zur Einführung der Broschüre entsprechend modifiziert werden.

15.2.3 Ergebnisse zum Auswahlverhalten der Pat. bezüglich der Elemente aus NW

Pat. wählen sich Elemente aus der Broschüre aus, durch die sie sich (und damit das TKS) am ehesten *stabilisieren* können. Dies entspricht dem aktuellen Wissensstand in der Psychotraumatologie .

Ein weiteres Ergebnis ist, dass die Pat. die Broschüre vor dem Hintergrund ihrer *prätraumatischen Vorerfahrung* nutzen. Den Erfahrungen ähnliche Hilfsinstrumente werden aufgegriffen und für die Stabilisierung und Bewältigung des Traumas genutzt.

Ferner wurde deutlich, dass sie sich diejenigen Übungen aussuchen, die ihnen am ehesten bei der *Lösung des traumatischen Konfliktes* behilflich sind. Dies stellt insofern eine Herausforderung an den Berater dar, als sie in der Stabilisierungsphase darauf achten sollten, dass die Pat. nicht durch destabilisierende Selbstmaßnahmen retraumatisiert werden.

Die Klienten scheinen (bewusst oder unbewusst) in der Arbeit mit der Broschüre und in der Auswahl der Elemente an ihren *Problembewältigungs-Ressourcen* anknüpfen. Entsprechend suchen Sie sich die Bereiche aus NW aus. Patienten, die sich immer schon mit „Reden“ helfen konnten, bevorzugten dies auch in der Stabilisierungsphase zur Stabilisierung und in der Integrationsphase zur Integration des Traumas. Pat. die sich prätraumatisch eher durch das Einhalten von Tagesritualen halfen, favorisierten dies auch zur Stabilisierung.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind in der Gesamtstichprobe und in den Einzelfallanalysen erkennbar. Auch die unterschiedliche Bearbeitung der Fragebögen scheint hierfür ein Indiz zu bieten.

Männliche Traumapatienten neigen beispielsweise eher zu einem spärlichen Umgang mit Informationen über das Trauma, wohingegen weibliche Pat. den Informationen gegenüber aufgeschlossener sind, sie häufig gleichzeitig mit Übungen und Tipps verwerten und koordinieren.

Dies zeigt sich in der Gesamtstichprobe sowie in den Einzelfallanalysen ebenfalls bei der Auswahl der Übungen. Insgesamt wählten Männer wesentlich weniger Elemente der Broschüre aus, vermieden es zusätzlich häufig, den Fragebogen „gewissenhaft“ auszufüllen. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass es evolutions- und sozialisationsbedingt Männern schwerer fällt, sich Hilfe zu holen bzw. von angebotenen Hilfen Gebrauch zu machen, so dass sie eher selber versuchen, ihr Trauma (im Sinne von Problem) zu lösen.

Vor dem Hintergrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede sollte auch das in den Einzelfallanalysen und in der klinischen Arbeit immer wieder

beobachtbare nonverbale und verbale Kommunikationsverhalten der Klienten entsprechend eingeordnet und berücksichtigt werden. Konkret heißt dies, dass nicht alle Männer, die erst einmal versuchen ihr Problem alleine zu lösen, automatisch „Vermeider“ sind. Gleichzeitig sind nicht alle Frauen, die Reden „ohne Ende“, mit einer histrionischen P-Struktur behaftet. Beide Gruppen versuchen lediglich, auf ihre Art ihr Trauma zu bewältigen.

Zudem scheint es so zu sein, dass, je länger der Verlaufsprozess der Traumatisierung anhält, die Pbn. umso mehr das Bedürfnis haben, ein Höchstmaß an Instrumenten der Hilfe an die Hand zu bekommen. Sowohl in der statistischen Auswahl der Gesamtstichprobe als auch in den Einzelfallanalysen ist dies deutlich geworden.

Ein letztes Ergebnis betrifft die Auswahl der Übungen nach lerntheoretischen Gesichtspunkten (Modellernen, Konditionierung etc.). Pat. scheinen sich eher Elemente aus NW auszusuchen, die ihren Lernerfahrungen aus prätraumatischer Zeit ähneln.

Diese Ergebnisse sollten vorsichtig interpretiert werden. Sie kamen zustande aufgrund der qualitativen und quantitativen Untersuchung einer Gesamtstichprobe von N = 24 und der einzelfallanalytischen Betrachtung von 5 aus 24 Therapieverläufen. Um sie verallgemeinern zu können, bedarf es sicherlich der Untersuchung einer wesentlich größeren Population. Gleichwohl können die hier referierten Ergebnisse einen ersten Überblick geben über Gruppen- und Einzeleffekte. Deshalb werden sie aufgegriffen und zur Grundlage des sich anschließenden Beratermanuals gemacht.

16. ZUORDNUNG DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE UND BEOBACHTUNGEN AUS DER THERAPIE ZU DEN DIMENSIONEN UND PRINZIPIEN DER MPTT

Im folgenden werden die Befragungsergebnisse der Studie und die Beobachtungen aus den Einzelfallanalysen den Dimensionen der MPTT sowie den Standardinterventionslinien und Prinzipien zugeordnet.

16.1 Zuordnung zu den 4 Dimensionen der MPTT

16.1.1 Dimension 1: Natürlicher Verlaufsprozess der Traumaverarbeitung .

Pat. wählen sich Elemente aus der Broschüre aus, durch die sie sich (und damit das TKS) am ehesten stabilisieren können. Dies entspricht dem aktuellen Wissensstand in der Psychotraumatologie .

Ferner wurde deutlich, dass sie sich diejenigen Übungen aussuchen, die ihnen unter anderem bei der Lösung des traumatischen Konfliktes behilflich sind. Dies stellt insofern eine Herausforderung an den Berater dar, als sie in der Stabilisierungsphase darauf achten sollten, dass Klienten nicht durch destabilisierende Selbstmaßnahmen retraumatisiert werden.

In der Stichprobe war kein Zusammenhang zwischen den neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW und der traumatischen Vorerfahrung ersichtlich.

Die von den Pbn. genannten Kategorien scheinen an sich ein wichtiges Ziel der von Traumatisierten darzustellen. Es ist den Betroffenen der Stichprobe wichtig, ruhiger und stabiler zu werden, Kontrolle über sich und das Geschehen zurück zu erhalten sowie eine Distanz zum Ereignis zu bekommen und die eigenen Reaktionen als angemessen bewerten zu können (S. 84,S.85).

Zudem scheint es so zu sein, dass, je länger der Verlaufsprozess der Traumatisierung anhält, die Pbn. das Bedürfnis haben, ein Höchstmaß an Instrumenten der Hilfe an die Hand zu bekommen. Sowohl in der statistischen Auswahl der Gesamtstichprobe (S.88) als auch in den Einzelfallanalysen ist dies deutlich geworden.

Die Studie zeigt, dass es keine auffälligen Unterschiede in der Auswahl der Art der Übungen zwischen Pbn. mit mittelfristigem und langfristigem traumatischen Prozess und den akut traumatisierten Pbn. gibt. Allerdings ist die Stichprobe zu klein, als dass sich dieses Ergebnis verallgemeinern ließe. Hierzu sind weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben notwendig.

Insgesamt gesehen empfanden die Pbn. der Stichprobe mit mittelfristigem bzw. längerfristig bestehendem traumatischen Prozess (chronisch) im Gegensatz zu den Akuttraumatisierten zu einem höheren Prozentsatz „alle“ Informationen, Übungen und Tipps aus der Broschüre als hilfreich (S.88). Dies könnte den Schluss zulassen, dass das entsprechende Klientel zwar keinen Unterschied in der Art, jedoch in der Anzahl der durchgeführten und als hilfreich erlebten Übungen, Informationen und Tipps macht. Dieses Phänomen findet Bestätigung in der Einzelfallanalyse (s. Kapitel 16).

16.1.2 Dimension 2: traumatische Situationserfahrung

Die Stichprobe wurde u.a. auf evtl. Auffälligkeiten eines Zusammenhangs bzgl. des erlebten Ereignisses (Situationsfaktor) und der neuen Erfahrung nach der Arbeit mit NW untersucht.

8 Pbn. gaben an, ruhiger geworden zu sein, 3 Pbn. haben das Gefühl der Kontrolle wieder erlangt, 4 Pbn. fühlen sich stabiler nach der Arbeit mit NW. 2 Pbn. geben mehr Distanz zum Ereignis an und eine Pbn. erkannte, dass ihre Reaktionen in Ordnung sind. 1 Pbn. erlebte keine Veränderung an sich und 5 Pbn. machten zur Frage keine Angaben. In Bezug auf das erlebte traumatische Ereignis ist keine Gewichtung auf eine bestimmte neue Erfahrung ersichtlich.

Zwar lässt sich anhand der quantitativen Daten kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Situationsdynamiken einerseits und Auswahl der Übungen andererseits feststellen. Es zeigte sich lediglich, dass die beiden weiblichen Pbn. mit der Situationsdynamik „negative Intimität“ konkrete Vermeiderübungen auswählten. Dies könnte bedeuten, dass es einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Auswahl der Übungen und der

zugrunde liegenden Situationsdynamik gibt. Dies nachzuweisen ist jedoch nur bei einer ausreichend großen Stichprobe möglich.

In den Einzelfallanalysen konnte beobachtet werden, dass die Beachtung der durch das Trauma entstandenen Situationsdynamik bei der Einführung der Broschüre hilfreich war, diese in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen. Hier konnte die Broschüre durch jeweils auf die Dynamik abgestimmte und entsprechend gegensätzlich verwendete Metaphern als Gegenpol der Situationsdynamik eingeführt und korrektiv eingesetzt werden. Auch der prätraumatische Persönlichkeitsstil der Klienten ist bei der Einführung in einen sinnvollen Therapieverlauf von Belang. So muss die defizitäre Bedürfnisstruktur der Klienten geachtet, die Intervention zur Einführung der Broschüre entsprechend modifiziert werden.

16.1.3 Dimension 3: Persönlichkeit und soziales Umfeld

Ein Ergebnis der einzelfallanalytischen Beobachtung ist, dass die Klienten die Broschüre vor dem Hintergrund ihrer prätraumatischen Vorerfahrung nutzen. Den Erfahrungen ähnliche Hilfsinstrumente werden aufgegriffen und für die Stabilisierung und Bewältigung des Traumas genutzt.

Die Klienten scheinen (bewusst oder unbewusst) in der Arbeit mit der Broschüre und in der Auswahl der Elemente an ihren Problembewältigungsressourcen anzuknüpfen. Entsprechend suchen sie sich die Bereiche aus NW aus. Klienten, die sich immer schon mit „Reden“ helfen konnten, bevorzugten dies auch in der Stabilisierungsphase zur Stabilisierung und in der Integrationsphase zur Integration des Traumas. Klienten, die sich prätraumatisch eher durch das Einhalten von Tagesritualen halfen, favorisierten dies auch zur Stabilisierung.

Die Übungen aus NW wurden in der Gesamtstichprobe nach unterschiedlichen Kriterien ausgewählt wurden. Die Pbn. wählten „nach Gefühl“ und nach „persönlichen“ Motiven (Bezug zur Übung, Identifikation, Einschätzung der

Unterstützung durch die Übung) aus. Hier wurden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede sichtbar.

Die Hälfte der Pbn. (12) haben nach eigenen Angaben ca. 1-3 Übungen aus der Broschüre ausgewählt und damit gearbeitet.

Von den Übungen wurde am häufigsten der „sichere Ort“ (8) ausgewählt. Dem folgte die Lichtstromübung (7) und das Trauma „wegpacken“ (7), dann PMR (5), die Atemübung (4). Die „Wachsamkeitsübung“ sowie die Übung „Ablenkung durch Rechnen“ führten 2 Pbn. regelmäßig durch, die „Sinnlosigkeitsübung“ wurde von 1 Pb. gewählt. Diese letztgenannten Übungen, die dem Verdrängungsflügel des TKS entsprechen, wurden kombiniert mit Übungen zur Distanzierung und Selbstberuhigung von weiblichen Pbn., die als Ereignis „Überfall mit Vergewaltigungsversuch“ und „Vergewaltigung“ angegeben hatten. Beide dieser Ereignisse haben die Situationsdynamik „negative Intimität“.

Um die Auswahl der Übungen übersichtlicher zu gestalten, wurden die Übungen in 5 Kategorien unterteilt. Distanzierungsübungen, Strukturierungsübungen, Übung zur Stärkung des Selbstwertes, Übungen, in denen Körpereinsatz erforderlich war und Imagination von Gegenwelten.

Übungen zur Distanzierung wurden von 8 Pbn. durchgeführt. Strukturierungsübungen wählten 4 Pbn. und Übung zur Stärkung des Selbstwertes wählten 2 Pbn. Übungen, in denen Körpereinsatz erforderlich war (PMR, Sport) führten 6 Pbn. durch und 10 Pbn. halfen sich durch die Imagination von Gegenwelten.

Die Hälfte der Pbn. profitierte zusätzlich vom psychoedukativen Teil in NW. Hierbei schien es am wichtigsten zu sein, Informationen über den Verlauf und die Dauer eines Traumas zu erhalten. Zusätzlich empfanden es die Pb. als hilfreich, ihre körperlichen Symptome und ihre Reaktionen besser verstehen und einordnen zu können (siehe auch Kapitel 11).

11 der Pbn. erlebten demnach „einige“ Informationen und 9 der Pbn. fanden „alle“ Informationen als hilfreich. 4 der Befragten machten hierzu keine Angabe. Die Frage zu den hilfreich erlebten Informationen wurde „offen“ gestellt. Die Angaben der Pbn. wurden in 4 Kategorien zusammengefasst. Zudem waren

Mehrfach-Antworten möglich. Die Pbn. wurden gebeten, die hilfreichen Informationen der Reihe nach aufzuzählen.

Informationen über Traumasymptome fanden insgesamt 7 Pbn. nützlich, 3 Pbn. interessierten sich generell dafür, was ein Trauma ist und wie es „funktioniert“.

„Eigene Reaktionen einordnen“ war für eine Pbn. hilfreich. Für den Traumaverlauf interessierten sich 4 Pbn. der Stichprobe und 2 Pbn. informierten sich über die Traumadauer. Bei Durchsicht der Fragebögen wurde ersichtlich, dass diejenigen, die mehrere Übungen durchgeführt hatten, auch an mehreren Informationen und Tipps interessiert waren. Hierbei waren die weiblichen Pbn. den männlichen voraus.

Die Untersuchung ergab, dass 10 Pbn. „einige“ und 7 Pbn. „alle“ Tipps als hilfreich empfanden. 6 Pbn. machten zu der Frage keine Angaben. 1 männlicher Pb. fand keine Tipps für sich hilfreich.

An „Tipps“ aus der Broschüre wurden in der Gesamtstichprobe ca. jeweils 1-3 ausgesucht, wobei hier die weiblichen Pbn. ehe 3, die männlichen 0 oder 1 Tipp als hilfreich empfunden hatten.

Folgende Tipps wurden in der Stichprobe konkret als hilfreich genannt: (Mehrfachantworten waren möglich): „Darüber reden mit vertrauten Personen“ nannten 3 Pbn., Tagesrituale einführen 2 Pbn. als hilfreich. Mit dem „Organisieren“ des Tagesablaufs half sich 1 Pb.. Mit Selbstberuhigung konnten sich 3 Pbn. und mit dem Führen eines Traumtagebuches halfen sich 4 Pbn. der Stichprobe. 4 Pbn. erlebten den Tipp zur Bewegung in der Natur als hilfreich, ein Pb. konnte sich durch die Einhaltung gesunder Ernährung helfen. 13 Pbn. machten keine konkreten Angaben.

Als Veränderungen im Befinden nach der Arbeit mit NW gaben die Pbn. an, sie seien „ruhiger“ bzw. „beruhigter“, fühlten sich „stabiler“, „entspannt“, hätten mehr „Distanz“ zum Ereignis, empfänden wieder „innere Sicherheit“, und erlebten sich „nicht mehr ausgeliefert“. Hier gab es keine sichtbaren geschlechtsspezifischen Unterschiede

Die statistische Auswertung der Gesamtstichprobe, die In-Augenscheinnahme der Fragebögen sowie die Beobachtungen in den Einzelfallanalysen lassen

erkennen, dass geschlechtsspezifisches Verhalten den Umgang mit der Broschüre beeinflusst, was u.a. auf die Auswahl der Elemente aus NW zutrifft. Männliche Traumapatienten neigen beispielsweise eher zu einem spärlichen Umgang mit Informationen über das Trauma, wohingegen weibliche Pat. den Informationen gegenüber aufgeschlossener sind, sie häufig gleichzeitig mit Übungen und Tipps verwerten und koordinieren.

Dies zeigt sich in der Gesamtstichprobe sowie in den Einzelfallanalysen bei der Auswahl der Übungen. Insgesamt wählten Männer wesentlich weniger Elemente der Broschüre aus (S.89), vermieden es zusätzlich häufig, den Fragebogen „gewissenhaft“ auszufüllen (S. 89). Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass es evolutions- und sozialisationsbedingt Männern schwerer fällt, sich Hilfe zu holen bzw. von angebotenen Hilfen Gebrauch zu machen, so dass sie eher alleine versuchen, ihr Trauma (im Sinne von Problem) zu lösen.

Insgesamt machten die männlichen Pbn. wesentlich weniger konkrete Angaben zu den ausgewählten Übungen als die weiblichen. Die weiblichen nannten zudem gleich mehrere Übungen und Tipps, die sie als hilfreich empfinden hätten. Die männlichen Pbn. nannten 0 bis 1 Übung bzw. Tipps, nannten insgesamt in der Stichprobe 7 hilfreiche Übungen bzw. 6 Tipps konkret beim Namen (bzw. Bezeichnung) .Die weiblichen machten insgesamt 28 mal konkrete Angaben zu hilfreichen Übungen (Mehrfachnennungen) und 15 mal zu hilfreichen Tipps.

In Bezug auf die Zufriedenheit („Wie hilfreich empfanden Sie die Arbeit mit der Broschüre insgesamt?“) äußerten sich die Pbn. wie folgt:12 waren „ziemlich“ bis „völlig“ mit der Broschüre zufrieden, 9 Pbn. „etwas“ bzw. „kaum“ . Ein männlicher Pb. äußerte sich „überhaupt nicht“ zufrieden mit NW, einer machte keine Angaben. Die weiblichen Pbn. der Stichprobe zeigten sich insgesamt zufriedener mit der Arbeit mit NW (S.92).

Verbesserungsvorschläge wurden gleichwohl in der Hauptsache von weiblichen Pbn. gemacht (7 weibliche und 3 männliche Pbn.).

Dieses Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, das weibliche Traumatisierte eher aktiv versuchen, dass Trauma zu bewältigen als männliche.

Da viele unterschiedliche Vorschläge gemacht wurden, war es schwierig, sie kategorial zu erfassen. Die Vorschläge werden daher kurz aufgelistet:

Die 10 erfragten Erfolge (Übung1 in NW) solle man auf 5 reduzieren. Es sei frustrierend, „wenn man nicht alle zusammen bekommt“. Die „dauernden Warnhinweise“ verunsicherten einige Pbn. und machten zusätzlich Angst. Zudem hätten die Pbn. gerne Bilder und einige Fallbeispiele in der Broschüre. Einige Pbn. wünschten sich eine Hörspiel- Kassette und/oder eine CD / DVD mit den Übungen. Dies erschiene Ihnen sinnvoll für den Fall, dass die Betroffenen alleine mit der Broschüre arbeiten und keine Therapeutin hätten. Wenn eine Therapeutin bzw. Beraterin in Anspruch genommen werde, so der Vorschlag, sollte diese die Kassette besprechen, damit die Pat. einen sicheren „Anker“ hätten. Ein Pb. hätte gerne eine Anleitung zum Autogenen Training in der Broschüre gefunden.

Vor dem Hintergrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede sollte auch das in den Einzelfallanalysen und in der klinischen Arbeit immer wieder beobachtbare nonverbale und verbale Kommunikationsverhalten der Klienten entsprechend eingeordnet und berücksichtigt werden. Konkret heißt dies, dass nicht alle Männer, die erst einmal versuchen ihr Problem alleine zu lösen, automatisch „Vermeider“ sind. Gleichzeitig sind nicht alle Frauen, die Reden „ohne Ende“, mit einer histrionischen P´struktur behaftet. Beide Gruppen versuchen lediglich, auf ihre Art ihr Trauma zu bewältigen.

Ein weiteres Ergebnis ist die Auswahl der Übungen nach lerntheoretischen Gesichtspunkten (Modellernen, Konditionierung etc.) . Klienten scheinen sich eher Elemente aus NW auszusuchen, die ihren Lernerfahrungen aus prätraumatischer Zeit ähneln. Die im impliziten Gedächtnis gespeicherten Inhalte sind unter anderem durch Konditionierung gelernte Reaktionen auf äußere (oder innere) Reize. Entsprechend müsste es möglich sein, durch ein „Überschreiben der Festplatte“ sozusagen durch ein „update“, eine Erweiterung der Reaktionsfähigkeiten der Klienten zu erreichen und die ursprünglichen Konditionierungen damit aufzuheben.

16.1.4 Dimension 4: Therapieverlauf

Die Studie zeigt, dass es keine auffälligen Unterschiede in der Auswahl der Übungen zwischen Pbn. mit mittelfristigen und langfristigen traumatischen Prozess und den akut traumatisierten Pbn. gibt. Allerdings ist die Stichprobe zu klein, als dass sich dieses Ergebnis verallgemeinern ließe. Hierzu sind weitere Untersuchung mit größeren Stichproben notwendig.

Es scheint jedoch so zu sein, dass, je länger der Verlaufsprozess der Traumatisierung anhält, die Pbn. das Bedürfnis haben, ein Höchstmaß an Instrumenten der Hilfe an die Hand zu bekommen. Sowohl in der statistischen Auswertung der Gesamtstichprobe (S.88) als auch in den Einzelfallanalysen ist dies deutlich geworden (siehe Einzelfallanalyse Fall 4+5).

Insgesamt gesehen empfanden die Pbn. der Stichprobe mit mittelfristigem bzw. längerfristig bestehendem traumatischen Prozess (chronisch) im Gegensatz zu den Akuttraumatisierten zu einem weit höheren Prozentsatz „alle“ Informationen, Übungen und Tipps als hilfreich (S. 182).

16.2 Zuordnung zu einigen Prinzipien der MPTT

16.2.1 Prinzip 1 (P1): Anschluß an den natürlichen Traumaverlauf

In den Einzelfallanalysen konnte beobachtet werden, dass die Beachtung der durch das Trauma entstandenen Situationsdynamik bei der Einführung der Broschüre hilfreich war, diese in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen. Hier konnte die Broschüre durch jeweils auf die Dynamik abgestimmte und entsprechend gegensätzlich verwendete Metapher als Gegenpol der Situationsdynamik eingeführt und korrektiv eingesetzt werden.

Die Übungen aus NW wurden nach unterschiedlichen Kriterien ausgewählt. Die Pbn. wählten „nach Gefühl“ und nach „persönlichen“ Motiven (Bezug zur Übung, Identifikation, Einschätzung der Unterstützung durch die Übung) aus. Auch hier wurden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede sichtbar.

Als Veränderungen im Befinden nach der Arbeit mit NW gaben die Pbn. an, sie seien „ruhiger“ bzw. „beruhigter“, fühlten sich „stabiler“, „entspannt“, hätten mehr „Distanz“ zum Ereignis, empfänden wieder „innere Sicherheit“ und erlebten sich „nicht mehr ausgeliefert“. Hier gab es keine sichtbaren geschlechtsspezifischen Unterschiede. Es ist also scheinbar so, dass die Betroffenen die Elemente aus NW (unbewusst) in Abstimmung mit dem Traumaverlaufsprozess auswählen.

16.2.2 Prinzip 2(P2): Fokus der Therapie

Die Klienten nutzen die Broschüre vor dem Hintergrund ihrer prätraumatischen Vorerfahrung. Den Erfahrungen ähnliche Hilfsinstrumente werden aufgegriffen und für die Stabilisierung und Bewältigung des zuletzt stattgefundenen Traumas genutzt.

16.2.3 Prinzip 3 (P3): Situationsanalyse als Bestandteil der MPTT

Zwar lässt sich anhand der quantitativen Daten kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Situationsdynamiken einerseits und Auswahl der Übungen andererseits feststellen. Es zeigte sich lediglich, dass die beiden weiblichen Pbn. mit der Situationsdynamik „negative Intimität“ konkrete Vermeiderübungen auswählten. Dies könnte bedeuten, dass es einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Auswahl der Übungen und der zugrunde liegenden Situationsdynamik gibt, dies nachzuweisen jedoch nur bei einer ausreichend großen Stichprobe möglich ist.

In den Einzelfallanalysen konnte beobachtet werden, dass die Beachtung der durch das Trauma entstandenen Situationsdynamik bei der Einführung der Broschüre hilfreich war, diese in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen. Hier konnte die Broschüre durch jeweils auf die Dynamik abgestimmte und entsprechend gegensätzlich verwendete Metaphern als Gegenpol der Situationsdynamik eingeführt und korrektiv eingesetzt werden.

16.2.4 Prinzip 4 (P4): Dynamik der Symptombildung beim Trauma

In den Einzelfallanalysen konnte beobachtet werden, dass die Beachtung der durch das Trauma entstandene Situationsdynamik bei der Einführung der Broschüre hilfreich war, diese in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen. Hier konnte die Broschüre durch jeweils auf die Dynamik abgestimmte und entsprechend gegensätzlich verwendete Metaphern als Gegenpol der Situationsdynamik eingeführt und korrektiv eingesetzt werden.

Die Elemente aus der Broschüre wurden verwendet, weil sie bei der Bewältigung des Traumas helfen sollten. Die Pbn. (aus den Einzelfallanalysen) wählten u.a. die Elemente aus NW aus, die halfen, das traumakompensatorische Schema zu stärken (S. 183, S.184) und die Polarisierung des traumatischen Konflikts im Traumaschema aufzulösen (S.185 ff.). Vor diesem Hintergrund wurde die Dynamik der Symptombildung bei der Auswahl der Elemente aus NW durch die Pbn. berücksichtigt.

16.2.5 Prinzip 5 (P5): Trauma und Persönlichkeitsstil

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung ist, dass die Klienten die Broschüre vor dem Hintergrund ihrer prätraumatischen Vorerfahrung nutzen. Den Erfahrungen ähnliche Hilfsinstrumente werden aufgegriffen und für die Stabilisierung und Bewältigung des Traumas genutzt.

Die Klienten scheinen (bewusst oder unbewusst) in der Arbeit mit der Broschüre und in der Auswahl der Elemente an ihren Problembewältigungsressourcen anknüpfen. Entsprechend suchen sie sich die Bereiche aus NW aus. Klienten, die sich immer schon mit „Reden“ helfen konnten, bevorzugten dies auch in der Stabilisierungsphase zur Stabilisierung und in der Integrationsphase zur Integration des Traumas. Klienten, die sich prätraumatisch eher durch das Einhalten von Tagesritualen halfen, favorisierten dies auch zur Stabilisierung.

In den Einzelfallanalysen war die Berücksichtigung des prätraumatischen Persönlichkeitsstil hilfreich, die Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen (S.168 ff.) .

16.2.6 Prinzip 6 (P6): Hypothetisches Verlaufsmodell der MPTT

Die Klienten scheinen (bewusst oder unbewusst) in der Arbeit mit der Broschüre und in der Auswahl der Elemente an ihren Problembewältigungs-Ressourcen anknüpfen. Entsprechend suchen Sie sich die Bereiche aus NW aus. Patienten, die sich immer schon mit „Reden“ helfen konnten, bevorzugten dies auch in der Stabilisierungsphase zur Stabilisierung und in der Integrationsphase zur Integration des Traumas. Pat. die sich prätraumatisch eher durch das Einhalten von Tagesritualen halfen, favorisierten dies auch zur Stabilisierung.

16.2.7 Prinzip 7 (P7): Phänomenologische Patientenorientierung

In den Einzelfallanalysen konnte beobachtet werden, dass die Beachtung der durch das Trauma entstandenen Situationsdynamik bei der Einführung der Broschüre hilfreich war, diese in einen sinnvollen Therapieverlauf zu bringen. Hier konnte die Broschüre durch jeweils auf die Dynamik abgestimmte und entsprechend gegensätzlich verwendete Metaphern als Gegenpol der Situationsdynamik eingeführt und korrektiv eingesetzt werden.

Zudem wurde der prätraumatische Persönlichkeitsstil berücksichtigt und die Arbeit mit der Broschüre in der Therapie darauf abgestimmt. Auch der persönlichkeitsstypische Kontrollstil fand hierbei Berücksichtigung. Insgesamt zeigte sich ein sinnvolles Arbeiten darin, dass die Arbeit individuell auf die Persönlichkeit der Patienten abgestimmt wurde.

16.2.8 Prinzip 15 (P15): Offenbarung traumatischer Erfahrungen (coming out)

In der Einzelfallanalysen wurde deutlich, dass die Pat. sich die Elemente aus NW nach unterschiedlichen Kriterien aussuchen. Beispielsweise wurde deutlich, dass Traumabetroffene sich diejenigen Übungen auszusuchen, die ihnen am ehesten bei der Lösung des traumatischen Konfliktes und bei der Stabilisierung behilflich sind. Dies stellt insofern eine Herausforderung an den Berater dar, als

sie in der Stabilisierungsphase darauf achten sollten, dass die Pat. nicht durch destabilisierende Selbstmaßnahmen retraumatisiert werden.

16.2.9 Prinzip 17 (*P17*): - Konstruktionslogik beim traumatischen Prozeß

Hinsichtlich der Integration der Broschüre in einen sinnvollen Therapieverlauf hat sich gezeigt, dass die zentralen Bedürfnisse und Motive der Pat., die sich durch die Traumatisierung ergeben, berücksichtigt werden sollten.

Die Elemente aus der Broschüre wurden verwendet, um der Bewältigung des Traumas zu dienen. Die Pbn. (aus den Einzelfallanalysen) wählten u.a. die Elemente aus NW aus, die halfen, das traumakompensatorische Schema zu stärken (S.183 ff.) und die Polarisierung des traumatischen Konflikts im Traumaschema aufzulösen (S.185 ff.). Dies entspricht der Konstruktionslogik beim traumatischen Prozess.

17. REZEPTION UND DARSTELLUNG TRAUMATHERAPEUTISCHER ANSÄTZE UND TECHNIKEN, DIE FÜR DEN AUFBAU DES MANUALS RELEVANT SIND

17. 1 Hypnotherapeutische Anwendungen in der Traumatherapie

Die Hypno-Therapie ist die älteste Psychotherapieform, bei der hypnotische Trance und hypnotische Phänomene angewendet werden. Lange Zeit wurde die Hypno-Therapie von Techniken wie der Suggestion geprägt. Im Zustand der Suggestibilität wurde versucht, auf Gedanken, Erleben und Verhalten Einfluss zu nehmen. Die heutige Hypnotherapie, die sich seit ca. 1980 in Deutschland als eigenständige Therapieform begreift, ist mit dem Namen M.E. Erickson verbunden. Die Hypnotherapie (Erickson, Rossi, 1989) ist wegen ihrer Lösungs- und Ressourcenorientierung grundsätzlich ein Kurzzeit-Therapieverfahren. Ihre Effektivität ist in wissenschaftlichen Untersuchungen gut nachgewiesen (Kirsch, I. et al., 1995). Dies gilt vor allem dann, wenn man Hypnose einer kognitiv- verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Behandlung hinzufügt. Studien zufolge verdoppelt sich dann der Behandlungseffekt (Revenstorf, D., Prudlo, U., 1994). Hypnotherapeutische Techniken gewährleisten über imaginative Verfahren eine hinreichende Stabilisierung und kontrollierte Verarbeitung von Traumata. Die MPTT, theoretische Grundlage der Selbsthilfebroschüre und des Manuals zur Broschüre, ist ein mehrdimensionales psychodynamisches Verfahren, welches sich Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie bedient. In der Studie zeigte sich zudem, dass ein Großteil der Pbn. sich mit der Imagination von Gegenwelten helfen konnte. Daher kann erwartet werden, dass sie durch hypnotherapeutische Techniken ebenfalls unterstützt werden können. Somit liegt es nahe, hypnotherapeutische Techniken im Manual zu integrieren.

17. 2 Kognitive Verhaltenstherapie

Ein Schwerpunkt der Verhaltenstherapie bietet die kognitive Verhaltenstherapie. Der Fokus der Interventionen liegt sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der Ebene der Denk- und Wahrnehmungsmuster. Hauptrichtungen sind die

kognitive Therapie nach Beck (1976), die Rational Emotive Therapie nach Ellis (REVT, 1993, MNW, S. 133), die Änderungen des inneren Monologs durch Selbstinstruktion und Stressimpfung sensu Meichenbaum (1989, MNW, S.81, S.82) und das Problemlösetraining (1979, MNW, S.138, S.139). Im vorliegenden Manual werden diese Hauptrichtungen berücksichtigt, um dem Klienten in den verschiedenen Phasen der Beratung/Therapie hilfreiche Techniken an die Hand zu geben und ihnen zu helfen, Sicherheitsgefühl und Kontrolle wieder zu erlangen. Das Stressimpfungstraining wird als Rückfallprophylaxe empfohlen, das Problemlösetraining dient als Instrument der Selbstkontrolle und der Verhinderung von Gefühlen von Hilflosigkeit.

17.3 Der Einsatz imaginativer Techniken in der Traumatherapie

Durch Imaginationsverfahren lassen sich bestimmte mentale Vorstellungen herbeiführen, die sensorische, kognitive, motorische und affektive Komponenten enthalten, um auf diese Weise Empfindungen auszulösen, die Zustände der Entspannung erzeugen. In der Verhaltenstherapie werden Imaginationsverfahren genutzt, um bei Pat. über die Vorstellung einer Reihe genau strukturierter Situationen eine Verhaltensänderung herbei zu führen (z.B. Wolpes systematische Sensibilisierung, 1958). Jedoch auch in anderen Therapieverfahren findet man die Arbeit mit Imaginationen. Untersuchungen von Achterberg (1996) haben ihren Angaben nach ergeben, dass die meisten Menschen die Begabung besitzen, die Informationen ihres Körpers zu interpretieren, und schneller lernen, wenn sie eine Vorstellung der korrekten biologischen Bildern haben. In der Studie hat sich gezeigt, dass sich ein Großteil der Klienten durch Übungen vom Typ „Imagination“ helfen konnte, ihr psychisches Trauma zu bewältigen. Im Manual werden aus diesem Grund u.a. Phantasie Reisen durch den Körper zur Reduktion von Arousal (MNW, S. 45) sowie zur Reduktion bzw. Auflösung von Schmerzen vorgeschlagen (MNW, S.48, S.49).

17.4 Körperpsychotherapie und Trauma

Körperorientierte Psychotherapie ist eine Sammelbezeichnung für ein Bündel nicht klar abgegrenzter Therapieansätze, die in besonderem Maße körperliche Prozesse berücksichtigt. Am bekanntesten sind die Vegeto- Therapie von Wilhelm Reich (1937) und die Bioenergetik seines Schülers Alexander Lowen (1975).

Psychotraumen haben nach wissenschaftlichen Erkenntnissen eine physiologische Komponente, so dass man Korrelate und Verankerungen des traumatischen Konfliktes auf Körperebene vermutet. Sie zeigen sich beispielsweise in muskulären Verkrampfungen oder Energieblockaden, die mit Hilfe der körperorientierten Psychotherapie gelöst werden können. Die Myoreflextherapie, ein Verfahren zur Behandlung physiologischer Regulationsstörungen, wurde von Mosetter (2003) entwickelt. Hierbei handelt es sich um ein physiotherapeutisches Verfahren, das die Selbstregulation des Körpers unterstützt. In der Mitbehandlung traumatischer Klienten gibt es hierdurch gute Erfolge.

Im Manual (MNW, S. 102) gibt es zu diesem Verfahren Empfehlungen. Weiterhin werden Übungen zum Körpergewahrsein (MNW, S.33,S.34) und Übungen aus der Bioenergetik (MNW, S. 112) vorgestellt.

17.5 Gestalttherapeutische Ansätze in der Traumatherapie

Der Begriff „Gestalttherapie“ umfasst psychotherapeutische Vorgehensweisen mit relativ großer Variationsbreite der theoretischen Orientierung und der praktischen Vorgehensweise. Sie geht in ihren Grundlagen vor allem auf den Psychiater Salomon Pearls zurück. Im gestalttherapeutischen Ansatz wird teilweise auf das Gedankengut anderer Verfahren zurückgegriffen, wie beispielsweise das der Gestaltpsychologie, der Psychoanalyse, der Phänomenologie, des Psychodrama und des Existentialismus.

Gestalttherapie arbeitet beziehungsorientiert im Hier und Jetzt, d.h., sie fokussiert auf die Awareness der Phänomene, wie sie gegenwärtig im Leib und im Beziehungsgeschehen der therapeutischen Situation erlebt werden (Pearls, 1989, 1990). Ihre Methoden dienen dazu, den inneren Kontakt mit bisher

abgewehrtem psychischem Material aufzunehmen und es zu integrieren. Daher eignet sie sich in der Behandlung von Traumata besonders zur Traumabearbeitung und zur Integration des Traumas in die Persönlichkeit. Die Klienten profitieren in der Gestalttherapie von deren strukturaufbauendem Potential und ihrer zentrierenden, schützenden und haltgebenden Fähigkeit. Für traumatisierte Personen entsteht so die Möglichkeit, zunächst ihren „Boden“ wieder zu finden (Stabilisierung), dann die belastenden Erinnerungen bewusst und steuerbar auf den zuerst noch notwendigen Abstand zu bringen und danach erst im Schutze der therapeutischen Beziehung und in einem angemessenen Tempo die Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis zuzulassen.

Im Manual werden Übungen zur Strukturierung (MNW, S. 128,140) sowie zur Verarbeitung und Integration (MNW, S. 70, S.72, S.97) aus der Gestalttherapie verwendet.

17.6 Kommunikation in Beratung und Therapie

In Theoriebildung und Anwendungsbereichen der sozialen Kommunikation, also der Kommunikation zwischen zwei und mehreren Menschen, bestehen einige Übereinkünfte über Begrifflichkeiten. Neben Begriffen wie Paralinguistik (Laute werden erzeugt, jedoch gibt es keine einheitlichen Regeln) und Metakommunikation (Kommunikation über Kommunikation) hat sich eine Unterscheidung zwischen nonverbaler und verbaler Kommunikation herausgebildet. Die nonverbale Kommunikation (auch Körpersprache genannt) gilt als der ältere Teil der Kommunikation. Als wichtigste Elemente gelten Zeichen oder Signale, die von anderen wahrgenommen und entschlüsselt werden können. Im Vergleich zu verbaler Kommunikation ist nonverbale Kommunikation oftmals wirkungsvoller, da sie unmittelbarer funktioniert und im Gegenüber auch nicht-rationale Teile anspricht.

Verbale Kommunikation ist Verständigung, die über gesprochene und geschriebene Sprache erfolgt. Sie beinhaltet nicht nur eine oder mehrere sachliche Nachrichten, sondern enthält darüber hinaus noch weitere wichtige Nachrichten. Watzlawik (1964) postulierte als erster, dass Kommunikation immer Aspekte des Inhalts und Aspekte der zwischenmenschlichen Beziehung

aufweist. Dieser Ansatz wurde später von Schulz von Thun (1981) erweitert. Er spricht von vier Seiten einer Nachricht, der Sache, der Beziehung, der Selbstoffenbarung und des Appells. Störungen in der Kommunikation entstehen dann, wenn Sender und Empfänger unterschiedliche Schwerpunkte bei der Intension, Wahrnehmung und Interpretation der Nachricht legen. Beratung und/oder Therapie traumatischer Menschen nach der MPTT setzt die Beziehungsgestaltung vor der Technik. Aus diesem Grund ist es von besonderer Wichtigkeit, die nonverbale und verbale Kommunikation in der Beratungs-/Therapiesituation zu betrachten. Im Manual gibt es Vorschläge dazu, was bei welchen Klienten zu berücksichtigen sinnvoll erscheint (MNW, S. 12 ff). Darüber hinaus habe ich mir erlaubt, die sichtbar gewordenen Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu berücksichtigen. Selbstverständlich wird aus den entsprechenden „Tipps für die Berater“ vom „durchschnittlichen“ Mann bzw. der „durchschnittlichen“ Frau ausgegangen. Abweichungen der Verhaltensweisen in jegliche Richtungen sind selbstverständlich möglich und sollten berücksichtigt werden.

18. DARSTELLUNG UND BEGRÜNDUNG FÜR DEN AUFBAU DES MANUALS

Der Aufbau des Manuals folgt den vier Dimensionen sowie den relevanten Prinzipien der MPTT und ordnet die erweiterten Techniken, Tipps und Ratschläge für den Berater/Therapeuten dort ein. Zu den einzelnen Übungen werden Alternativen und Erweiterungen formuliert.

19. DAS BERATERMANUAL

Das Beratermanual wird aus technischen Gründen ausgegliedert und in einem zweiten Band vorgelegt. Soweit in diesem Teil der Arbeit auf Inhalte des Manuals verwiesen wird, erfolgt eine Kennzeichnung (z.B. MNW, Seite...).

20. DISKUSSION UND AUSBLICK

Vorliegende Arbeit fällt methodologisch in den Bereich der Entwicklung von psychotherapeutischen Methoden und Therapie- bzw. Beratungsinstrumenten und konnte entsprechend methodisch analog der „Entwicklung von Forschungsmethoden und – instrumenten“ aufgebaut werden, wie in KÖDOPS (S. 284) beschrieben. Im gegenwärtigen Stadium der Entwicklung handelt es sich um eine explorative Studie, bei der vor allem ein hypothesensuchendes und eher qualitativ ausgerichtetes Vorgehen in Frage kam. Ziel war es, die vorhandenen klinischen Erfahrungen in der Arbeit mit NW zusammen zu tragen und zu systematisieren. Bezüglich der Theoriebildung und Literaturoauswahl erschien primär die Berücksichtigung vergleichbarer Ansätze und Beiträge aus verschiedenen therapeutischen Schulen relevant. Ebenso wurden theoretische Konzepte und Modelle berücksichtigt, die der Selbsthilfebroschüre zugrunde liegen.

In einem ersten Schritt wurde deshalb ein Fragebogen entwickelt, der die Erfahrungen der Klienten in der Arbeit mit NW erfasste. Dieser Fragebogen (siehe Anhang) enthält offene und geschlossene Fragen, die in der Arbeit dargestellt und ausgewertet wurden. Hierzu wurde nach Miles & Huberman (1994) komplexitätsreduzierend vorgegangen. Entsprechend wurden die Daten codiert, in eine Datenmatrix eingetragen und die für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Daten mit einem Statistikprogramm für Sozialwissenschaften (SPSS) ausgewertet.

In einem zweiten Schritt wurden vergleichende Einzelfallstudien durchgeführt. Hierzu wurden aus der Stichprobe 5 Therapiefälle gezogen und die Therapieverläufe beschrieben und analysiert, um die Arbeit mit NW in der Psychotherapie traumatisierter Personen darzustellen und Effekte sichtbar zu machen, die durch den Einsatz der Broschüre entstanden.

Nach Sichtung und Auswertung der quantitativ und qualitativ erfassten Daten wurden Kategorien gebildet, denen Hypothesen zugeordnet wurden, die mit dem hermeneutischen Exklusionsverfahren (Fischer, 2000b) systematisch auf ihre Gültigkeit hin überprüft wurden. Die Ergebnisse bildeten die Grundlage für die Vorschläge an die Berater / Therapeuten, die in das Manual mit eingingen.

In diesem Stadium der Methodenentwicklung wäre eine systematische Evaluation verfrüht gewesen. Die Evaluation eines Therapieinstrumentes erscheint sinnvoll, wenn Selbsthilfebroschüre und Beratermanual systematisch aufeinander abgestimmt vorliegen. Ein nächster Schritt könnte eine differentielle Evaluierung der Selbsthilfebroschüre darstellen. Das hierzu notwendige Datenmaterial für die quantitative Auswertung könnte u.a. mit einem Fragebogen für Berater/Therapeuten erhoben werden. Ein Vorschlag für diesen Fragebogen wird im Anhang beigefügt. Sinnvolle Fragestellung für eine differentielle Evaluierung könnte sein:

- Welchen zusätzlichen Effekt trägt der Einsatz der Broschüre bei im Vergleich mit psychotraumatologischer Fachberatung ohne den Einsatz von Schriftmaterial?

- Welche möglicherweise zusätzlichen Effekte ergeben sich, wenn die Selbsthilfebroschüre NW multimedial unterstützt wird durch das inzwischen vorliegende Videoband bzw. DVD?

21. LITERATURVERZEICHNIS

- Achterberg,J. (1989) Heilung durch Gedankenkraft. Die heilende Kraft der Imagination. Scherz Verlag. Bern.
- Achterberg, J. (1996) Rituale der Heilung. Die Kraft von Phantasiebildern im Gesundungsprozess. Goldmann Verlag.München.
- Angenendt, G., Fischer,G. (2001) Hurra, ich lebe wieder! Arbeit mit einem Selbsthilfemanual in der Psychotherapie chronifizierter Traumatisierung. Thieme-online. Psychotraumatologie, 2: 21.
- Backhaus,J., Riemann,D. (2000) Selbstmanagement-Programm zur nichtmedikamentösen Behandlung psychophysiologischer Ein – und Durchschlafstörungen . Hogreve. Göttingen.
- Bandler,R.,Grinder,J. (1992) Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. 5.Auflage.Junfermann. Paderborn.
- Bandler,R.,Grinder,J. (1994) Metassprache und Psychotherapie. 8.Auflage Junfermann. Paderborn.
- Becker-Fischer, M., Fischer, G. (1996) Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie - was tun? Asanger. Heidelberg.
- Bergmann, M.S. (1998) Die Interaktion zwischen Trauma und intrapsychischem Konflikt in der Geschichte der Psychoanalyse. In: AM Schlösser, K. Höhfeld (Hrsg.) Trauma und Konflikt, 113-130. Psychosozial. Gießen.
- Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek,G., Kimmel, E, Fischer, G. (2001) Prävention und Behandlung von Psychotraumen. eReader 2.0 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät . Köln.
- Bering, R., Horn,A., Fischer, G. (2002) Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Psychotraumatologie .Thieme . 2002, 3: 27. Stuttgart.
- Burgess,P.W., Wood,R.L.(1990) Neuropsychologie of behaviour disorders following brain injury. In:Wood R.L.: Neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury: 110-133.Taylor & Francis. New York.

Brähler, C., Adler, (Hrg.) Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Psychosozial, 47-80. Gießen.

Brom,D., Kleber,R.J., Defares,P.B. (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57;607-612.

De Bellis, M.D., Baum,A.S., Birmaher,B., Ryan, N.D.(1997) Urinary catecholamine excretion in childhood overanxious and posttraumatic stress disorder. Annals of the New York Academy of Science 821;451-455. New York.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien. Huber. Bern.

Ehlert,U., Wagner,D., Heinrichs, M., Heim, C. (1999) Psychobiologische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt,70:773-779.

Ellis,A. (1993) Die rational- emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. Verlag J. Pfeiffer, Reihe Leben lernen, Nr. 26. München.

Erickson,M.H., Rossi,E.L., Rossi, S.I.(1976) Hypnotic Realities. New York, Irvington. Deutsch: Hypnose. Pfeiffer. München.

Erickson,M.H.,Rossi,E.L. (1989) Hypnotherapie. Pfeiffer. München.

Fischer, G. (1981) Wechselseitigkeit: interpersonelle und gegenständliche Orientierung in der sozialen Interaktion. Huber . Bern/Stuttgart/Wien:.

Fischer, G. (1983) Paradoxe Intervention und Einsicht. Z Psych Psychosom Med Pslg. Wiederabgedruckt in Fischer, G. (1998) Konflikt, Paradox und Widerspruch, 98-109. Für eine dialektische Psychoanalyse. Fischer Tb. Frankfurt .

Fischer, G. (1996). Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie: Modell, Theorie und systematische Fallstudie. 2. Auflage. Asanger . Heidelberg.

Fischer, G. (1995) Die Transformation von Beziehungsschemata in der psychoanalytischen Langzeitbehandlung. In: E. Kaiser (Hg.) Psychoanalytisches Wissen. Beiträge zur Forschungsmethodik, 240-264. Westdeutscher Verlag. Opladen.

Fischer, G. (1998) Konflikt, Paradox und Widerspruch. Für eine dialektische Psychoanalyse. Fischer Tb. Frankfurt .

Fischer, G., Riedesser P. (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB. Reinhard.

Fischer, G., Fäh, M., Barwinski-Fäh, R. (1998) Überwindung des Äquivalenz-Paradoxon: Arbeitsmodelle zum Verständnis psychotherapeutischer Veränderung. In: M. Fäh, G. Fischer (1998, Hrsg.) Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung, 178-187.

Fischer, G. (1998b) Die Fähigkeit zur Objektsplaltung. Ein therapeutischer Veränderungsschritt bei Patienten mit Realtraumatisierung. In: Fischer, G. Konflikt, Paradox und Widerspruch. Für eine dialektische Psychoanalyse (S. 79-97). Fischer. Frankfurt Main.

Fischer, G., Riedesser, P. (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage. Reinhardt, München.

Fischer, G. (2000a) Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Heidelberg, Asanger.

Fischer, G. (2000b) Eds.: Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung. Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie (DIPT). Köln/ München .

Fischer, G. (2000c) Neue Wege nach dem Trauma - Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Vesalius . Konstanz.

Fischer, G. (2002) Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Patmos Verlag. Düsseldorf.

- Fischer,G.,Nathan,R. (2002) Diagnose der Psychodynamik bei Störungsbildern mit psychotraumatischer Ätiologie. Thieme-online. Psychotraumatologie 2002,3;28.
- Gordon,D. (1992) Therapeutische Methaphern. 4.Auflage. Junfermann. Paderborn.
- Hanh,T.N. (1997) Das Wunder der Achtsamkeit. Einführung in die Meditation. 7. Auflage. Theseus Verlag. Zürich, München, Berlin.
- Henderson,J. (2001) Embodying Well-Beeing oder Wie man sich trotz allem wohl fühlen kann. AJZ Druck Verlag. Bielefeld.
- Hinckeldey, v. S. (1999) Gedächtnisphänomene im Kontext psychotraumatischer Störungen. Psychologische Diplomarbeit am Insitut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln.
- Horowitz, M.J. (1976) Stress Response Syndromes. Aronson., New Yersey.
- Horowitz, M., Wilmer, N., Alvarez, W. (1979) Impact of Events Scale: A measure of subjective. Psychosomatic Medicine,41,(3).
- Jacobson (Ed.) Psychotherapeuten in der klinischen Praxis: Kognitive und Verhaltensperspektiven. Guilford Press, 10-77. New York.
- Jüttemann, G. (1990) (Hrsg.) Komparative Kasuistik. Asanger. Heidelberg
- Janoff-Bulman, R. (1992) Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. The Free Press. New York.
- Kanfer, F. H., Schefft, B. (1987) Self-management therapy. In: N. S. Jacobson (Ed.) Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives. Guilford Press, 10-77. New York.
- Kirsch, I., Montgomery, G., Sapirstein, G. (1995) Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63.

Kopper,M. (2003) Gruppenübungen bei traumatisierten Klienten. Mündliche Überlieferung.

Kutschera,G., Harbauer,E.M. (1996) In Resonanz leben durch die Kraft Deiner Quelle: Phantasiereisen im NLP. Junfermann. Paderborn.

Lazarus,A.(1982) Innenbilder. Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe. Pfeiffer. München.

Lindy,J.D.(1993). Focal psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. In:Wilson,J.P.,Raphael,B.(Eds.). International Handbook of Traumatic Stress Syndroms, 803-809. Plenum Press. New York.

Lindy,J.D. (1997) Psychoanalytic psychotherapie of Posttraumatic Stress Disorder:The Nature of the Therapeutic Relationship.In: B.A. Van der Kolk, Mc. Farlane.A.C.,Weisaeth,D.L.(Eds.) Traumatic Stress: The Overwhelming experience on mind,body and society (S.525 – 536). The Guilford Press. New York.

Luther,M., Maaß,E.(1994) NLP-Spiele Spectrum:Basisarbeit.Übungen-Spiele-Phantasiereisen.Paderborn,Junfermann.

Maercker, M., Schützwohl, M. (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44,130-141.

Mahoney,M. (1977) Kognitive Verhaltenstherapie. Pfeiffer. München.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. (1997) : The peritraumatic dissociative experience questionnaire. In: Wilson, J. P., Keane, T. M. (Hrsg.) : Assessing psychological trauma on PTSD: A practitioners handbook. Guilford Press, 412-428 .New York,

Mc Ewen & Magarinos (1997) Stress effects on morphology and function of the hippocampus. *Annals of the New York Academy of science*, 821; 271-284.

- Meichenbaum,D. (1979) Kognitive Verhaltensmodifikation. Urban & Schwarzenberg, München.
- Meichenbaum,D.(1985) Stress inoculation training. Pergamon Press. New York.
- Meichenbaum,D. (1994) A clinical handbook/ practical therapist manual for accessing and treating adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) Institute Press. Waterloo,Ontario,Canada.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994) Qualitative data analysis. Sage Publications, London .
- Mitchell,J.T., Everly, G.S. (1998) Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention psychischer Traumatisierung. Deutsche Ausgabe Igl.A., Müller-Lange,J.: Deutsche Verlagsgesellschaft Stumpf und Kossendey. Wien.
- Mosetter, K., Mosetter,R. (2003) Kraft in der Dehnung. Ein Praxisbuch bei Streß, Dauerbelastung und Trauma. Walter Patmos Verlag. Düsseldorf.
- Nathan,R., Fischer, G.(2001) Psychosomatische Störungsbilder als Langzeitfolge des psychotraumatischen Belastungssyndroms (PTBS). Explorative Untersuchung und Modellentwicklung zur psychosomatischen Symptombildung. Thieme-online. Psychotraumatologie 2001; 2: 16.
- Nölke, M. (2002) Schlagfertigkeit. Das Trainingsbuch. Haufe Verlag. Freiburg.
- Ochberg, F.M.(1988) Post-traumatic Therapie and Victims of Violence. Brunner & Mazel. New York.
- Peace,A., Peace,B. (2002) Warum Männer nicht zuhören und Frauen schlecht einparken. Ullstein Verlag. München.
- Perls,F.S. (1989)Grundlagen der Gestalttherapie. Pfeiffer, München.
- Perls,F.S. (1990) Gestalt- Wachstum- Integration. Junfermann, Paderborn.
- Reddemann, L. (2002) Imagination als heilende Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 6.Auflage. Leben lernen 141. Pfeiffer bei Klett-Cotta.Stuttgart.

- Revenstorf, D., Prudlo, U. (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. *Hypnose und Kognition*, 11 (1+2).
- Rothschild, B. (2002) *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabearbeitung*. Synthesis Verlag. Essen.
- Schade, B., Schüffel, W., Schunk, T. (1998) A brief inventory to investigate stress reactions: The Posttraumatic Symptom Scale, 10-Items (PTSS-10) – the German version, Paper auf der Tagung der Europäischen Gesellschaft für Traumatische Stress Studien. Maastricht.
- Schedlich, C. (1998) *Entwicklung und Pilottestung eines Trauma-Inventars*. Psychologische Diplomarbeit am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln.
- Schulz von Thun, F. (1981) *Miteinander Reden - Störungen und Klärungen*. (Band 1) Reinbeck. Rowohlt.
- Strauß, B. (1996) *Quantitative Einzelfallanalysen – Grundlagen und Möglichkeiten*. In: E. Brähler, C. Adler (Hrg.) *Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren*. Psychosozial, Gießen, 15-46.
- Sullivan-Everstine, D., Everstine, L. (1997) *Krisentherapie*. 3. Auflage. Klett-Cotta. Stuttgart.
- Southwick, S.M., Krystal, J.H., Bremner, J.D., Morgan, C.A., Nicolaou, A., Nagy, L.M., Johnson, D.R., Hening, G.R., Charney, D.S. (1997) *Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 54; 749-758.
- Thomä, H., Kächele, H. (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. I Grundlagen, Springer, Berlin .
- Ulrich, R., Ulrich, R.; (1993) *Das Assertiveness-Training-Programm ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. Verlag Pfeiffer. München.

- Van der Kolk, B.A. et al. - Desnos . In: Fischer, G. (1999) Kölner Dokumentationssystem für dialektische Psychotherapie und Traumabehandlung. Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie (DIPT). Köln/ Much .
- Van der Kolk, B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (Eds.) (1996) Trauma and memory. Traumatic Stress. Guilford Press, S. 279-302. New York.
- Van Etten, M., Taylor, S. (1998) Comparative Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta Analysis. Clinical Psychologie and Psychotherapie 5; 126 – 144.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967, dt. 1969) Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Huber. Bern.
- Watzlawick, P. (1964) An Anthology of Human Communication: Text and Tape. (Science and Behavior Books). Palo Alto.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1974) Change. W.W. Norton. New York. Deutsch: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Verlag Hans Huber. Bern, Stuttgart, Wien.
- Watzlawick, P. (1976) How Real is Real? Confusion, Disformation, Communication. Random House. New York . Deutsch: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? München, Zürich, Piper.
- Weakland, J.H., Jackson, D. (1958) Patient and therapist observation on the circumstances of a schizophrenic episode. In: Archives of Neurology and Psychiatry, 79, S. 544-574.
- Winnicott, D.W. (1954, dt. 1976) Die depressive Position in der normalen emotionalen Entwicklung. In: Winnicott, D.W. (1960) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, 270-192. Kindler, München.
- Wolpe, J. (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press. Stanford.

22. VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tabelle 1	Format Konfliktbogen, Darstellung der Gegensatzpaare des traumatischen Konfliktes der Patientin Frau S.	54
Tabelle 2	Ausschnitt aus Traumabogen 1 am Beispiel der Patientin Frau S.	58
Tabelle 3	Traumabogen 2 am Beispiel der Patientin Frau S.	61
Tabelle 4	Zuordnung der Übungen aus NW zu den Prinzipien und Standardinterventionslinien der MPTT	70
Tabelle 5	Zuordnung der Tipps aus NW zu den Prinzipien und Standardinterventionslinien der MPTT	71
Tabelle 6	Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht	73
Tabelle 7	Verteilung der Stichprobe nach belastenden Ereignissen	74
Tabelle 8	Die Erwartungen der Pb. an die Broschüre	75
Tabelle 9	Therapeutische Begleitung der Stichprobe bei der Arbeit mit NW	75
Tabelle 10	Zeitpunkt des Arbeitsbeginns mit der Broschüre in der Stichprobe	77
Tabelle 11	Verteilung der Stichprobe nach Unterscheidung „akut vs. mittelfristiger“ Verlaufsprozeß	77
Tabelle 12	Relation der traumatischen Ereignisse zur Vortraumatisierung und Einschätzung des traumatischen Prozesses in der Stichprobe	78
Tabelle 13	Auswahl der ausgewählten Übungen (gesamt) nach Geschlecht	79
Tabelle 14	Verteilung der ausgewählten Übungen (gesamt) nach Geschlecht	80
Tabelle 15	Ausgewählte Übungskategorien nach Geschlecht	81
Tabelle 16	Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der favorisierten Übungen zwischen den chronisch vs.	

	akuten Pbn.	82
Tabelle 17	Erleben der Informationen aus NW der Gesamtstichprobe	83
Tabelle 18	Angaben der Gesamtstichprobe zu den hilfreich erlebten Informationen	84
Tabelle 19	Die Anzahl der als hilfreich erlebten Tipps nach Geschlecht	85
Tabelle 20	Ausgewählte Tipps der Pbn. nach Geschlecht	86
Tabelle 21	Neue Erfahrungen der Pbn. durch die Arbeit mit NW nach Geschlecht	89
Tabelle 22	Vergleich der neuen Erfahrungen nach der Arbeit mit NW mit dem erlebten traumatischen Ereignis	91
Tabelle 23	Zufriedenheit der Pbn. mit der Broschüre	92
Tabelle 24	Vorschläge der Pbn. zur Verbesserung der Broschüre nach Geschlecht	93
Tabelle 25	Persönlichkeitsorganisationen, deren Defizite und Bedürfnisse	176

23. VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abbildung 1	Neurohormone bei Psychotrauma	22
Abbildung 2	Blockierte Informationsverarbeitung bei Trauma	23
Abbildung 3	Implizites und explizites Gedächtnis	24
Abbildung 4	Verlaufsmodell psychischer Störungen, Komorbiditäten	26
Abbildung 5	Hirndurchblutung im PET I	27
Abbildung 6	Hirndurchblutung im PET II	27
Abbildung 7	Überblick über die Prädiktoren von PTBS	28
Abbildung 8	Überblick zur zielgruppen- orientierten Intervention	31
Abbildung 9	Verlaufsmodell einer psychischen Traumatisierung	38
Abbildung 10	Allgemeines dialektisches Veränderungsmodell (ADVM)	41
Abbildung 11	Verfehlen der minimalen Differenz	42
Abbildung 12	Übersicht über die biphasische Reaktion und der Zyklus der Traumaverarbeitung	44
Abbildung 13	Konfliktparallelogramm am Beispiel der Patientin Frau S.	55
Abbildung 14	Psychodynamik des Traumas	56
Abbildung 15	Verteilung der belastenden Ereignisse in der Stichprobe	74
Abbildung 16	Das Maß an hilfreich empfundenen Tipps aus NW der akut vs. chronischen Pbn. in der Stichprobe	88
Abbildung 17	Das Maß an hilfreich empfundenen Übungen aus NW der akut vs. chronischen Pbn. in der Stichprobe	88
Abbildung 18	Das Maß an hilfreich empfundenen Informationen aus NW der akut vs. chronischen Pbn. in der Stichprobe	88
Abbildung 19	Konfliktparallelogramm des Patienten Herrn O.	109
Abbildung 20	Traumasma des Patienten Herrn O.	110
Abbildung 21	Veränderungsschritte des Patienten Herrn O.	111

Abbildung 22	Erreichte Punktwerte des Herrn O. im PTSS-10	112
Abbildung 23	Erreichte Punktwerte des Herrn O. im IES	112
Abbildung 24	Konfliktparallelogramm des Patienten Herrn S.	115
Abbildung 25	Traumasma des Patienten Herrn S.	116
Abbildung 26	Erreichte Punktwerte des Herrn S. im PTSS-10	120
Abbildung 27	Erreichte Punktwerte des Herrn S. im IES	121
Abbildung 28	Veränderungsschritte des Herrn S.	121
Abbildung 29	Konfliktparallelogramm des Patienten Herrn M.	123
Abbildung 30	Traumasma des Patienten Herrn M.	124
Abbildung 31	Erreichte Punktwerte des Herrn M. im PTSS-10	127
Abbildung 32	Erreichte Punktwerte des Herrn M. im IES	127
Abbildung 33	Veränderungsschritte des Herrn M.	128
Abbildung 34	Konfliktparallelogramm der Patientin Frau G.	130
Abbildung 35	Traumasma der Patienten Frau G..	131
Abbildung 36	Erreichte Punktwerte der Frau G. im PTSS-10	136
Abbildung 37	Erreichte Punktwerte der Frau G. im IES	136
Abbildung 38	Veränderungsschritte der Frau G.	137
Abbildung 39	Konfliktparallelogramm der Patientin Frau S.	140
Abbildung 40	Erreichte Punktwerte der Frau S. im PTSS-10	153
Abbildung 41	Erreichte Punktwerte der Frau S. im IES	153
Abbildung 42	Veränderungsschritte der Frau S.	182
Abbildung 43	Auswahl der Informationen aus NW der akut vs. chronischen Pbn. der Stichprobe	182
Abbildung 44	Auswahl der Übungen aus NW der akut vs. chronischen Pbn. der Stichprobe	182
Abbildung 45	Auswahl der Tipps aus NW der akut vs. chronischen Pbn. der Stichprobe	182

24. ANHANG

1. Kölner Risiko Index (aus KÖDOPS, 2000b)

Einflußgröße	Kriterien	Mögliche Werte	Wert
Deliktart	Bei allen Delikten/Vorfällen mit <i>schwerer</i> körperlicher und/oder seelischer Verletzung (z.B. Bedrohung/Angriff mit einer Waffe, Vergewaltigung, Geiselnahme, Überfall mit schwerer Körperverletzung) = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Lebensbedrohlichkeit	Bei <i>objektiv</i> lebensbedrohlicher Situation und/oder bei <i>subjektiv</i> erlebter Todesangst = 2, sonst = 0	0 oder + 2	
Peritraumatische Dissoziation	Bei Anzeichen dissoziativen Erlebens während der traumatischen Situation. Beispiele: Bei einer starken Diss.-Erfahrung = 1; bei verschiedenen Diss.-Erfahrungen, die aber alle nicht so stark waren = 2; bei mehreren verschieden stark ausgeprägten Diss.-Erfahrungen = 3; bei extremem Dissoziieren auf mehr als zwei Arten = 4	0 bis + 4	
Mehrfachtraumatisierung	Bei Hinweisen auf <i>weitere</i> traumatische Erfahrungen (egal, wie lange zurückliegend). Bei einer weiteren Erfahrung = 0,3; bei zwei weiteren Erfahrungen = 0,6. Bei sehr schweren früheren Erfahrungen und wenn diese in auffälliger Weise reaktiviert sind, bis zu 2 Punkte	0; + 0,3; + 0,6 usw. bis + 2	
Schwere der traumatischen Situation	Hier kann eine Einschätzung der „objektiven“ Schwere des Vorfalls erfolgen, Werte zwischen 0 und 1 (durchaus eine Zusammenfassung der anderen Situationsfaktoren der Liste <i>außer</i> Dissoziationen und Mehrfachtraumatisierungen)	0 bis + 1	
Dauer der traumatischen Situation	<i>Reale</i> Dauer der traumatischen Situation. Bei sehr langen traumatischen Situationen (über 30 Minuten) = 1; sonst = 0	0 oder +1	
Negative Erfahrungen	Bei negativen Erfahrungen mit Polizei, Gericht, Behörden etc. = 0,5; waren diese besonders belastend	0; + 0,5; + 1	

mit Funktions-trägern	(werden z.B. immer wieder erwähnt) = 1; sonst = 0		
Negative Erfahrungen in der sozialen Umwelt	Z. B. bei Äußerungen wie „man solle sich nicht so anstellen“ und bei Opferbeschuldigung etc. = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Schwere der Verletzung	Bei sehr schweren Verletzungen, insbesondere wenn bleibende körperliche und/oder seelische Beeinträchtigungen (z.B. Narben im Gesicht, Berufsunfähigkeit) zu erwarten sind = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Bekanntheit des Täters	Wenn der Täter bekannt ist oder Gewalt innerhalb von Beziehungen (Partnerschaft, Familie) vorliegt = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Arbeitslosigkeit	Bei Arbeitslosigkeit des Opfers = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Schulbildung	Bei mittlerer Schulbildung (etwa Realschule) = - 1, bei Abitur o.ä. = - 2	0 bis - 2	
Auswertung: Addition aller Punktwerte <i>außer</i> des Punktwertes bei „Schulbildung“; letzterer wird <i>subtrahiert</i> . Bei einer Gesamtsumme ab 6,4 = erhöhtes PTBS -Risiko.		Summe	

Eingesetzter Fragebogen zur Erhebung der Daten

1. Bitte schildern Sie im Folgenden kurz, was Sie erlebt haben. Es reicht aus, wenn Sie Stichworte notieren.

2. Gab es vor diesem belastenden Ereignis schon einmal Situationen oder Ereignisse in ihrem Leben, die Sie als sehr belastend empfunden haben?

Ja nein

Wenn ja, um welches Ereignis / welche Ereignisse handelte es sich ?

Wie/Womit haben Sie sich in der damaligen Situation geholfen?

Hatten Sie damals Hilfe?

Ja nein

Wenn ja, durch wen oder was haben Sie Hilfestellung erfahren?

3. Auf welchem Wege haben Sie die Broschüre „Neue Wege nach dem Trauma“ erhalten?

Selbst erworben

durch Human Protect

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Köln

Traumazentrum Krefeld

Traumazentrum Diez

Sonstiges:.....

4. Haben Sie von jemandem eine Anleitung zum Umgang mit der Broschüre erhalten?

ja nein

Wenn ja, von wem und welche?

5. Welche Gefühle hatten Sie, als Sie die Broschüre das erste Mal in der Hand hielten?

6. Wie lange nach dem Ereignis haben Sie die Broschüre erhalten?

Unmittelbar danach einen bis drei Tage später 1 Woche später
sonstiges und zwar.....

7. Wie lange nach dem Ereignis haben Sie begonnen, mit der Broschüre zu arbeiten?

Unmittelbar danach einen bis drei Tage später 1 Woche später
Sonstiges und zwar

8. Waren Sie bereits vor Durcharbeiten der Broschüre „Neue Wege nach dem Trauma“ in therapeutischer Behandlung oder haben Sie davor schon eine Beratung in Anspruch genommen?

Ja nein

Wenn ja, worum handelte es sich dabei genau?

Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
Psychoanalyse Psychologische Beratung
sonstiges und zwar

Was hat Sie damals bewogen diese Therapie/ Beratung in Anspruch zu entnehmen?

Wie lange lag das Ende dieser Therapie vor dem oben geschilderten traumatischen Ereignis zurück?

Ca. 1 Monat ca. 3 Monate ca. 6 Monate ca. 1 Jahr ca. 2 Jahre
ca. 3 Jahre länger als 3 Jahre

9. Waren Sie während des Durcharbeitens der Broschüre „Neue Wege nach dem Trauma“ in therapeutischer Behandlung, oder haben Sie währenddessen eine Beratung in Anspruch genommen?

ja nein

Wenn ja, um welche/s Therapieverfahren/ Beratungsstelle handelte es sich dabei genau?

Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
Psychoanalyse Psychologische Beratung durch
anderes weiß nicht

10. Wurde die Broschüre in den Therapieverlauf integriert?

ja nein gelegentlich sonstiges und zwar

Wenn ja, inwiefern?

Wenn nein, was sprach dagegen?

Wenn gelegentlich, in welcher Weise?

Haben Sie sich von Ihrem Therapeuten /Ihrer Therapeutin bei den Übungen/ Informationen aus der Broschüre ausreichend unterstützt gefühlt?

Ja Nein

Wenn nein, was hätte er /sie anders bzw. besser machen können?

11. Haben Sie sich nach dem Durcharbeiten der Broschüre zu einer therapeutischen Behandlung oder einer Beratung entschieden?

ja nein

Wenn ja, wer oder was hat Sie dazu bewogen?

In welcher Form fand die Therapie/Beratung statt?

- Einzeltherapie Gruppentherapie Verhaltenstherapie
tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
Psychoanalyse
Psychologische Beratung durch
anderes weiß nicht

12. Die Broschüre enthält Informationen, Tipps und Übungen. Welche haben Sie als besonders hilfreich erlebt?

A) Informationen alle einige , und zwar (bitte Stichwort und Seitenzahl)): 1)2)3)4)

B) Tipps: alle einige , und zwar (bitte Stichwort und Seitenzahl):

1)2)3)4).....

C) Übungen: alle einige , und zwar (bitte Stichworte):

1)2)3) 4)
.....

13. Was konkret an den Informationen, Tipps und Übungen hat Ihnen geholfen? (Bitte ggf. obige Nummerierung verwenden, (z.B. B,3)

14. Wie war Ihr Befinden (Ihre Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen, Verhalten) vor dieser Übung(en), wie war es, nachdem Sie die Übung(en) angewendet haben?

15. Wie hat sich Ihr Befinden aus Ihrer Sicht durch das Durchführen der Übung(en) verändert?

16. Welche neuen Erfahrungen haben Sie durch die Übung(en) hinzugewonnen?

17. Gab es Informationen, Tipps oder Übungen mit denen Sie nichts anfangen konnten, oder die Sie als hinderlich erlebt haben?

ja nein

Wenn ja, um welche Übung(en) /Informationen handelt es sich?

A) Informationen alle einige , und zwar (bitte Stichwort und Seitenzahl): 1)2)3) 4)

B) Tipps: alle einige , und zwar (bitte Stichwort und Seitenzahl): 1)2)3) 4).....

C) Übungen: alle einige , und zwar (bitte Stichworte): 1)2)3) 4)
.....

Was genau empfanden Sie daran als störend?

18. Welche Erwartungen hatten Sie im Vorfeld an die Broschüre?

.....

Inwieweit haben sich diese Erwartungen erfüllt?

gar nicht kaum etwas ziemlich völlig

Was haben Sie vermisst?

.....

19. Hatten Sie die Gelegenheit, die Übungen der Broschüre mit nahe stehenden Menschen gemeinsam durchzuführen?

Ja nein gelegentlich

Wenn ja, mit wem? (Freund, Partner usf.):

Wurden Sie anderweitig bei der Arbeit mit der Broschüre unterstützt?

Ja nein

Wenn ja, von wem erhielten Sie diese Unterstützung?

20. Wie schwierig empfanden Sie die Umsetzung der Übungen aus der Broschüre?

Sehr leicht leicht etwas schwierig schwer
unterschiedlich sonstiges und zwar

21. In welchen Situationen / Phasen haben Sie die Übungen/ Informationen aus der Broschüre angewendet

Nur in der Akutphase während des gesamten Zeitraumes
Wenn ich mich schlecht fühlte wenn ich mich besser fühlte
unabhängig davon wie ich mich fühlte nur in folgenden
Situationen.....
Sonstiges und zwar

22. In welchen Situationen/ bei welchen Beschwerden haben Sie welche Übung angewendet?

23. Wie viele Übungen aus der Broschüre haben Sie ungefähr durchgeführt?

(S)

Eine Übung 1-3 Übungen zwischen 3 und 6 Übungen mehr
als 6 Übungen alle Übungen sonstiges und zwar

24. Nach welchen Kriterien haben Sie die Übungen ausgesucht?

25. Wie empfanden Sie die Informationen der Broschüre insgesamt?

Sehr hilfreich etwas hilfreich kaum hilfreich eher belastend

Sonstiges und zwar

26. Wie häufig haben Sie mit der Broschüre gearbeitet?

Anfangs häufig, später weniger häufig

anfangs weniger häufig, später häufiger gleich bleibend häufig

einmal täglich mehrmals täglich einmal wöchentlich

mehrmals wöchentlich sonstiges und zwar

27. Gab es in der Zeit, als Sie mit der Broschüre arbeiteten, zusätzliche belastende Ereignisse?

Ja nein

Wenn ja, welches Ereignis / welche Ereignisse waren das?

28. Wie hilfreich empfanden Sie die Arbeit mit der Broschüre insgesamt?

gar nicht kaum etwas ziemlich sehr

sonstiges und zwar

29. Was könnte man Ihrer Meinung nach an der Broschüre besser oder anders machen?

1. In welcher Einrichtung sind Sie beschäftigt?

2. Welche Art von Beratung /Therapierichtung führen Sie üblicherweise durch/haben Sie durchgeführt?

Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
Psychoanalyse Psychologische Beratung
sonstiges und zwar

3. Wie sind Sie auf die Broschüre aufmerksam geworden?

4. Zu welchem Zeitpunkt, in welcher Phase der Therapie (siehe MPTT-idealtypischer Sitzungsverlauf) haben Sie die Broschüre eingeführt?

5. Waren die Vorschläge aus MNW zur Einführung der Broschüre in den Therapieverlauf nützlich?

Ja nein

6. Von welchem Vorschlag haben Sie am ehesten profitiert?

Berücksichtigung von :

MPTT-Dimension 1 : natürlicher Verlaufsprozess der traumatischen Erfahrung

MPTT-Dimension 2 : traumatische Situationserfahrung

MPTT-Dimension 3 : Persönlichkeit und soziales Umfeld

MPTT-Dimension 4 : Therapieverlauf

Sonstiges

7. Die Berücksichtigung welcher Vorschläge aus dem Manual schien Ihnen bei der Einführung der Broschüre am wenigsten wichtig?

.....

8. Welche Erwartungen hatten Sie selbst an die Arbeit mit „Neue Wege“?

- Erleichterung bei der Arbeit mehr eigene Sicherheit bei den Interventionen
- auf der „sicheren Seite“ bleiben Orientierungshilfe Broschüre als „strukturegebendes“ Instrument
- Broschüre als „Wegweiser“ des Therapeuten in der Therapie
- zusätzliche Unterstützung des Patienten im Alltag
- Einsatz der Broschüre als Instrument zum Selbstmanagement des Patienten

9. Welche Erwartungen hatten Sie selbst an die Arbeit mit dem Berater/Therapeutenmanual zu „Neue Wege“?

- Einsatz des Manuals als Orientierungshilfe
- Einsatz des Manuals als Entscheidungshilfe
- Vorschläge des Manual als Grundlage für die Entwicklung eigener Ideen
- Einsatz des Manuals als Sicherheit gebendes Instrument

10. Hat die Broschüre Ihre Erwartungen erfüllt?

Ja nein

Wenn ja, welche konkret? :

Wenn nein, inwiefern nicht?:

11. Hat das Manual zur Broschüre Ihre Erwartungen erfüllt?

Ja nein

Wenn ja, welche konkret? :

Wenn nein, inwiefern nicht?:

12. Gibt es in der Broschüre Informationen/Übungen/ Tipps, die Sie als Behandler weniger gut nachvollziehen / mit dem Pat. umsetzen konnten?

Ja nein

Wenn ja, um welche Informationen, Tipps, Übungen handelt es sich hierbei?
(Bitte die Kürzel aus dem Anhang verwenden)

13. Gibt es Übungen, Informationen, Tipps, die Sie bei der Arbeit mit dem Pat. besonders unterstützt haben?

Ja nein

Wenn ja, um welche handelt es sich konkret? (Bitte die Kürzel aus dem Anhang verwenden)

.....

14. Gibt es in der Broschüre Informationen /Übungen / Tipps, die Sie als Behandler eher als hinderlich für den Therapieverlauf erlebt haben?

Ja nein

Wenn ja, um welche handelt es sich konkret? (Bitte die Kürzel aus dem Anhang verwenden)

.....

15. Gibt es im Manual zur Broschüre Vorschläge oder Übungen, die Sie bei der Arbeit mit NW besonders unterstützt haben?

Ja nein

Wenn ja, um welche handelt es sich konkret? (Bitte die Kürzel aus dem Anhang verwenden)

.....

16. Gibt es im Manual zur Broschüre Vorschläge oder Übungen, die Sie als Behandler weniger gut nachvollziehen / mit dem Pat. umsetzen konnten?

Ja nein

Wenn ja, um welche handelt es sich hierbei? (Bitte die Kürzel aus dem Anhang verwenden)

17. Gibt es im Manual zur Broschüre Vorschläge oder Übungen, die Sie als Behandler eher als hinderlich für den Therapieverlauf erlebt haben?

Ja nein

Wenn ja, um welche handelt es sich konkret? (Bitte die Kürzel aus dem Anhang verwenden)

.....

18. An welchem Trauma leidet/litt der Pat.?

Beziehungstrauma Banküberfall Gewalttrauma

sonstiges

19. Haben Sie die Vorschläge im Manual zur Berücksichtigung der Situationsdynamik als hilfreich erlebt?

Ja nein

Wenn ja, um welche handelt es sich hierbei? (Bitte die Kürzel aus dem Anhang verwenden)

20. Haben Sie differentialdiagnostisch Komorbiditäten von Persönlichkeitsstörungen untersucht und festgestellt?

Ja nein

Wenn ja, um welche Störung handelt es sich?

21. Haben Sie die Vorschläge im Manual zur Berücksichtigung des prämorbidem Persönlichkeitsstils als hilfreich erlebt?

Ja nein

Wenn nein, aus welchem Grund?.....

22. Wie hat Ihrem Eindruck nach die Patientin die Broschüre aufgenommen?

- eher unwillig eher skeptisch mit gemischten Gefühlen
- eher gleichgültig eher erstaunt mit Erleichterung eher freudig
- begeistert sonstiges, und zwar

23. Welche Erwartungen hatte Ihrer Meinung nach der Pat. an die Broschüre?

- keine
- Hilfestellung im Alltag
- Hilfe beim Verstehen der Symptomatik
- Hilfe beim Wiederherstellen der Orientierung
- Unterstützung zur Alltagsbewältigung
- Wiedererlangen des Gefühls von Kontrolle und Sicherheit
- Reduktion der Symptomatik
- sonstiges, und zwar....

24. Hat sich die Broschüre eher positiv auf den Therapieverlauf ausgewirkt?

Ja nein

Wenn ja, inwiefern ?

Wenn nein, inwiefern nicht?

25. An welchen Stellen / in welchen Phasen/ Situationen des Therapieverlaufs erlebten Sie als Therapeut die Arbeit mit der Broschüre eher unterstützend ?

26. An welchen Stellen /Phasen/ Situationen erlebten Sie als Therapeut die Arbeit mit der Broschüre eher hinderlich ?

27. An welchen Stellen / in welchen Phasen/ Situationen des Therapieverlaufs erlebten Sie als Therapeut die Arbeit mit dem Manual eher unterstützend ?

28. An welchen Stellen /Phasen/ Situationen erlebten Sie als Therapeut die Arbeit mit dem Manual eher hinderlich ?

29. Welche Übung/ welche Informationen aus der Broschüre haben Sie als Therapeut besonders hilfreich erlebt?

alle einige nur die Informationen nur die Übungen
teils/teils sonstiges und zwar

30. Welche Übung/ welche Vorschläge aus dem Manual haben Sie als Therapeut besonders hilfreich erlebt?

alle einige nur die Vorschläge nur die Übungen
teils/teils sonstiges und zwar

31. Wie wurde die Broschüre psychodynamisch aufgenommen?

- Als Hilfe zur Wiederherstellung von Kontrolle und Eigenständigkeit
- Als lästige Auflage Als offenes Angebot, das der Pat. frei nutzen kann
- als Unterstützung in dem Bestreben selbst an der Heilung mit zu wirken,
- Als Hilfe zur Wiederherstellung eigener Handlungsfähigkeit
- Als Möglichkeit des Einbringens eigener „Leistung“

Sonstiges:

32. Haben Sie die Vorschläge zur Nutzung der Broschüre aus dem Manual als hilfreich erlebt?

alle einige
teils/teils sonstiges und zwar

33. Wie wurde die Broschüre vom Pat. beziehungsdynamisch aufgenommen?

- Als etwas „gemeinsames Drittes“ des Pat. und des Therapeuten/Beraters
- Als Möglichkeit gleichberechtigter Arbeit zweier Partner
- Als Versuch des Therapeuten, den Pat. zur Selbständigkeit anzuleiten
- Als Versuch des Therapeuten, sich Arbeit zu ersparen
- Als Versuch des Therapeuten, den Pat. zu nötigen

34. Hat die Pat. / der Pat. das Angebot zurückgewiesen ?

Ja nein

Wenn ja, mit welcher Begründung?

35. Waren Ihnen die Vorschläge aus dem Manual bzgl. dieser Situation eine Hilfe?

Ja nein

Wenn ja, mit welcher Begründung?

36. In welchen Abschnitten der Therapie hat die Pat. welche Übungen ausgewählt (siehe Erläuterungen und Signierungshilfen im Anhang)?

Übungen/Infos/Tipps in der Stabilisierungsphase, und zwar:

.....

Übungen/Infos/Tipps In der Konstruktionsphase, und zwar:

.....

Übungen/Infos/Tipps In der Rekonstruktionsphase, und zwar:

.....

37. Wie hat sich die Auswahl der Übungen dynamisch auf die verschiedenen Abschnitte der MPTT ausgewirkt (siehe MPTT- Checkliste und idealtypischer Sitzungsverlauf im Anhang)?

.....

38. In welchen Abschnitten der Therapie haben Sie die Pat. mit welchen Übungen aus dem Manual unterstützt (siehe Erläuterungen und Signierungshilfen im Anhang)?

.....

39. Wie hat sich diese Unterstützung dynamisch auf die verschiedenen Abschnitte der MPTT ausgewirkt (siehe MPTT- Checkliste und idealtypischer Sitzungsverlauf im Anhang)?

.....

Vielen Dank

Lebenslauf

Füssenichstr.23
50126 Bergheim
02271-75 44 88

Gabriele Angenendt

Angaben zur Person:

Name: Angenendt, Gabriele geb. Zech
geboren: 30.06.1961 in Hürth
Familienstand: verheiratet mit Klaus Angenendt, Rechtsanwalt,
2 Kinder (21J. ; 15J.)

Schulbildung:

1967-1971 Grundschule in Hürth
1971-1977 Realschule in Hürth
1985- 1987 Köln-Kolleg (Zweiter Bildungsweg), Abitur

Studium: 1989 – 1997 Studium an der Universität zu Köln
Schwerpunktfächer: Forensische Psychologie, Klinische Psychologie

Thema der Diplom-Arbeit: Akute psychophysiologische
Folgerscheinungen bei Opfern von Gewaltverbrechen-

Note: sehr gut

Abschluß: Diplom-Psychologie

Gesamtnote: gut

**Praktische
Tätigkeit:**

Praktikum in psychologischer Praxis / Bereich Psychotherapie und Gutachtenerstellung
Praktikum in gutachterlicher Praxis / Bereich Forensische Gutachten
3-jährige Tätigkeit auf akut-psychiatrischer Station der Landesklinik in Bonn
(während des Studiums im Pflege-Team)

Juni 1997 – laufend

Selbständig tätig in eigener Praxis :

- Bis Oktober 00 in 50126 Bergheim (Erfkreis)
- Ab Oktober 00 in 52421 Jülich (Kreis Düren)

Approbation als Psychologische Psychotherapeutin seit März `99
Kassenärztliche Zulassung im Richtlinienverfahren ab Oktober `00

Dozentin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und Psychoonkologie am
Rheinischen Institut für Verhaltensmedizin und Psychotherapie, Kleve

Dozentin für Psychoonkologie, Universität Köln

Aus- Weiterbildung:	2.91- 2.94	Hypnosetherapie-Ausbildung, Milton Erickson-Institut Köln
	1.98 -12.99	Verhaltenstherapie-Ausbildung, AVT-Köln, IVT Brandenburg
	5.98 - 5.99	Körperpsychotherapie-Ausbildung, Bonn
	9.98 - 9.99	Weiterbildung Psychoonkologie, Köln
	3.99 - 3.01	Weiterbildung Psychotraumatologie, Köln

Eigene
Publikationen : Angenendt,G.; Fischer,G.(2001): Hurra, ich lebe wieder! Arbeit mit einem
Selbsthilfemanual in der Psychotherapie chronifizierter Traumatisierung.
Thieme-Verlag. Fachzeitschrift für Psychotraumatologie.

Angenendt,G;Schütze-Kreilkamp.U.;Fischer,G. (2002):
Psychotraumatologische Onkologie der Brustkrebserkrankung.
Krankheitsverlauf und Interventionslinie. Thieme-Verlag. Fachzeitschrift
für Psychotraumatologie.