

# **Posttraumatische Belastungsstörung**

Schriftliche Abschlussarbeit im Rahmen der Ausbildung zur Psychologischen Beraterin an der  
Deutschen Paracelsus Schule

Verfasst von Christin Speck

Seitenzahl: 19

Hamburg, Juni 2004

## **Gliederung**

- 1. Einführung**
- 2. Biografische Angaben**
- 3. Beschreibung der Störung**
- 4. Diagnostische Einschätzung**
  - 4.1 Intrusives Wiedererleben
  - 4.2 Vermeidung traumarelevanter Reize und verminderte emotionale Reaktionsfähigkeit
  - 4.3 Übererregtheit
  - 4.4 Abgrenzung von anderen Störungen
- 5. Die eigene Rolle als Beraterin**
- 6. Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB**
  - 6.1 Entstehung der PTB nach Horowitz
  - 6.2 Vermeidung
  - 6.3 Dissoziation
  - 6.4 Emotionales numbing
  - 6.5 Angst
  - 6.6 Sekundärer Krankheitsgewinn
- 7. Planung der Therapie**
  - 7.1 Fragebogen zur Schwere der Symptomatik
  - 7.2 Konfrontationstherapie
  - 7.3 Kognitive Restrukturierung
  - 7.4 Progressive Muskelentspannung nach Jakobson
- 8. Verhaltenstherapeutische Interventionen**
  - 8.1 Konfrontation in sensu
  - 8.2 Kognitive Restrukturierung nach Beck
- 9. Einbeziehung des Partners in die Therapie**
- 10. Zusammenfassung und Erfolgskontrolle**
- 11. Literaturverzeichnis**

## 1. Einführung

Eines der Grundkonzepte des menschlichen Selbstbildes ist die Illusion der eigenen Unverletzbarkeit. Mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert zu werden, dem man mit totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit, Kontrollverlust und großem Entsetzen gegenübersteht zieht eine tiefe Erschütterung des Selbstbildes nach sich und kann weitreichende Folgen haben.

Schon seit Anfang des 20. Jahrhunderts wird die heute als Posttraumatische Belastungsstörung zusammengefasste Störung unter verschiedenen Bezeichnungen wie z.B. „Überlebensneurose“ Überlebender aus Konzentrationslagern oder „Kriegsneurose“ von zurückgekehrten Vietnamveteranen in der Psychologie beschrieben. In der heutigen Zeit ist das Risiko, während seines Lebens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt zu werden, aus unterschiedlichen Gründen drastisch angestiegen: Zunehmender Terrorismus wie der 11. September, Bali oder kürzlich Madrid zeigen. Konflikte und Bürgerkriege auf der ganzen Welt in denen Menschen Folter, sexuellem Missbrauch (die sogenannten „Vergewaltigungslager“ im Kosovo) und größter Gewalt ausgesetzt sind.

Naturkatastrophen wie Erdbeben, Flutkatastrophen, Großbrände oder Wirbelstürme haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen und hinterlassen bei den Betroffenen eine tiefe Verzweiflung.

Aber auch in einem kleineren Rahmen, in unserem näheren Umfeld können Menschen von traumatischen Ereignissen betroffen sein. Verkehrsunfälle, der Verlust eines geliebten Menschen, sexuelle Übergriffe oder Vergewaltigungen, Missbrauch und Gewalt innerhalb der Familie oder an Schulen, dies alles kann das Leben eines Menschen drastisch verändern und ihn „völlig aus der Bahn werfen“. Häufig schweigen die Betroffenen aus Scham und leiden still, manchmal noch Jahre nach dem Trauma, unter den schmerzlichen Erinnerungen.

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 8% gehört die Posttraumatische Belastungsstörung zu den häufigeren psychischen Störungen, es gibt Studien die belegen dass bis zu 50% aller Frauen die sexueller Gewalt ausgesetzt waren zumindest unter einigen Symptomen der Störung leiden.

Mein längerfristiges Ziel ist es im Rahmen meiner Tätigkeit als Krankenschwester für einen begrenzten Zeitraum Entwicklungshilfe zu leisten. Einsätze in Entwicklungshilfegebieten z.B. für die Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ sind häufig in Teilen der Erde in denen Bürgerkriege wüten oder gerade vorbei sind, das heißt wo Gewalt, Angst und Armut das Leben der Menschen beherrschen. Die Wahrscheinlichkeit, hier mit schwer traumatisierten Menschen zusammenzutreffen ist sehr hoch, deshalb habe ich mich dazu entschlossen, mich im Rahmen dieser Arbeit mit den Auswirkungen die zwischenmenschliche Gewalt und besonders sexuelle Gewalt gegen Frauen auf das Individuum hat und den Möglichkeiten zur Hilfestellung auseinander zu setzen.

## 2. Biografische Angaben

Frau B. ist 30 Jahre alt und von Beruf Erzieherin. Seit 5 Jahren arbeitet sie Teilzeit in einem Kindergarten und studiert neben ihrer Arbeit Sozialpädagogik an der Fachhochschule. Nun steht sie kurz vor dem Examen.

Sie wuchs in einer Kleinstadt auf und beschreibt ihre Kindheit und Jugend als weitestgehend harmonisch wenngleich überschattet von der Scheidung der Eltern als sie 11 Jahre alt war. Von diesem Zeitpunkt an lebte sie mit ihrer Mutter und der 3 Jahre älteren Schwester allein in einer Mietwohnung. Zu ihrer Schwester hat Frau B. ein sehr enges Verhältnis, die Beziehung zu ihrer Mutter, die keinen neuen Partner hat, beschreibt sie als zeitweise eher schwierig da diese viel krank und ihren Töchtern gegenüber sehr fordernd ist.

Der Kontakt zum Vater ist seit der Pubertät eher oberflächlich und sporadisch, „man spreche mal an Geburtstagen oder Weihnachten“. Ihr Vater ist nach der Trennung der Eltern aus beruflichen Gründen ins Ausland gegangen und lebt bis heute in einer recht weit entfernten Stadt.

Frau B. hat seit 6 Jahren einen festen Partner, seit 3 Jahren lebt sie mit ihm zusammen in einer Mietwohnung in der Stadt. Sie beschreibt die Beziehung als harmonisch und liebevoll mit normalen Höhen und Tiefen. Ihr Freund ist aus beruflichen Gründen des Öfteren für einige Tage verreist was Frau B. in der Vergangenheit keine Probleme bereitete. Vor einiger Zeit hat das Paar begonnen, Pläne für eine gemeinsame Zukunft und Kinder zu schmieden.

Frau B. fühlt sich beruflich und mit dem Studium voll ausgelastet, ihre Freizeit verbringt sie mit Freunden und ist sportlich aktiv.

## 3. Beschreibung der Störung

Frau B. kommt auf Anraten ihrer Schwester in die Beratung der sie schon seit längerer Zeit von Schlafstörungen und Problemen bei der Arbeit und im Studium erzählt hatte. Beim ersten Termin beginnt sie etwas zögerlich zu erzählen. Sie hat das Gefühl sich stark verändert zu haben, ist plötzlich sehr ängstlich, besonders wenn sie allein zu Hause ist, was durch die häufigen Reisen ihres Freundes oft vorkommt. Ständig hat sie eine innere Unruhe und Nervosität und kann sich auf nichts richtig konzentrieren, was ihr sehr zu schaffen macht, da sie so kurz vor den Prüfungen eigentlich sehr viel lernen müsste. Bei der Arbeit im Kindergarten geht ihr plötzlich alles auf die Nerven, die lärmenden Kinder kann sie manchmal kaum ertragen obwohl sie ihre Arbeit immer sehr gemocht hat. Insgesamt sagt sie, ist sie sehr leicht reizbar, würde bei jeder Kleinigkeit „in die Luft gehen“. Dies belastet ihre Beziehung sehr, da es meist ihr Freund ist der diese Ausbrüche und Launen abbekommt. Frau B. sagt sie erkennt sich manchmal selbst kaum wieder kann aber die extremen Stimmungsschwankungen nicht kontrollieren. Abends fühlt sie sich meist sehr erschöpft und müde, hat aber seit einiger Zeit große Probleme einzuschlafen und wird in der Nacht häufig wach, meist geweckt von Alpträumen.

Auf genaues Nachfragen seit wann diese Probleme auftreten beginnt Frau B. von einem Vorfall zu erzählen der jetzt 6 Monate zurückliegt:

Sie fuhr abends in der Dunkelheit auf dem Fahrrad von der Fachhochschule nach Hause und war gerade in einer schlecht beleuchteten Seitenstrasse als ein Fußgänger sie ansprach und bat anzuhalten. Er schien sich verlaufen zu haben und bat um Hilfe. Frau B. stieg vom Fahrrad ab und erklärte dem Mann was er wissen wollte. Als sie gerade weiterfahren wollte und ihm den Rücken zudrehte griff er sie plötzlich von hinten an und riss sie vom Fahrrad. Frau B. fiel auf den Rücken und verlor für einen Moment die Orientierung. Der Mann, den sie als sehr groß und kräftig in Erinnerung hat, zerrte sie in einen nahegelegenen Hauseingang und presste dabei seine Hand auf ihren Mund. Er versuchte, ihr die Kleider auszuziehen was ihm teilweise auch gelang und drohte damit sie umzubringen sollte sie versuchen sich zu wehren. Frau B. berichtet, sie sei wie gelähmt gewesen vor Angst und habe verzweifelt versucht, klar zu denken. Außerdem hatte sie das Gefühl ersticken zu müssen weil die Hand des Mannes so fest auf ihrem Mund lag und sie kaum atmen konnte.

Plötzlich spürte sie dann wie sich der Griff des Mannes etwas lockerte und das Gewicht auf ihrem Körper leichter wurde. Der Täter war mit seiner eigenen Kleidung beschäftigt und musste einen Moment lang von ihr ablassen. Frau B. gelang es, sich teilweise aus seiner Umklammerung zu

befreien und laut um Hilfe zu rufen während sie nach ihm trat. Der Mann versuchte noch kurz sie wieder in seine Kontrolle zu bekommen, ließ dann jedoch von ihr ab und rannte weg. Frau B. saß daraufhin einige Minuten wie gelähmt in dem Hauseingang, nach einer Weile nahm sie ihr Fahrrad und fuhr in ihre Wohnung, wo sie sich mehrere Male erbrach. Ihr Freund war an diesem Abend nicht zu Hause.

Sie berichtet weiter dass sie zunächst niemandem von dem Vorfall erzählt habe, erst nach einigen Tagen vertraute sie sich ihrem Freund an. Dieser reagierte zunächst völlig geschockt und mit großer Wut auf den Täter, war dann aber sehr enttäuscht und verletzt weil sie ihm nicht sofort davon erzählt hat. In den darauffolgenden Tagen kam es zu Auseinandersetzungen zwischen den beiden weil ihr Freund der Meinung war, sie müsse zur Polizei gehen und den Vorfall anzeigen, Frau B. lehnte dies jedoch ab. Zunächst sei ihr der Gedanke gar nicht gekommen und als ihr Freund sie dazu aufforderte wurde ihr klar dass sie keinerlei Erinnerung an den Täter hat außer dass er ihr sehr groß und kräftig erschien. Frau B. hat seitdem mit ihrem Freund nicht wieder über den Vorfall gesprochen.

Insgesamt, äußert sie, wissen nur sehr wenige enge Freunde und ihre Schwester von dem Vorkommnis, ihre kränkelnde Mutter wollte sie damit nicht belasten. Sie habe sowieso schon das Gefühl eine viel zu große Sache daraus zu machen, „eigentlich sei doch gar nichts passiert, sie sei ja nicht vergewaltigt worden“, und sie komme sich schon albern genug vor weil sie das Gefühl hat ihr ganzes Leben sei dadurch aus den Fugen geraten.

Im folgenden Gespräch mit der Klientin äußert sie, dass sie es meist vermeidet über den Vorfall zu sprechen, gleichzeitig vermittelt sie mir aber das Gefühl, sehr erleichtert zu sein Dinge einmal aussprechen zu können. Ich versuche durch gezieltes nachfragen nach den Ereignissen aber ohne zu bohren so viele Informationen wie möglich über den Vorfall, ihre Gedanken, Gefühle und Handlungen während und nach der Tat herauszubekommen. Frau B. ist während des gesamten Gespräches abwechselnd ruhig und gefasst, dann wieder sehr angespannt, zittert stark und kämpft häufig mit den Tränen. Zwischendurch kommt es zu langen Gesprächspausen in denen sie sichtlich darum bemüht ist ihre Fassung wiederzuerlangen. Ich mache sie wiederholt darauf aufmerksam sich nicht zu überfordern und mir nur mitzuteilen wozu sie sich augenblicklich in der Lage fühlt. Frau B. äußert, sich selbst zeitweise nicht wiederzuerkennen und sich seit dem Vorfall stark verändert zu haben. Mein Interesse gilt nun herauszufinden was für ein Mensch hinter diesem traumatischen Erlebnis steckt, wie z.B. in der Vergangenheit Probleme gelöst oder emotionale Krisen gemeistert wurden und welche psychischen Abwehrmechanismen die Klientin einsetzt. Außerdem versuche ich, herauszufinden inwieweit Frau B. Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld erfährt und welche Haltung ihre Umwelt in Bezug auf den Vorfall zeigt.

Frau B. sagt sie sei schon immer recht gut darin gewesen bei Problemen „den Kopf in den Sand zu stecken“, so überlässt sie es z.B. größtenteils ihrer großen Schwester sich um die Bedürfnisse ihrer Mutter zu kümmern. Weil dies ihr ein ständig schlechtes Gewissen verursacht verdrängt sie den Gedanken daran sooft es geht.

In der Beziehung zu ihrem Partner beschreibt sich die Klientin als sehr harmoniebedürftig, häufig gibt sie nach um Konflikten aus dem Weg zu gehen.

Die wenigen Freunde die von dem Überfall wissen reagierten zunächst geschockt und waren sehr verständnisvoll und um ihr Wohlergehen besorgt. Nachdem nun aber so viel Zeit seit dem Vorfall vergangen ist und weil Frau B. es nicht thematisiert wird nicht mehr darüber gesprochen. Nur ihre Schwester weiß, dass sie noch immer von den Erinnerungen an den Abend verfolgt wird und häufig Alpträume hat. Ihr Partner bemerkt zwar die Veränderungen in ihrem Verhalten und die Schlafstörungen, ihm versichert sie glaubhaft dass es an den bevorstehenden Prüfungen und am allgemeinen Stress liegt.

## 4. Diagnostische Einschätzung

Anders als bei den meisten psychischen Störungen ist bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (im Folgenden als PTB bezeichnet) das Vorhandensein eines Traumatischen Erlebnisses Teil der Diagnose. Wichtiger als die objektiven Charakteristika ist hierbei die subjektive Bedeutung des Traumas aus Sicht der Betroffenen. Für Frau B. war der sexuelle Übergriff und die versuchte Vergewaltigung ein traumatisches Erlebnis von für sie katastrophalen Ausmaßen.

Das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM IV) teilt die PTB neben dem Vorhandensein eines Traumas in 3 Symptomgruppen ein auf die ich im Detail noch eingehen werde:

1. Intrusives Wiedererleben
2. Vermeidung traumarelevanter Reize und verminderte affektive Schwingungsfähigkeit
3. Übererregtheit

Geht man vom ICD 10 (International Classification of Diseases) aus, ist schon das Vorhandensein von intrusiven Erinnerungen z.B. in Form von Flashbacks oder Alpträumen nach einem traumatischen Ereignis für eine Diagnose hinreichend. Traumatisches Ereignis wird hier definiert als Situation oder Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Im Fall von Frau B. sind nach ihren Schilderungen all diese Symptome vorhanden:

### 4.1 Intrusives Wiedererleben

Eines der belastendsten Symptome der PTB ist das intrusive Wiedererleben des Traumas. Betroffene klagen darüber dem Trauma nicht entkommen zu können und immer wieder von den schmerzlichen Erinnerungen überwältigt zu werden. Diese Intrusionen sind unerwünscht und dringen in Form von Gedanken, Gefühlen, Bildern oder auch körperlichen Empfindungen ins Bewusstsein. Sie haben häufig einen konkreten Auslöser, etwas, das der Mensch mit dem Trauma in Verbindung bringt, können aber auch wie aus dem Nichts kommen, besonders wenn die Betroffene sich gerade sicher fühlt und entspannt, also nicht wachsam ist. Eine besonders belastende Form des Wiedererlebens sind sogenannte Flashbacks, die Person hat das Gefühl in Raum und Zeit zurückversetzt zu sein und das Trauma noch einmal zu durchleben. Im Extremfall verliert sie den Bezug zur Realität was größte Angst und Erregung mit sich bringt.

Frau B. berichtet dass sie immer wieder unerwartet von Erinnerungen an den Abend heimgesucht wird, so reicht z.B. schon ein Zeitungsartikel in dem es um einen sexuellen Übergriff geht um große Angst und Herzklopfen auszulösen..

Vor einiger Zeit kam es im Supermarkt zu einem Zwischenfall den Frau B. als sehr belastend empfand. Sie stand an der Kasse in der Schlange als sie plötzlich rasendes Herzklopfen und eine starke Übelkeit bekam. Für einen Moment fühlte sie sich wie in den dunklen Hauseingang zurückversetzt. Erst nach einigen Momenten wurde ihr klar dass der Mann vor ihr ein Aftershave benutzte das dem ihres Peinigers sehr ähnlich war und der Geruch die plötzliche Übelkeit ausgelöst hatte.

Weiter hat die Klientin nun wann immer sie auf dem Fahrrad unterwegs ist, ständig das Bedürfnis sich umzudrehen, manchmal hat sie das Gefühl jemand würde sie von hinten an der Schulter packen. Frau B. verliert hierbei nicht den Bezug zur Realität, ihr ist klar, dass sie sich im Hier und Jetzt befindet und es sich um Erinnerungen an den Überfall handelt.

Sie berichtet außerdem von Alpträumen die sie seit einigen Monaten quälen.

In diesen Träumen, die ca. 1-2 x pro Woche auftreten durchlebt sie meist den Überfall in leicht abgewandelter Form oder betrachtet die Tat als Beobachterin von außen .

#### 4.2 Vermeidung traumarelevanter Reize und verminderte emotionale Reaktionsfähigkeit(emotionales numbing)

Da die intrusiven Erinnerungen und die damit verbundene Angst und Erregung sehr belastend sind, versuchen Menschen mit einer PTB verzweifelt allem aus dem Weg zu gehen was sie an das traumatische Erlebnis erinnern könnte. Außerdem ist eine Reduzierung des gesamten Gefühlslebens zu beobachten, die Betroffenen verlieren häufig das Interesse an Dingen und Aktivitäten die vor dem Trauma von Bedeutung waren. Sie äußern, sich von anderen Menschen entfremdet zu fühlen und distanzieren sich von ihrem sozialen Umfeld.

Frau B. sagt dass sie es meist vermeidet über den Vorfall zu sprechen, zum Einen will sie "keine so große Sache daraus machen" und zum Anderen hofft sie, es endlich vergessen zu können wenn sie nicht darüber spricht.

Für einige Wochen hat sie es nach dem Überfall vermieden, Fahrrad zu fahren und ist auf öffentliche Verkehrsmittel umgestiegen. Aber auch da fühlte sie sich nicht sicher, besonders in vollen Bussen bekam sie regelmäßig Angstattacken. Seit einiger Zeit zwingt sie sich dazu, wieder mit dem Fahrrad zu fahren, nimmt aber täglich einen großen Umweg in Kauf um die Seitenstrasse in der es passierte zu umgehen.

Sportliche Aktivitäten die ihr immer sehr wichtig waren hat sie aufgegeben, die Vorstellung, allein im Park zu joggen macht ihr jetzt so große Angst dass sie nicht einmal darüber nachdenkt, außerdem fühlt sie sich meist zu antriebslos. Ihren Freunden gegenüber muss sie immer wieder Ausreden erfinden um gemeinsamen Aktivitäten wie z.B. Konzerten zu entgehen. Es ist ihr sehr peinlich, zuzugeben dass sie sich großen Menschenmengen nicht gewachsen fühlt, weil sie ständig Angst hat ihrem Peiniger zu begegnen. Dazu kommt dass einige ihrer Freunde von dem Vorfall gar nichts wissen und Frau B. es auch dabei belassen möchte um nicht in die Bedrängnis zu geraten, die ganze Geschichte wieder und wieder erzählen zu müssen. Die wenigen Male die Frau B. etwas gemeinsam mit ihren Freunden unternommen hat beschreibt sie als „Quälerei“, sie konnte es nicht genießen, konnte nicht mit ihnen lachen und fühlte sich als Außenseiterin.

Die Klientin berichtet außerdem dass es in der Beziehung zu ihrem Freund zu immer größeren Problemen kommt. Sie ist ihm gegenüber sehr abweisend, hat das Gefühl, ihm nicht mehr nahe zu sein und wann immer er auf das Thema Familie kommt blockt sie ab weil sie sich nicht mehr in der Lage fühlt, eine gemeinsame Zukunft zu planen. Auch hat sie jegliches Interesse an körperlicher Nähe und Sexualität verloren.

#### 4.3 Übererregtheit

Die PTB gehört zur Gruppe der Angststörungen, charakterisierend ist hierbei eine extreme körperliche Erregung, die ständig bestehen kann oder nach Konfrontation mit externen oder internen Auslösern auftritt.

Diese Übererregtheit kann sich in vielen Symptomen äußern, dazu gehören ein erhöhter Blutdruck und Puls, starkes Schwitzen, Übelkeit, hyperventilieren, erhöhte Reizbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und Hypervigilanz.

Frau B. beschreibt starke Konzentrationsschwierigkeiten, besonders wenn sie versucht zu lesen oder für das Studium zu lernen.

Außerdem, so sagt sie, ist sie häufig sehr gereizt, wird schnell wütend und geht schon beim kleinsten Anlass „an die Decke“. Dies bereitet ihr besonders bei der Arbeit im Kindergarten große Schwierigkeiten. Sie ist ungeduldig und aufbrausend und lässt es ungewollt auch die Kinder und Kollegen spüren. Aus diesem Grund hat sie sich in den letzten Monaten einige Male krankschreiben lassen, ihrem Hausarzt hat sie von privaten Problemen erzählt und dass sie unter Ängsten und depressiven Verstimmungen leide ohne jedoch den sexuellen Übergriff zu erwähnen. Sein Angebot, angstlösende oder stimmungsaufhellende Medikamente zu versuchen lehnte die Klientin ab. Des Weiteren berichtet Frau B. dass es ihr zeitweise sehr schwer fällt abends einzuschlafen obwohl sie sich erschöpft und müde fühlt. Wenn sie von Erinnerungen an das Trauma überfallen wird kommt es zu starkem Herzrasen, manchmal fällt es ihr schwer zu atmen und ihr wird übel. Diese Übelkeit kann bis zum Erbrechen führen.

Sie gibt an, ständig das Gefühl zu haben „auf der Hut sein zu müssen“, schaut häufig hinter sich und grübelt über eventuelle Gefahren. Zuhause kontrolliert sie jeden Abend genauestens ob alle Türen verschlossen sind.

#### 4.4 Abgrenzung von anderen Störungen

Nach dem ersten langen und ausführlichen Gespräch mit Frau B. wird aufgrund der Schilderung ihrer Probleme und Symptome deutlich dass es sich hier mit größter Wahrscheinlichkeit um eine PTB handelt.

Differenzialdiagnostisch muss sie jedoch von anderen psychischen Störungen, die nach einem traumatischen Erlebnis auftreten können, abgegrenzt werden. Eine spezifische Phobie oder Panikstörung kann aufgrund der vielfältigen und unterschiedlichen Probleme unter denen die Klientin leidet ausgeschlossen werden.

Frau B. gibt an unter gelegentlichen Flashbacks zu leiden und manchmal das Gefühl zu haben jemand würde sie verfolgen. Hierbei verliert sie jedoch nicht den Bezug zur Realität und ist sich zu jeder Zeit bewusst dass sie unter den Erinnerungen an den Überfall leidet. Aus diesem Grund kann man eine psychotische Störung ausschließen. Symptome der Klientin die auf eine depressive Episode hinweisen wie Antriebslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und verminderte Affektfähigkeit gehören zum allgemeinen Erscheinungsbild einer PTB und sind in diesem Rahmen als normal anzusehen.

Eine Akute Belastungsreaktion kann ausgeschlossen werden da die Probleme seit 6 Monaten bestehen.

### **5. Die Rolle als Beraterin/Therapeutin**

Die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen setzt zunächst eine reflektierte therapeutische Haltung voraus, da die Berichte traumatischer Erlebnisse bei der Therapeutin starke Gegenübertragungsgefühle in Form von Wut und Empörung oder Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit angesichts des geschehenen Unrechts auslösen können. Daher ist es wichtig, sich als Beratende seiner eigenen Abwehrmechanismen bewusst zu sein.

Insbesondere nach Traumatisierungen die von einem Mitmenschen in bewusster destruktiver Absicht ausgeführt wurden wie es bei Frau B. der Fall ist, sind die Betroffenen in der Regel voller Misstrauen auch gegenüber denjenigen von denen sie sich eigentlich Hilfe erhoffen. Zu Beginn der Therapie sollte deshalb das Schaffen einer vertrauensvollen Beziehung im Mittelpunkt stehen. Im ersten ausführlichen Gespräch soll der Klientin durch detailliertes nachfragen nach den Ereignissen, ihren Gefühlen, Gedanken und Handlungen während des Traumas das Gefühl vermittelt werden sich öffnen zu können, ohne Sorge nicht ernstgenommen oder belächelt zu werden. Besonders bei Frau B. steht das Gefühl sich lächerlich zu machen und „aus einer Mücke einen Elefanten zu machen“ wie sie sagt, im Vordergrund. Hier ist es wichtig der Klientin zu versichern dass es sich durchaus um ein ernstzunehmendes Problem handelt und dass es Mut und Stärke erfordert, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Gerade bei Menschen mit einer PTB, die ständig wachsam und „auf der Hut sind“, sich nicht sicher fühlen und kaum entspannen können ist es von großer Bedeutung, ein Umfeld und eine Atmosphäre zu schaffen in der sie sich sicher und geborgen fühlen können.

Man sollte der Klientin das Gefühl geben aushalten zu können, so dass sie ohne Scham oder Hemmungen ihr Gegenüber zu überfordern, herauslassen kann was sie gerade beschäftigt. Das können Tränen sein, große Wut oder Zeichen erheblicher körperlicher Erregung z.B. wenn Frau B. durch Schilderung der Ereignisse in einen großen emotionalen Aufruhr gerät.

Im Mitleid zu zerfließen oder zu große Anteilnahme im Sinne von „Ich weiß genau was Sie gerade durchmachen“ ist unangebracht denn alle Menschen die unter einer PTB leiden kämpfen mit einem für sie einzigartigen traumatischen Erlebnis und haben zu Recht das Gefühl, solange jemand nicht dasselbe durchgemacht hat, kann er nicht einmal beginnen zu verstehen. Hier ist es besser ehrlich zu sein und evtl. zu sagen „Ich werde nie ganz verstehen wie es für Sie ist aber aus Erfahrung mit Menschen die ähnliches durchgemacht haben glaube ich dass es einige Parallelen gibt“.



Jede Therapeutin wird für sich das richtige Mittelmaß finden müssen zwischen zu großer Anteilnahme und Identifikation auf der Einen und Desinteresse und zynischer Abwertung auf der anderen Seite.

Insgesamt denke ich, ist es für eine gute Zusammenarbeit und das Schaffen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin wichtig, authentisch und ehrlich zu sein, sich als Mitmensch berühren zu lassen und dabei gleichzeitig eine Professionalität zu vermitteln die der Klientin Sicherheit gibt.

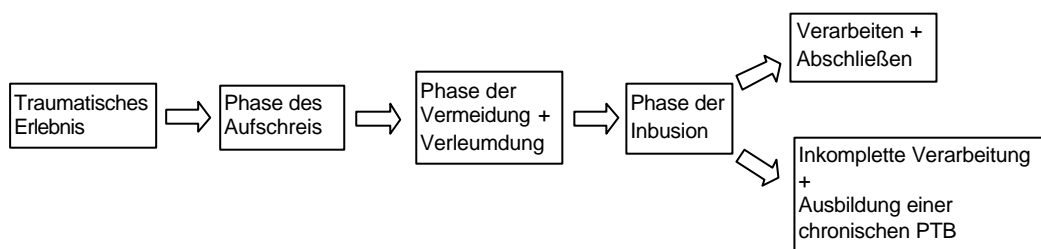
## 6. Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB (Der Klientin verstehen helfen)

Bevor eine Therapie der PTB in irgendeiner Form begonnen werden kann ist es wichtig, der Klientin so viele Informationen wie möglich zu dem Thema zu geben, also beginne ich damit Frau B. zu erklären was eine PTB ist und wie sie entsteht. Ich erkläre ihr, dass all die Probleme und Beschwerden die sie beschreibt bei dieser psychischen Störung normal und zu erwarten sind und das das was sie gerade durchmacht eine ganz normale Reaktion eines ganz normalen Menschen auf ein außergewöhnliches Ereignis" ist. Hierauf reagiert sie mit Erleichterung da die Sorge sie sei auf dem besten Wege verrückt zu werden sie schon länger qualte.

Um Frau B. verstehen zu helfen erläutere ich zunächst einige Mechanismen die zur Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Beschwerden beitragen:

### 6.1 Entstehung der PTB nach Horowitz

Horowitz geht von der Annahme aus, das ein traumatisches Erlebnis für das Individuum so erschütternd und bedrohlich ist, dass die traumatischen Erinnerungen nur nach und nach in das Selbstbild und das Weltbild des Menschen integriert werden können. Er beschreibt die Verarbeitung und Integration in verschiedenen Phasen:



Die erste Reaktion nach einem traumatischen Erlebnis ist der Aufschrei, die Betroffene wird überwältigt von starken Gefühlen wie Angst, „es nicht glauben können“, sehr großer Wut. Gedanken, Gefühle und Bilder, die mit dem Trauma zusammenhängen sind zu belastend und überwältigend um sie in das Bild das der Mensch von sich und der Welt hat, zu integrieren, es kommt zur Vermeidung und Verleumdung. Die Betroffene versucht nicht an das Erlebte zu denken oder daran erinnert zu werden, es kommt zu Gefühlen der emotionalen Taubheit. Informationen die das Trauma betreffen werden für eine Weile außerhalb des Bewusstseins gehalten. Durch die menschliche Tendenz zur Informationsverarbeitung beginnen die Erinnerungen jedoch in Form von intrusiven Gedanken, Flashbacks oder Alpträumen ins Bewusstsein zu drängen. Es kommt zur Oszillation zwischen den Phasen, der Mensch „schwingt“ zwischen Stadien der Vermeidung und Verleumdung und intrusiven Erinnerungen. Nach und nach werden diese Erinnerungen verarbeitet, die emotionale Reaktion darauf wird weniger stark, der Mensch kann das Trauma in Einklang bringen mit sich und der Welt und sich neuen Aufgaben zuwenden.

Bei Menschen mit einer PTB ist es nicht zu dieser letzten Phase des Verarbeitens und Abschließens gekommen, dies kann durch Intensivierung, Verlängerung oder Blockierung der normalen Reaktion geschehen. Die Betroffenen sind sozusagen steckengeblieben im Prozess, sie schwingen zwischen den verschiedenen Phasen und die belastenden Symptome bleiben bestehen.

## 6.2 Vermeidung

Ein Trauma, per Definition, ist ein Ereignis das so schmerzhaft ist, emotional und körperlich, dass wir dazu tendieren es aus unserem Bewusstsein zu verdrängen. Das Vermeiden aller Reize die mit dem Trauma in Verbindung stehen ist ein typisches Kennzeichen der PTB. Häufig hat man damit anfänglich Erfolg, man lässt Gedanken an das Erlebte nicht zu und geht allem aus dem Weg was daran erinnern könnte, vermeidet so die damit verbundene Angst und Erregung und kann sich wieder etwas entspannen. Wenn man aber ständig damit beschäftigt ist den Auslösern seiner Angst zu entfliehen werden durch Assoziation schnell auch die Dinge zum Auslöser mit denen man sich eigentlich ablenken wollte. Wenn Frau B. sich von schmerzhaften Erinnerungen überwältigt fühlt versucht sie häufig sich durch das rauchen einer Zigarette abzulenken obwohl sie eigentlich nur sehr selten raucht. Diese Zigaretten werden nun durch Assoziation zum Auslöser und lösen weitere intrusive Erinnerungen aus. Es ist unmöglich seine Gedanken völlig zu kontrollieren, je mehr man sich verbietet an das traumatische Erlebnis zu denken, desto mehr werden sich die Gedanken daran aufdrängen.

Traumatisches Erinnerungsmaterial lässt sich vergleichen mit einem schreienden und tobenden 3jährigen Kind das versucht aus dem Laufstall zu entkommen während man in Ruhe das Fernsehprogramm sehen möchte. Je mehr man das Kind ignoriert desto lauter schreit es und desto anstrengender wird es, dem Programm zu folgen. Erst wenn man dem Kind schließlich Aufmerksamkeit schenkt wird es sich beruhigen.

## 6.3 Dissoziation

Dissoziieren heißt frei übersetzt soviel wie absondern und bedeutet, dass Menschen in der Lage, sind belastenden oder überwältigenden Situationen vorübergehend mental zu entfliehen. Im normalen Leben kann dies ein Tagtraum sein in dem man für einige Momente schwelgt um großem Stress bei der Arbeit vorübergehend zu entkommen. Derselbe Mechanismus kann dazu führen besonders schmerzliche Erinnerungen aus dem Gedächtnis zu verbannen. Während „normale“ Erinnerungen logisch verstanden, verarbeitet und ins Langzeit-Gedächtnis aufgenommen werden, können traumatische Erinnerungen zu schockierend und überwältigend für das Gehirn sein um sie reibungslos zu verarbeiten und abzuspeichern. Das führt dazu, dass sie abgespalten vom Rest des Gedächtnisses direkt unter der Oberfläche des Bewusstseins schwelgen und durch auslösende Reize immer wieder in Form von Intrusionen ins Bewusstsein dringen.

## 6.4 Emotionales numbing

Wenn Erinnerungen und Gefühle so schmerzhaft und überwältigend sind dass sie unerträglich für den Menschen werden, ist es logisch und nachvollziehbar wenn dieser versucht sie zu ignorieren und zu betäuben. Man kann lernen dem Schmerz zu entkommen indem man die Gefühle unterdrückt. Während dies hilft den Schmerz nicht fühlen zu müssen bedeutet es gleichzeitig dass das gesamte Gefühlsleben des Menschen abgestumpft und betäubt ist. Man muß alle Gefühle, das heißt auch die positiven, unterdrücken um den negativen zu entkommen. Dies erklärt warum viele Menschen die unter einer PTB leiden beschreiben dass sie zu keinen großen Gefühlsregungen mehr imstande zu sein scheinen. Sie sind häufig der Meinung ihre Liebesfähigkeit verloren zu haben, können kaum Freude oder Glück empfinden und fühlen sich wie abgetrennt von anderen.

## 6.5 Angst

Angst ist ein lebenswichtiges Gefühl und bei realer Gefahr eine gesunde körperliche Reaktion, Muskeln werden angespannt, das Herz schlägt schneller und die Atmung beschleunigt sich. Das Gehirn ist in der Lage schneller zu reagieren. Dies nennt man Stress-Reaktion, sie bereitet den Körper auf Notfallsituationen vor. Leidet man unter einer Angststörung, zu denen die PTB gehört, ist der Geist ständig wachsam und bereit zu reagieren. Dieser chronische Erregungszustand verändert das zentrale Nervensystem, es wird übersensibilisiert was dazu führt dass das Gehirn schon bei kleineren Gefahren(bzw. in diesem Fall Auslösern) reagiert und der Körper länger braucht um zum Ruhezustand zurückzukehren. Man gerät schnell in einen Teufelskreis, die körperliche und emotionale Erregung ist so unangenehm dass man sozusagen Angst vor der

Angst bekommt, was wiederum erneute Symptome der Erregung hervorruft. Dieser Zustand dauernder Wachsamkeit und eines ständig erhöhten Erregungsniveaus führt zu einer körperlichen und emotionalen Erschöpfung die wiederum Beschwerden wie erhöhte Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen nach sich zieht.

#### 6.6 Sekundärer Krankheitsgewinn

Zu den aufrechterhaltenden Faktoren einer PTB möchte ich hier kurz den Punkt des sekundären Krankheitsgewinnes erwähnen. Neben all den -offensichtlich- negativen Auswirkungen die eine PTB auf den Menschen hat kann sie bei einigen Menschen (meist unbewusst) auch positive Folgen haben, die sich z.B. in Form von besonderer Aufmerksamkeit die der Mensch in seinem Umfeld erfährt oder besonderer Rücksichtnahme der Kollegen im Job zeigen. Dies kann unter Umständen eine erfolgreiche Therapie der PTB verhindern.

Im Fall von Frau B. gibt es keine Anzeichen dafür dass sekundärer Krankheitsgewinn hier eine Rolle spielt.

Da eines von Frau B.'s Problemen darin besteht sich nicht über längere Zeit konzentrieren zu können, halte ich es für sinnvoll ihr einige schriftliche Informationen über die einzelnen Symptome mitzugeben damit sie zuhause die Möglichkeit hat sich noch einmal in Ruhe damit zu beschäftigen.

### **7. Planung der Therapie**

Nachdem ich mich versichert habe dass Frau B. meine Erklärungen verstanden hat, geht es nun darum was die Klientin sich von einer Therapie verspricht und welche Ziele sie erreichen möchte. Etwas ratlos sagt Frau B. dass sie am liebsten die ganze Sache vergessen würde und einfach ihr altes Leben zurückhaben wolle. An diesem Punkt halte ich es für sinnvoll sie behutsam darauf aufmerksam zu machen dass es in der Therapie nicht darum gehen kann, alles zu vergessen und da weiterzumachen wo man vorher stand sondern dass das Hauptziel viel eher sein sollte zu lernen das traumatische Erlebnis als unabänderliche Gegebenheit zu akzeptieren und als prägendes aber vergangenes Erlebnis in ihr Selbstbild zu integrieren. Eine Abspaltung der Erinnerung ist dann nicht mehr nötig und nach und nach findet man die Kraft sich wieder anderen Lebensaufgaben zu stellen. Frau B. möchte in Ruhe darüber nachdenken und wir vereinbaren dass wir in der nächsten Sitzung gemeinsam Ziele formulieren werden die sie erreichen möchte.

Außerdem bitte ich Frau B. darum ein Tagebuch zu führen in dem sie ihre Gedanken und Gefühle festhält wenn sie an den Überfall erinnert wird, was genau die Erinnerung ausgelöst und wie sie darauf reagiert hat.

Bevor Frau B. die Sitzung verlässt gebe ich ihr einen Fragebogen mit 22 Fragen zum ankreuzen. Hierbei handelt es sich um eine von mir leicht abgewandelte Form des „Impact of Event-Scale“ im Original von Horowitz 1979. Im klinischen Umfeld wird dieser Fragebogen zur Diagnosesicherung einer PTB genutzt, ich wende ihn zur Erfolgskontrolle an. Einmal vor Beginn einer Therapie von der Klientin ausgefüllt kann er im Verlauf der Therapie sehr nützlich sein um Fortschritte oder eventuelle Stillstände aufzudecken da die einzelnen Fragen speziell auf die 3 Hauptgruppen der Symptome Vermeidung, Intrusion und Übererregung zugeschnitten sind. Frau B. möchte ihn mit nach Hause nehmen und dort ganz in Ruhe durchgehen.

### 7.1. Fragebogen zur Schwere der Symptomatik

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig und zeigen Sie mit einem X an wie sehr die einzelnen Punkte in den letzten 4 Wochen auf Sie zutrafen:

- 0 = Gar nicht
- 1 = Etwas
- 2 = Mittel
- 3 = Stärker
- 4 = Sehr stark

1. Jede Erinnerung an das Erlebnis brachte die damit verbundenen unangenehmen Gefühle zurück.      0 1 2 3 4
2. Ich hatte Probleme durchzuschlafen      0 1 2 3 4
3. Auch wenn ich mit anderen Dingen beschäftigt war musste ich ständig an das Erlebte denken.      0 1 2 3 4
4. Ich fühlte mich gereizt und wütend      0 1 2 3 4
5. Ich habe versucht, mich nicht aufzuregen/nicht zu weinen wenn ich an das Erlebnis erinnert wurde.      0 1 2 3 4
6. Ich habe an das Erlebnis gedacht auch wenn ich es gar nicht wollte      0 1 2 3 4
7. Ich hatte das Gefühl dass es gar nicht wirklich passiert ist      0 1 2 3 4
8. Ich habe mich von allem fern gehalten was mich an das Erlebnis erinnern könnte      0 1 2 3 4
9. Bilder des Ereignisses tauchten plötzlich vor meinem inneren Auge auf      0 1 2 3 4
10. Ich war sehr nervös und schreckhaft      0 1 2 3 4
11. Ich habe versucht, nicht daran zu denken      0 1 2 3 4
12. Mir war klar dass es noch eine Menge Gefühle in Bezug auf das Erlebnis in mir gibt, ich mich aber noch nicht mit ihnen beschäftigt habe      0 1 2 3 4
13. Meine Gefühle in Bezug auf das Erlebnis waren wie betäubt      0 1 2 3 4
14. Ich fühlte und verhielt mich manchmal als ob ich es noch einmal durchlebte      0 1 2 3 4
15. Ich hatte Probleme einzuschlafen      0 1 2 3 4

16. Mich überkamen Gefühlswallungen wenn ich daran dachte

0 1 2 3 4

17. Ich habe versucht, es zu vergessen

0 1 2 3 4

18. Ich hatte Probleme mich zu konzentrieren

0 1 2 3 4

19. Erinnerungen lösten starke körperliche Reaktionen wie Herzrasen, Schwitzen oder Atembeschwerden aus

0 1 2 3 4

20. Ich habe davon geträumt

0 1 2 3 4

21. Ich war sehr vorsichtig und ständig auf der Hut

0 1 2 3 4

22. Ich habe es vermieden darüber zu sprechen

0 1 2 3 4

Symptome der Vermeidung: Fragen Nr. 5,7,8,11,12,13,17,22

Symptome der Intrusion : Fragen Nr. 1,2,3,6,9,14,16,20

Symptome der Übererregung: Fragen Nr. 4,10,15,18,19,21

Frau B. bringt den ausgefüllten Fragebogen einige Tage später in die nächste Sitzung mit, es zeigt sich das sie in allen 3 Bereichen eine recht hohe Punktzahl erreicht hat. Ich gehe ihn kurz gemeinsam mit ihr durch und lege ihn erst einmal zur Seite, er wird später noch mal zum Einsatz kommen.

Die Klientin hat sich in den vergangenen Tagen Gedanken darüber gemacht, was sie mit der Therapie erreichen möchte. Gemeinsam machen wir uns nun daran realistische Ziele konkret zu formulieren und schriftlich festzuhalten:

Frau B. möchte:

- nicht mehr solche Angst haben wenn sie an den Überfall erinnert wird
- in der Lage sein ihre Arbeit wieder gut und mit Freude zu erledigen und ihr Studium erfolgreich abschließen
- eine harmonische und intakte Beziehung zu ihrem Freund wiederherstellen
- ihr Privatleben wieder genießen können und Spaß an Aktivitäten mit ihren Freunden haben

Im weiteren Verlauf erkläre ich Frau B. nun verhaltenstherapeutische Techniken die sich in den letzten Jahren zur Behandlung der PTB am effektivsten erwiesen haben. Hierbei achte ich darauf die Inhalte und Wirkweisen dieser Therapieformen verständlich zu machen.

### 7.2 Konfrontationstherapie

Konfrontation ist das Gegenteil von Vermeidung. Wie schon das Beispiel des tobenden Kindes andeutete ist es auf Dauer erfolglos sich schmerzlichen Erinnerungen zu entziehen. Man wird sie nicht loswerden indem man sie ignoriert. Wenn man sich aber den gefürchteten Gedanken, Gefühlen und Bildern stellt und ihnen Aufmerksamkeit schenkt können sie verarbeitet und ins Langzeitgedächtnis integriert werden. Im Rahmen einer Konfrontationstherapie geschieht dies indem die Klientin im Geiste das Trauma immer wieder durchlebt und die Geschehnisse und damit verbundenen Gedanken und Gefühle schildert. Während man sich diesen belastenden und schmerzhaften Erinnerungen stellt, merkt man schnell dass sie einen nicht mehr verletzen können. Sie sind zwar sehr unangenehm und schmerzlich aber nicht gefährlich. Die Erinnerungen an das traumatische Erlebnis können von Betroffenen als bruchstückhaft, zusammenhanglos und konfus wahrgenommen werden. Durch die Konfrontation ergibt sich hieraus eine klare Geschichte mit Anfang und Ende, was beim verarbeiten und abschließen des Traumas hilfreich sein kann. Während der Konfrontation wird anhand einer Angst/Erregungsskala immer wieder der Grad der körperlichen und emotionalen Erregung festgestellt. Die Klientin hat zu jeder Zeit die volle Kontrolle und kann entscheiden wie weit sie Erinnerungen zulassen kann und möchte ohne von ihnen überwältigt zu werden.

Konfrontation wird in 812 Sitzungen jeweils zu Beginn der Therapiestunde durchgeführt und zeigt häufig recht schnell, nach 3-4 Wochen, erste Erfolge. Intrusive Erinnerungen werden nicht mehr als so bedrohlich wahrgenommen und die körperlichen Begleiterscheinungen sind deutlich reduziert, ein Prozess den man als „Habituation“ bezeichnet. Wichtig für die Klientin ist es zu wissen dass sich Symptome wie Intrusionen, Flashbacks oder Alpträume zunächst verschlimmern können. Detaillierte Instruktionen zur Durchführung in der Praxis werde ich Frau B. vor der ersten Sitzung geben um sie jetzt nicht zu überfordern.

### 7.3 Kognitive Restrukturierung(CR)

Unter Kognition versteht man jene Vorgänge durch die ein Mensch Kenntnis von seiner Umwelt erlangt: Wahrnehmung, Denken, Vorstellung, Urteilen. Kognitionen die zur Abwertung der eigenen Person führen sind dysfunktional und verstärken die Aufrechterhaltung der PTB Symptomatik. Bei der CR geht es darum, negativ verzerrte Annahmen und Einstellungen die der Mensch in Zusammenhang mit dem Trauma hat z.B. Schuld, Mitverantwortung, Missinterpretation der Ereignisse oder die Überzeugung völlig falsch gehandelt zu haben, aufzudecken und wieder „ins rechte Licht zu rücken“. Diese Annahmen und Einstellungen werden als Automatische Gedanken bezeichnet. Kommt es zu einem außergewöhnlichen Ereignis wie einem traumatischen Erlebnis, gehen einem diese Automatischen Gedanken durch den Kopf, häufig unrealistisch negativ besetzt oder „verdreht“. Dies geht jedoch in der Regel so schnell dass man es kaum wahrnimmt, geschweige denn sie in Frage stellt. Beispiele für diese verzerrten, nicht hinterfragten Gedanken gibt es viele:

- Fixierung auf das Negative: man nimmt nur einen kleinen Teil(den negativen) des ganzen Bildes wahr, so rettet z.B. ein Feuerwehrmann 20 Menschen aus den Flammen und kommt nicht darüber hinweg dass er 2 Menschen nicht mehr helfen konnte.
- Übergeneralisieren: durch eine negative Erfahrung nimmt man nun an, dass dies auf alle Situationen zutrifft, z.B. „Das ganze Leben ist unfair“, „Nie kann ich mich auf jemanden verlassen“, „Die Welt ist grundsätzlich gefährlich“.
- Annehmen: man nimmt an zu wissen was andere Menschen denken ohne dafür einen Beweis zu haben, z.B. "Meine Kollegen halten mich für verrückt weil ich mit diesem Erlebnis nicht klarkomme".
- Wahrsagen: mit einer pessimistischen Grundeinstellung wird davon ausgegangen dass es zu einem negativen Ergebnis kommt. z.B. „Wenn ich über das Trauma spreche wird es mir danach noch viel schlechter gehen“.

Automatische Gedanken, in welcher Form auch immer sie auftreten, sind erlernt, entweder in der Kindheit, durch Konditionierung oder frühere traumatische Erlebnisse. Aus diesem Grund ist es möglich, sie wieder zu verlernen und mit Hilfe von Logik und Beweisen zu neuen, produktiveren Denkmustern zu gelangen. Ziel der CR ist es verzerrte Wahrnehmungen und Gedanken in Bezug auf das Trauma ausfindig zu machen, zu hinterfragen, auf ihren Realitätsbezug zu prüfen und gegebenenfalls mit realistischeren Gedanken und Ansichten zu ersetzen.

Durch gezieltes Nachfragen überzeuge ich mich davon dass Frau B. verstanden hat worum es in diesen Techniken geht und lasse ihr etwas Zeit um eventuelle Fragen und Unsicherheiten zu klären.

Frau B. entschließt sich dazu eine Therapie in der von mir vorgeschlagenen Art und Weise zu beginnen. Der erste Schritt ist nun dass die Klientin eine Technik erlernt die ihr hilft zu entspannen und während der Therapie immer wieder eingesetzt werden kann um Erregungszustände auf ein normales Maß herunterzubringen. Wie schon erwähnt ist bei einer Angststörung das zentrale Nervensystem übersensibilisiert, reagiert also bei kleinsten Reizen schon unangemessen stark. Durch wiederholtes Anwenden einer Entspannungstechnik mit der man Körper und Geist zur Ruhe bringt, ist es möglich das ZNS wieder zu desensibilisieren so dass es angemessen auf Reize reagiert. Nachdem ich der Klientin in Kürze die Techniken Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training und Meditation erläutert habe entscheiden wir uns gemeinsam für die Progressive Muskelentspannung da sie leicht anwendbar und schnell erlernbar ist.

#### 7.4 Progressive Muskelentspannung nach Jakobson

Das Prinzip der PME beruht auf der Annahme das eine Anspannung der Muskulatur häufig mit Unruhe, Angst und Anspannung einhergeht, es aber gleichzeitig nicht möglich ist diese Angst und Anspannung aufrechtzuerhalten wenn man die Muskulatur entspannt. Bei dieser Technik geht es darum nacheinander verschiedene Muskelgruppen ganz bewusst und beabsichtigt anzuspannen, die Spannung für 5-10 Sekunden zu halten, dann für ca. 30 Sekunden zu entspannen. In dieser Entspannungsphase werden körperliche Erregungszeichen wie erhöhte Herz- und Atemfrequenz reduziert und es kommt zu einem Gefühl der Ruhe und Gelassenheit. Der Entspannungseffekt vertieft sich mit zunehmender Übung.

PME kann im liegen oder sitzen durchgeführt werden, Frau B. entscheidet sich dazu sich hinzulegen. Vor Beginn erhält sie von mir die Instruktionen während der Übung auf ihre Atmung zu achten, ruhig und gleichmäßig in den Bauch hinein zu atmen und während der Spannungsphasen die Muskeln fest, aber nicht bis zur Schmerzgrenze anzuspannen. Langsam gehe ich jetzt nacheinander sämtliche Muskelgruppen durch beginnend bei den Füßen, dann Unterschenkel, Oberschenkel, Becken, Bauch, Rücken, Schultern, Arme, Nacken und Gesicht. Zum Abschluss werden alle Muskeln bewusst entspannt und das Gefühl der Wärme und Schwere im Körper wahrgenommen.

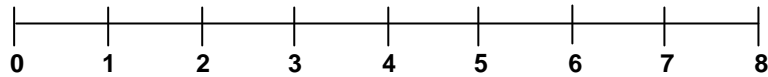
Diese erste gemeinsame Übung nehme ich auf Band auf und gebe es Frau B. damit sie die Technik zuhause zwischen den Sitzungen üben kann.

## 8. Verhaltenstherapeutische Interventionen

### 8.1 Konfrontation in sensu

Während der nächsten 8 Sitzungen die jeweils 1 1/2 Stunden dauern widmen wir die ersten ca. 45 Minuten der Konfrontation.

Ich beginne damit, Frau B. den genauen Ablauf zu erklären und sie mit der „Angst/Erregungsskala“ vertraut zu machen:



Diese Skala soll den Grad der Angst und Erregung deutlich machen, 0 bedeutet völlige Ruhe während 8 die größtmögliche Angst und höchste Erregung darstellt. Sie wird vor, während und nach der Konfrontation immer wieder zur Kontrolle des Erregungszustandes eingesetzt. Während der Konfrontation sollte darauf geachtet werden das man nicht höher als maximal 6 kommt.

Frau B. beginnt die Geschehnisse des Abends wiederzugeben, dies geschieht in der Ich-Form und in der Gegenwart als würde es gerade passieren. Sie beginnt mit einem Zeitpunkt der keine zu schmerzlichen Erinnerungen beinhaltet, dem Moment in dem sie in die besagte Seitenstrasse einbiegt.

Langsam schildert sie nun die Ereignisse. Während der ersten Sitzungen macht die Klientin zunächst lange Pausen und zeigt deutliche Zeichen der Angst und körperlichen Erregung. Regelmäßig stellen wir anhand der Skala fest auf welchem Niveau sie sich in etwa befindet. Ich mache die Klientin wiederholt darauf aufmerksam, Erinnerungen nur soweit zuzulassen wie sie sich ihnen gewachsen fühlt. Frau B. weint häufig an besonders belastenden Stellen und braucht immer wieder etwas Zeit um sich zu sammeln, meist schafft sie es aber den gesamten Abend zunehmend detaillierter wiederzugeben. Ihre Schilderungen werden von mir auf Band aufgenommen und der Klientin mitgegeben, so dass sie es Zuhause wiederholt anhören kann, was den Effekt der Konfrontation verstärken kann.

Frau B. hat nach einiger Übung die Technik der „Schnellspannung“ erlernt, einer Kurzversion der Progressiven Muskelentspannung bei der man durch gezieltes An- und Entspannen einiger Muskeln Erregungszustände kontrollieren kann. Wenn sie sich während der Konfrontation von körperlichen Symptomen wie Herzrasen oder starker Übelkeit überwältigt fühlt setzt sie diese Technik erfolgreich ein. Obwohl Frau B. bei den Schilderungen häufig weint ist deutlich zu erkennen, wie Anzeichen der Angst und körperlichen Anspannung sich langsam reduzieren. Schon nach der 4. Sitzung ist Frau B. in der Lage, große Teile der Geschehnisse ohne größere Erregung oder Gefühlswallungen wiederzugeben, während einige Erinnerungen sie noch sehr stark belasten. Gemeinsam finde ich mit der Klientin diese sogenannten „hot-spots“ und konzentriere große Teile der Konfrontation darauf.

Die Erinnerungen die Frau B. noch als extrem belastend empfindet und die es ihr sehr schwer fällt zuzulassen sind folgende:

- das Gefühl völliger Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit als der Täter damit droht sie umzubringen.
- die Panik und das Entsetzen als sie meint durch seine Hand auf ihrem Mund ersticken zu müssen
- der Moment in dem sie realisiert dass es dem Täter gelingt sie teilweise zu entkleiden

Ich bitte Frau B. nur diese besonders belastenden Momente zu schildern und statt die Erinnerung weiterlaufen zu lassen zu stoppen und die gleiche Szene wieder und wieder zu beschreiben. Nach jeder Schilderung machen wir einen kurzen Zwischenstop um festzustellen wo auf der Erregungsskala sie sich gerade befindet.



## 8.2 Kognitive Restrukturierung nach Beck

Parallel zur Konfrontation widmen wir die Hälfte der Zeit in jeder Sitzung der Kognitiven Restrukturierung. Im Gespräch und durch gezieltes Fragen unterstütze ich Frau B. dabei, nach und nach negative und dysfunktionale Annahmen und Interpretationen (Kognitionen) die sie in Zusammenhang mit dem Trauma hat, zu identifizieren, auf ihre Angemessenheit zu überprüfen und mit Hilfe von Logik und Beweisen mit produktiveren Denkmustern zu ersetzen. Ich bin ihr behilflich, Argumente für und wider bestimmter Einstellungen und Gedankenmuster zu finden, sie jedoch nicht zu überzeugen sondern zu eigenen Schlüssen kommen zu lassen:

-Frau B. ist der Meinung dass sie zum Teil selbst schuld ist an dem Überfall weil sie überhaupt erst angehalten ist. Schließlich sei es dunkel gewesen und sie hätte so etwas voraus sehen müssen.

Auf mein Nachfragen wie sie sich in der Vergangenheit verhalten habe wenn Menschen sie um Hilfe baten sagt sie dass sie schon immer recht hilfsbereit war und damit auch nur positive Erfahrungen gemacht hat. Auch war sie nie ein besonders ängstlicher Mensch, früher ist sie oft per Anhalter gefahren. Frau B. erkennt dass es für sie keinen Grund gab nicht anzuhalten als sie darum gebeten wurde. Sie konnte zunächst nicht erkennen ob es sich bei der Person um einen Mann oder eine Frau handelte, außerdem waren ihre bisherigen Erfahrungen mit Mitmenschen überwiegend positiv, der Gedanke dass es sich um einen Trick handeln könnte ist ihr deshalb gar nicht gekommen. Frau B. kommt zu dem Schluss dass sie etwas naiv gehandelt hat, die Schuld für den Überfall aber einzig und allein beim Täter liegt.

-Frau B. hält sich seit dem Überfall für einen schwachen und hilflosen Menschen.

Nach Gesprächen in denen wir ihre Handlungen während der Tat noch mal durchgehen erkennt sie dass sie sich zwar zunächst völlig ausgeliefert und hilflos fühlte aber großen Mut und Stärke bewies als sie sich, trotz der Drohung des Täters sie umzubringen, gegen ihn zur Wehr setzte und um Hilfe rief als sie die Möglichkeit dazu sah. Sie gesteht sich zu dass es normal ist in einer solchen Situation wie gelähmt vor Angst zu sein, dass sie aber als es darauf ankam richtig gehandelt und sich so vor einer Vergewaltigung oder Schlimmerem geschützt hatte. Hiermit beweist sie sich selbst dass sie keineswegs schwach und hilflos sondern stark und handlungsfähig ist.

-Frau B. glaubt dass überall „potentielle Vergewaltiger“ lauern und sie ständig in Gefahr ist wieder angegriffen zu werden.

Auf die Frage wie hoch sie das Risiko dass der Vorfall sich wiederholt einschätzt antwortet sie „mindestens 50 %“. Ich bitte Frau B. kurz darüber nachzudenken wie häufig sie in ihrem Leben in Situationen war in denen es zu so einem Überfall hätte kommen können, z.B. Abende an denen sie allein aus war, Urlaube allein in einem fremden Land, per Anhalter fahren, Heimwege in der Dunkelheit etc. Sie kommt nun selbst zu dem Schluss dass rechnerisch gesehen die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Überfall bei unter 0,01 % liegt und somit objektiv sehr viel geringer als von ihr angenommen.

-Frau B. glaubt dass Freunde und Kollegen sie für eine „Heulsuse“ halten, bzw. dass diejenigen die nichts davon wissen es denken würden. Es ist ihr sehr peinlich dass der Vorfall sie auch nach 6 Monaten noch so beeinträchtigt, deshalb spricht sie mit Freunden nicht darüber.

Auf mein Nachfragen beschreibt die Klientin noch mal welche Gefühle sie während der Tat als besonders belastend empfand und empfindet. Sie hatte große Angst ersticken zu müssen und zu sterben, außerdem sah sie keine Chance einer Vergewaltigung zu entgehen und fühlte sich völlig ausgeliefert und verlassen. Vor diesem Hintergrund bitte ich Frau B. darüber nachzudenken wie sie eine Freundin sehen würde der so etwas wiederfahren ist.

Sie ist sich sicher dass sie mit Verständnis und Mitgefühl reagieren würde und traut des nach einiger Überlegung auch ihren Freunden zu, zudem es keine Beweise dafür gibt dass diese schlecht von ihr denken. Sie entschließt sich dazu mit einigen engen Freunden über das Geschehene, ihre Probleme und die Therapie zu sprechen und ihnen zu erklären warum sie sich von ihnen zurückgezogen hat und häufig überreagiert.

-Frau B. fühlt sich in ihrer Partnerschaft nicht mehr sicher und geborgen, sie hat das Gefühl sich nicht mehr auf ihren Freund verlassen zu können. Ich befrage die Klientin noch mal nach ihren Gefühlen als sie am Abend der Tat in die Wohnung kam. Sie hat sich zunächst einige Male übergeben müssen und danach fehlte ihr die Kraft ihren Freund anzurufen obwohl sie ein großes Bedürfnis danach hatte mit ihm zu sprechen. Sie war sich sicher dass er sie wie jeden Abend wenn er beruflich unterwegs war, noch anrufen würde, an diesem Abend war er jedoch verhindert und meldete sich nicht. Frau B. sagt sie fühlte sich verletzt und von ihm allein gelassen, sie hoffte er würde nach Hause kommen. Sie versuchte ihn anzurufen, konnte ihn aber nicht erreichen. Als sie ihm dann aus Gründen die sie nicht erklären kann erst nach einigen Tagen erzählte was vorgefallen war reagierte ihr Freund sehr bestürzt und entsetzt, zeigte aber auch Verletzen und Enttäuschung weil sie ihm nicht sofort davon erzählt hatte. Es kam zu einigen Auseinandersetzungen zwischen den beiden was Frau B. dazu veranlasste nicht mehr mit ihm über das Thema zu sprechen.

Meine Frage ob sie sich von ihrem Partner mehr Unterstützung gewünscht hätte bejaht sie, je länger wir jedoch über das Thema sprechen desto mehr wird ihr bewusst dass sie die Versuche ihres Freundes für sie da zu sein meist schon im Vorfeld abblockt da sie erwartet von ihm enttäuscht zu werden. Sie gesteht sich ein dass er in den ersten Wochen nach dem Überfall wiederholt versucht hat mit ihr über das Erlebte zu sprechen, außerdem ist sie sicher dass er sofort nach Hause gekommen wäre hätte sie ihm früher davon erzählt.

Frau B. erkennt dass sie hier „übergeneralisiert“, ihr Freund war am Abend des Überfalls durch unglückliche Umstände nicht da als es ihr sehr schlecht ging und daraus ist das Gefühl entstanden sich generell nicht mehr darauf verlassen zu können dass er für sie da ist wenn sie ihn braucht. Wenn sie nun darüber nachdenkt findet sie viele Beweise dafür dass ihr Partner sie unterstützt und auch beschützt so gut er es kann und soweit sie es zulassen kann.

Nach diesem Muster verlaufen die folgenden Sitzungen, Frau B. wendet vor Abschluss jeder Sitzung nochmals ca. 10 Minuten die Progressive Muskelentspannung an, um sich wieder zu sammeln und zur Ruhe zu kommen.

## **9. Einbeziehung des Partners in die Therapie**

Zum Beginn der Therapie habe ich mit Frau B. darüber gesprochen dass es hilfreich sein könnte wenn ihr Partner an einigen der Sitzungen teilnähme, um ihm zu helfen ihre Beschwerden zu verstehen und er damit eventuell in der Lage wäre sie besser zu unterstützen. Dies lehnte sie jedoch mit der Begründung ab sich nicht öffnen zu können wenn er dabei wäre. Sie glaubte, er hätte kein Verständnis dafür dass sie noch immer nicht über den Vorfall hinweg sei, zudem sie ihm gegenüber das Thema meidet und auch nur sehr oberflächlich von der Therapie berichtet. Außerdem wäre es ihr sehr peinlich wenn er sie so schwach und in Tränen aufgelöst sehen könnte. Nach einigen Sitzungen berichtet Frau B. dass ihr Freund begonnen hatte, sich im Internet über die PTB zu informieren und nun großes Interesse an ihren Fortschritten in der Therapie zeigte. Er bat sie, sich das Tape mit ihren Schilderungen die ich im Rahmen der Konfrontation aufgezeichnet hatte, anhören zu dürfen. Frau B. reagierte zunächst sehr unsicher und zögerte, stimmte dann aber zu und hörte es gemeinsam mit ihm an. Daraufhin kam es zum ersten Mal seit dem Überfall zu einem langen und offenen Gespräch zwischen den Beiden. Ihr Partner begann zu verstehen welche großen emotionalen Auswirkungen die versuchte Vergewaltigung auf Frau B. hatte und sie fand den Mut sich zu öffnen, ihm gegenüber ihre Gedanken und Gefühle zu äußern und die Probleme die in der Partnerschaft anzusprechen die sie schon lange belasteten. Seit diesem Gespräch ist das Paar wieder stärker zusammengewachsen, die alte Offenheit und Vertrautheit stellt sich langsam wieder ein. Ihr Freund zeigt Verständnis und ist sehr rücksichtsvoll was Frau B. dazu ermutigt, ihn in ihren Heilungsprozess mit einzubeziehen. Gegen Ende der Therapie hat sich Frau B. der Herausforderung gestellt, im Rahmen der Konfrontation in die Seitenstrasse in der sie überfallen wurde zurückzugehen. Ihr Freund begleitete sie und sie fühlte sich von ihm sehr gut aufgefangen und unterstützt was ihr große Sicherheit vermittelte.

## 10. Zusammenfassung und Erfolgskontrolle

Nach 3 Monaten und 12 Sitzungen schließt Frau B. die Therapie ab.

Der zum Beginn von ihr ausgefüllte Fragebogen kommt noch mal zum Einsatz und zeigt eine deutlich verringerte Punktzahl in allen 3 Bereichen. Frau B. vermeidet es kaum noch an das Trauma erinnert zu werden, vielmehr konfrontiert sie sich zunehmend bewusst damit indem sie häufiger mit Freunden und ihrem Partner darüber spricht, Gedanken zulässt wenn sie auftreten und langsam beginnt sich Situationen auszusetzen die sie daran erinnern wie z.B. die Rückkehr an den Ort des Geschehens. Durch diese bewusste Auseinandersetzung kommt es kaum noch zu plötzlichen intrusiven Gedanken oder Flashbacks. Sie trifft immer wieder auf auslösende Reize aber obwohl die Erinnerungen schmerzhaft sind, fühlt sie sich nicht mehr von ihnen überwältigt und kann sie als einen Teil ihrer Vergangenheit akzeptieren. Alpträume, die zum Beginn der Konfrontation vorübergehend zugenommen hatten, treten nur noch sehr selten auf.

Frau B. fühlt sich an einigen Tagen nach wie vor nervös und dünnhäutig und ist noch leicht reizbar, kann dies jedoch nun besser kontrollieren. Wenn sie spürt dass sie durch eine innere Unruhe oder Gefühle der Angst beeinträchtigt wird, wendet sie die Progressive Muskelentspannung an, dadurch kommt sie wieder etwas zur Ruhe und gewinnt ihre Konzentration zurück. Insgesamt, so die Klientin, ist sie sehr viel vorsichtiger als früher und denkt häufig darüber nach wo eventuelle Gefahren lauern könnten. Auch aus diesem Grund hat sie sich dazu entschlossen gemeinsam mit einer Freundin einen Selbstverteidigungskurs für Frauen zu besuchen, es macht ihr Freude sich wieder sportlich zu betätigen und gibt ihr ein größeres Gefühl der eigenen Sicherheit.

Auch anhand des Tagebuches der Klientin ist sichtbar wie sich ihre Gedanken und Gefühle in Bezug auf das Trauma verändert haben, so schreibt sie z.B. zunehmend seltener über Situationen in denen sie sich von Angst überwältigt fühlt und geht häufiger darauf ein wie sie erfolgreich Situationen bewältigt die im Vorfeld mit Unbehagen und großer Unsicherheit besetzt waren wie gemeinsame Aktivitäten mit Freunden oder Menschenmengen ausgesetzt zu sein.

Frau B. sieht sich die von ihr formulierten Ziele noch mal an und kommt zu dem Schluss, dass die Therapie erfolgreich war und ihr sehr geholfen hat.

Ihr Leben hat wieder eine gewisse Normalität bekommen seitdem es nicht mehr täglich von Angst überschattet ist, sie erfährt große Unterstützung von Freunden und auch von den Kollegen im Kindergarten denen sie nach anfänglichem Zögern von dem Vorfall und ihren Beschwerden erzählt hat. Ihr Studium hat sie um ein Semester verlängert und bereitet sich nun mit einem guten Gefühl auf die Abschlussprüfungen vor. Insgesamt, so sagt sie, beginnt sie Vergangenes hinter sich zu lassen und positiv in die Zukunft zu blicken.

## 11. Literaturverzeichnis

Glenn R. Schiraldi, PhD:  
*The Post Traumatic Stress Disorder Source Book*  
Lowell House Publishing 2000

William Yule:  
*Post Traumatic Stress Disorder, Concepts and Therapy*  
John Wiley and sons 1999

Hans Reinecker:  
*Fallbuch der Klinischen Psychologie*  
Hogrefe 1999

Hans Reinecker:  
*Lehrbuch der Klinischen Psychologie*  
Hogrefe 1999

Klaus Dömer, Ursula Plog, Christine Teller, Frank Wendt:  
*Irren ist menschlich*  
Psychiatrie Verlag, Bonn 2002

Recherche im Internet:

[www.ncptsd.org](http://www.ncptsd.org)  
[www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)  
[www.ptsdalliance.org](http://www.ptsdalliance.org)  
[www.neuro24.de](http://www.neuro24.de)