

Das gute Leben zurückerobern

Als sich im vergangenen Jahr die Ereignisse rund um den Abzug deutscher Soldat:innen aus Afghanistan überschlugen, wurden auch deren seelische Belastungen zum Thema. Das Krankheitsbild „Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)“ rückte in den Blick der Öffentlichkeit. Dabei können PTBS auch vielfältige andere Auslöser haben: verstörende Kindheitserlebnisse, der Schock eines U-Bahn-Fahrers, der einen Menschen überfahren hat, Erfahrungen mit Folter, mit Flucht und nicht zuletzt mit sexueller Gewalt, auch in der Familie. Wir haben gefragt, wie sich seelische Traumata erkennen und behandeln lassen.

Text: Dr. Adelheid Müller-Lissner
Fotos: Stephanie Steinkopf,
OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

Am 2. Januar 2002, vor nunmehr ziemlich genau 20 Jahren, landeten die ersten von ihnen in Kabul, im vergangenen Sommer zogen die letzten von ihnen wieder ab: 93.000 Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr waren nach Angaben der Bundesregierung zeitweise in Afghanistan im Einsatz, viele von ihnen gehörten zu mehreren der 76 deutschen Kontingente und rückten wiederholt aus.

Abgeschlossen ist das Kapitel mit dem Abzug vermutlich jedoch nicht. „Der Afghanistan-Einsatz wird dieser Armee und er wird uns Deutschen noch lange in den Kleidern hängen“, formulierte Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier beim zentralen Abschlussappell zur Würdigung des Einsatzes der Bundeswehr am 13. Oktober 2021 in Berlin. Nachhängen werde er uns auch wegen der Fragen nach dem Sinn des Einsatzes. „Es sind schwierige Fragen, bittere Fragen.“ Für die Soldatinnen und Soldaten, die vor Ort waren, stellen sie sich nicht abstrakt, sondern verknüpft mit Erfahrungen im Kampf und mit einer teilweise fremden Kultur. Verwundungen trafen nicht allein ihre Körper, sondern auch die Seelen.

„Dass Kampfhandlungen zu angstassoziierten psychischen Erkrankungen führen können, ist angesichts der Lebensbedrohlichkeit naheliegend“, sagt Oberstarzt Prof. Dr. med. Peter Zimmermann vom Bundeswehrkrankenhaus Berlin, der als psychiatrischer Chefarzt auch das dort angesiedelte Psychotraumazentrum leitet. Doch gerade für Soldatinnen und Soldaten ist es schwer, sich und anderen diese Angst einzugestehen. Dem steht zunächst das Selbstbild entgegen. „Einsatzsysteme wie Armeen, aber auch die Polizei oder die Feuerwehr sind geprägt von Vorstellungen von Stärke“, gibt Psychiater Zimmermann zu bedenken. Gerade bei denjenigen Armee-Angehörigen, die sich für einen militärischen Einsatz bereit machen, gibt es für diese Selbsteinschätzung ja auch guten Grund: „Soldaten müssen schon in gewisser Weise gefestigt sein, ehe sie in einen Auslandseinsatz gehen“, so Zimmermann. In der Regel werden sie zudem zuvor gründlich ärztlich untersucht.

In Studien haben Bundeswehr-Psychiater versucht zu eruieren, wie es mit der Befürchtung steht, stigmatisiert zu werden, wenn man offen über psychische Probleme spricht¹. „Hier gibt es erhebliche Ängste“, berichtet Zimmermann. „Man hat Angst, von Vorgesetzten nicht mehr ernst genommen zu werden. Soldaten fürchten aber auch, im privaten Umfeld nicht mehr als ‚männlich‘ zu gelten. Das führt dazu, dass spät Hilfe gesucht wird.“

Niedrigschwellige Präventionsangebote

Es war der Kosovo-Einsatz um die Jahrtausendwende, der bei der Bundeswehr das Bewusstsein für die Problematik schärfte. „Damals wurde deutlich, wie wichtig es ist, die Soldaten auch psychologisch zu betreuen“, erklärt Zimmermann.

Dann kamen die Einsätze in Afghanistan und in Mali. „Sie sind mit sehr kräftigen und nachhaltig negativ wirksamen Traumatisierungen einhergegangen.“

Eine Prävalenz-Studie zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bundeswehr, die zwischen 2009 und 2013 durchgeführt wurde, ist in Fachkreisen nicht umsonst als „Dunkelzifferstudie“ bekannt. Die ermittelte Zwölf-Monats-Prävalenz von über 20 Prozent liegt zwar unter dem Durchschnittswert für die erwachsene Bevölkerung, ist aber dennoch unerwartet hoch. „Damit wurde deutlich, dass Traumatisierungen selbstverständlicher Bestandteil der Einsatzrealität sind“, sagt Zimmermann. „Uns hat das Impulse für die inhaltliche Weiterentwicklung der Hilfsangebote gegeben.“²



In den vergangenen Jahren wurde in der Bundeswehr denn auch einiges unternommen, von Gesprächen vor dem Einsatz über Informationsbroschüren, einen Selbsttest, Präventionsangebote wie die internetbasierte Plattform CHARLY, die Website → www.ptbs-hilfe.de oder die Smartphone-App „Coach PTBS“ mit niedrigschwelligen Angeboten etwa zur Entspannung. „Im Moment überlegen wir auch, mit speziellen Kampagnen zu arbeiten“, ergänzt Oberstarzt Zimmermann.

- 1 Eine Zusammenfassung findet sich in: Stefan Siegel et al., Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie ehemaliger Soldatinnen und Soldaten (Veteranen). Eine Expertenbefragung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, August 2017.
- 2 Mehr Informationen unter: Peter Zimmermann et al., Traumafolgestörungen in der Bundeswehr. Konzepte der Prävention und Behandlung, Nervenheilkunde 2016; 35(06) S.391-395 (DOI: 10.1055/s-0037-1616402).



Traumafolgestörungen

Am bekanntesten ist inzwischen die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In Kapitel 7B der neuen Klassifikation ICD-11, die auch in Deutschland in absehbarer Zeit die ICD-10 ablösen soll, werden als Symptome das Wiedererleben des traumatisierenden Ereignisses in der Gegenwart, die Vermeidung von Erinnerungsanlässen und Übererregung genannt. Bei der „komplexen PTBS“ kommen Störungen im affektiven Funktionieren, von Funktionen des Selbst und Beziehungsfunktionen nach einem Erlebnis von „extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur“ hinzu.

Wie wichtig das Thema in der „Parlamentsarmee“ Bundeswehr genommen wird, zeigt auch der Bundestagsbeschluss aus dem Jahr 2008, ein Psychotraumazentrum als Teil des Bundeswehrkrankenhauses in Berlin einzurichten. „Wir haben hier ein differenziertes psychotherapeutisches Setting“, sagt Zimmermann. „Wir können stationär, teilstationär und zum kleineren Teil auch ambulant behandeln.“ Zum Schwerpunkt entwickelte sich in den vergangenen Jahren die Behandlung von Traumafolgestörungen.

Viele von Zimmermanns Patient:innen leiden auch unter Agoraphobie, Anpassungsstörungen, Suchterkrankungen und unterschiedlichen somatoformen Störungen. Psychische Störungen, die infolge traumatischer Erlebnisse auftreten, werden mit anerkannten evidenzbasierten Verfahren aus dem Repertoire der kognitiven Verhaltenstherapie behandelt. Als erfolgreich hat sich zum Beispiel die „Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy“, kurz EMDR, erwiesen, in der meist mit ruckartigen horizontalen Augenbewegungen gearbeitet wird, während die Patientin oder der Patient die traumatische Erfahrung imaginiert. Wie genau das Verfahren wirkt, ist noch nicht restlos geklärt.

Warteliste und Notfallangebote

Methoden aus der kognitiven Verhaltenstherapie kommen auch in der zur Bodelschwingh-Klinik gehörenden Tagesklinik 3 für Trauma, Angst und Zwang (TAZ) in der Wilmsdorfer Umlandstraße zum Einsatz. Eine ganze Reihe von

Patientinnen und Patienten werden von ihren Berufsgenossenschaften hierher zur ambulanten Behandlung geschickt: U-Bahn-Fahrer:innen, die Suizidwillige überfahren haben, Busfahrer:innen, die von Fahrgästen überfallen wurden, Feuerwehreute. „Sie alle haben zuvor schon ein aufwendiges diagnostisches Verfahren durchlaufen“, berichtet die leitende Oberärztin Dr. med. Anne Kruttschnitt.

Die Mehrheit der Patient:innen wurde aber außerhalb ihres beruflichen Kontexts Opfer von Gewalt – dem mit dem höchsten Risiko für eine Traumafolgestörung verbundenen „man-made trauma“ überhaupt. Es sind mehr Frauen als Männer, häufig ist sexuelle Gewalt im Spiel, viele wurden schon in der Kindheit schwer traumatisiert. Einige waren in einer Beratungsstelle, bevor sie in die Tagesklinik kommen, andere werden von Hausärzt:innen oder Psychotherapeut:innen auf das Angebot aufmerksam gemacht und überwiesen. „Viele Betroffene kommen aber auch auf gut Glück oder finden uns über Google-Recherchen“, berichtet Kruttschnitt.

„Wir machen zunächst ein Basis-Screening und führen mit allen ein persönliches Vorgespräch.“ Danach heißt es oft: Warten. Ein paar Wochen oder auch Monate. „Es gibt entschieden zu wenig Behandlungsangebote. Die Menschen reisen oft von weit her an.“ Dabei nähmen längst nicht alle, denen sie und ihre Kolleg:innen helfen könnten, eine solche Therapie wahr, betont Kruttschnitt. „Die Quote derjenigen, die PTBS haben, aber keine spezifische Therapie bekommen, ist enorm hoch: In der Regel sprechen Menschen nicht spontan darüber. Hausärzte sollten also aufmerksam sein.“

In der Ambulanz dient die Reihenfolge der Anmeldungen im Allgemeinen als Richtschnur dafür, wann Patient:innen mit der Behandlung beginnen können. „Wenn aber jemand sagt: ‚Alles bricht völlig über mir zusammen‘ vermitteln wir in unserem Haupthaus auch stationäre Betreuung.“ Eine kleine Wartezeit vor der ambulanten Behandlung kann allerdings in vielen Fällen sinnvoll sein. „Bei uns ist der Behandlungstag lang, das Programm setzt einiges an Belastbarkeit voraus“, berichtet die Ärztin weiter. „In der akuten Krise ist das oft zu viel.“ Dass ein sogenanntes Debriefing, das einem vorgegebenen Ablauf folgt und direkt nach dem Ereignis stattfindet, in aller Regel schädlich ist, haben inzwischen verschiedene Studien gezeigt³. Oft vergehe aber viel mehr Zeit als nötig, bis jemand Hilfe suche, bedauert Kruttschnitt. „Auch heute noch kommen einige Menschen hierher zur Therapie, die beim Anschlag auf den Breitscheidplatz im Jahr 2016 dabei waren.“

links

Das Therapieprogramm der Psychosomatischen Tagesklinik für Trauma, Angst und Zwang (TAZ) umfasst mehrere Bausteine, die auf die Erreichung der individuellen Therapieziele der Patient:innen ausgerichtet sind. Das „Walking“ trägt zur allgemeinen körperlichen Aktivierung und zur Verbesserung des Körperbewusstseins bei.

3 Unter anderem: Gerald Gartlehner et al., Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma. April 2013. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews; Band 109).

Versehrt an der Seele

Kriegsheimkehrende als „Flattermänner“, Geflüchtete aus Kriegs- und Krisenregionen mit Überlebensschuld, Opfer familiärer Gewalt: Traumatisierungen sind vielfältig.

- „Die Generation von 1914 ist gestorben im Krieg, auch wenn sie seinen Granaten entkam.“ So hart drückte es der Schriftsteller Erich Maria Remarque aus, berühmt für seinen kriegskritischen und autobiografisch inspirierten Roman zum Ersten Weltkrieg „Im Westen nichts Neues“. Auch von den Soldaten, die im Kampf kein Bein und im Trommelfeuer der Maschinengewehre nicht ihr Gehör verloren hatten, waren unzählige versehrt – an der Seele. 600.000 kehrten mit „Krankheiten des Nervengebiets“ nach Hause zurück, als „Kriegszitterer“, „Flattermänner“, „Schüttelneurotiker“, „Emotionnés de la guerre“ und von der „Bomb Shell Disease“ Betroffene.
- In der Zeit des Nationalsozialismus wurden die seelischen Erkrankungen der Veteranen des Ersten Weltkrieges nicht mehr als Kriegsfolge anerkannt, bis zu 5.000 Betroffene fielen der Euthanasie zum Opfer. Andererseits gab es während des Zweiten Weltkrieges erste Ansätze zur Intervention, um Soldaten wieder kampffähig zu machen, zum Beispiel bei der Luftwaffe.
- Erst im Jahr 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung in das amerikanische DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aufgenommen. In den USA spielte der Vietnamkrieg für das Bewusstsein eine wichtige Rolle. Für die Bundeswehr habe der Kosovo-Einsatz hier Bedeutung gehabt, berichtet der Psychiater und Oberstarzt Peter Zimmermann.
- Wie haben sich die unbehandelten Traumatisierungen der Kriegsrückkehrer des Zweiten Weltkrieges ausgewirkt? „Wir kennen den leistungskompensatorischen Typ, der nach dem Motto lebte: ‚Schlafen konnte ich eh nicht, habe ich halt gearbeitet‘. Vielleicht sind einige Aspekte unseres Wirtschaftswunders damit in Verbindung zu bringen“, gibt Zimmermann zu bedenken. Eine unbehandelte, chronische PTBS hat auch körperliche Folgen, etwa ein erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden.
- Für zivile Opfer von Gewalt in Krisen- und Kriegsgebieten setzt sich beispielsweise seit Jahren das Berliner Zentrum ÜBERLEBEN (→ www.ueberleben.org) ein. Das Zentrum bietet Hilfesuchenden aus vielen Ländern mit teilweise schlimmen Fluchterfahrungen Unterstützung in medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Fragen. Die Psychologische Psychotherapeutin Maria Prochazkova berichtet von aus Syrien Geflüchteten, die die Anfänge des nunmehr zehnjährigen Kriegsgeschehens und die Schrecken der Assad-Diktatur miterlebt haben, durch die Erlebnisse traumatisiert sind und gleichzeitig „Überlebensschuld“ gegenüber ihren Angehörigen in Syrien empfinden. In Social Media setzen sie sich zudem brutalen Informationen und schockierenden Bildern zur aktuellen Situation in ihrem Herkunftsland aus. Der dysfunktionale Umgang mit solchen Nachrichten sei auch Gegenstand der Therapie, berichtet Prochazkova.
- Dass behandlungsbedürftige psychische Störungen nach Traumatisierungen auch im „ganz normalen“ deutschen Familienleben entstehen, wird oft vergessen, ist jedoch eine alltägliche Erfahrung der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater.

Fragt man Anne Kruttschnitt nach dem Ziel der Behandlung von Traumafolgen, so zögert sie keine Sekunde mit der Antwort: „Es geht um die Rückeroberung des guten Lebens.“ Etwa bei einer Frau, die vergewaltigt wurde und sich seitdem nicht mehr allein aus dem Haus traute. „Sie musste erst entdecken, dass sie das konnte“, kommentiert Kruttschnitt. In der Therapie gehe es immer wieder um Ängste und Befürchtungen, die Menschen aus einem schlimmen

Ereignis ableiten, und um die Bedeutung, die dieses für ihr gegenwärtiges Leben hat. Neben Ängsten und Vermeidungsverhalten spielten oft auch dysfunktionale Gedanken eine Rolle. Eine Frau, die sexualisierte Gewalt erlebt hat, meint dann zum Beispiel, sie sei selbst daran schuld. Vor allem bei Menschen, die Traumata aus der Kindheit mit sich herumtragen, beobachten Kruttschnitt und ihre Kolleg:innen oft automatisiert anspringende Denk- und Verhaltensmuster.



Annegret Rogge (1. v. l.) ist in der Tagesklinik 3 für die Bewegungstherapie und die Physiotherapie verantwortlich. In der Gruppentherapie wird die allgemeine Beweglichkeit, Geschicklichkeit und Ausdauer gefördert. Auf spielerische Art kann die aktuelle Belastbarkeit erprobt und ausgebaut werden.

Traumatisierungen von politisch Verfolgten der SED-Diktatur

„Es ist oft harte Arbeit, Menschen dazu zu bringen, über ihre Demütigungen zu sprechen“

Dr. Adelheid Müller-Lissner im Gespräch mit dem Psychologen und Psychotherapeuten Dr. phil. Stefan Trobisch-Lütge von der Beratungsstelle „Gegenwind“.

AML Herr Dr. Trobisch-Lütge, 30 Jahre sind eine lange Zeit. Wirken die Traumatisierungen fort?

STL Durch zahlreiche Untersuchungen, zum Beispiel durch den Psychiater Andreas Maercker von der Uni Zürich, wissen wir, dass noch viele Jahre nach der eigentlichen Traumatisierung eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten posttraumatischer Symptome besteht. Häufig werden sie durch bestimmte Trigger hervorgerufen. So war der Mauerfall selbst damals für viele ehemals Inhaftierte, die zu diesem Zeitpunkt schon im Westen waren, eine Herausforderung.

Manche Menschen haben Folter, Misshandlungen oder sexuelle Übergriffe ohne schwerere Symptome überstanden, die sehen wir hier natürlich nicht. Ein großer Teil der Betroffenen ist aber fürs Leben gezeichnet. Manche können schon darüber reden, andere sind verstummt. Die unverarbeiteten Erlebnisse kommen dann in Krisensituationen wieder hoch.

Wer ist besonders betroffen?

Ganz allgemein kann man sagen, dass Menschen, die sich gezielt gegen das Regime gewandt haben und wohlwissend Risiken eingingen, etwas besser auf die möglichen Folgen vorbereitet waren. Doch wir haben es insgesamt mit vielen gebrochenen Biografien zu tun, die Brüche setzten oft schon früh ein. Dabei haben nicht selten frühe staatliche Übergriffe und familiäre Schief lagen ungünstig zusammenge wirkt. So konnten schon sehr junge Menschen in das Visier der Stasi geraten. Einschüchterungen und die Begrenzung

der persönlichen Freiheit führten dazu, dass diese das Land verlassen wollten. Gerade für junge Menschen hatten die dann folgenden Inhaftierungen durch weniger ausgeprägte Resilienz häufig massive psychische Folgen. Man konnte aber auch durch puren Zufall oder durch Denunziation in den Knast kommen. Es gibt Fälle, in denen eine Entscheidung die ganze Biografie veränderte, etwa bei der Tierärztin mit behindertem Kind, die das Kind nicht ins Heim geben, sondern zum Teil selbst betreuen wollte. Sie hat sich gewehrt und wurde beruflich degradiert. Zur Strafe sollte sie im Schlachthof die Abfälle wegräumen. Bei der Bewertung der Schwere der Fälle – etwa bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht – kommt es darauf an, den Einzelfall genau zu prüfen. Dafür sind Kenntnisse über das Leben in der DDR und über die Bedingungen in den Haftanstalten der DDR erforderlich. So ist es bei Begutachtungen wichtig, genau zu erfragen, was konkret in der Haft passiert ist. Sagt jemand „Ich war Frischfleisch“, dann heißt das im Klartext „Ich war sexuellen Übergriffen ausgesetzt.“

Wurde und wird das entstandene Leid in unserer Gesellschaft genügend gesehen?

Es ist kompliziert: Viele haben sich aus Angst und Scham vom Medizinsystem ferngehalten oder selbst in Kliniken nicht von ihren schweren Erlebnissen gesprochen oder sprechen können. Psychische Zusammenbrüche konnten deshalb oft nicht in Zusammenhang mit dem Verfolgungserleben in der DDR gebracht werden. Dazu kommt, dass es die entsprechenden Diagnosen – wie

Posttraumatische Belastungsstörung – vor den 1980er-Jahren noch nicht gab. Heute monieren Gutachter, dass diese Diagnosen oder Schilderungen von „Brückensymptomen“ in den Unterlagen nicht auftauchen. Dass traumatisierte Menschen nicht ohne Weiteres über ihre demütigenden Erlebnisse sprechen können, wird hier häufig übersehen. Leider berichten unsere Klienten in diesem Zusammenhang von sehr langwierigen Begutachtungs- und Entschädigungsverfahren. Durch fachlich ungeeignete und unsensible Gutachter werden oft Trauma-Reaktivierungen hervorgerufen, zumal es immer wieder auch zu einer unsensiblen Wahl des Begutachtungsortes kommt, etwa in forensischen Abteilungen. Auch werden Menschen, die aus politischen Gründen etwa in U-Haft in Hohenschönhausen oder im Zuchthaus in Bautzen einsitzen mussten, implizit dem Vorwurf ausgesetzt, die seelischen Folgen ihrer erlittenen Demütigungen und Qualen nur vorzutäuschen. Spezialisten für Aggravation und Simulation werden eingesetzt. Die Betroffenen haben an solchen Begutachtungen häufig noch lange zu knabbern. Zum Glück gibt es inzwischen aber auch sehr gute, empathische Gutachter, die auch uns Behandler einbeziehen.

Wie wirkt es sich aus, dass die Menschen, die während der DDR-Zeit Traumatisierungen erlebt haben, inzwischen teilweise ein hohes Alter erreicht haben?

Wie anhaltend die Belastungen sind, zeigt sich oft erst, wenn altersbedingt körperliche Leiden oder andere Verluste hinzukommen. So sollte eine Berliner

Krankenhauspatientin nach einem größeren orthopädischen Eingriff in eine Rehaklinik ins brandenburgische Umland verlegt werden. Sie wehrte sich mit den Worten: „Ich gehe nicht noch einmal in den Osten.“ Erst da stellte sich heraus, dass sie eine belastende persönliche Verfolgungsgeschichte in der DDR mit sich trägt. Unsere Beratungsarbeit muss sich erweitern: Zukünftig werden wir uns auch darum kümmern, wie ältere Menschen mit entsprechender traumatischer Geschichte altersgerecht versorgt werden können. So ist etwa der Aufbau von speziellen Wohnformen für unser Klientel eine Aufgabe, die wir uns jetzt auf die Fahnen geschrieben haben.

Sie haben Untersuchungen dazu gemacht, wie Traumata über Generationen weitergegeben werden. Was kann man hier beobachten?

Es gibt extreme Fälle, in denen wirken zum Beispiel eindruckliche Erinnerungen wie Stasi-Verhaftungen bei Familienfeiern fort. Die Kinder von politisch Verfolgten wurden zu Zeugen der Demütigung ihrer Eltern gemacht. Dynamiken in betroffenen Familien sind in ähnlicher Weise aus der Holocaust-Forschung bekannt: Oft gibt es einen Pakt des Schweigens. Kinder spüren aber, „dass da etwas ist“, sie fühlen sich für die Eltern verantwortlich, sind in deren Probleme verwickelt, lehnen

andererseits aber bestimmte Verhaltensweisen der Eltern auch massiv ab, sind ihnen gegenüber misstrauisch. In einzelnen Fällen kommen Angehörige von Traumatisierten im Rahmen einer familientherapeutischen Klärung zu uns.

Wie können Sie helfen?

Es ist oft ein langer Weg und harte Arbeit, bis sich die Menschen trauen, die Demütigungen und Misshandlungen anzusprechen, denen sie ausgesetzt waren. Wir haben aber über die Jahre viel gelernt: Parallel zu unserer Arbeit hat sich ja das gesamte Feld der Psychotraumatologie entwickelt. Methoden wie EMDR wirken auch sehr gut bei komplexeren Traumatisierungen. Reden ist hilfreich, niedrigschwellige Angebote wie gemeinsame Frühstücksrunden können die Therapie ergänzen. Sehr gute Erfahrungen haben wir mit tiergestützten Interventionen mit unseren Therapiehunden Jette und Wanja gemacht. In Corona-Zeiten sind Außenaktivitäten besonders wichtig, dazu die Maltherapie und das traumasensible Yoga. Das alles hat sich im Lauf der Zeit entwickelt.

Wie ist die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Berlin?

Wir arbeiten ausgesprochen gut mit einigen niedergelassenen Psychiatern

und auch anderen Fachärzten in Berlin zusammen, stoßen häufig auf großes Interesse an unserem Arbeitsfeld. Außerdem machen wir immer wieder Weiterbildungsangebote für Niedergelassene und für Versorgungsämter.

Wie geht es Ihnen persönlich mit diesem therapeutischen Lebensthema?

Ich bin froh, dass ich hier meine Kenntnisse einbringen und helfen kann. Durch meine Arbeit habe ich auch zeitgeschichtlich viel gelernt. Wir arbeiten als Team, und wir passen gut auf uns auf.



Dr. phil. Stefan Trobisch-Lütge

Foto: privat

Beratungsstelle Gegenwind

Die Beratungsstelle Gegenwind wurde 1998 für Menschen eröffnet, die unter der SED-Diktatur politischer Verfolgung und Inhaftierung, psychischer Zersetzung oder staatlicher Repression ausgesetzt waren. Die Anfänge dieser Anlaufstelle gehen auf den Psychologen und Regimekritiker Jürgen Fuchs zurück, an den sich nach der Wende viele Betroffene wandten – auch wegen seiner eigenen Hafterfahrung. Gefördert wird die Beratungsstelle durch den Beauftragten zur Aufarbeitung der SED-Diktatur des Landes Berlin und durch die Bundesstiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur.

Nähere Informationen unter: → www.beratungsstelle-gegenwind.de

Wo sie sich im Lauf der Jahrzehnte schon sehr verfestigt haben, müsse der Anspruch an eine wenige Wochen dauernde Therapie notgedrungen oft bescheidener sein. „In vielen Fällen gab es zudem bereits frühere Therapien, die nicht so gut funktioniert haben. Hier müssen wir aufpassen, nicht in dieselbe Falle zu gehen.“

Dem stimmt Oberstarzt Zimmermann mit Blick auf seine Patient:innen zu: „Traumatisierungen aufgrund kurz zurückliegender Erlebnisse haben oft eine gute Prognose, während wiederholte Verletzungen seit der Kindheit häufig schwerwiegende Schäden in der Persönlichkeitsstruktur verursachen.“

Unterscheidung

Die Unterscheidung zwischen früh einsetzenden, lang anhaltenden chronischen Belastungen („Typ 2“) und einmaligen Ereignissen („Typ 1“), die in die neue Klassifikation ICD-11 aufgenommen wurde, ist wichtig für die Prognose.

Für die Akutbehandlung der traumatischen Einzelsituationen spielt diese Unterscheidung zunächst jedoch keine Rolle. „Bei zusätzlichen Kindheitstraumatisierungen muss eine deutlich längere Stabilisierungsarbeit geleistet werden, zum Beispiel mit dialektisch-behavioraler Therapie. Diese ist bei alleinigen akuten Traumata in der Regel nicht notwendig“, erläutert Zimmermann.

In der Behandlung sei man von der strengen Abfolge „Erst stabilisieren, dann therapieren“ abgekommen, sagt Kruttschnitt. „Darin liegt etwas Invalidierendes, es perpetuiert indirekt das Sicherheitsverhalten.“ Stattdessen schaue man sich in jeder Phase der Behandlung genau und gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten an, warum es ihr oder ihm nicht gut gehe und welche Wege der Bewältigung sich bieten.

Im Dialog mit anderen Betroffenen

„Wenn die zwei, drei allerschlimmsten Gedankenfallen erfolgreich infrage gestellt sind und das tägliche Leben leichter wird, gibt es meist eine ganz steile Kurve der Besserung“, beobachtet die Psychiaterin. Oft flache diese Kurve anschließend wieder ab. „Ein Trauma zu bewältigen, ist ein Prozess, der dauert.“ Es könne deshalb sinnvoll sein, im Anschluss an die Behandlung in der Tagesklinik eine ambulante Psychotherapie zu machen. „Und die Menschen können wiederkommen“, versichert Kruttschnitt.

Wiederkommen können – ein Stichwort, das auch die Angebote der Bundeswehr treffend beschreibt. „Wir haben Kontaktangebote auch für ehemalige Soldaten“, berichtet

Trauma-Experte Zimmermann. Das medizinische und soziale Versorgungssystem der Bundeswehr beschreibt er als gut ausgebaut und relativ unbürokratisch. Wer mit einer PTBS aus einem Kampfeinsatz zurückkehrt, könne heute, mit weniger belastenden Aufgaben betraut, im Soldatenstatus in Ruhe seine Therapie machen.

Diese besteht zum Teil aus Einzelgesprächen, in denen es um individuell recht unterschiedliche Problematiken geht, zum Beispiel um wiederkehrende Angstträume. „Vieles überschneidet sich aber auch und ist ähnlich erlebt worden, oder es lässt sich übertragen“, berichtet Zimmermann. „Hier kann man insbesondere den Zusammenhalt der Gruppe zur Heilung nutzen.“ In der Gruppe lerne man besonders gut Methoden, bestätigt auch Kruttschnitt. Etwa den „Sokratischen Dialog“, mit dem man nach dem Vorbild des antiken Philosophen verfestigte Überzeugungen systematisch infrage stellen könne. Kurz: „Die Menschen profitieren unheimlich voneinander. Es ist an sich schon sehr entlastend, zum Beispiel Scham bei anderen zu bemerken.“

Um Scham kreisen häufig auch die Gespräche im Bundeswehrkrankenhaus: „Nach den Erfahrungen des Einsatzes berichten viele vom Gefühl, kein guter Mensch und sozial nicht mehr attraktiv zu sein, sich verkriechen zu müssen. Hier ist es eine sehr wichtige Erfahrung, sich anderen öffnen zu können.“

„Trauma“, der griechische Begriff für Verletzung, stand gerade in der Militärmedizin lange Zeit allein für körperliche Wunden. Psychische Traumata beinhalten unsichtbares Versehrtsein.

Diese Verletzungen haben bei Armee-Angehörigen auch einen moralisch-ethischen Aspekt, wie Zimmermann betont. „In der Auseinandersetzung mit dem Lebensumfeld im Einsatzland, mit den kulturellen Unterschieden und mit moralischen Widersprüchen entstehen moralische Verletzungen, auf die man in eigens dafür entwickelten Gruppenbehandlungen gut eingehen kann.“ Sie zeigen sich in Schuldgefühlen, weil man nicht genug helfen konnte, aber auch im Zorn. Depressive Störungen und Anpassungsstörungen können die Folge sein. Ein innovatives Programm, das eigens an die Bundeswehrverhältnisse angepasst wurde, soll jetzt für die Rückkehrer vom Evakuierungsprojekt eingesetzt werden.

Und was ist „danach“? Sind alle Soldatinnen und Soldaten dann wieder einsatzfähig? Zimmermann formuliert das Erfolgskriterium für sich bewusst anders: „Als Ärzte verfolgen wir das Ziel, dass es unseren Patienten besser geht.“ „Das



Auf die Frage nach dem Ziel der Behandlung von Traumafolgen antwortet Dr. med. Anne Linde Kruttschnitt (li), Leitende Oberärztin Psychosomatik: „Es geht um die Rückeroberung eines guten Lebens.“

beinhaltet für den Psychiater einerseits messbare Verbesserungen auf dem „Reliable Change Index“. Bei 60 bis 80 Prozent sind die Werte nach der Behandlung so gut, dass man von einer Heilung sprechen kann. „Wir können also inzwischen sagen, dass es innerhalb der Bundeswehr gute Behandlungserfolge für posttraumatische Belastungsstörungen gibt.“ Diese bemessen sich auch daran, dass die Soldat:innen wieder fähig sind, einer Arbeit nachzugehen. „Und für unsere Patienten ist Berufsfähigkeit oft gleichbedeutend mit Einsatzfähigkeit.“ Viele ehemalige Soldat:innen arbeiten heute aber auch in Zivilberufen, zum Beispiel bei der Polizei. Sie konsultieren dann Haus- und Fachärzt:innen außerhalb der Bundeswehr. „Alle Ärzte sollten deshalb das Problem auf dem Schirm haben“, fordert Zimmermann.

Die Bearbeitung der seelischen Wunden, die die Erfahrungen schlagen, kann nach Zimmermanns Erfahrung im besten Fall

zu einem Reifen der Persönlichkeit führen. „Wir erleben nicht selten ein geschärftes Bewusstsein für kulturelle Unterschiede und für Werte.“ „Posttraumatisches Wachstum“, so heißt der Fachbegriff dafür. Er macht Mut. /



Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Wissenschaftsjournalistin
Foto: privat