

BARBARA VÖLKNER

Mein Körper erinnert sich – ein persönlicher Therapiebericht

mit einem Kommentar von Günter H. Seidler

Die Leidensgeschichte von Barbara Völkner, Mutter von fünf Kindern, beginnt während eines längeren Aufenthalts in einer Rheumaklinik. Zunächst zeichneten sich nur körperliche Symptome ab wie rheumatische Schmerzen und extreme Bewegungseinschränkungen. Kurz darauf kamen schwere Depressionen hinzu. Die Hinweise auf eine frühe Traumatisierung verdichteten sich. Erst sieben Jahre später und nach mehreren Klinikaufenthalten wurde die Diagnose »Posttraumatische Belastungsstörung« (PTSD) gestellt. In ihrem Bericht stellt die Autorin ihre 12 Jahre dauernde Therapiegeschichte vor.

Somatische Kliniken

Mit einer akuten Arthritis im zweiten Zeh links fängt meine 12 Jahre dauernde Therapiegeschichte an, von der ich insgesamt vier Jahre in acht verschiedenen Kliniken verbringe. Zu dieser Zeit bin ich 40 Jahre alt, mein Familienhaushalt mit fünf Kindern, den ich bisher bei bester Gesundheit gut bewältigt habe, macht mir aufgrund von zunehmenden Schmerzen auch in weiteren Gelenken große Probleme. Während eines längeren Aufenthalts in einer Rheumaklinik ergibt sich zwar kein Rheumabefund, aber es kommen neue Symptome hinzu: Kraftlosigkeit, starke Berührungsempfindlichkeit und erhebliche Gangstörungen. Ich habe das Gefühl, gegen eine innere Blockade angehen zu müssen. Eingehende Untersuchungen, auch

bei einem sich direkt anschließenden Aufenthalt in einer neurologischen Klinik, können meine Beschwerden nicht erklären. Der neurologische Chefarzt kommt zuletzt zur Diagnose »psycho-vegetativer Erschöpfungszustand« und vermittelt mich in eine psychosomatische Klinik.

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik I

Erster und zweiter Aufenthalt

Zur Psychotherapeutin, bei der ich tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie erhalte, gewinne ich schnell Vertrauen und bringe in kürzester Zeit sehr belastende Lebensereignisse aus der Kindheit zur Sprache, die ich bisher noch nie jemandem erzählt habe. Da ich kaum gebremst werden kann, wird mir eine neue Therapeutin zugeteilt, die mich vorwiegend auf mein derzeitiges soziales Umfeld anspricht. Ich nehme

wahr, dass in meiner Partnerschaft eigene Bedürfnisse durch starke Anpassung auf der Strecke geblieben sind.

Die körperlichen Beschwerden nehmen langsam ab, psychisch geht es mir dagegen zunehmend schlechter. Nur selten finde ich ausreichend Schlaf, verliere ein Kilo nach dem anderen. Ich werde verstärkt medikamentös behandelt und schließlich nach zehn Wochen entlassen. Diagnose: »Somatisierte Depression auf dem Boden einer neurotischen Entwicklung«.

Zuhause bin ich psychisch äußerst labil, und die Bewegungsstörungen treten in belastenden Situationen immer wieder auf. Die ambulanten Therapiegespräche sind anstrengend, und vieles in meinem Innern ist in Bewegung geraten. Einige Monate später werde ich wieder in die Klinik aufgenommen.

Gleich zu Beginn Aponal-Infusionen. Neben Gesprächen mit Arzt und Therapeutin darf ich an einer Gestaltungstherapiegruppe teilnehmen. Etwas Lebensnahes aus Ton zu gestalten oder zu malen fällt mir leicht, und ich komme dabei ein wenig zur Ruhe. Die Infusionen begleiten mich über zwei Monate. Schlafprobleme und Appetitlosigkeit lassen trotzdem nicht nach. Müdigkeit wechselt mit Unruhe, selbst kleinste Missverständnisse und Vorfälle im Klinikalltag bringen mich aus dem inneren Gleichgewicht. Meine Einzeltherapeutin gibt mir im Abschlussgespräch zu verstehen, dass ich keine Fortschritte machen werde, wenn ich aufgestaute Wut und Aggressionen gegen meine soziale Umwelt nicht zum Ausdruck bringen würde.

Nach 16 Wochen Klinikaufenthalt kann ich meinen Alltag zu Hause kaum bewältigen und werde nach sechs Wochen wieder aufgenommen.

Dritter und vierter Aufenthalt

Wieder über eine lange Zeit Infusionen. Einschneidend sind die Erfahrungen mit einem neuen Therapeuten. Er versichert mir, dass meine Depression endogener Natur sei, eine aufdeckende Therapie deshalb keinen Sinn mache. Trotzdem erzähle ich ihm von meinen Wünschen nach Berührung, zugleich aber auch von meinen Ängsten davor. Ich möchte auch ausführlicher von den Übergriffen durch den Leiter eines Kinderheims, in das ich im Alter von 9 – 11 Jahren öfters zu Erholungsurlauben geschickt wurde, erzählen. Nach einigem Zögern gibt der Therapeut mir die Möglichkeit dazu. Nach solchen Sitzungen verkrampfen sich oft meine Hände, meine Beine sind wie gelähmt und ich erreiche nur mit großer Mühe mein Zimmer. Einmal soll ich auf eine Stuhllehne einschlagen und meinen früheren Peiniger anschreien. Ich weine tränenlos, und meine Gedanken kreisen um Suizid. Ich fühle mich wertlos, habe Schuld- und Schamgefühle. Ich glaube nicht daran, mein Leben jemals wieder in den Griff zu bekommen. Es kommt zu ersten autoaggressiven Durchbrüchen mit Schnittverletzungen am Handgelenk.

Einschätzung im Entlassungsbericht: »Auf dem Hintergrund einer doch als schwerwiegend anzunehmenden endogenen Komponente sowie zusätzlich einer ausgeprägten frühen neurotischen Störung muss auch langfristig von einem schwierigen Verlauf auszugehen sein.«

Trotz hoher Medikation fühle ich mich unfähig, meinen familiären Pflichten nachzukommen, und glaube, meiner Familie zur Last zu fallen. Nach quälenden inneren Kämpfen nehme ich eine Überdosis Psychopharmaka.

Danach werde ich zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Ich empfinde die Atmosphäre dort als schrecklich und verlange eine Weiterbehandlung in der bisherigen psychosomatischen Klinik.

Hier werden mir neue Aufgaben gestellt: Ich soll jetzt lernen, meine destruktiv-aggressiven Seiten in konstruktiv-aggressive zu verwandeln, u. a. wird mir die Teilnahme an der Aktivsportgruppe verordnet. Trotzdem kommt es zu häufigen Selbstverletzungen, die einerseits den Druck kurzfristig mindern aber die destruktiven Wünsche auch wieder verstärken. Schließlich werde ich an einen renommierten Psychiater in eine Uniklinik vermittelt.

Psychiatrie I

Da bisher Medikamente kaum geholfen haben, wird umgehend mit Elektrokrampftherapie begonnen. Bei der siebten von insgesamt 15 EKT-Behandlungen krampfe ich – gerade in Narkose versetzt aber noch ohne Stromanschluss – so stark, dass die Behandlung abgebrochen wird. In Folge dieses Vorfalles werden erneut Untersuchungen angesetzt. Leichte Veränderungen bei der MRT, die aber kaum gedeutet werden können. Trotz überdurchschnittlichem IQ-Testergebnis vermutet man »eine erworbene Störung der Intelligenzfunktion«. Gelegentlich auftretende Gangstörungen sowie meine affek-

tive Starrheit werden als »Hinweis auf eine psycho-organische Beeinträchtigung« gesehen.

Die unangenehmste Zeit sind für mich die sechs Wochen auf der geschlossenen Station: sehr kranke Mitpatienten, eine Atmosphäre, die mir oft Angst macht, passives Herumsitzen. Der Stationsarzt deutet meine wieder zunehmenden autoaggressiven Tendenzen als Bestrafungswünsche gegen meinen Lebenspartner. Eine gewisse Abwechslung bieten der tägliche Gruppensport und die Ergotherapie, die mich aber kaum aus der Erstarrung herausholen. Auf meinen dringenden Wunsch, nach fünf Monaten die Klinik zu verlassen, wird nur sehr zögerlich reagiert. Der Chefarzt schlägt eine psychiatrische Reha-Klinik vor. Ich möchte aber endlich wieder meine Kinder um mich haben.

Diagnose im Entlassungsbericht: »Depressives Syndrom, leicht ausgeprägtes psychoorganisches Syndrom, neurotische Entwicklung und Hirnfunktionsstörungen«.

Psychiatrie II – Kriseninterventionen

Meine ambulante Psychiaterin und ich sind uns einig, dass mir jetzt auf jeden Fall die Integration in meine häusliche Umgebung gelingen soll. Sie glaubt an eine reaktive Depression, begleitet mich mit Gesprächen und versucht, mich von den Psychopharmaka zu entwöhnen. Trotz gelegentlicher Krisen, die wiederholte Kurzaufenthalte in der Psychiatrie notwendig machen, geht es mir über

ein Jahr lang relativ gut. Doch als neue Medikamente und Infusionen nicht gegen zunehmende Depressionen helfen, schickt mich meine Ärztin in eine andere psychiatrische Klinik.

Psychiatrie III

Erster und zweiter Aufenthalt

Nach wenigen Gesprächen bringt der neue Chefarzt mir gegenüber zum Ausdruck, dass ich »übertherapiert« wäre, zwar eine endogene Depression hätte, aber andererseits die Klinik nur als Fluchtburg benutzen würde. Er entlässt mich kurzfristig.

Zu Hause bin ich völlig antriebslos und starr. So werde ich nach einer Woche wieder in die Klinik aufgenommen und auf ein neues Antidepressivum eingestellt.

Der Chefarzt spricht von einem »ängstlich-gehemmt depressiven Syndrom«. Langsam kommen meine Lebenskräfte wieder zurück.

Während einer recht guten Phase zuhause bekommt meine ambulante Psychiaterin erstmals den Entlassungsbericht aus der ersten Psychiatrie in die Hände und veranlasst eine MRT Kontrolluntersuchung. Ergebnis: »... keinerlei Hinweise auf krankhafte cerebrale Veränderungen«. Später kommt es wieder zu einem starken psychischen Einbruch.

Dritter, vierter und fünfter Aufenthalt

Ich bin innerlich aufgelöst wie bisher noch nie. Der Chefarzt spricht jetzt von einem »agitiert-depressiven Syndrom«. Er verordnet neue Medikamente, die aber ständig gewechselt werden, weil sie zu keiner Besserung führen.

Ich habe starke Schuld- und Schamgefühle, frage mich, warum ich den Drang, mir immer neue Verletzungen zuzufügen, nicht stoppen kann. Eine Verlegung für zwei Wochen auf die geschlossene Station empfinde ich diesmal als entlastend.

Eine Psychologin führt mit mir kürzere Gespräche, bis sie eines Tages ihre Hilflosigkeit offen eingesteht und die Gespräche eingestellt werden.

Nach vier Monaten werde ich entlassen, Diagnose: »... Schwere Persönlichkeitsstörung mit deutlichen Affektstörungen, dysthymen Grundstimmung und Störungen im interpersonellen Bereich ... Die eindeutig festgestellten hirnorganischen Veränderungen ... sind sicherlich ein wichtiger Bestandteil der multifaktoriellen Genese der Symptomatik.«

Zu Hause geht es mir weiterhin schlecht, und ich möchte nicht mehr weiterleben. Vor meiner Familie kann ich die düsteren Gedanken und mein häufiges Zittern auf Dauer nicht verbergen. Sie schickt mich wieder in die Klinik.

Zunächst geschlossene Station, die wieder einmal völlig überbelegt ist. Als ich auf eine offene Station verlegt werde und dann auch das Klinikgebäude gelegentlich verlassen darf, irre ich manchmal stundenlang durch die Umgebung. Der Chefarzt droht mir Unterbringung in einer Langzeiteinrichtung an. Unter neuer Medikation komme ich glücklicherweise bald zur Ruhe und kann einige Monate gut zuhause verbringen.

Beim nächsten Klinikaufenthalt fragt mich der Arzt bei einem Gespräch einmal bis ins Detail nach meinen sexuellen Gewalterlebnissen aus. Abschließend meint er, dass nicht wenige seiner Patientinnen so

etwas erlebt hätten, aber dies wohl kaum eine Ursache für meine schweren Depressionen sein könnte.

Ich verlasse ohne größere Besserung nach neun Wochen die Klinik. Bei einem späteren ambulanten Termin fragt mich der Chefarzt nach meinen Alltagsaktivitäten. Er äußert wahre Lobeshymnen über kleinste gelungene Aktivitäten, was mich verwirrt. Ich frage ihn, welchen Sinn mein Leben denn noch hätte, wenn ich zu mehr nicht in der Lage wäre. Er wehrt die Frage achselzuckend ab. Anschließend nehme ich Kontakt zu einer christlich geprägten Klinik auf.

Psychiatrie IV

Erster Aufenthalt

Neben regulärer psychiatrischer Behandlung werden mir endlich wieder einmal Gespräche angeboten. Der neue Chefarzt lässt mich detaillierte Fragebögen zu meiner Lebensgeschichte ausfüllen, weil nur das Wissen um »Wahrheit« mich heilen könne. Sein Angebot, für mich und mit mir zu beten, auch mit Handauflegung, nehme ich gerne an.

Durch die begleitende Musik-Einzeltherapie kommen meine eingefrorenen Gefühle ins Fließen, allerdings auch hin bis zu schmerzhaften Ausbrüchen. Zum ersten Mal die Diagnose: PTSD, die ich gut annehmen kann, auch weil ich in der Patientenbibliothek Bücher entdeckt habe, die mir schlüssige Antworten auf meine drängenden Fragen zum Thema Selbstverletzung geben.

Der Arzt schlägt mir eine Behandlung mit EMDR vor und erklärt mir, dass diese Methode die lebensge-

schichtliche Wahrheit ans Licht bringen und die traumatischen Erlebnisse zugleich verarbeiten würde. Ohne Vor- und Nachgespräche werden in kurzen Abständen mehrere knappe einstündige EMDR-Sitzungen anberaumt. Die Medikamentendosierungen werden laufend erhöht, weil ich alle Kontrolle zu verlieren scheine. Nach vier Monaten werde ich entlassen und soll in zwei Monaten zur Stabilisierung erneut in die Klinik kommen.

Entlassmedikation: 40 mg Adumbran, 150 mg Saroten, 30 mg Remergil, Dalmadorm.

Ich nehme Kontakt zu einer Beratungsstelle auf, wo mir die Möglichkeit zu Einzelgesprächen angeboten wird. So gelingt es mir einigermassen, die heftigen Nachwirkungen des Klinikaufenthaltes aufzufangen.

Zweiter Aufenthalt

Der Arzt möchte sofort mit EMDR-Sitzungen anfangen, worauf ich mich aber nicht mehr einlassen kann. Ich soll jetzt meine Wut ausdrücken gegenüber Menschen, die mir Leid zugefügt haben. Die sich anschließende Forderung, ihnen zu vergeben, kann ich allerdings nicht umsetzen. Zugleich soll ich durch Meditation biblischer Texte an meiner »inneren Heilung« arbeiten.

Nach der Klinikzeit beginne ich eine ambulante Psychotherapie bei diesem Arzt. Er möchte der seelsorgerlichen Begleitung den Vorrang geben. Trotzdem bekomme ich zunehmend das Gefühl, die angestrebte äußere und innere Heilung nicht erreichen zu können. Nach einer Sitzung mit Gebeten, die meine Ängste sogar noch verstärken, breche ich die Therapie ab.

Vergeblich versuche ich zur Ruhe zu kommen. Eine neue Ärztin schlägt mir eine Behandlung in der Bielefelder Klinik vor. Ich lehne zunächst ab. Wer kann mich als »Kliniktourist« denn überhaupt noch ernst nehmen?

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik II

Erster Aufenthalt

Unter verschiedensten Therapieangeboten soll ich herausfinden, was mir gut tut. Neu und sehr angenehm ist es für mich, vorwiegend von Frauen behandelt zu werden. Die Chefarztin bietet täglich Imaginati-

onsübungen für alle Patientinnen und Patienten an und leitet auch eine Gesprächsgruppe, an der ich teilnehme.

Meine Einzeltherapeutin geht auf Fragen zu meiner Krankheit ein. Wenn ich durch belastende Themen aus dem inneren Gleichgewicht gerate, leitet sie mich zu einer beruhigenden Imaginationsübung an. Neu für mich sind auch Bewegungstherapie sowie Qigong. Aromatherapiebehandlungen mit warmen Fußbädern und vorsichtigen Körpermassagen sind besondere Highlights im Behandlungsplan. Ich beginne meinen Körper besser wahrzunehmen und ein positives Verhältnis zu ihm zu entwickeln.



Barbara Völkner, Acryl auf Leinwand, o. T.

In den Gruppengesprächen werden unterschiedlichste Themen behandelt: Umgang mit Angst, Wege zu mehr Lebensfreude, alte und neue Glaubenssätze, Kindheitsträume, achtsamer Umgang mit sich und anderen, Abgrenzung, Umgang mit Wut, Veränderung und Akzeptanz. Das Sprechen über traumatische Ereignisse ist tabu. Die Leiterin geht zwar von unseren aktuellen Problemen und Themenwünschen aus, lenkt die Gespräche aber immer hin zu möglichen Lösungswegen. Weiterhin habe ich Schlafprobleme und gerate schnell aus dem inneren Gleichgewicht. Mit meiner Einzeltherapeutin formuliere ich einen Vertrag zur Begrenzung meiner schwer steuerbaren Impulse und suche nach neuen Möglichkeiten der Selbstfürsorge. Unterstützend erhalte ich Medikamente.

Schockiert bin ich, als meine Krankenkasse mir eines Tages mitteilt, dass sie ihren Zahlungsanteil einstellt. Einsprüche führen zu keinem Erfolg. Ich entscheide mich, trotzdem zu bleiben und das finanzielle Risiko selbst zu tragen.

In der Gestaltungstherapiegruppe führt mich das Malen an eigene Bedürfnisse und Lösungen für Belastungen heran. Auch Schreiben hilft mir, die Aufmerksamkeit auf wünschenswerte Ziele hin zu konzentrieren. In der Gesprächsgruppe notierte Sätze und positive Kognitionen wiederhole ich auf Karteikarten und gestalte sie. Sie werden zu meinen »Lebenskarten«.

Nach vier Monaten habe ich einen großen Fundus an Schätzen für eigene Weiterarbeit und die Hoffnung,

dass die erreichte Stabilisierung zu Hause längere Zeit vorhält.

Einschätzung im Entlassungsbericht: »In Anbetracht der bisherigen Entwicklung in der Therapie ... ist die Prognose trotz der chronifizierten Erkrankung noch günstig einzuschätzen.«

Außergewöhnliche Belastungen bestimmen die nächsten Wochen, die ich zunächst gut meistern kann. Zur körperlichen Mobilisierung und um Impulsdurchbrüchen vorzubeugen, werde ich Mitglied in einem Fitnessstudio. Später bringt mich eine banale innerfamiliäre Auseinandersetzung allerdings so heftig aus dem Gleichgewicht, dass ich bereits nach 10 Wochen zur Krisenintervention wieder in die Klinik aufgenommen werde.

Zweiter Aufenthalt

Ich bin depressiv und unruhig zugleich, die Stabilisierung gelingt erst langsam. Qigong übe ich jetzt in einer reinen Frauengruppe, in der auch abwechselnd erheiternde Bewegungsspiele angeboten werden. Bei den erstmalig angesetzten Familientherapiegesprächen kann ich meine Wünsche nach Abgrenzung thematisieren.

Wieder zu Hause richte ich mir ein Refugium am anderen Ende meines Wohnortes ein, in das ich mich zwischenzeitlich zurückziehen kann. Durch diese äußere Distanzierungsmöglichkeit hoffe ich, mich auch innerlich besser abgrenzen zu können.

Die Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten für Therapiekosten in dieser Klinik, die meine Krankenkasse nur unvollständig bezahlt, hat inzwischen Erfolg gehabt. Aus der Schweiz, wo ich meine schwersten Traumatisierungen erfahren hatte, bekomme ich finanzielle Unterstüt-

zung. Zur meiner psychischen Entlastung trägt bei, dass ich über die entsprechende Opferberatungsstelle an Prozessakten über den verurteilten Täter herankomme. Das Gefühl, nun wirklich als Opfer anerkannt zu sein, beendet meine ständigen Selbstzweifel.

Dritter Aufenthalt

Gleich zu Beginn gerate ich in eine Auseinandersetzung mit meiner Einzeltherapeutin. Danach versuche ich, die Beziehung im Sinne eines Arbeitsbündnisses zu sehen – zwei Erwachsene kümmern sich um ein verletztes Kind –, was sich für die weitere Zusammenarbeit als sehr nützlich erweist. Bei den Stressbewältigungsübungen fühle ich mich inzwischen zuhause. Bewegungstherapie erhalte ich als Einzeltherapie. Körperwahrnehmung, Kontrolle und Veränderung gelingen mir immer besser. Die Themen in der Gesprächsgruppe helfen auf dem Weg zu mehr innerer Freiheit: Umgang mit Gefühlen, Verwandlung von Klagen in Wünsche, Frausein im Patriarchat, Hilfen für das innere Kind, Liebe und Selbstliebe. Die Gespräche sind sehr lebendig. Langsam kann ich neben neuem Lebensmut auch einen gewissen Humor in mir wiederentdecken.

Zu Hause bin ich glücklich, vieles von dem nachholen zu können, was mir in den letzten Jahren nicht möglich oder vorstellbar gewesen ist. Ich intensiviere meine Malerei und gehe öfters auf Reisen.

Vierter und fünfter Aufenthalt

Eine zwischenmenschliche Begebenheit hat mich aus dem inneren Gleichgewicht gebracht. Mit meiner

Therapeutin kann ich die Hintergründe dieses Flashback-Erlebnisses entschlüsseln und Vorsorge vor neuen Kontrollverlusten treffen. Stressbewältigungsübungen, Gruppentherapie und vor allem Einzeltherapiesitzungen bei meiner Kunsttherapeutin bringen langsam Stabilität zurück. Hier kann ich meiner Wut in einem selbst gemalten und begrenzenden Rahmen Ausdruck verleihen.

Ambulante Therapiesitzungen brauche ich nur noch in größeren Abständen und komme auch fast ohne Medikamente über das Jahr. Beim letzten Klinikaufenthalt entscheide ich mich für Traumaexposition mittels Beobachtermethode. Da ich einen Hörsturz erleide, grenzen wir sie allerdings stark ein und verschieben mögliche weitere auf einen späteren Zeitpunkt. Mit meiner Kunsttherapeutin bearbeite ich auf gestalterischer Ebene traumatisches Material. Wir sortieren von mir zu früherer Zeit gemalte belastende Bilder und packen sie weg, auf realer und imaginativer Ebene.

Gruppengespräche mit der Klinikleiterin begleiten diese Zeit und erweisen sich wiederholt als aufbauend und impulsgebend. Zu bereits bekannten Themen kommen neue hinzu: Umgang mit Konflikten, Trauer, Loslassen, Pro-aktiv leben.

Noch einzelne ambulante Therapiesitzungen folgen, dann kommt es zu einer längeren Pause, weil ich für mehrere Monate zu einem künstlerischen Gaststudium in eine entfernte Stadt ziehe. Nach meiner Rückkehr geht es mir so gut, dass ich mich entscheide, auf weitere Traumaexpositionen zu verzichten, ja sogar die Therapie insgesamt abzuschließen.

Ich mache schnell weitere gesundheitliche Fortschritte und freue mich daran, seit einigen Jahren mein Leben kompetent selbst gestalten zu können.

Kommentar zu:

»Mein Körper erinnert sich – ein persönlicher Therapiebericht«

In der Regel veröffentlichen wissenschaftliche Zeitschriften keine Berichte von Patientinnen oder Patienten. Es gibt auch gute Gründe dafür, das nicht zu tun.

Da gilt es zum einen, – unterstellte – Interessen der Verfasser solcher Berichte zu schützen. Es wird etwa geltend gemacht, es sei erstrebenswert, dass ein Betroffener Distanz zu seinem Leid bekäme. Die Veröffentlichung einer »Leidgeschichte« könne dem entgegenstehen. Es könnten

- alte Wunden wieder aufgerissen werden;
- die Publikation könne über Reaktionen aus dem Publikum die Beschäftigung mit dem Inhalt dieser Geschichte sogar über längere Zeit reaktivieren,
- und das Hinaustreten aus dem Privaten in die Öffentlichkeit könne für manch einen mit Befriedigungen verbunden sein, die es ihm oder ihr dann noch schwerer machen, Vergangenes zu Geschichte werden zu lassen.

Aus Sicht der Zeitschrift kann zum anderen geltend gemacht werden, dass es in ihr um Wissenschaftlichkeit ginge. Subjektive Berichte unterlägen der klinischen Logik von Evidenzmaximierung; es würde alles zusammengetragen, was für eine bestimmte Sicht der Dinge spräche.

Dem gegenüber sei Wissenschaftlichkeit dadurch gekennzeichnet, bestimmte Vorannahmen »gegen den Strich zu bürsten«, wissenschaftslogisch formuliert, Hypothesen zu *falsifizieren*. Nicht wissenschaftlich aufbereitete Erlebnisberichte vermöchten also bestenfalls einen einseitigen Eindruck über einen bestimmten Sachverhalt zu vermitteln. Darüber hinaus kann geltend gemacht werden, dass die Leserinnen und Leser eines Fach-Journals selbst täglich klinische Berichte hörten, was solle denn da noch im Rahmen der Fortbildung via Lektüre eine weitere Veranschaulichung?

Uns erreichten schon in der Gründungsphase unserer Zeitschrift zahlreiche derartige Manuskripteinreichungen. In der Redaktionskonferenz haben wir beschlossen, trotz der genannten Bedenken gelegentlich und immer mal wieder einen Selbsterfahrungsbericht zu veröffentlichen, diesen aber mit einem kleinen Kommentar aus dem Herausgeberkreis zu versehen. Doch warum ein Kommentar? Die wissenschaftlichen Texte werden doch – in der Regel – auch nicht kommentiert! Die Antwort ist ziemlich einfach: Die Psychotraumatologie ist eine sehr junge Disziplin. Es gibt eine derartig große Anzahl andrängender Forschungsfragen, dass es viele Jahre, vielleicht Jahrzehnte dauern wird, bis dass diese so weit abgearbeitet sind, dass ein Stand erreicht ist, der dem der wissenschaftlichen Diskussion in den herkömmlichen »Psycho-Fächern« heute entspricht. Vordringlich ist sicher eine Revision her-

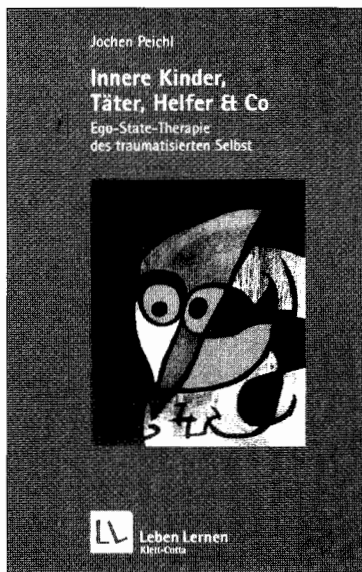
kömmlicher Krankheitskonzepte in Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie, die der Bedeutung von Gewalterfahrungen in der Genese vieler Störungen Rechnung tragen müsste. Aber auch diese große Aufgabe wird nur zögerlich angegangen.

Wir meinen, dass in einer derartigen wissenschaftsgeschichtlichen Situation Berichte von Betroffenen hilfreich sein können, die Aufmerksamkeit der praktisch und wissenschaftlich tätigen Kolleginnen und Kollegen auf bestimmte Fragestellungen zu fokussieren und Forschungsbemühungen zu ihrer Be-

antwortung anzustoßen. Diese Zeitschrift stellt ein Forum dar, eine Plattform, auf der Kontakte zustande kommen und Erfahrungen ausgetauscht werden können. Wir meinen, dass die Bereitstellung derartiger Berichte für eine Diskussion Hypothesen-generierend wirken kann, indem zunächst einmal die Aufmerksamkeit für die jeweils dargestellten Problembereiche in der Community der Psychotraumatologen geschärft wird – vielleicht entstehen daraus Lösungsansätze. Und der Kommentar soll dazu dienen, die Aufmerksamkeit auf derartige Brennpunkte zu lenken.

Auf diesem Hintergrund einige Worte zu dem Bericht von Barbara Völkner. Dabei können natürlich nur einige wenige Aspekte thematisiert werden.

Zunächst ist die Aufmerksamkeit auf die lange Krankheitsdauer mit unterschiedlichen Diagnosen für dasselbe Grundleiden und zahlreichen vergeblichen Behandlungsversuchen zu lenken. Dann ist zu berücksichtigen, dass es offenbar eine lange Lebensspanne vorher gab, in der die Patientin sich »bester Gesundheit« erfreute und ihr Leben »gut bewältigt« hat. – Alle vier Merkmale sind of bei Menschen zu



Jochen Peichl
Innere Kinder, Täter, Helfer & Co
 Ego-State-Therapie des
 traumatisierten Selbst

Leben Lernen 202
 2007, 248 Seiten, broschiert
 € 24,50 (D)/sFr 43,-
 ISBN 978-3-608-89047-1

Traumatisierte Menschen fühlen sich in viel stärkerem Maße als andere als »multiple« Persönlichkeiten. Ihr Selbst zerfällt – bewusst oder unbewusst – in die unterschiedlichsten Teile. Wie mit den Selbstanteilen psychotherapeutisch wirksam gearbeitet werden kann, zeigt dieser praxiserprobte und innovative Ansatz.

 **Leben Lernen**
 Klett-Cotta
www.Klett-Cotta.de/LebenLernen

beobachten, deren Leiden bei genauerem Verständnis als Traumafolgestörung aufzufassen ist. Es macht also Sinn, »daran zu denken« und eine entsprechende gezielte Diagnostik zu betreiben, ohne Alternativhypothesen auszuschließen.

Wichtig erscheint mir hier, darauf hinzuweisen, dass sowohl leitende Symptome von Traumafolgestörungen wie auch die zugrunde liegenden möglichen Lebensereignisse aktiv erfragt werden müssen, im Rahmen eines klinischen Gespräches oder auch durch geeignete Testinstrumente (Sachsse, 2004a; Seidler, Hofmann & Rost, 2002; Vollath & Seidler 2006). Es liegt in der Natur der in Frage kommenden Krankheitsbilder, dass ein Zusammenhang zwischen aktuellem Leid-Erleben und der zugrunde liegenden Gewalterfahrung von den Betroffenen häufig nicht (mehr) hergestellt werden kann. Das aktuelle Leiden ist häufig einfach nur »schlimm« und kann nicht gut in Worte gefasst werden, so dass Fehldiagnosen auf der Hand liegen.

Aufmerksamkeit verdient auch der Passus im Bericht, in dem die Autorin schreibt: »... selbst kleinste Missverständnisse und Vorfälle im Klinikalltag bringen mich aus dem inneren Gleichgewicht.« Der Erwähnung der Aufforderung der Einzeltherapeutin im Abschlussgespräch, sie möge ihre »aufgestaute Wut und Aggressionen« gegen ihre soziale Umwelt zum Ausdruck bringen, folgt die Information, dass eine Bewältigung des Alltags zu Hause kaum möglich sei. – Ein Zusammenhang zwischen dieser Aufforderung und

dem nachfolgenden Befinden zu Hause wird expressis verbis in diesem insgesamt sehr vorsichtigen Bericht nicht hergestellt. Dabei war die Vorsichtigkeit dieses Berichtes, der auch den Selbstschutzinteressen der Verfasserin u.E. angemessen Rechnung trägt und auf Anklagen und Beschuldigungen verzichtet, ein Grund, gerade dieses Manuskript auszuwählen.

Trotzdem erscheint ein solcher Zusammenhang möglich, und auch die Bezugnahme auf den »Klinikalltag« verdient Aufmerksamkeit.

Tiefenpsychologisch orientierte Kliniken folgen im Rahmen ihrer stationären Psychotherapie häufig einem Ansatz, der es möglich machen soll, dass sich innere Konflikte der Patientinnen und Patienten auf der Station re-aktualisieren. Das ist relativ leicht machbar; allein eine etwa auf »Grenzen und Grenzsetzungen« angelegte Haus- oder Stationsordnung lässt eine derartige Aktualisierung in der Regel schnell entstehen. Eine solche Vorgehensweise hat sich in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit neurotischen Störungen auch durchaus bewährt (Seidler, 1999). Allerdings ist auch bekannt, dass es wenig Sinn macht, in der stationären Psychotherapie von Menschen mit Traumafolgestörungen derartig vorzugehen (Sachsse, 2004 b). Diese Patienten haben Entmächtigungserfahrungen hinter sich, und wenn sich Situationen in der Gegenwart konflikthaft zuspitzen, stehen sie schnell »mit dem Rücken an der Wand« und reagieren entsprechend, mit Flucht, Angriff oder Dissoziation. Der »Verlust des inneren Gleichgewichtes« ist da noch eine eher milde Symptomatik, wahrscheinlich aber als iatrogenes, möglicherweise vermeidbares Arte-

fakt aufzufassen. Die Aufforderung der Einzeltherapeutin, »aufgestaute Wut« zum Ausdruck zu bringen, ist vermutlich in dieser undifferenzierten Form nicht besonders hilfreich, wenngleich neurosenpsychologisch – und damit fehl am Platze – konsequent formuliert. Traumapsychologisch würde es eher darum gehen, affektiven Stress herunterregulieren zu können (Sachsse, 2004c). Darüber hinaus ist zu fragen, ob es sich bei der unterstellten Wut um die wirklich eigene Wut der Patientin oder um die eines Introjektes handelte. Ist letzteres der Fall, wird die Wut, wenn sie in Bewegung geriete, sich zwangsläufig an der Patientin austoben, und so scheint es denn ja auch gewesen zu sein.

Vieles ließe sich noch kommentieren, etwa die Handhabung der Diagnose einer Depression. Wie viele Traumatisierte mögen die Diagnose einer wie auch immer näher spezifizierten (endogen, neurotisch, episodisch oder wie auch immer) Depression umgehängt bekommen haben, ohne dass jemand einen Bezug zu Gewalterfahrungen hergestellt hat? Es ist schwer mit anzusehen, wie immer noch Bücher zur Depression erscheinen, ohne dass die Frage nach traumatisierenden Ereignissen in der Vorgeschichte thematisiert wird. Hier ist aufs nachdrücklichste auf den anstehenden Forschungsbedarf hinzuweisen! – Auch die offenbar erlösende Wirkung der Anerkennung als Opfer ist bemerkenswert – wie oft wird ein solcher Wunsch pathologisierend abgewiesen! – Mich persönlich interessiert immer wieder die Frage, die auch dieser Bericht stellt:

Unter welchen Umständen manifestiert sich irgendwann im Leben eine bis dahin schlafende Traumafolgestörung? In Prüfungskontexten ist die Frage schnell und richtig zu beantworten durch Hinweis auf Triggerreize oder eine Verschiebung im Gleichgewicht zwischen kompensierenden und pathogenen Kräften. Aber bei näherer Betrachtung reicht eine solche Antwort häufig doch nicht aus. Geht man davon aus, dass Erinnerungen an traumatisierende Vorgänge dissoziativ abgespalten waren, ließe sich das Auftauchen der bösen Geister auch verstehen als Ausdruck des Versuches einer Integration, als Versuch, einen arretier-

ten Vorgang zum Abschluss zu bringen, mithin als Ausdruck eines Selbstheilungsversuches, der allerdings mit Leiden einhergeht. Dann manifestierte sich »eigentlich« keine Krankheit, sondern das Heilungsbegehren. Dafür würde sprechen, dass die Betroffenen häufig in einer Situation relativer Sicherheit von diesem Rumoren überrascht werden.

Vieles andere mehr ließ sich kommentieren. Der Autorin des Berichts, Frau Barbara Völkner, sei gedankt für die Gelegenheit dazu!

Zur Person



Barbara Völkner, 1951 geboren in Lörrach, ist verheiratet, hat fünf Söhne und arbeitet als freischaffende Künstlerin in Halle/Westfalen. Sie ist Mitgründerin und Vorsitzende des Traum-Haus e.V., des Fördervereins der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin des Ev. Krankenhauses Bielefeld.

Kontaktadresse

*Barbara Völkner
Ulmenweg 22
33790 Halle/Westf.
E-Mail: info@barbaravoelkner.de
www.barbaravoelkner.de*

Zur Person



Günter H. Seidler ist Leiter der Sektion Psychotraumatologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universitätsklinik Heidelberg. Er ist Herausgeber der Zeitschrift Trauma & Gewalt.

Kontaktadresse

*Prof. Dr. med. Günter H. Seidler
Klinik für psychosomatische und
Allgemeine Klinische Medizin
Uni-Klinik-Heidelberg
Thibautstraße 2
69115 Heidelberg
Tel.: 0 62 21-56 58 01
E-Mail: guenter.seidler@med.uni-Heidelberg.de*

Literatur

- Sachsse, U. (2004 a). Anamnesen-Erhebung, klinische Hinweise und Verdachtsmomente. In U. Sachsse (Hg.), Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis (pp. 107–110). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (Hg.). (2004 b). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 c). Die peri- und posttraumatische Stressphysiologie. In U. Sachsse (Hg.), Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis (pp. 48–58). Stuttgart: Schattauer.
- Seidler, G. H. (1999). Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand. Intersubjektivität und gesundheitliche Besserung. Bern: Huber.
- Seidler, G. H., Hofmann, A. & Rost, C. (2002). Der psychisch traumatisierte Patient in der ärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt, 99: A, 295–299.
- Vollath, C. C. & Seidler, G. H. (2006). Tsunami 2004: Diagnostik von Traumafolgen in der Allgemeinpraxis. DMM – Deutsche Medizinische Wochenschrift, 131, 2859–2865.