

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
für Jugend- und Eheberatung e.V.

DAJEB

Konzepte gegen Gewalt

Informationsrundschreiben
Nr. 216 März 2008

Vorstand der DAJEB

Präsidentin:	Renate Gamp Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin, Supervisorin (BDP)	Postillionweg 22 24113 Kiel Tel.: 04 31 / 9 12 20
Vizepräsident:	Berend Groeneveld Dipl.-Psychologe, Psych. Psychotherapeut, Supervisor (BDP)	Roonstr. 53 32105 Bad Salzuflen Tel.: 0 52 31 / 99 28 - 0
Beisitzer:	Elisabeth Frake-Rothert Dipl.-Pädagogin, Eheberaterin	Alter Fischbacher Weg 5 65817 Eppstein Tel.: 0 61 98 / 57 75 96
	Petra Heinze Dipl.-Staatswissenschaftlerin, Supervisorin (DGSv), Ehe- beraterin	Heinrich-Heine-Straße 18 14712 Rathenow Tel.: 0 33 85 / 51 41 40
	Rolf Holtermann Pfarrer, Eheberater	Baumgarten 4 47533 Kleve Tel.: 0 28 21 / 3 04 31
	Petra Thea Knispel Dipl.-Soz.-Pädagogin, Eheberaterin	Charité - Mitte - Sozialdienst Schumannstr. 20/21 10117 Berlin Tel.: 0 30 / 4 50 - 57 10 65
	Christoph Krämer Dipl.-Psychologe, Supervisor, Psych. Psychotherapeut	Albertinenstraße 13 14165 Berlin Tel.: 0 30 / 8 02 44 19
	Cornelia Strickling Eheberaterin	Humboldtstr. 14 49661 Cloppenburg Tel.: 0 44 71 / 8 37 81
	Cornelia Weller Dipl.-Soz.-Pädagogin, Eheberaterin	Rosentalgasse 7 04105 Leipzig Tel.: 03 41 / 2 25 27 44
Bundesgeschäftsführer:	Dr. Florian Moeser-Jantke	DAJEB Neumarkter Straße 84 c 81673 München Tel.: 0 89 / 4 36 10 91 Fax: 0 89 / 4 31 12 66 info@dajeb.de http://www.dajeb.de

Inhaltsverzeichnis

Rolf Holtermann	Zu diesem Heft	2
Luc Turmes	Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen – Die Mutter-Kind-Einheit des Westfälischen Zentrums Herten	3
Anke Culemann	Psychotraumatologie und die Beratung traumatisierter Menschen	10
Jens Hoffmann, Isabell Wondrak	Zur Lage von Stalking-Opfern in Deutschland	28
Detlef Vetter	Das Anti-Gewalt-Programm – Konzept zur Arbeit mit gewalttätigen Männern	34
Kunigunde Große Thier	Grunderkenntnisse der Psychotraumatologie und die Beratung traumatisierter Menschen	56
	Rezensionen	
Manfred Kolberg	Klaus Kießling: <i>Seelsorge bei Seelenfinsternis</i>	83
Cornelia Färber-Lamm	Hauke Brost: <i>Wie Teenies ticken</i>	84
Ulrich Schwemer	Walter Zwi Bacharach: <i>"Dies sind meine letzten Worte", Briefe aus der Shoah</i>	86
Manfred Kolberg	Heiderose Gärtner: <i>Menschen im Alter verstehen und begleiten</i>	87
Christa Gommann	Friederun Reichenstetter, Jürgen Rieckhoff: <i>Wir sind beide für dich da</i>	89
	Aus Verwaltung und Gesetzgebung	
Florian Moeser-Jantke	Erstattung von Fortbildungskosten durch den Arbeitgeber ab 1.1.2008 steuer- und sozialversicherungspflichtig!	91
Florian Moeser-Jantke	Unterhaltsrechts-Reform	92

Zu diesem Heft

Lieber Leser und Leserin,

für eine Kultur des Hinsehens und nicht des Wegschauens bei Gewaltdelikten und besonders bei häuslicher Gewalt engagiert sich die gegenwärtige Bundesregierung. Wir möchten mit diesem Informationsrundsreiben dabei mithelfen.

Das Wort Gewalt, heute meist negativ besetzt, leitet sich vom althochdeutschen "waltan" ab und meint "stark sein", "beherrschen". Damit werden also die besonderen Fähigkeiten und das Vermögen von Menschen positiv angesprochen, wenn sie z. B. mit einer gewaltigen Kraftanstrengung oder gewaltigem Einsatz etwas erreicht und bewirkt haben. In diesem Sinne macht sich etwa Politik stark, um durch die Ausübung staatlicher Gewalt, durch die Praxis der Gewaltenteilung und das Angebot von psychosozialen Hilfen das Recht und die Menschen zu schützen. Dabei prägt die aktuelle Debatte auch das Nachdenken darüber, wie viel Gewalt im Sinne von Zwang und Kontrolle der Staat ausüben darf, um seiner Verantwortung für alle Bürger/innen nachzukommen.

Im zwischenmenschlichen Bereich wird der Begriff "Gewalt" heute mehr so verwendet, dass damit die Gewaltausübung gegenüber anderen und das Beherrschen wollen anderer unter Missachtung der Würde, der Unversehrtheit und der Freiheit der betroffenen Menschen problematisiert wird. Begriffe wie Gewaltverbrechen, Gewalttat, Gewaltdelikt, Vergewaltigung nehmen die Ausübung von Zwang gegen andere mit der Absicht, andere Menschen zu schädigen, in den Blick. Eine mögliche Definition von Gewalt könnte in diesem Zusammenhang unter Ausblendung des Aspekts autoaggressiver Handlungen also lauten: "Gewalt ist die bewusste Ausübung von physischen Handlungen und psychischem Druck, um eine andere Person zu schädigen."

Während ich diese Zeilen am Anfang des Jahres 2008 schreibe, erschrecken mich tägliche Meldungen über vernachlässigte, misshandelte, verwaahlte und in der Folge gestorbene Kinder. Dabei klingen mir die Grundwerte unserer Verfassung in den Ohren: "Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt." Erst vor 60 Jahren wurde die Erklärung der Menschenrechte nach den Wirren des Zweiten Weltkrieges und der NS-Diktatur verabschiedet, auf die sich unsere Verfassung bezieht. Mit der Umsetzung des Schutzes der Menschenwürde tun wir uns immer noch schwer. Um Menschen besser vor Gewalt schützen zu können, brauchen wir wirksamere vernetzte Frühwarnsysteme, in denen Menschen gemäß ihrem Auftrag zum Wohl der gefährdeten Menschen miteinander kooperieren. Dazu gehören auch Berater/innen in den Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, die Opferarbeit leisten, die Opfer stärken und dabei mithelfen, weitere Gewalttaten zu verhindern. Auch die Arbeit mit Gewalttätern/-innen kann helfen, Gewalt z. B. in häuslichen Bereich zu bekämpfen. Tätertherapie ist der beste Opferschutz.

Ich freue mich über Ihr Interesse und lade Sie abschließend zur Jahrestagung über Himmelfahrt 2008 nach Bad Honnef ein, wo wir zukünftige Herausforderun-

gen für beraterische Handlungsfelder in den Blick nehmen und auch den Vorstand im Rahmen der Mitgliederversammlung neu wählen werden.

Ihr Rolf Holtermann

Luc Turmes

Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Die Mutter-Kind-Einheit des Westfälischen Zentrums Herten¹

Abstract

Seit 2003 werden in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Herten über 100 Mütter therapiert, die Schwierigkeiten haben, ihre neugeborenen Kinder zu lieben. Die Klinik bietet Therapiekonzepte an, die Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind zu bearbeiten. Dabei hat die ambulante Therapie Priorität gegenüber einer stationären Behandlungsform. Therapien bei stationärer Aufnahme sind erfolgreicher, wenn Mutter und Kind aufgenommen werden und es nicht zu einem Beziehungsabbruch zwischen beiden kommt. Spieltherapie, Einzel- und Gruppentherapie, Einbindung der Partner gehören u. a. zum Behandlungskonzept. Zum integrierten Behandlungskonzept gehört ferner eine Behandlungskette mit multiprofessionellen Teams, die Arbeit des Pflegeteams mit der Mutter als Modelllernen für Mutter und Kind und die Einbindung des sozialen Umfeldes der Mutter.

Psychosoziale Stichworte: Baby-Blues – Desorientierung – Familie – Mutter-Kind-Beziehungsstörungen – postpartale Depression – Infantizid – Psychose – Rooming-in – Schuldgefühle – Suizidalität – Wochenbettdepression bzw. -psychose

Ausgehend von dem in der Gynäkologie und Pädiatrie entwickelten, bewährten und heutzutage zum klinischen Standard gehörenden Konzept des Rooming-in, das eine gleichzeitige stationäre Behandlung von Müttern mit ihren (neugeborenen) Kindern vorsieht, hat es sich weltweit auch in der Psychiatrie bewährt, Mütter,

¹ Erstmals veröffentlicht in: Turmes, L.: *Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Ergebnisse der 2-Jahres-Katamnese der Mutter-Kind-Einheit des LWL*. In: Turmes L. (Hrsg.): *Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. Dortmund 2003, S. 78-87

die an Wochenbettpsychosen oder schweren postpartalen Depressionen erkrankt sind, gemeinsam mit ihrem Säugling in das psychiatrische Krankenhaus aufzunehmen. So gehören weltweit "Mother-Baby-Units" zum bewährten klinischen Alltag in der Psychiatrie: Bereits 1985/86 haben 151 von 305 psychiatrischen Krankenhäusern in England und Wales Betten zur Aufnahme von Müttern mit Kleinkindangeboten (Lanczik u. Brockington, 1997). Die Entwicklung der deutschen Mutter-Kind-Einheiten (MKE) erfolgt im europäischen Vergleich zeitlich verzögert, unter anderem wegen der nicht gedeckten höheren Behandlungskosten, die aus der Behandlung der Mutter-Kind-Beziehung sowie der Anleitung der Mutter in der Säuglingspflege resultieren. Der Arbeitskreis "Qualitätssicherung in der Mutter-Kind-Behandlung" der deutschen Sektion der internationalen Marcé-Gesellschaft schrieb in 2005 alle 470 psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland an mit dem Ziel, eine erste Übersicht hinsichtlich der stationären MKEs zu bekommen. 173 Einrichtungen antworteten, davon bejahten 83 eine Mutter-Kind-Behandlung. Insgesamt wurden 157 Behandlungsplätze (134 stationäre und 24 tagesklinische) erfasst. Ausgehend von englischen Bedarfszahlen und vorausgesetzt, dass alle MKEs erfasst wurden, wäre der Bedarf an stationären Mutter-Kind-Behandlungsangeboten in der BRD erst zu 21 % gesichert.²

Postpartale psychische Erkrankungen, Inzidenz, Prognose

Die Geburt eines Kindes ist nach Meinung der meisten Menschen ein glückliches Ereignis und man erwartet, dass vor allem die junge Mutter, die die Belastung der Schwangerschaft und Geburt überstanden hat und ein oft lange erwünschtes Kind in den Armen hält, von Glück erfüllt ist. Merkwürdigerweise erweist sich die Erwartung, die auch die jungen Mütter an sich selbst haben, aber häufig als falsch. Vielmehr entwickeln viele junge Mütter nach der Entbindung mehr oder weniger tiefgreifende psychische Störungen (Literaturübersicht bei Riecher-Roessler, 1997):

- 50 bis 85 % aller Wöchnerinnen reagieren in der ersten Woche nach der Entbindung mit einer kurzfristigen Verstimmung, dem sogenannten postpartalen Blues.
- Etwa 10 bis 20 % aller jungen Mütter leiden in den ersten Monaten postpartal an einer länger anhaltenden, behandlungsbedürftigen Depression.
- Bei zwei von 1000 Frauen manifestiert sich in dieser Zeit sogar eine Psychose.

Der **Baby-Blues** – in Deutschland etwas abwertend mit "Heultage" bezeichnet – ist eine leichte depressive Verstimmung mit häufigem Weinen und erhöhter Stimmungs labilität. Er tritt meist zwischen dem 3. und 5. Tag nach der Entbindung auf und klingt in der überwiegenden Zahl der Fälle innerhalb von Stunden bis Tagen von selbst wieder ab. Persistiert er über zwei Wochen, ist er ein wichtiger Indikator für eine postpartale Depression. Seine Inzidenz beträgt 50 bis 85 %.

² zur Publikation am 01.09.2006 in "Der Nervenarzt" angenommen

Als **postpartale Depression** werden im Allgemeinen alle schwereren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die in den Monaten nach der Entbindung auftreten. Die meisten Autoren verstehen unter postpartalen Depressionen nur die nicht psychotischen Krankheitsbilder und zählen die depressiven Erkrankungen mit psychotischer Symptomatik zu den postpartalen Psychosen. Die postpartalen Depressionen sind gekennzeichnet durch eine mehr oder weniger ausgeprägte depressive Verstimmung mit Antriebsmangel, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsstörungen, Ängsten, Sorgen, Schuldgefühlen und Suizidgedanken. Auch schwerste Zustände tiefer Depression mit ausgeprägter Suizidalität einschließlich Infantizid und erweitertem Suizid kommen vor. Besonders häufig sind depressive Erkrankungen in den ersten drei Monaten nach der Entbindung (Kumar, 1984). Die Inzidenz der postpartalen Depression beträgt 10 bis 20 %.

Die **Postpartalpsychosen** zeigen am häufigsten das Bild einer affektiven Psychose, und zwar sowohl mit einem manischen als auch mit einem depressiven und vor allem mit einem schizoaffektiven Bild. Reine schizophrene Psychosen sind seltener. Daneben werden atypische Psychosen beschrieben, deren Symptomatik durch Verwirrtheit und Desorientiertheit geprägt ist. Das größte Risiko einer postpartalen Psychose stellt der erste Monat nach der Entbindung dar. Hinsichtlich der Inzidenz entwickeln zwei von 1000 Frauen eine postpartale Psychose.

Nach Lanczik (1997) ist die Hospitalisierungshäufigkeit durch psychische Erkrankungen für Frauen im gebärfähigen Alter für die ersten 30 Tage post partum um das 35-fache und in den ersten 90 Tagen post partum um das 12,7-fache erhöht. In prognostischer Hinsicht beschreibt die Literatur durchgehend eine günstige Prognose hinsichtlich der typischen psychiatrischen Wochenbettkrankungen. Bei der gemeinsamen psychiatrischen Behandlung der Mutter mit ihrem Säugling gilt dies sowohl hinsichtlich der Genesung der Mutter als auch der Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung. Demgemäß gilt festzuhalten, dass nach der Erfahrung aller Autoren nahezu alle Mütter, sowohl mit postpartalen Depressionen, depressiven Wochenbettpsychosen als auch mit Wochenbettpsychosen mit manischer, depressiver oder schizoaffektiver Symptomatik nach der gemeinsamen Behandlung mit ihrem Säugling und nach ihrer Gesundung in der Lage waren, ihre Kinder zu lieben, sich an der Beziehung zu freuen und Vertrauen in sich und die Familie zu entwickeln.

Prognostisch tendenziell ungünstiger wird die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung bei Müttern mit vordiagnostizierten schizophrenen Psychosen eingeschätzt. Bei diesem prozentual kleinen Anteil an postpartalen Psychosen erfolgt demgemäß die Aufnahme oft, um besser beurteilen zu können, ob diese Frauen sich angemessen um ihr Kind kümmern können. Der Behandlungsausgang ist hier – auf die Mutter-Kind-Beziehung bezogen – insofern ungünstiger, als die Kinder häufiger in Pflegefamilien aufgenommen werden müssen, insbesondere wenn verlässliche andere Bezugspersonen in der Familie fehlen. Das Westfälische Zent-

rum Herten hat seit Februar 2003 über 100 Mutter-Kind-Paare behandelt. Nur in vier Fällen ergab sich eine ungünstige Prognose der Mutter-Kind-Beziehung.

Drei Thesen für die gemeinsame Behandlung von postpartal psychisch erkrankten Müttern mit ihren Säuglingen

In der Vergangenheit bestand das zentrale Dilemma der alleinigen Aufnahme und Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus der postpartal erkrankten Frau darin, dass die psychisch kranke Wöchnerin nach Hause zu ihrem Kind drängte. Von diesem Druck wird sie durch die gemeinsame Aufnahme mit ihrem Säugling entlastet. Aus ärztlicher Sicht umgeht man so den Konflikt, entweder die Patienten – ihrem Wunsch entsprechend – zu früh und damit noch akut erkrankt, in aller Regel gegen ärztlichen Rat, zu entlassen und damit das Rezidiv und die Wiederaufnahme und eine insgesamt längere stationäre Behandlung vorzuprogrammieren, oder sie – gegen ihren Willen, mit schlechtem Gewissen, fehlender Compliance und damit auch schlechtem Behandlungsergebnis – lange von ihrem Säugling zu trennen.

Kumar (1995), der Nestor der angelsächsischen Mutter-Kind-Behandlung, formulierte für die gemeinsame psychiatrische Behandlung von postpartal psychisch erkrankten Müttern mit ihren Säuglingen drei überschneidende Ziele:

1. Die Behandlung und Wiederherstellung von Müttern, die eine akute und schwere Wochenbettdepression, eine psychotische Wochenbettdepression oder eine Wochenbettpsychose entwickeln, typischerweise mit einer zu erwartenden guten Prognose.
2. Die Beurteilung des aktuellen oder potenziellen Risikos für die Kinder im Kontext mit der mütterlichen psychischen Erkrankung sowie die primäre Prävention der Säuglinge hinsichtlich einer eigenen psychischen Erkrankung in der Zukunft.
3. Die Behandlung und Rehabilitation einer prozentual geringen Anzahl von Frauen, die kürzlich ein Kind entbunden haben und anamnestisch an einer vorbestehenden oder chronischen psychischen Erkrankung (in der Regel eine Psychose aus dem schizophrener Formenkreis) leiden; in einigen dieser Fälle kann die Prognose weniger günstig sein.

Für die Mutter-Kind-Station des Westfälischen Zentrums Herten formulierten wir unter dem Aspekt der medizinisch-psychiatrischen Indikation und unter dem Aspekt der Kosten-Nutzen-Effektivität die folgenden drei Thesen:

1. Die stationäre Behandlungsdauer von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen ist kürzer als die stationäre Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen ohne ihre Säuglinge, da es bei letzteren zu einer signifikanten Zahl von Behandlungsabbrüchen, Rezidiven und dadurch bedingten stationären Wiederaufnahmen kommt. Das heißt, dass die gesamten Einzelfallkosten bei der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind niedriger sind, als die bei der alleinigen Behandlung der postpartal psychisch erkrankten Frau.

2. Die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung wirkt protektiv hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung: Die gemeinsame Behandlung auf einer Mutter-Kind-Station führt dazu, dass die psychisch kranken Mütter sich in der Folge gut und kompetent um ihre Kinder kümmern können, im Gegensatz zu Müttern, die ohne ihr Neugeborenes stationär psychiatrisch behandelt wurden. Des Weiteren entfallen entsprechende Folgekosten, die durch die Unterbringung des Säuglings in einer Pflegefamilie oder einem Kinderheim entstehen.
3. Die gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen wirkt präventiv hinsichtlich einer späteren psychischen Erkrankung des Kindes. Die These wird dadurch untermauert, dass circa 45 bis 50 % der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Patienten einen psychisch erkrankten Elternteil haben.

Konzept und Struktur der Mutter-Kind-Einheit des Westfälischen Zentrums Herten

Um die weiter oben dargestellte Kosten-Nutzen-Effektivität weiter zu steigern, steht im Vordergrund unseres Therapiekonzeptes die Leitlinie: "Ambulant vor stationär". Die Mutter-Kind-Einheit ist wie folgt strukturiert:

1. Ambulanz für postpartale psychische Erkrankungen

Die Spezialambulanz bietet einerseits einen Konsiliardienst für die geburts-hilflich-gynäkologischen Krankenhäuser der Region; andererseits bedient sie die Überweisungen der niedergelassenen Kassenärzte (Gynäkologen, Nervenärzte, Pädiater und Hausärzte). So können wir sofort vor Ort entscheiden, ob eine Integration der postpartal psychisch erkrankten Frau in das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot der Ambulanz (einzelfallbezogene psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Therapie; ambulante tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie; ambulante beziehungsanalytische Mutter-Baby-Körpertherapie; ambulante Soziotherapie) ausreichend ist. Bei Bedarf kann die Indikation für eine tagesklinische Behandlung gestellt werden und – wenn unumgänglich – eine zeitnahe vollstationäre Behandlung erfolgen. Bei Bedarf bietet die Spezialambulanz die Möglichkeit einer adäquaten Weiterbehandlung der Patientin nach der Entlassung aus der voll- oder teilstationären Behandlung; nach den bisher vorliegenden Behandlungserfahrungen hat sich hier insbesondere eine Fortführung der ambulanten Gruppenpsychotherapie sowie der ambulanten beziehungsanalytischen Mutter-Kind-Körpertherapie bewährt. Zu guter Letzt gewährleistet die Institutsambulanz eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nervenärzten der Region, mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und anderen komplementären Einrichtungen im Sinne einer beratenden und unterstützenden Funktion.

2. Eine in die Mutter-Kind-Station integrierte **tagesklinische Behandlungseinheit** von zwei Plätzen
3. Eine **Mutter-Kind-Station** mit acht Betten

Explizites Ziel der Mutter-Kind-Behandlung ist demgemäß die Herstellung einer Behandlungskette: Wie weiter oben beschrieben, erlaubt das gestufte diagnostisch-therapeutische Angebot von Ambulanz, Tagesklinik und Station eine optimale Behandlung von postpartalen psychischen Störungen. Dabei macht diese Behandlungskette nicht nur unter dem Aspekt der Behandlungskosten Sinn, sie ist auch medizinisch begründet, da das durchgehende Behandlungsziel darin besteht, die Mütter mit ihren Säuglingen möglichst frühzeitig in ihren üblichen familiären Rahmen zu reintegrieren.

Das Spektrum des Therapieangebotes der Mutter-Kind-Einheit muss dem Anforderungsprofil der verschiedenen postpartal auftretenden psychischen Erkrankungen gerecht werden. Das Behandlungsangebot orientiert sich – wie in der Psychiatrie üblich – an der bio-psychozialen Entität des psychisch kranken Menschen: Es beinhaltet bei Bedarf eine psychopharmakologische Behandlung, eine tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt Mutter-Kind-Beziehung in Vergangenheit und Gegenwart, Einbeziehung des Partners der postpartal erkrankten Frau in Form von Paargesprächen sowie Ergo-/Kunsttherapie. Dabei ist darauf zu achten, dass die Patientinnen ihre Therapieangebote nach Wunsch mit ihren Babys oder ohne diese wahrnehmen können.

Des Weiteren sind eine Reihe speziell strukturierter Therapieprogramme vonnöten: eine beziehungsanalytische Mutter-Kind-Körpertherapie einschließlich Baby-massage sowie eine Spieltherapie. Postpartal psychisch erkrankte Frauen sind gegenüber ihren Neugeborenen oft hilflos und mit der Versorgung überfordert. Sie sind im Wechsel übernachtsichtig, hyperprotektiv oder zwanghaft, bei einem Teil der Mütter kann gerade aus der Überforderungssituation heraus eine "feindliche" Gesinnung gegenüber dem Neugeborenen resultieren. Dies kann dann auch wahrhaft verarbeitet werden und sich in manchen Fällen in Aggressionen gegen das Kind entladen. Die beiden beschriebenen therapeutischen Spezialangebote erlauben den neuen Müttern, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen unter einer Beziehungsstörung zum Neugeborenen leiden oder aber, weil sie aufgrund einer postpartalen Psychose zunächst von ihrem Kind getrennt waren, unter Supervision und Anleitung spielerisch den emotionalen Kontakt zu ihrem Kind wieder aufzunehmen. Dabei kommt der Bearbeitung und Reduzierung der Schuldgefühle der jungen Mütter eine zentrale Rolle zu: Diese Schuldgefühle – die für die postpartal ausgelösten endogenen Depressionen pathognomonisch sind – werden einerseits reaktiv durch den mangelnden Kontakt zum Kind verstärkt, andererseits betont wegen den hohen Ansprüchen der jungen Mütter an sich selbst im Verhältnis zu ihrer psychischen Erkrankung. Ein weiterer zentraler Aspekt der Mutter-Kind-Behandlung stellt die Arbeit des Pflorgeteams dar. Sie wird durch Beziehungspflege geregelt und ermöglicht es der Mutter, den Umgang mit ihrem Kind – vom Wickeln bis zum Füttern – einzuüben. Bei Bedarf übernimmt das Pflorgeteam die Betreuung des Säuglings. Paradigmatisch kann man die pflegerische Arbeit damit beschreiben, dass das Pflorgeteam die Mutter bemuttert, damit sie wieder Mutter sein kann. Als entscheidend für den Umgang mit Mutter und Kind gilt dabei die Beziehung zwischen beiden. Hier ist es wichtig, dass das Pflorgeteam weder

nur die Perspektive der Mutter, noch die des Kindes einseitig übernimmt, sondern immer die mutuelle Regulation im Blick behält.

Insgesamt ist die Grundlage der Arbeit der Mutter-Kind-Einheit ein integratives Behandlungskonzept, in dem die unterschiedlichen Beziehungserfahrungen des multiprofessionellen Teams mit Mutter und Säugling zusammengefügt werden.

Literatur

- Hartmann, H.-P. *Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie.* Psychiat. Prax. 24: 56-60, 1997, S. 172-177, S. 281-285
- Kumar, R.; Robson, J.M. *A prospective study of emotional disorders in childbearing women.* Brit. J. Psychiat. 144, 1984, S. 35-47
- Kumar, R.; Marks, M.; Protz, C.; Yoshida, K. *Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions.* J. Affect. Dis. 33, 1995, S. 11-22
- Lanczik, M.H.; Brockington, I.F. *Postpartal auftretende psychische Erkrankungen.* Deutsches Ärzteblatt 46, 1997, S. 2522-2526
- Riecher-Rössler, A. *Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung.* Fortschr. Neurol. Psychiat. 65, 1997, S. 97-107

Dr. med. Luc Turmes
Ärztlicher Direktor LWL Klinik
(ehem. Westfälisches Zentrum) Herten
Im Schlosspark 20
45699 Herten

luc.turmes@wkp-lwl.org



Psychotraumatologie und die Beratung traumatisierter Menschen

Abstract

In ihrer Literaturarbeit beschreibt die Autorin, Teilnehmerin des Berliner Weiterbildungskurses zur EFL-Beraterin, die Geschichte der Erforschung der Psychotraumatologie. Nach einer Definition von Trauma stellt sie eine Übersicht über Typologien von Traumata vor und stellt psychische und physische Phänomene vor. Erste Hilfe nach dem Trauma ist eine Aufgabe der Notfallpsychologie. Für die Beratung von Klienten nach traumatischen Erlebnissen gibt sie einen Überblick über Interventionsschritte, Methoden und Grundelemente der Beratung sowie Gefahren und Grenzen der Beratung.

Psychosoziale Stichworte: Notfallpsychologie – Notfallseelsorge – Trauma – Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Unser Leben hängt davon ab, was wir aus dem machen,
was aus uns gemacht wurde.
Jean-Paul Sartre

Einleitung

Psychotraumatologie befasst sich mit der Erforschung und Behandlung psychischer Traumata (Trauma, von griech. = Wunde, Verletzung). Sie ist mittlerweile eine eigenständige junge Disziplin, ein Zweig der klinischen Psychologie.

Manche beklagen, dass das Thema "Traumatisierung" derzeit ein Modethema ist. Bei spezieller Betrachtung ergibt sich jedoch, dass das zunehmende Wissen und die gezielte Forschung auf diesem Gebiet zum Ergebnis haben, "dass sehr viele seelische und psychosomatische Störungsbilder mit Traumatisierung zusammenhängen" (Huber, 2007a, S. 13).

Noch vor 10 Jahren galt die Psychotraumatologie in Deutschland als "irgendwas total Exotisches" (Reddemann, 2006b). Auch der Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen (z. B. Unfall, Missbrauchs- und Gewalterfahrung) sowie späteren Langzeitfolgen wurde oft verkannt (Fischer, 2002). Langzeitfolgen von Traumatisierungen können u. a. auch chronische Depressionen, überdauernde Ängste, Süchte, ebenso wie psychosomatische Erkrankungen, Störungen der Impulskontrolle, Selbstverletzung (Sachse, 2002), chronische Suizidalität (Huber, 2007a), Essstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Fischer, 2002) sein.

Es wurde auch lange bezweifelt, "dass das traumatische Ereignis die wesentliche Ursache für die Symptome darstellt." (Ehlers, 1999, S. 2) "Die vorherrschende Meinung war, dass psychische Reaktionen auf traumatische Ereignisse normalerweise vorübergehend sind und dass daher nur Personen mit labilen Persönlichkeiten ... Symptome entwickeln." (Ehlers, 1999, S. 3).

Inzwischen ist jedoch klar, dass auch Menschen mit stabiler Persönlichkeit bei entsprechend schrecklichen Erlebnissen, klinisch bedeutsame psychische Symptome entwickeln können (Ehlers, 1999). Auch die Versorgungsstruktur psychisch traumatisierter Menschen, z. B. in Form von Trauma-Stationen in Kliniken, hat in Deutschland in den letzten 10 Jahren eine positive Entwicklung genommen. Inzwischen wurden bereits neue Unterformen der Traumatisierung wie Pressing¹, Mobbing und Bossing² eingeführt. Auch spezielle Behandlungskonzepte für die Folgen der Traumatisierung wurden entwickelt, wobei Methodenintegration und Methodenvielfalt herrscht und kein Therapieverfahren für sich den alleinigen Anspruch auf Behandlung erhebt. Zudem gewinnt die Notfallpsychologie neben der Notfallseelsorge immer mehr an Bedeutung (Fliegel & Senf, 2006). In Zusatzausbildungen werden die speziellen Behandlungskonzepte für die Folgen der Traumatisierung vermittelt: Traumatherapie und EMDR³ für Ärzte und Psychotherapeuten, sowie Trauma-zentrierte Beratung für professionelle Helfer verschiedener Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsbereich, d. h. in ambulanten Praxen, Heimen, Jugendämtern, Beratungsstellen, Frauenhäusern, bei der Polizei und im Rettungsdienst mit psychisch traumatisierten Menschen in Kontakt kommen.

Insbesondere auch durch die Entdeckung der bildgebenden Verfahren, z. B. der Positions-Emissions-Topographie (Fischer, 2003) und in der Folge der neuen physiologischen Erkenntnisse in der Traumaforschung gab es einen Quantensprung bei der Behandlung von traumatisierten Klienten. Hinzu kam die Erkenntnis, dass traditionelle Methoden und Einsicht allein, bei der Integration traumatischer Erfahrungen wenig hilfreich sind (Huber, 2007a).

Traumatisierte Menschen begegnen uns in vielen Beratungssituationen. Häufig haben sie auch bereits einen Teufelskreis durchlaufen und es taucht die Frage auf: "Bin ich verrückt?" (Fischer, 2002). Das Normalitätsprinzip der Psychotraumatologie lautet jedoch: "Nicht der Betroffene oder das Traumaopfer sind verrückt. 'Ver-rückt' sind vielmehr die Situation oder die Lebensumstände, mit denen es konfrontiert ist oder war" (Fischer, 2002, S. 22). Das Normalitätsprinzip in der Psy-

1 Personenunabhängige Unterdrucksetzung durch Institutionen oder anonymisierte Maßnahmen, z. B. Abmahnungen

2 Druck durch hierarchisch Vorgesetzte

3 EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing, 1987, eine von Francine Shapiro entdeckte Psychotherapiemethode um in 8 Therapiephasen die traumatische Erinnerung zu verarbeiten. Kernstück der Methode ist dabei, dass der Klient sich auf bestimmte Anteile der traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend die Augen bewegt (Melbeck et al., 2003).

chotraumatologie besagt auch, dass man die Krankheitssymptome nicht nur als eine Schädigung, sondern vor allem auch als einen Selbstheilungsversuch der Persönlichkeit versteht (Fischer, 2002, S. 22).

In der Regel bieten Menschen auch nicht ihre Traumatisierung als Beratungsanliegen an, sondern kommen z. B. mit Schlaf-, Konzentrations- und Gedächtnisproblemen, sowie Problemen durch Sucht, Selbstverletzendem Verhalten, Paar- und Beziehungsproblemen, Problemen bei der Erziehung ihrer Kinder, Ängsten, Depressionen und nach erfolglos durchlaufener herkömmlicher Psychotherapie (Kügler, 2007). Wartezeiten für Psychotherapien bei Traumatherapeuten sind oft lang, zudem gibt es auch oft in ländlichen Gebieten nicht genug Angebot, so bleiben diese Menschen sich selbst überlassen, landen mit ihren Symptomen in den Wartezimmern der Allgemein-Ärzte oder häufig in der Beratung.

Geschichte der Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie entwickelte sich in einem wechselnden Rhythmus von Wiederentdecken und Verdrängung. Ausführlich wird die Geschichte der Auseinandersetzung mit dem Trauma u. a. bei Sachsse, 1998 und van der Kolk et al, 2000a beschrieben: Erste systematische Beschäftigung mit dem Thema Psychotraumatologie begannen bereits vor über 100 Jahren durch die Beschäftigung von Charcot, Freud und Janet mit dem Thema Hysterie (Sachse, 1998). Der Charcot-Schüler Janet, hat damals all das schon beschrieben, was heute unter den Stichworten "Dissoziative Störungen, Dissoziation, Aufspaltung des Bewusstseins, posttraumatische Belastungsstörung" diskutiert wird. Er hat die Position vertreten, dass schwere seelische Störungen wie z. B. posttraumatische Zustände auch oft etwas mit Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch oder anderen schweren Traumata zu tun haben. Damals fand er wenig Verständnis für sein Anliegen. Wiederentdeckt wurde Janet erst vor 10 bis 15 Jahren von der Gruppe um Van der Hart, Van der Kolk und Judith Herman (Sachse, 1998).

"Zwischen 1895 und etwa 1980 spielte dieses Thema in der Wissenschaft keine Rolle. Sexueller Missbrauch und Kindesmissbrauch waren kein Thema, Kindesmisshandlung sowieso nicht, die Grenzen zwischen dem Erziehungs- und Züchtigungsrecht und Misshandlungen sind ja auch heute noch sehr fließend" (Sachse, 1989, S. 4). Bei massenhaftem Auftreten von Traumatisierungen, wie z. B. bei Kriegsveteranen aus dem 1. und 2. Weltkrieg und vor allem bei Soldaten aus dem Vietnamkrieg (Huber, 2007a), wurde das Thema Traumatisierung jeweils wieder akut. Danach ist es selbst in Fachkreisen wieder vergessen worden. Beschäftigung mit dem Trauma, heißt eben auch Beschäftigung mit der eigenen Geschichte und der Täterproblematik. Dies wurde in Deutschland kollektiv vermieden. Erst 50 Jahre nach Kriegsende war in Deutschland die Zeit reif dafür, sich auch damit auseinander zu setzen. Das taten zuerst überwiegend Frauen, die alle mehr oder weniger von der Frauenbewegung her kamen, ähnlich wie in Amerika (Reddemann, 2006b). Eine Wende in Bezug auf das Interesse an Akuttrauma brachte das Zugunglück von Eschede 1998. Auch der Anschlag auf das World Trade Center 2001, die Tsunami-Katastrophe in Asien 2004 oder die Folgen von Traumata

bei Opfern von Entführungen lenkten das Interesse auf die Leiden Traumatisierter. Es wurde festgestellt, dass sich Symptome der Traumatisierung hinsichtlich der gehirnphysiologischen Prozesse ähneln, egal ob das Trauma im Schützengraben, bei einem Autounfall oder durch eine Vergewaltigung erlitten wurde. Dies gab der heutigen Traumatherapie eine breitere Basis und allgemeinere Bedeutung.

Was ist ein Trauma?

Trauma ist das "Unfassliche", für uns persönlich Unbegreifliche. Für die Betroffenen hat sich die Welt verändert, nichts ist mehr, wie es vorher war (Fisher, 2002). Man kann das Trauma auch als eine in einer existentiell bedrohlichen Situation unterbrochene Handlung (einen Kampf-Fluchtversuch) bezeichnen, d. h. wir müssten handeln, sind jedoch nicht in der Lage dazu (Fischer, 2002). "Trauma ist eine normale, grundsätzlich gesunde Antwort der Persönlichkeit auf eine verletzende bzw. extrem kränkende Erfahrung hin. Trauma beinhaltet die gesunde Zeitspanne vom Erlebnis bis zur Integration" (Fischer, 2003).

Fischer und Riedesser (2003) definieren den Begriff des Traumas auf Seite 82 als: "... vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt." Die überflutende Angst und das Ausgeliefertsein machen eine Flucht unmöglich und verhindern einen Kampf. Dieses Dilemma bezeichnet Huber, 2007a, als traumatische Zange. In der traumatischen Situation sind einige Regeln der normalen Erlebnisverarbeitung außer Kraft gesetzt, d. h. es kommt zu einer Veränderung des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens (Fischer & Riedesser, 2003).

Ein psychisches Trauma ist nicht mit dem traumatischen Ereignis (z. B. Überfall oder

Auslöser	Schockphase	Einwirkungsphase	Erholungsphase
Traumatisches Ereignis z. B. Überfall oder Unfall	Aufgeregt sein, betäubt, verwirrt, traurig, wütend, Depersonalisation, Derealisation u. a.	Posttraumatische Symptomatik: Intrusio- nen, Vermeidungsver- halten, Übererregung, emotionale Taubheit, Abwehr u. a.	Deutliche Erho- lungszeichen , Rückkehr zum Alltag, Integration des Erlebnisses oder aber Chroni- fizierung und z. B. Entwicklung einer PTBS ⁴
Moment	1 Stunde bis zu ei- ner Woche: im Schnitt 2 Tage	ca. 2-3 Wochen	ab ca. 3.-4. Woche

⁴ Abk.: PTBS, Posttraumatische Belastungsstörung

Unfall) zu Ende. "Ein psychisches Trauma ist ein Prozess, der über die traumatische Situation hinaus in drei aufeinanderfolgenden Phasen verläuft und mehrere Wochen in Anspruch nimmt" (Lüdtke, 2004, S. 37). Dabei kann die Wahl sowie die Dauer der Symptome variieren (Schmidt, 2007, S. 9)

Typologie traumatischer Situationen

Trauma ist nicht gleich Trauma. Generell können 3 Traumakategorien (I-III) unterschieden werden (Petzold et. al., 2000):

- I Man made disaster: also personale Traumata, bei dem Menschen andere Menschen Schaden zufügen, (Kriegshandlungen Pogrome, Folter, sexuelle Gewalt); hier liegt eine größere PTBS-Prävalenz vor und es finden sich oft schwerwiegendere Störungsverläufe als bei II/III.
- II Natural disaster, also apersonale Traumata wie z. B. Erdbeben Flutkatastrophen, Feuersbrunst;
- III Technical disaster and other major adverse events, z. B. Unfälle durch technisches Versagen von Maschinen, Gasexplosionen, Hauseinsturz, Verkehrsunfall, schwere Erkrankung.

Zudem differenzieren Petzold et al. 2000, noch weiter in:

- A. Viktimale traumatische Erfahrung, umfasst primäre Traumaerfahrungen durch unmittelbare Bedrohungen "am eigenen Leib".
- B. Partizipative traumatische Erfahrungen, umfasst sekundäre Traumaerfahrungen, indem man als Zeuge anwesend ist.
- C. Indirekte traumatoforme Belastung, umfasst tertiäre Traumainformationen, z. B. durch Freunde oder professionellen Helfer in der Nachbetreuung;
- D. Kollektive Traumatisierungen wie Krieg , Genozid, Vertreibung

Das Trauma lässt sich zudem noch unterscheiden in (Fischer, 2003):

- 1 Monotraumatisierung, (griech. monos = einmalig), also einem einmaligen überwältigenden Vorkommnis dem Typ I-Trauma.
- 2. Polytraumatisierung (griech. polys = vielfach), sich längerfristig hinziehende traumatische Ereignisse, Typ II-Trauma.

Als weitere Differenzierungen wären zu nennen die kumulative Traumatisierung (Khan, 1963, zit. in Hantke, 2007a), worunter man Traumatisierung durch immer wieder auftretende nicht integrierbare Erfahrungen versteht, sowie die Komplextraumatisierung (Hermann, 2006), gekennzeichnet durch posttraumatische Symptomatik nach mehrfacher, langjähriger, struktureller Traumatisierung.

Trauma – Bindungs- und Resilienzfaktoren

Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter sind meistens "man-made" und beinhalten daher meistens Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen (Brisch, 2006; Lamprecht, 2007), die zu Entwicklungsstörungen führen können (Streck-Fischer, 2007). Diese werden auch "Development Trauma Disorder" genannt. Wenn bereits traumatisierte Eltern ein Kind bekommen, besteht die hohe Wahrscheinlichkeit (80%), dass dieses Kind ein desorganisiertes Bindungsmuster entwickeln wird (Brisch, 2006). Dieses wird wiederum Auswirkungen haben auf den Umgang mit eventuellen späteren Traumata (Reddemann & Rau, 2006).

Es stellt sich auch die Frage, warum manche Menschen nach einer Traumatisierung eine PTBS ausbilden und manche nicht; hier bietet sich das Phänomen der Resilienz⁵ als Erklärungsmodell an (Fliegel & Senf, 2006). Protektive Faktoren, welche die Ausbildung einer Störung verhindern, bzw. einen Rückgang der Störung "von selbst" bewirken, werden in der Psychotraumatologie als Resilienzfaktoren zusammengefasst (Menning & Maercker, 2006). Hierzu zählen u. a. soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d. h. in der und außerhalb der Familie, eine verlässliche Beziehung zu einem "significant caring adult" innerhalb und/oder außerhalb der Familie und schützende Inseleerfahrungen (Bräutigam et al., 2000).

Welche Ereignisse können Traumatasymptome hervorrufen?

Nach Levine, 1998, S. 63, können folgende Situationen häufig Traumasymptome hervorrufen: Fötaltrauma (Intrauterintrauma), Geburtstrauma, Verlust eines Elternteils oder eines nahestehenden Familienmitglieds, Krankheit, hohes Fieber, unabsichtliche Vergiftung, körperliche Verletzungen, einschließlich Stürzen und Unfällen, sexueller und emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlungen einschließlich schwerer Verlassenheitserlebnisse und körperlicher Züchtigungen, Miterleben von Gewalttätigkeiten, Naturkatastrophen wie Erdbeben, Feuer und Überschwemmungen, bestimmte medizinische Behandlungen und Untersuchungen, chirurgische Eingriffe, insbesondere Mandeloperationen unter Ätherbetäubung; Operationen an den Ohren, Anästhesien, längere zwangsweise Ruhigstellung (Verformung und Schienung der Beine oder des Rumpfs bei kleinen Kindern aus verschiedenen Gründen). Levine (1998) hat zudem darauf aufmerksam gemacht, dass Kinder auch von Erfahrungen traumatisiert werden können, die Erwachsene nicht für traumatisch halten wie der Sturz vom Fahrrad oder der Biss durch einen Hund.

⁵ Unter Resilienz verstehen Sturzbecher & Dietrich, 2007, eine bereichsspezifische Kompetenz zur effektiven Mobilisierung von Bewältigungskapazitäten in besonders belastenden Lebenssituationen

Die Physiologie des Traumas

Seit der frühesten Beschäftigung der Psychiatrie mit traumatisierten Patienten gab es nach van der Kolk et al. (2000a) Auseinandersetzungen zur Ätiologie des Traumas. Ist es organisch oder psychisch? Inzwischen ist es nun auch mit Hilfe der neuen bildgebenden Verfahren möglich, die neuroanatomischen Korrelate, mit der PTBS- Symptomatologie im Gehirn nachzuweisen (van der Kolk, 2000).

In traumatischen Situationen mit äußerster Gefahr, reagiert der Mensch, wenn wir in große Angst geraten, unter Rückgriff auf unsere Instinkte mit Kampf, Flucht oder, wenn beides nicht möglich ist, mit tot stellen. Die Amygdala (als eines der ältesten Hirnbereiche und Teil des limbischen Systems) reagiert in dieser Situation wie eine Alarmanlage. Sie unterbindet den Zugang von Information an den Neocortex (die Hirnrinde), dort könnte über Handlungsalternativen entschieden werden. In Notfallsituationen dauert dieser Weg allerdings zu lange; stattdessen schaltet die Amygdala auf Notbetrieb und meldet Gefahr, was eine Betonung der rechtshemisphärischen Verarbeitung und eine Störung der Hippocampusfunktion (auch eine der evolutionär ältesten Strukturen des Gehirns und in diesem Zusammenhang wichtig für die Gedächtniskonsolidierung) zur Folge hat. Es kommt zu einer Ausschüttung von Stresshormonen. Die Sinneseindrücke des traumatischen Erlebens brechen über uns herein, ohne dass wir in der Lage sind, sie räumlich/zeitlich einordnen (Blockade Hippocampusfunktion) und versprachlichen zu können (Neocortex, Broca-Zentrum) und damit auch keine Möglichkeit zur Reflexion bzw. Bewertung haben (Blockade präfrontaler Kortex). So kommt es zu einem Zustand der Erstarrung (Blockade der Handlungsmöglichkeiten), indem gleichzeitig ein hohes Potential an Erregung stecken geblieben ist. "Wird ein bestimmtes Erregungsniveau ohne Entladungsmöglichkeit überschritten, fällt es plötzlich steil ab: der Organismus reagiert mit dem Totstellreflex, der Dissoziation des Erlebens" (Hantke, 2007a). Diese Erstarrung mit chronischer Übererregung spielt eine entscheidende Rolle bei der Symptomatik der PTBS.

Traumafolgestörungen

Das Erleben von traumatischen Ereignissen überfordert die individuellen Mechanismen der Stressbewältigung, lässt den Menschen mit Angst, Ohnmacht und Schrecken reagieren, untergräbt die Identität des Menschen (Huber, 2007a) und bedeutet einen Verlust von Wertvorstellungen und Sicherheit. Wie oben erläutert, kommt es aufgrund traumatischer Erlebnisse zu massiven Blockaden der Informationsverarbeitung und Informationsspeicherung. Manche Autoren sprechen auch von einem "Informationstrauma" (Lennertz, 2006). Die unmittelbare Folgestörung und ganz normale Reaktion auf traumatischen Stress nennt man:

Die akute Posttraumatische Belastungsreaktion

Die akute Posttraumatische Belastungsreaktion ist nach ICD 10 (F 43.0) gekennzeichnet als: "Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische

oder psychische Belastung entwickelt, und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt." "Die Symptomatik zeigt typischer Weise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von 'Betäubung', mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Die Symptome erscheinen im allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück." Bilden sich die Symptome nicht zurück und dauern länger als 4 Wochen, dann kann die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden (Huber, 2007a).

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSB)⁶

Epidemiologische Studien zeigen, dass die PTSB in der westlichen Welt ein ernst zu nehmendes Problem geworden ist (Rothbaum & Foa, 2000). Abhängig ist die Entwicklung einer PTSB neben diversen sozialen, psychischen, kulturellen Schutz- und Risikofaktoren, wie negativem Selbstbild oder vorhandenen Copingstrategien, auch von der Art des Traumas. So lassen sich unterschiedliche Erkrankungsrate zu den einzelnen Traumata belegen, ein Überblick findet sich bei Schmidt, 2007, S. 8:

Art	Erkrankungsrate	Autoren
Vergewaltigung	55%	Kessler et al. 1995
Gewalttaten	25%	McFarlane et al. 1996
Politische Flüchtlinge	50-70%	Ramsey et al. 1993
Naturkatastrophen	4,5%	Kessler et al. 1995
Verkehrsunfälle	18%	Frommberger et al. 1998

Typische Merkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung sind nach ICD 10 (F 43.1) folgende Themenkomplexe:

- Intrusionen, (Einbrüche von Traumamaterial in den Alltag, wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Nachhallerinnerungen, Flashbacks).
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, Teilnahmslosigkeit, Freudlosigkeit)
- Dissoziationen (Ausblenden von Umwelteinflüssen, Amnesie, begrenzte Erinnerungslücken)

⁶ engl.: Abk.: PTSD, Posttraumatic Stress Disorder

- Übererregtheit (Schlafstörungen, Reizbarkeit, Hypervigilanz [übermäßige Aufmerksamkeit], Konzentrationsstörungen)

Noch Jahrzehnte nach dem Ereignis kann es zu Intrusionen kommen. Menschen mit chronischer PTBS sehen ihr Trauma oft nicht als zeitbegrenztes Ereignis, sondern interpretieren umfassende Auswirkungen auf ihr Leben, z. B.: "Ich ziehe Unglück an", "Ich werde nie wieder ein normales Leben führen können" oder "Ich kann mich auf niemanden verlassen" (Ehlers, 1999). Hinsichtlich der Behandlung einer PTBS nach wissenschaftlichen Leitlinien gibt es inzwischen international einen hohen Konsens (Hofman, 2006). 80 % der Menschen, die eine PTBS haben, entwickeln in der Folge auch weitere psychische Störungen wie depressive Störungen, Angststörungen, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Sucht (Schäfer & Krausz, 2006), Somatisierungsstörungen und Herz-Kreislauf-erkrankungen (Kessler et al. 1995, zit. in Menning & Maercker, 2006). Eine gute Differentialdiagnostik auch zur Abgrenzung von eher "neurotischen, intrapsychischen" Konflikten ist daher sehr wichtig.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS)

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) nach Judith Hermann und Bessel van der Kolk versucht, die Folgen von schwerster und langanhaltender, wiederholter Traumatisierung wie etwa Folter, Lagerhaft und fortgesetzter Misshandlung zu beschreiben (Fischer, 2003). "Der Vorschlag, die kPTBS als eigene Diagnosekategorie unter dem Titel Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) ins DSM-IV aufzunehmen, wurde von der DSM-Kommission abgelehnt" (Hantke, 2007a). Sie wurde jedoch als ergänzende Beschreibung der PTBS in den Anhang des DSM-IV aufgenommen (Hantke, 2007a).

Das kPTBS ist durch Symptome in folgenden Bereichen gekennzeichnet (Hantke, 2007a):

- Gestörte Affekt- und Impulsregulation (z. B. auch erhöhte Suizidneigung)
- Dissoziative Tendenzen (zeitweise Depersonalisationserlebnisse)
- Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen (z. B. chronische Schmerzen)
- Beeinträchtigtetes Identitätsgefühl (z. B. permanente Schuld- und Schamgefühle)
- Interpersonelle Störungen (z. B. Idealisierungen des Täters⁷, Rachephantasien)

⁷ Die zeitweise Übernahme der Sichtweise des Täters ist gut beschrieben in dem Buch von Philipp Reemtsma: *Im Keller*. Reemtsma verbrachte einen Monat mit seinen Entführern in einem Keller, nicht wissend, ob er lebend wieder herauskommt. Fehlversuche bei der Lösegeldübergabe lösten bei ihm Wut auf seine Familie aus und Reemtsma stellte sich zeitweise auf die Seite der Täter und war ihnen auf diese Weise nicht mehr so ausgeliefert.

- Reviktimisierungsneigung (z. B. Exzessives Risikoverhalten)
- Allgemeiner Sinnverlust (z. B. persönlichkeitsstabilisierende Überzeugungen)

Dissoziative Störungen

Dissoziative⁸ Phänomene sind in den vergangenen Jahren intensiv erforscht worden und gelten vielen Forschern als pathogener Kernmechanismus bei Traumatisierungen. Dabei wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Dissoziation zunächst um einen Schutzmechanismus handelt, der vor Konfrontation mit einem nicht bewältigbaren Schmerz bewahrt. Dabei werden nicht nur Affekte abgespalten, sondern auch die Tatsache oder das Wissen, dass das Trauma einem selbst passiert ist, woraus sich dann Derealisierungs- oder Depersonalisierungsphänomene ergeben können (Lennertz, 2006). Je nach Schwere der dissoziativen Symptomatik kann von primärer, sekundärer und tertiärer Dissoziation gesprochen werden .

Primäre Dissoziation bedeutet die mangelhafte Verarbeitung während des traumatischen Erlebens, in der "die Erfahrung in ihre isolierten somatosensorischen Elemente aufgespalten wird ohne Integration in eine persönliche verbale Schilderung" (van der Kolk et al, 2000b). Weiter heißt es bei van der Kolk, 2000b: "Diese Fragmentierung geht mit Ich-Zuständen einher, die sich vom normalen Bewusstseinszustand deutlich unterscheiden." Dieser Zustand ist charakteristisch für die PTBS.

Sekundäre Dissoziation wird "die Spaltung zwischen beobachtendem und erlebendem Ich während der primären Dissoziation im traumatischen Geschehen genannt: Jemand erlebt einen Autounfall, speichert (unbewusst) in Todesangst nur noch Versatzstücke ab (primäre D.) und sieht sich plötzlich ganz ruhig wie von oben zu (sekundäre D.)" (Hantke, 2007a). "Der Terminus **tertiäre Dissoziation** ist darüber hinausgehend für die Ausbildung voneinander deutlich unterschiedener Ich-Zustände mit separaten kognitiven, affektiven und Verhaltensmustern geprägt" (Hantke, 2007a). Damit sollen die Erscheinungsformen der gravierenden, auf frühe und anhaltende Traumatisierungen zurückzuführende Symptombilder wie DESNOS⁹ oder Dissoziative Störung beschreibbar werden (Hantke, 2007a).

Erste Hilfe nach dem Trauma – Notfallpsychologie

Die Notfallpsychologie befasst sich mit der Vorbeugung und Bewältigung posttraumatischer Belastungsstörungen nach psychisch erschütternden Ereignissen. Bei durchschnittlich $\frac{1}{4}$ der von einem psychisch traumatischen Ereignis Betroffene-

⁸ "Dissoziation bezeichnet eine Aufspaltung (compartmentalization) des Erlebens: Die Elemente eines Traumas werden nicht zu einem einheitlichen Ganzen oder in ein integriertes Selbst-Gefühl integriert." (van der Kolk et al., 2000b, S. 244)

⁹ Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified

nen entwickelt sich ohne geeignete notfallpsychologische Unterstützung eine posttraumatische Belastungsstörung mit Krankheitswert.

Hinsichtlich des Settings unterscheidet sich die psychosoziale Notfallversorgung (Notfallpsychologie), in der sich der Mitarbeiter zum Betroffenen in das traumatische Ereignis begibt ("Geh-Struktur"), von der psychotraumatologischen Akutintervention, in welcher der Betroffene in eine Beratungsstelle oder Praxis kommt ("Komm-Struktur"). "Frühe Interventionen können einerseits einen hohen Nutzen aufweisen, aber andererseits auch keine oder sogar schädigende Effekte nach sich ziehen ..." (Krüsmann & Müller-Cyran, 2005). Schmidt, 2007, schreibt daher in ihrer Einleitung: "Die Arbeit in der Akutversorgung traumatisierter Menschen bedarf einer guten fachlichen und persönlichen Vorbereitung/Ausbildung."

Zu den 6 Leitlinien der Psychosozialen Notfallversorgung, gehören nach Schmidt, 2007:

1. Sicherheit,
2. Informationen und Zeitorientierung,
3. Stress reduzieren,
4. Psychoedukation,
5. Einbinden in das Soziale Umfeld und
6. Handlungsfähigkeit herstellen helfen.

Beratung von Klienten nach traumatischen Erlebnissen

Menschen nach traumatischen Erlebnissen, die sich, mitunter auch nach Vermittlung durch Onlineberatung (s. u.) oder Telefonseelsorge, an eine Beratungsstelle wenden, haben ein Minimum an Hoffnung und es gilt in der Beratung diese zu nutzen. Für Berater(innen) ist es sehr wichtig, traumatisierten Menschen das Gefühl zu vermitteln, dass die Entscheidung, Hilfe zu suchen, ein wichtiger mutiger Schritt in Richtung aktive Veränderung und Verlassen der Verleugnung des eigenen Zustands und kein Zeichen von Schwäche ist (Herman, 2006). Beratung ist auch dort sinnvoll, wo sich jemand nicht mit der Phase der Traumakonfrontation beschäftigen möchte bzw. nicht psychotherapeutisch betreut werden will (Huber, 2007a), wie es ja auch aus anderen Beratungsbereichen bekannt ist.

Wie bereits einleitend erwähnt, gibt es heute klare Behandlungskonzepte für die Beratung traumatisierter Klient(inn)en, in vielen Punkten ähnelt die Beratung der Krisenintervention (Hausmann, 2005; Kuhn, 2002). Zu den Voraussetzungen für die Arbeit mit traumatisierten Menschen gehören Kenntnisse über traumatisches Geschehen, Wissen um die eigenen Grenzen sowohl der Beratung als auch Erfahrungen mit unterschiedlichen Methoden, wie Imaginationstechniken, hypnotherapeutischen Ansätzen, Entspannungstechniken, ressourcen-orientierten Techniken und Stabilisierungstechniken.

Von Beginn der Kontaktaufnahme an, ist es bei der Beziehungsgestaltung wichtig, sowohl an die allgemeinen Prinzipien als auch an die traumaspezifischen Prinzipien, wie Berücksichtigung der geringen Stressverarbeitungsfähigkeit und die Förderung aller erreichbaren Ressourcen zu denken (Bamberger, 1999, De Jong &

Berg, 2002, Joraschky et. al., 2006), bevor man sich den Problemen zuwendet (Reddemann, 2006c).

Zentral wichtig wie in allen Beratungsprozessen ist die Klärung des Anliegens (Nowotny, 2006a), entsprechend den Regeln fachlichen Könnens (Schall & Klann, 2001), dem Beachten der Grundvariablen der Gesprächsführung (Krämer, 2005), einer differenzierten Diagnostik, hinsichtlich evtl. weiterer seelischer Beeinträchtigungen, (wie Anpassungsstörung, Persönlichkeitsstörung, pathologische Trauer, Depression, Sucht) (Menning & Maercker, 2006), so dass evtl. eine konsiliarische psychiatrische Weiterverweisung angezeigt ist, sowie Abgrenzungsüberlegungen hinsichtlich Beratung vs. Therapie (Nowotny, 2006b).

Schon im ersten Kontakt der Traumazentrierten Beratung, wenn klar ist, dass es sich um eine Traumatisierung handelt, sollte eine Psychoedukation erfolgen, damit auch der Teufelskreis der Selbstbezeichnung und -abwertung, aus Schuld- und Schamgefühlen gestoppt werden kann. "Menschen im Schockzustand und nach der Erfahrung grundlegender Veränderungen sind für jede Erklärung offen und somit hochsuggestibel. Es liegt im Verantwortungsbereich der Berater, den Prozess durch positive Vorstellungen zu erleichtern (Hantke, 2007a). Nach Hantke, 2006, bedeutet Psychoedukation:

- "eine Normalisierung des Erlebten durch Erklärung der eventuell auftretenden Symptomatik,
- die Beschreibung der physiologischen Reaktion,
- die Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper,
- die Vermittlung von Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses,
- auch bei länger andauernder Symptomatik Ruhe zu bewahren und auf die erfolgreiche Integration bei erfolgreicher Hilfestellung zu verweisen."

"Für Traumatisierte ist Gut-informiert-Sein außerdem wichtig, um ein Gefühl von Kontrolle zu behalten" (Reddemann, 2006a). "Jeder Kontrollverlust kann nämlich auch als eine Retraumatisierung aufgefasst werden" (Reddeman & Krüger, 2007). Am Ende des Erstgesprächs sollte der Abschluss eines Arbeitsbündnisses stehen (Nowotny, 2006a).

Seit den 70er Jahren gibt es als Methode der Wahl bei der Traumabehandlung eine Dreiteilung : 1. Stabilisierung, 2. Traumakonfrontation und 3. Integration (mit Trauerarbeit und Wiederanknüpfen) (Huber, 2007a). Dabei nimmt die Stabilisierungsarbeit bis zu 95 % ein und diese findet auch überwiegend in Beratungsstellen, Kliniken, Krisendiensten, Frauenhäusern, Wohngruppen und Kinderheimen etc. statt (Hantke, 2007b).

Traumaspesifische Behandlungstechniken verfolgen das Ziel, den traumatischen Stress und die Symptombelastung zu reduzieren und die Dissoziation traumatischer Erinnerungen aufzuheben. Maßnahmen zur Stabilisierungsarbeit für trau-

matisierte Klient(inn)en und Interventionsformen bei dissoziativen Symptomatiken findet man z. B. bei Dolan, 2000; Fischer, 2002; Hantke 2007b; Huber, 2006a, b; Levine, 1998; Linehan, 1996; Morgan, 2003; Reddemann, 2004, 2006a; Rothschild, 2002; Wöller, 2006:

- Allgemeine Stabilisierungsübungen, die beruhigen, sowie Energie und Zuversicht spenden können; wie z. B. der sichere Ort (Reddemann, 2006a), der innere Garten (Huber, 2006b), Achtsamkeits- und Körperübungen, z. B. den Berg berühren, Breema-Körperarbeit, Qigong (Reddemann, 2006a).
- Übungen zum Zeit gewinnen und Notfallhilfen; hierher gehören alle Reorientierungstechniken wie Grounding und Dissoziationsstopps, aber auch Containmenttechniken (Hantke, 2006). Diese Übungen dienen dazu einen Gegenwartsbezug herzustellen, z. B. die Übung der Kontrolle von Flashbacks (Rothschild, 2002) oder die Technik zur Reorientierung "5-4-3-2-1" (Dolan, 2000).
- Techniken der Aufmerksamkeitsfokussierung, sie lenken die Aufmerksamkeit weg vom traumatischen inneren Erleben auf Stimuli der äußeren Realität z. B. Igelball, Musik hören, geruchsintensive Stoffe oder Notfallkoffer (Reddemann, 2006a).
- Imaginative Distanzierungstechniken, als Gegengewicht für Schreckensbilder (Reddemann, 2006a) sind gut geeignet für eine Verringerung des traumatischen Affekts und um ein besseres Gefühl von Kontrolle und Sicherheit zu erreichen; z. B. "Tresor-Technik", Baumübung, Gepäck ablegen, mit sich selbst Frieden schließen.
- Arbeit im Ressourcenzustand, der im Hier und Jetzt angesiedelt ist: "statt der Konzentration auf Probleme und unangenehme Gefühle soll ein gutes, erwünschtes Gefühl als 'Leitsymptom' für die Suche nach einer Lösung so etabliert werden, dass es immer wieder auffindbar ist." (Hantke, 2007a, b)
- Schutz- und Abgrenzungsübungen, z. B. Schutzhülle/-mantel/-raum (Hantke, 2007b).
- Vorhandene Ressourcen würdigen, nachhaltig erhalten, neue entdecken, z. B. mit einem Freude-Tagebuch (Reddemann, 2004), "Rainy Day Letter" oder "A Letter from the Future" (Dolan, 2000).
- Erfahrungen integrieren, Abschlussrituale finden, z. B. Heilsame Briefe (Dolan, 2000), Abschiednehmen (Baßler et. al., 1992; Hart van der, 1982; Lothrop, 2002; Pauls et. al., 2003).

Ein Vorteil aller dieser Übungen besteht auch darin, dass Menschen etwas machen können, nicht mehr ohnmächtig sind, eine sehr wichtige Erfahrung für traumatisierte Klient(inn)en, die auch sich selbst gegenüber extreme Ohnmacht und Hilflosigkeit erlebt haben (Reddemann, 2006a). Ein guter zusammenfassender Überblick über Interventionsschritte, Methoden und Grundelemente der Beratung traumatisierter Klienten findet sich auch bei Eckey, 2003:

	Ziele der Klientin / des Klienten	Aufgaben des Beraters / der Beraterin	Intervention und Techniken
1. Schritt	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt und Unterstützung - emotionale Belastung verringern - Sicherheit erfahren - Information über Trauma erhalten (Psychoedukation) - Abstand gewinnen 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung - Stabilisierung und emotionale Unterstützung - aktiv strukturieren - Schutz der Klient (innen) - Schaffung einer angstfreien Situation 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilisierungstechniken (sicherer Ort, Tresor) - Psychoedukation zum Thema Trauma - Entspannungstechniken Jacobsen, Qigong
2. Schritt	<ul style="list-style-type: none"> - über das Trauma sprechen, ohne in einen katastrophalen Gefühlszustand zu geraten - Selbstberuhigung erlernen - Erfahren von Solidarität durch die Beraterin / den Berater - Wiedererlangen von eigener Handlungskompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> - konkrete Planung und Definition der Ziele - Ressourcenorientiertes Vorgehen - überprüfen, an welcher Stelle die Klientin/der Klient sich befindet - Vertraulichkeit garantieren - Problemlösungsstrategien bzw. Copingstrategien mit Klient(inn)en erarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusätzliche Stabilisierungstechniken (Baumübung, Bildschirmtechnik) - Einführung kreativer Techniken (z. B. Gestaltung oder Maltherapie) - Unterstützung der Klientin/ des Klienten bei konkreten Schritten - Hinlenken der Wahrnehmung auf eigene Fähigkeiten der Klientin / des Klienten
3. Schritt	<ul style="list-style-type: none"> - Ich-Stärkung - Wiedererlangen der Selbstkontrolle - adäquate Umgang mit dem Erlebnis - Einfügen des Erarbeiteten in den Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung von Motivation und Eigenständigkeit - Unterstützung bei Alltagsanforderungen (z. B. Behörden) - Weiteres Vorgehen abklären (Kontakte halten bzw. herstellen, in Traumatherapie überweisen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Einbeziehung der Partner und Familienangehörigen - Entwerfen zukunftsorientierter Szenarien ("Timeline") - Einüben erlangter Kompetenzen im Rollenspiel - Abschlussrituale finden

Huber, 2006a, plädiert dafür, Jungen und Männer zu männlichen Kollegen und Mädchen und Frauen zu 'guten' Frauen in die Therapie zu schicken. Sie begründet es damit, dass Männer es erst einmal lernen müssen, dass es auch Männer gibt, die ohne zu schlagen, stark sind. Auch Bauriedl (1992, S. 64) verweist darauf, dass Männer Angst und Ohnmachtgefühle oft verdrängen, "da ein 'richtiger' Mann nicht ohnmächtig oder wehleidig ist." Unter guten Frauen versteht Huber, 2006a, Frauen, die sich der Gewaltstrukturen bewusst sind und sich nicht in "geschlechtsspezifische Spielchen" der Klienten mit hineinziehen lassen.

Übertragung und Gegenübertragung in traumazentrierter Beratung

Die Übertragungsneurose bei Menschen mit Traumatisierung gezielt zu fördern ist kontraindiziert, da durch eine neutrale Haltung des Beraters, unbewusst die Selbstbeschuldigungstendenzen des Traumaklienten verstärkt oder die Wiederkehr belastender Erinnerungen zum Tatgeschehen gefördert werden können, was sich möglicherweise retraumatisierend auswirkt (Fischer, 2003).

Es besteht vielmehr die Notwendigkeit eines "interaktiven Verständnisses" der beraterischen Beziehung, d. h. ein flexibles Pendeln zwischen Identifikation und Distanzierung, die Gegenübertragung betrachtet als interaktives Beziehungsgeschehen und Verstehenshilfe für Berater(innen). Auch sind einerseits die eigenen Gegenübertragungsklippen und eigenen Anteile (Krämer, 2006a, b) sowie spezielle "Fallen" bzw. Muster unkontrollierter Gegenübertragung bei der Arbeit mit traumatisierten Klient(inn)en zu berücksichtigen, z. B. Rückzug aus der empathischen Verständigung mit fassadenhaftem Verhalten oder Grenzvermischung mit Überengagement und gegenseitiger Abhängigkeit (Fischer, 2003).

Kompetenter Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung ist u. a. auch nötig, da Traumatherapeuten in Gefahr sind, stellvertretend traumatisiert zu werden durch direkte Überflutung mit Traumamaterial bei zu großer Nähe und durch indirekte Unterwanderung des kognitiven Schutzwalles bei zu viel Distanz. (Huber, 2007a). Wichtig ist auch z. B. Unterstützung durch Supervision, um das eigene aktuelle Rollenverhalten (Täter, Opfer, Retter) im Beratungsprozess regelmäßig zu reflektieren.

Gefahren in der Beratung von traumatisierten Menschen

Ebenso wie in der psychosozialen Notfallversorgung (Schmidt, 2007), besteht auch in der Beratung die Gefahr zu ausgiebig im Detail erzählen zu lassen, zu tief zu "schürfen" und damit die Person zu destabilisieren. Eine weitere Gefahr besteht auch darin, dass Erinnerungen immer wieder belebt ("getriggert") werden können und jemand damit in einen traumabedingten Stresszustand gerät. Die Devise lautet, nur grobe Zusammenhänge und keine Einzelheiten erzählen zu lassen (Huber, 2006a).

Auch mit stark gefühlsorientierter Arbeit, sollten die Berater(innen) sehr vorsichtig sein, weil Klient(inn)en einen damit verbundenen Kontrollverlust schlecht verkraften und sich der Zustand der meisten Klienten dadurch verschlechtert (Reddemann, 2006c).

Speziell bei Jugendlichen besteht die Gefahr dass sie ihre Traumatisierung hinter einer scheinbar normalen "coolen" Fassade, verstecken, einer ANP (apparently normal person), wie Nijenhuis et al., 2007, sie nennt. Damit ist die Gefahr einer Retraumatisierung besonders groß (Lamprecht, 2007).

Groß ist die Gefahr einer Retraumatisierung auch bei der Umgangsregelung von Kindern. Insbesondere auch in der Jugendhilfe und in vielen Praxisfeldern der Be-

ratung gilt es nach Breitenbach & Recquardt, 2004, durch Kenntnisse, Zuspitzungen, Fehler Retraumatisierungen zu vermeiden. Zwar gab es 1998 die Kindschaffsrechtsreform, in der das Recht von Eltern und Kindern auf Umgang miteinander gesetzlich verankert wurde, "was grundsätzlich zu begrüßen ist, was aber bei traumatisierten Pflegekindern, wegen der Gefahr einer Retraumatisierung häufig contraindiziert ist" (Malter, 2004). Auch pathologische Bindungen zwischen Misshandler und Opfer zu pflegen, gefährdet die gesunde Bindungsentwicklung von Kindern zu den Pflegeeltern (Brisch, 1999).

Sachsse, 1998, weist auch darauf hin, dass Traumaexposition nicht riskiert werden darf, wenn es irgendwelche Täterkontakte gibt oder die Patientinnen in missbrauchenden Beziehungen leben. Denn das würde ihre dissoziativen Schutzmechanismen zusätzlich herausfordern. In derselben Gefahr befinden sich auch vernachlässigte, misshandelte und missbrauchte Pflegekinder bei Kontakten mit Eltern, die sie in früher Kindheit traumatisierten (Malter, 2001).

Grenzen der Beratung

Stellt sich in der Beratung heraus, dass die Klienten das Anliegen äußern an den traumatischen Erlebnissen selbst arbeiten zu wollen, so ist Traumatherapie unerlässlich (Fricke, 2002). Grenzen der Beratung ergeben sich u. a. auch aus den Kriterien Beratung vs. Therapie (Nowotny, 2006b). Eine Beratung unterscheidet sich von einer Psychotherapie u. a. durch:

- Zielorientierte Kontraktbildung versus Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung
- Kürzerer Zeitraum der Beratung
- Hohe Aktivität der Beraterin / des Beraters
- Stärkere Fokussierung auf Themen versus umfassende biographische Arbeit und Traumaexposition

Für die Arbeit mit diesen Klienten ist nach Huber, 2007a, "Substanzielles" in drei Bereichen erforderlich. Erstens benötigt man ein empfindsames Herz, um sich anrühren zu lassen, zweitens sollte man eine belastbare Persönlichkeit sowie ein stützendes Umfeld haben und drittens sollte man nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch eingeübte Fertigkeiten besitzen beim Umgang mit extremen Gefühlen der Klienten. Grenzen in der Beratung ergeben sich auch dort, wo es sich der Berater für sich nicht vorstellen kann, mit traumatisierten Klienten zu arbeiten, sei es aus mangelndem Kompetenzgefühl oder auch aus der eigenen biographischen Geschichte heraus. An dieser Stelle kann auch Supervision helfen.

Traumatherapien:

"Das Spektrum der neueren Psychotraumatologie reicht von jenen Schulen, die einen analytischen oder tiefenpsychologische Hintergrund haben über körper-

orientierte Verfahren und verhaltenstherapeutische Ansätze bis zu Anwendungen aus NLP, Hypnotherapie und systemischen Ansätzen" (Hantke, 2006).

Wichtig ist es, dass traumatisierte Menschen auch wirklich in einer traumaadaptierten Therapie landen, da eine nicht traumaadaptierte Therapie bei einem traumatisierten Menschen viel Unheil anrichten, sein Leid verlängern und die Therapie verzögern kann (Huber, 2007a).

Berater sollten daher auch Grundkenntnisse in den einzelnen Therapieformen besitzen, damit sie ihre Klienten bei einer Weiterverweisung gut informieren können.

Internet basierter Zugang bei traumazentrierter Beratung

Häufig sind psychische Traumafolgen mit einer Scham- und/oder Schuldproblematik verbunden; in diesem Kontext hat sich inzwischen auch das Internet als niedrigschwelliges Angebot bewährt. Es bietet den Betroffenen eine geschützte Umgebung mit visueller Anonymität und räumlicher Distanz. "In den Niederlanden ist die 'Intherapie' für Traumaopfer patentiert und im Gesundheitssystem verankert und wird z. B. auch in psychotherapeutisch unterversorgten Gebieten als besonders wichtig angesehen." "Pilotstudien weisen auf – kaum zu glauben – eine positive Therapeut-Patienten-Beziehung hin." (Lamprecht, 2007)

Auch in Deutschland konnte in dem Projekt "Psychologische und sozialpädagogische Beratung nach dem KJHG im Internet (Culemann, 2002a, b) gezeigt werden, dass Onlineberatung ein effektiver Weg sein kann, um insbesondere auch junge traumatisierte Menschen nach Missbrauch und Gewalterfahrung niedrigschwellig aufzufangen und weiterzubegleiten, bis sie bei adäquater Hilfe, also Traumazentrierter Beratung oder Traumatherapie gelandet sind. Auch die anschließende wissenschaftliche Evaluation des Projektes (Hinsch & Schneider, 2002) bestätigte dies.

Psychohygiene, Burnout-Prophylaxe, Stellvertretende Traumatisierung, Empathiemüdigkeit und sekundäre Traumatisierung

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen setzt eine gute Psychohygiene voraus, da das emotionale sich Einlassen (Empathie) auf die extrem belastenden Geschichten aus der Vergangenheit oder Gegenwart der Betroffenen eine besondere Belastung darstellt.

Unter Stellvertretender Traumatisierung (vicarious traumatization) versteht man die Traumatisierung durch Übertragung oder die Menge und Dauer an Arbeit mit traumatisierten Klient(inn)en und daraus entstehende Probleme (Hantke, 2007a).

Mitempfindensmüdigkeit (Mitgefühlerschöpfung, compassion fatigue nach Figley, 1993, zit. in Hantke, 2007a) meint die Abstumpfung der Gefühlswelt als Selbstschutz.

Sekundäre Traumatisierung betrifft frühere eigene Belastungen, die durch den Umgang mit Traumatisierten aktiviert werden.

Die oben genannten Phänomene können bei Berater(inne)n mit Schlafstörungen, mit Gefühlen von Nicht-mehr-Abschalten-Können, mit Angst, Ausgebranntsein, Hyperaktivität, Hilflosigkeit, Wut, psychosomatischen Beschwerden u. a. einhergehen.

Eine umfangreiche Burn-Out Prophylaxe (siehe auch Huber, 2007b) ist daher dringend nötig, damit man als Berater(in) nicht stellvertretend traumatisiert wird. Ebenso wie für die Klient(inn)en gilt es für sich als Berater(in), persönliche "Gesundhaltestrategien" sowie Ressourcen wahrzunehmen und zu entwickeln; ebenso gilt es, eigene Grenzen und Belastbarkeiten einzuschätzen und zu beachten, wie gut man sich z. B. gerüstet und kompetent fühlt oder wie viel Unterstützung man von Kollegen oder Supervision erhält.

Heinrich-Clauer, 2005, hat sich zu dem Thema Trauma besonders mit den körperlichen Auswirkungen und der sekundären Traumatisierung bei professionellen Helfern beschäftigt. Burnout-Prophylaxe beschränkt sich überwiegend auf Aktivitäten außerhalb der Therapiestunden, z. B. Supervision oder Sport und wenig darauf, wie man auch während der Sitzungen die Vitalität erhalten kann. Doch auch in den therapeutischen Sitzungen lässt sich nach Heinrich-Clauer, 2005, die Freude, der Humor, die Ressourcen und die Vitalität erhalten; z. B. durch Lockerung des "Therapeutischen Ichs", d. h. weg vom Diktat der schnellen Lösungen hin zur entspannten inneren Haltung, mit der Arbeit mit dem eigenen Körper, z. B. durch Zurücklehnen, deutliches Seufzen, tiefes Atmen, oder Mithilfe einer Schutzhülle (Hantke, 2007a).

Literatur

Auf den Abdruck des umfangreichen Literaturverzeichnisses wurde aus Platzgründen verzichtet. Dieses kann auf der Homepage der DAJEB unter "Veröffentlichungen" – "Zum Download bereitgestellt" heruntergeladen werden.

Dipl.-Psych. Anke Culemann

Kreative Kindertherapeutin (NIK), Erziehungs- und Familienberaterin (bke), Ehe- Familien und Lebensberaterin (DAJEB, i. A.), Traumazentrierte Fachberaterin (DeGPT, i. A.)

EFB Gransee
Kolinerstrasse 12 a
16775 Gransee
ankeculemann@web.de



Zur Lage von Stalking-Opfern in Deutschland

Abstract

Stalking ist kein Phänomen, das nur Prominente erleben und erleiden. Mit physischen und psychischen Übergriffen bis hin zum Psychoterror haben es die Opfer überwiegend männlicher Täter zu tun. Persönliche Traumatisierungen und Suizidalität der Opfer, negative Auswirkungen auf das soziale und berufliche Umfeld gehören zu den Folgen von Stalking. Die Opfer brauchen kompetente Beratung, vernetzte Hilfsangebote durch interdisziplinäre Kooperation verschiedener Organisationen und helfender Berufe (Pädagogen, Kriminalisten, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter und Behördenvertreter).

Psychoziale Stichworte: Aggression – Ängste – Beziehungsstörungen – Depression – Gewalt – Misshandlung – Obsession – Psychosomatische Beschwerden – Psychoterror – PTBS – Selbstbestimmung – Stalking – Suizidalität – Übergriff

"Nichts ist mehr, wie es mal war... habe schon zwei Suizidversuche hinter mir. Ich bin umgezogen, habe meinen Job erst mal verloren."

"Ich gehe nicht mehr alleine raus und schließe mich zuhause ein, verriegele die Türen und Fenster, kontrolliere vor jeder Fahrt mein Auto genau, habe Angst, in den Briefkasten zu sehen."

"Ich vermeide bis heute Blickkontakt und reagiere nicht, wenn mich einer anspricht aus Angst, wieder an einen Psychopathen zu geraten, der meint, wenn man mal freundlich lächelt und Hallo sagt, man ihn gleich liebt und heiraten will."

(Zitate von Stalking-Opfern aus der Darmstädter Stalking-Studie)

Was ist Stalking?

Stalking ist ein Phänomen, welches schon lange existiert, jedoch erst in jüngster Zeit einen Namen und damit auch ein Gesicht bekommen hat: Viele Betroffene realisieren erst jetzt, was ihnen geschieht und beginnen, über ihre Erfahrungen zu berichten. Der englische Begriff "Stalking" stammt ursprünglich aus der Jägersprache und beschreibt das Heranpirschen an ein Wild. Spricht man heute von Stalking in einem sozialwissenschaftlichen Sinne, ist damit ein Verhaltensmuster gemeint, welches durch wiederholte Kontaktversuche, physische Annäherungen, Belästigungen und manchmal sogar Gewalt charakterisiert ist, ohne dass die betroffene Person etwas dagegen unternehmen kann.

Stalking zeichnet sich im Gegensatz zu anderen Formen der Delinquenz durch seine Heterogenität aus. Es gibt nicht eine einzige spezielle Stalking-Verhaltensweise, die in jedem Fall auftritt, sondern eine Kombination unterschiedlicher

Handlungen, die sich über einen längeren Zeitraum hinzieht, ist die Regel. Ebenso variieren die zugrunde liegenden Motive der Stalker. Sie reichen von dem Wunsch, eine Beziehung herzustellen, über den Versuch eine Trennung vom Partner rückgängig zu machen, die oft im Wechsel von Wut und Liebesbekundungen Ausdruck findet, bis hin zu regelrechten Rachefeldzügen, beispielsweise gegen Nachbarn, Rechtsanwälte oder Psychotherapeuten. Allen Stalkern egal welcher Motivlage gemeinsam ist jedoch die obsessive Fixierung auf das Opfer, die fast immer emotional getönt ist, sei es positiver oder negativer Natur. Und auch die verzerrte Wahrnehmung des Geschehens ist typisch: Stalker sehen sich nicht in der Verantwortung, sondern gehen beispielsweise davon aus, dass in Wirklichkeit das Opfer sie provoziert hat, dass ein geheimes Einverständnis vorhanden ist oder dass beide füreinander schicksalhaft bestimmt sind (Hoffmann, 2005; Hoffmann, Voß, Wondrak, 2006).

Stalking-Forschung in Deutschland

Im Gegensatz zu englischsprachigen Staaten, wie den USA, Großbritannien und Australien, in denen die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen Anfang der 90er Jahre einsetzte, wird Stalking hierzulande erst seit kurzer Zeit als eigenständiges Problem wahrgenommen, sowohl in der Öffentlichkeit als auch auf fachlicher Ebene. Am Institut für Forensische Psychologie der Technischen Universität Darmstadt begannen wir im Jahr 1999 mit den ersten empirischen Arbeiten in Deutschland, die sich zunächst alleine auf Prominente als Opfer bezogen (Hoffmann, 2001). Bald darauf weiteten wir unsere Forschungsaktivitäten auch auf die allgemeine Bevölkerung aus. Neben Studien zu Erfahrungen von Stalking-Opfern mit der Polizei (Hoffmann, Özsöz, Voß, 2004), führten wir breit angelegte Fragebogenerhebungen zumeist im Internet sowie anonyme Telefoninterviews durch, bei denen Informationen sowohl von Betroffenen als auch von Stalkern erfasst wurden (Meinhardt, Wondrak, 2004; Voß, Hoffmann, Wondrak, 2006).

Ergebnisse der Darmstädter Stalking-Opferstudie

Im Folgenden soll ein Teil der Ergebnisse vorgestellt werden, die von 551 Stalking-Opfern stammen, die unsere Fragebögen ausgefüllt hatten. In Übereinstimmung mit internationalen Stalking-Erhebungen (z. B. Purcell, Pathé, Mullen, 2002; Tjaden, Thoennes, 1998) war die Mehrzahl der Betroffenen weiblich (84,8 %) und eine kleine Gruppe männlich (15,2 %). Das Geschlechterverhältnis auf Seiten der Stalker erwies sich mit 81,2 % Männern und 18,8 % Frauen genau gegenläufig. Im Alter der Opfer zeigte sich eine große Spannweite, es bewegte sich zwischen 15 und 63 Jahren, wobei der Durchschnitt bei etwa 34 Jahren lag. Die Stalker waren im Schnitt vier Jahre älter als die Betroffenen. Stalking ist keine kurze Angelegenheit, sondern zieht sich über einen langen Zeitraum hinweg. Im Schnitt wurden bei abgeschlossenen Fällen die Betroffenen über zwei Jahre oder genauer ausgedrückt 28 Monate lang verfolgt und belästigt.

Der Stalker stammte zumeist aus dem sozialen Nahraum. In fast der Hälfte der Fälle (48,5 %) war es der Ex-Partner, in 28,4 % ein Freund oder Bekannter, aus dem Arbeitsumfeld kamen 9,1 % und 4,5 % der Fälle entwickelten sich aus professionellen Kontakten, etwa im Rahmen einer Beziehung zwischen Arzt und Patient oder zwischen Gemeindemitglied und Pfarrer. Das Medienklischee des Stalkers als geheimnisvoller Fremder, der aus dem Dunklen sein Unwesen treibt, zeigte sich als Ausnahmefall, lediglich 9,5 % der Betroffenen kannten ihren obsessiven Verfolger zuvor nicht.

Die Stalker setzten durchschnittlich zwischen sieben und acht verschiedene Stalking-Verhaltensweisen ein. Am häufigsten belästigten sie ihre Opfer mit Telefonanrufen (84 %), zwei von drei Stalkern hielten sich in der Nähe der Betroffenen auf oder stellten über Dritte Kontakt her. Weiterhin beschafften sich einige Stalker Informationen über das Opfer, indem sie die Betroffenen observierten oder deren Post abfingen. Etwa jedes dritte Opfer berichtete, dass der Stalker E-Mails schickte, sie mit dem Auto verfolgte oder Nachrichten an ihrem Auto hinterließ. Über sechzig Prozent der Stalker versuchten, den Ruf der Betroffenen zu schädigen, z. B. indem sie Gerüchte im Freundes- und Bekanntenkreis streuten oder sich mit Verleumdungen an den Arbeitgeber, an Kollegen oder auch direkt an Kunden der Opfer wandten. Die Folgen einer solchen Rufschädigung waren oftmals gravierend und reichten vom Verlust der Kundschaft, über Probleme mit Vorgesetzten oder Kollegen, bis hin zur Aufgabe der Arbeitsstelle oder sogar der Kündigung durch den Arbeitgeber.

In einem beträchtlichen Umfang kam es neben den seelisch belastenden Ereignissen zusätzlich zu physischer Gewalt – fast vierzig Prozent der Befragten waren körperlichen Attacken ausgesetzt. Hier kam es in vier von fünf Fällen zu leichteren Angriffen, wie Anfassen oder Festhalten, jede dritte Betroffene erlebte Schläge mit der Hand und jede fünfte Angriffe mit Gegenständen. Einige Opfer wurden fast bis zur Bewusstlosigkeit gewürgt, andere mit Waffen bedroht und in zwei Fällen wurden Tötungsversuche geschildert.

Zudem berichteten 14 % von sexuellen Belästigungen, angefangen von Bemühungen, das Opfer gegen dessen Willen zu küssen bis hin zu Grapschen oder dem Anfassen von Geschlechtsteilen. Auch versuchten einige Stalker, sexuelle Handlungen erpresserisch oder mit Hilfe von Schlägen oder Waffen zu erzwingen. Dabei kam es in einigen Fällen zu versuchten bzw. vollzogenen Vergewaltigungen.

Die psychischen Auswirkungen, Opfer von Stalking zu sein, sind oftmals beträchtlich. Fast ausnahmslos jede Betroffene (91,5 %) hatte während des Geschehens Angst, welche in zwei Dritteln sogar panikartig bzw. stark ausgeprägt war. Auch nach Ende des Stalking beeinträchtigte Angst nicht selten noch das Leben. Etwa jedes vierte Opfer berichtete, dass starke Angstzustände noch immer häufig auftraten.

Stalking zu erleben führte in vielen Fällen auch zu Veränderungen im Umgang mit anderen Menschen, ein Umstand, den viele Betroffene als schmerzhaft empfan-

den. Beispielsweise trat ein plötzliches Misstrauen gegenüber Fremden, manchmal aber auch Bekannten oder Freunden, fast durchgängig auf. Viele Betroffene schilderten zudem, dass sie sich aus dem sozialen Leben völlig zurückzogen, gewohnten Freizeitbeschäftigungen nicht mehr nachgingen oder sich zu Hause verbarrikierten. Dies geschah zum einen, um der Gefahr einer Begegnung mit dem Stalker aus dem Weg zu gehen, zum anderen aber auch, weil es die psychische Verfassung schlichtweg nicht mehr ermöglichte, sich in das soziale Leben zu begeben. Viele berichteten, dass das Stalking Probleme in ihrer aktuellen Partnerschaft verursachte. Vielfach begann das Thema die Beziehung regelrecht zu überlagern, der männliche Partner fühlte sich ohnmächtig und gedemütigt oder eine fortwährende psychische Belastung des Opfers beeinträchtigte das emotionale Klima der Partnerschaft.

Die psychischen und physischen Auswirkungen von Stalking erwiesen sich als beträchtlich. Im Schnitt litten die Opfer unter sechs unterschiedlichen Belastungssymptomen. Die Auftretenshäufigkeit der einzelnen Belastungsmerkmale ist in folgender Tabelle ausgeführt:

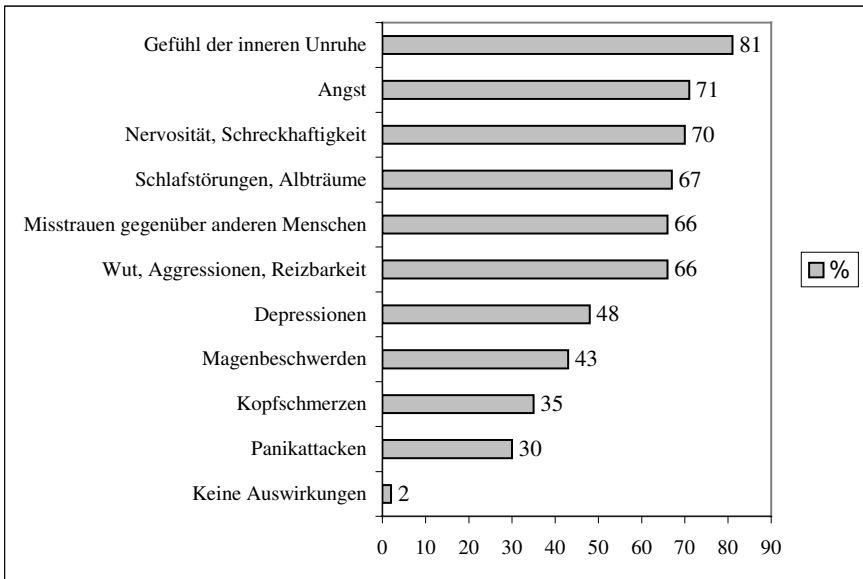


Abb. 1: Körperliche und seelische Auswirkungen aufgrund des Stalking; (n = 551)

In einer weiteren Studie (Hoffmann et al., 2004) stießen wir auf einen Anteil von 59 % der Stalking-Betroffenen, die nach dem psychischen Krankheitsmanual DSM IV die relevanten Diagnosekriterien für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erfüllten, eine Symptomatik, wie sie typischerweise als Folge des Er-

lebens von Gewaltverbrechen, schweren Unfällen oder Naturkatastrophen auftritt. Erschreckend war, dass hier zudem 28 % der Opfer angaben, im Zusammenhang mit ihrer Viktimisierung durch Stalking schon einmal über Suizid nachgedacht zu haben.

Versorgung der Stalking-Opfer in Deutschland

Da sich das Bewusstsein über das Ausmaß der Problematik von Stalking hierzulande erst seit kurzem durchsetzt, ist es wenig überraschend, dass die Hilfsangebote für Betroffene noch immer unzureichend sind. Beispielsweise melden sich immer wieder verzweifelte Opfer bei unserer Forschungsgruppe, die in ihrer Region keine kompetenten Ansprechpartner finden und meist vergeblich hoffen, dass wir ihnen lokale Hilfsangebote nennen können. Man muss sich vor Augen führen, dass Stalking ein Massenphänomen darstellt. Einer ersten repräsentativen Erhebung in Deutschland zufolge, die allerdings auch sehr leichte Formen der Belästigung mit einschloss, werden zwölf Prozent der Bevölkerung einmal Opfer von Stalking (Dressing, Kuehner, Gass, 2006). Hochgerechnet auf die Bevölkerung heiße dies, dass knapp zehn Millionen Bundesbürger in ihrem Leben einmal Erfahrungen mit Stalking machen. Die Notwendigkeit flächendeckender Beratungsangebote ist also offensichtlich.

Eine Studie ergab, dass Stalking-Opfer in Deutschland sehr unterschiedliche Erfahrungen mit behördlicher Hilfe machen (Hoffmann et al., 2004). Insgesamt betrachtet führte das Einschalten der Polizei sogar häufiger zu einer Verschlechterung der Lage als zu einer Verbesserung. Ein differenzieller Blick offenbarte dabei große Unterschiede. Gingen die Beamten früh offensiv gegen den Stalker vor oder gab es spezielle Ansprechpartner bei der Polizei wie in Bremen, konnte die Mehrzahl der Fälle gestoppt werden bzw. kam es zu substantiellen Verbesserungen (Bettermann, 2006; Hoffmann, 2003).

Aufgrund unserer Forschungen und unserer praktischen Erfahrungen sind wir der festen Überzeugung, dass eine kompetente und individuelle Beratung der erfolgreichste Ansatz für die Opferhilfe und die Prävention darstellt. Speziell für Stalking geschulte Ansprechpartner, die zudem über ein lokales Netzwerk verfügen, können gemeinsam mit dem Betroffenen konkrete Handlungspläne entwickeln, die oftmals das Stalking mittelfristig abklingen lassen, das Risiko einer gewaltsamen Eskalation deutlich vermindern und die psychische Belastung eindämmen (Pathé, 2002; Hoffmann, 2002). Hier ist die Kooperation verschiedener Organisationen und Berufe, wie beispielsweise Pädagogen, Kriminalisten, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter und Behördenvertreter, gefragt, da Stalking-Fälle häufig nur interdisziplinär gemanagt werden können.

Die Einführung des Anti-Stalking-Gesetzes im Strafrecht stellte sicherlich einen weiteren Baustein für den Umgang mit Stalking dar, doch muss vor falschen Heilserwartungen gewarnt werden. Ein Gesetz alleine hilft nicht. Vielmehr ist neben den daraus resultierenden erweiterten juristischen und polizeilichen Hand-

lungsmöglichkeiten entscheidend, ob Stalking-Opfern eine kompetente Beratung und Begleitung angeboten wird.

Literatur

- Bettermann, J. *Polizeiliche Intervention in Fällen von Stalking.* In: Hoffmann J., Voß H-G. W. (Hrsg.), *Psychologie des Stalking: Grundlagen – Forschung – Anwendung.* Frankfurt/Main 2006
- Dressing, H., Kühner, Ch., Gass, P. *Stalking in Deutschland.* In: Hoffmann J., Voß H-G. W. (Hrsg.), *Psychologie des Stalking: Grundlagen – Forschung – Anwendung.* Frankfurt/Main 2006
- Hoffmann, J. *Stalking – Forschung und Krisenmanagement.* Kriminalistik 1/2001, S. 34-37
- Hoffmann, J. *Risiko-Analyse und das Management von Stalking-Fällen.* In: Voß H-G. W., Hoffmann J. (Hrsg.), *Polizei & Wissenschaft*, 4/2002, S. 35-44
- Hoffmann, J. *Polizeiliche Prävention und Krisenmanagement in Fällen von Stalking.* Kriminalistik, 2003/12, S. 726-731
- Hoffmann, J., Özsöz, F., Voß, H-G. W. *Erfahrungen von Stalking-Opfern mit der deutschen Polizei.* *Polizei & Wissenschaft*, 2004/4, S. 41-53
- Hoffmann, J., Voß, H-G. W., Wondrak, I. Ein Blick auf den normalen Stalker. In: Dressing H. (Hrsg.), *Stalking! Verfolgung, Bedrohung, Belästigung.* Bern 2006
- Meinhardt, B., Wondrak, I. *Empirische Untersuchung zu Stalking aus Sicht der Betroffenen.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Institut für Psychologie, Technische Universität Darmstadt 2004
- Pathé, M. *Surviving Stalking.* Cambridge: Cambridge 2002
- Purcell, R. Pathé, M., Mullen, P. E. *The prevalence and nature of stalking in the Australian community.* *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36/2002, S. 114-120
- Tjaden, P. Thoennes, N. *Stalking in America. Findings from the National Violence against Women Survey.* Washington, DC: US Department of Justice (1998)

Voß, H-G. W., Hoffmann, J.
Wondrak, I.

*Stalking in Deutschland – Zur Psychologie der
Betroffenen und Verfolger.* Baden-Baden 2006

Dr. Jens Hoffmann
Dipl.-Psych. Isabel Wondrak

Institut Psychologie & Sicherheit
Postfach 100 862,
63705 Aschaffenburg

info@institut-psychologie-sicherheit.de

Detlef Vetter

Das Anti-Gewalt-Programm

Ein Konzept zur Arbeit mit gewalttätigen Männern in der man-o-mann, männerberatung Bielefeld

Abstract

Der Autor plädiert für die Zusammenführung der juristischen, staatlichen, kommunalen, therapeutischen und beraterischen Ressourcen aller Institutionen, die mit dem Thema Gewalt beschäftigt sind. Ziele: Verbesserung des Opferschutzes, Prävention häuslicher Gewalt, Stärkung der Opfer, Ächtung der Täter durch konsequente Sanktionen. Durch psychoedukative Gruppenarbeit soll gewalttätigem Verhalten Grenzen gesetzt, die Täter verantwortlich gemacht und Veränderung im Konfliktlösungsverhalten ermöglicht werden. Männer werden befähigt, Konflikte gewaltfrei zu lösen, Beziehungskrisen gewaltfrei zu bewältigen und erlernen Selbstkontrolltechniken für das Ärgermanagement. Der Autor gibt einen Forschungsüberblick, informiert über Merkmale der Täter, ihres Verhaltens und über die Abklärung der Motivationsanreize für die Teilnahme der Täter an dem Anti-Gewalt-Programm und stellt Inhalte des Programms vor. Bedingungen für die Zulassung zur Gruppe, Gruppenausschlusskriterien, das Verfahren für die Kontraktbildung, personelle und räumliche Vorbedingungen runden die Überlegungen ab.

Psychosoziale Stichworte: Aggressionsabbau – Beziehungsstörungen – De-eskalation – Devianz – Geschlechterrollen – Gewalt-Prävention – häusliche Gewalt – sexualisierte Gewalt – Gruppe – Identität – Impulskontrolle – Interventionsstrategien – Konflikt – Konfliktlösungsstrategien – Kooperation – Opferschutz – Opfer-Täter-Therapie – Runder Tisch gegen Gewalt – Stressbewältigung – Vernetzung

Einleitung

"There is no such thing as the 'one size fits all' treatment. Treatments should be designed that recognize that the range of violent behaviors may require a range of treatment options." (Jasinski & Williams, 1998, S. xiii)

Der gesellschaftliche Druck, häusliche Gewalt gegen Frauen abzubauen, ist in den neunziger Jahren gewachsen. So wurde von der damaligen Bundesregierung 1993 eine Kampagne mit dem Slogan "Gewalt gegen Frauen zerstört – auch Männer" initiiert, die auch an den Leidensdruck der Männer appellierte.

"Doch solche Appelle an die Täter zeitigen kaum Wirkung. Unzufriedenheit mit der familiären oder persönlichen Situation, sogar tiefgreifende Krisen motivieren nur sehr wenige gewalttätige Männer, eine Beratung aufzusuchen, die sie von ihren gewalttätigen Impulsen befreien soll. ... Erfahrungen in den USA zeigen, dass nur in Täterprogrammen, die mit einem hohen Anteil an gerichtsüberwiesenen Männern arbeiten, die Klienten länger als vier Wochen in der Beratung bleiben." (Hafner, 1999, S. 310)

Zu einer effektiven Reduzierung von männlicher Gewalt an Frauen und Kindern im häuslichen Kontext ist deshalb ein Ansatz notwendig, der die Ressourcen der unterschiedlichen Institutionen, die mit dem Thema Gewalt beschäftigt sind, zusammenführt. Zu diesem Zweck wurde in Bielefeld 1999 ein Runder Tisch etabliert, der ein an Bielefelder Möglichkeiten orientiertes Interventionsprojekt etablierte. 2002 wurde von der man-o-mann männerberatung im Auftrag des Sozial- und Kriminalpräventiven Rates der Stadt Bielefeld (SKPR) ein Konzept zur Arbeit mit gewalttätigen Männern entwickelt (Vetter, 2002). Dieser Artikel stellt die zugrunde liegenden Überlegungen und die Grundzüge des Konzepts vor.

Das Bielefelder Interventionsprojekt gegen Gewalt von Männern in Beziehungen

Ziel dieses Projektes "ist die Verbesserung des Opferschutzes und die Prävention häuslicher Gewalt durch die Stärkung der Opfer, die Ächtung der Taten und eine schnelle und konsequente Sanktion für die Täter. Um dieses Ziel zu erreichen soll die polizeiliche, kommunale, sozialarbeiterische und therapeutische Intervention in Fällen von Gewalt in Beziehungen optimiert, besser aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt werden." (Bericht zum Bielefelder Interventionsprojekt gegen Gewalt von Männern in Beziehungen, 1999, S.5). Die Koordination liegt beim

Kommissariat Vorbeugung des Polizeipräsidiums Bielefeld und der Gleichstellungsstelle für Frauenfragen der Stadt Bielefeld.

Die Komplexität des Phänomens "Häusliche Gewalt" und die unterschiedlichen Orientierungen und Interessen der am Netzwerk Beteiligten führten zu einer abgestuften Entwicklung des Gesamtprojektes in Teilprojekten, in denen jeweils in separaten Arbeitsgruppen teilprojektspezifische Konzepte erarbeitet wurden. Die Teilprojekte erfassen im Wesentlichen die einzelnen Phasen staatlicher Intervention bei häuslicher Gewalt. Aus diesem Grund sind auch in den jeweiligen Arbeitsgruppen die Interventionspartner und -partnerinnen vertreten, die in der Praxis in den jeweiligen Phasen agieren.

Die Teilprojekte befassten sich mit folgenden Themen:

- AG1: Polizeilicher Erstkontakt
- AG2: Hilfe/Unterstützung für die Opfer
- AG3: Hilfe für Migrantinnen
- AG4: Straf- und Zivilrecht
- AG5: Die Arbeit mit den Tätern
- AG6: Gesundheitliche Versorgung
- AG7: Kinder in Gewaltbeziehungen
- AG8: Nachbarschaft gegen Gewalt

Die man-o-mann, männerberatung im VSGB e. V.

Neben der Stärkung der betroffenen Frauen ist es unbedingt notwendig, dass die schlagenden Männer Verantwortung für ihre Taten übernehmen und sich professionelle Hilfe suchen, um ihr gewalttätiges Verhalten abzubauen und partnerschaftliche Konfliktlösungen einzuüben. Da nur der gewalttätige Mann seine Gewalt beenden kann, stellt die Arbeit mit den Tätern einen wesentlichen Beitrag zum Opferschutz dar.

Beim Runden Tisch arbeitet deshalb seit Beginn auch die man-o-mann, männerberatung im VSGB e. V. mit, um ein Programm zur Arbeit mit den gewalttätigen Männern zu entwickeln und anzubieten. Der VSGB (Verein für Sozialtherapie, Gruppenarbeit und Beratung) e. V. unterhält seit 1975 in Bielefeld eine Psychosoziale Beratungsstelle zur Ehe-, Familien- und Lebensberatung. In dem Arbeitsschwerpunkt man-o-mann, männerberatung arbeiten seit 1990 männliche Therapeuten unter einem geschlechtsspezifischen Ansatz mit Männern zu den Themen Gewalt und Sexualität. Hierbei handelt es sich nicht um eine Gewaltberatungsstelle im engeren Sinne, sondern um eine breiter angelegte Männerberatungsstelle, da "ein Grundgedanke unseres Angebotes ist, ein spezialisiertes, auf Gewalt und Sexualität gerichtetes Angebot in eine allgemeine Männerarbeit einzubetten." (Vetter, 1996, S. 129).

Neben gewalttätigen Männern wird mit Männern zu den Themen Identität, Selbstwert und Rollenkonflikten, die sich in neurotischen oder psychosomatischen Störungsbildern niederschlagen, gearbeitet. Männer, die ihre traumatischen Erfahrungen durch erlittene (sexuelle) Gewalt in ihrer Kindheit aufarbeiten wollen, stellen ebenfalls eine Zielgruppe dar.

Seit 2000 erhält man-o-mann, männerberatung Projektmittel des Justizministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen für extramurale Therapieangebote für Männer, die wegen eines Sexualdeliktes verurteilt worden sind. Die weiteren Mitarbeiter arbeiten als freie Mitarbeiter gegen Honorar oder ehrenamtlich, da die Einrichtung keinerlei weitere öffentliche Gelder erhält. Alle Mitarbeiter verfügen über eine Zusatzausbildung in anerkannten Therapieverfahren und sind zum großen Teil im Rahmen der Approbation zur psychotherapeutischen Heilkunde zugelassen.

Weitere Informationen zu Konzept und Angeboten der Einrichtung sind auf der Homepage unter www.man-o-mann.de zu erhalten.

Täterarbeit als Baustein in Interventionsprojekten

Die meisten Erfahrungen in der Arbeit mit gewalttätigen Männern existieren in den USA, wo mittlerweile über tausend Projekte in unterschiedlichster Form beraterisch und therapeutisch mit gewalttätigen Männern arbeiten (u. a. Gondolf, 1985; Scher et al., 1987; Stordeur & Stille, 1989; Caesar & Hamberger, 1989; Pence & Paymar, 1993; Brooks, 1998).

Das erste Projekt wurde in den USA 1977 eingerichtet (Adams, 1994). Vorherrschendes Behandlungssetting ist dabei die Gruppenarbeit, die aber hinsichtlich ihrer Dauer von 5 bis 50 Sitzungen in den einzelnen Projekten variiert, was eine unterschiedliche inhaltliche Ausrichtung zur Folge hat. So reichen die Gruppenarbeit und die Beratungsansätze in Bezug auf das methodische Spektrum von einem stark strukturierten Vorgehen, das an verhaltenstherapeutischen Methoden orientiert ist, über diverse Mischformen bis hin zu einer am Gruppenprozess orientierten, eher tiefenpsychologisch ausgerichteten Arbeitsweise. Gruppenleiter sind in den meisten Projekten zwei männliche Berater, andere Projekte arbeiten aber auch mit gemischtgeschlechtlichen Teams.

Die Verhaltenstrainings verstehen sich überwiegend nicht als therapeutische Gruppen, sondern haben einen psychoedukativen Charakter: Wenn gewalttätiges Verhalten gelernt worden ist, dann können auch alternative Verhaltensweisen gelernt werden. Hierfür sind Gruppen besser geeignet als eine Einzelbehandlung, da die Gruppenmitglieder sich in ihren Gewalt unterstützenden Glaubenssätzen gegenseitig konfrontieren können und so Verhaltensänderungen stabilisiert werden. Zum anderen erfahren die Männer aber auch gegenseitige Unterstützung und Förderung an ihrem gemeinsamen Ziel eines gewaltfreien Verhaltens festzuhalten (s. a. Edelson & Tolman, 1992).

Die beraterische und therapeutische Arbeit mit gewalttätigen Männern in Deutschland ist bisher nur gering ausgebaut. Sie findet in ca. 25 Projekten statt, von denen nur Projekte in Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz Mittel der Justiz für diese Tätigkeit erhalten. Die Ansätze sind heterogen; im Rahmen einer Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG Täterarbeit) wurden aber Standards erarbeitet. (Weiteres im Internet unter: bag-taeterarbeit.de). Eine wissenschaftliche Begleitforschung der Täterarbeit im Rahmen von Interventionsprojekten fand unter Leitung von Professorin Hageman-White an der Universität Osnabrück statt. Die Forschungsergebnisse sind unter wibig.uni-osnabrueck.de abzurufen.

Entwicklung der Täterarbeit in den USA

Vergleicht man die Entwicklung der Arbeit mit gewalttätigen Männern in der Bundesrepublik mit dem Verlauf der Projekte in den USA, so sind Parallelen sichtbar. Auch in den USA entstanden die ersten Projekte im Rahmen von Männergruppen, professionalisierten sich dann hinsichtlich ihrer beraterischen und therapeutischen Kompetenzen und erhielten einen großen Schub und ihre finanzielle Absicherung durch eine veränderte Gesetzeslage, die eine gerichtliche Weisung für die Gewalttäter ermöglichte.

Die Veränderung der Gesetzeslage in den USA führte auch dazu, dass die Programme gut in die jeweiligen Gemeinwesen integriert sind und einzelne Bundesstaaten Standards für die Arbeit mit gewalttätigen Männern verabschiedet haben (Austin & Dankwort, 1999).

Die Entwicklung in der Bundesrepublik hinkt hier ca. 15 Jahre hinterher, so fand der erste Kongress zur Täterarbeit in Interventionsprojekten erst im Dezember 2001 in Oldenburg statt.

Hinsichtlich der inhaltlichen Orientierung der Projekte treten dann auch Unterschiede zwischen der Bundesrepublik und den USA zu Tage. So unterscheidet Gerlock (1997) zwei Ansätze von Täterbehandlungen: zum einen die Projekte, die rein verhaltenstherapeutisch-orientiert die Impulskontrolle in den Vordergrund stellen und zum zweiten die Projekte, die Annahmen der feministischen Theorie übernommen haben. Auch wenn beide Ansätze als gemeinsame Basis kognitiv-behaviorale Strategien verfolgen, also das jeweilige gewalttätige Handeln des Mannes in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen, kommen sie aufgrund der unterschiedlichen Annahmen zu unterschiedlichen Interventionen. So versuchen die einen Projekte alle Formen von Gewalt zu eliminieren, während bei anderen eher Selbstkontrolltechniken zum Ärgermanagement im Vordergrund stehen. Beim Ärgermanagement steht die Kontrolle von Wut und Ärger im Mittelpunkt, so dass der Mann lernt, es nicht zu gewalttätigem Verhalten kommen zu lassen. Erreicht werden soll dieses Ziel über Techniken zur Stressreduktion, über eine differenziertere, klarere Wahrnehmung von Gefühlen und gewaltfreie Konfliktlösungsstrategien. Pressman (1989) hält diesen Projekten entgegen, dass zwar die körperlichen Übergriffe reduziert würden, die psychische Gewalt jedoch fortgesetzt werde, die dann wieder einen neuen Gewaltkreislauf begünstigen oder auslösen kann (Fol-

lingstad et al. 1990). Nichtsdestotrotz werden Techniken zum Ärgermanagement in allen Projekten eingesetzt (Tutty et al. 2001). Eine so klare Dichotomie wie sie bei Gerlock aufscheint, ist in den deutschen Projekten nicht auszumachen; hier ist eher ein Methoden übergreifendes Vorgehen festzustellen, das die vielfältigen Gewaltformen berücksichtigt (s. a. Zimmermann et al. 2001).

Ein integrative Sichtweise stellen ebenfalls Pressman und Sheps (1994) vor, die eine große Bandbreite von theoretischen Annahmen, die feministische Sicht auf Gewalt gegen Frauen eingeschlossen, in ihr Modell einbeziehen. Da sie davon ausgehen, dass 50%-80% der Männer, die ihre Partnerinnen misshandeln, selbst Zeuge von Gewalt oder Opfer von Gewalt waren, bearbeiten sie auch diese biographischen Ereignisse und deren Auswirkungen, wie z. B. die daraus resultierende Scham, in ihrem Gruppenprogramm.

Merkmale gewalttätiger Männer

Im Interesse von Forschungsaktivitäten steht die Frage, welche Persönlichkeitsmerkmale Männer aufweisen, die gewalttätig werden, um zielgruppenspezifische Angebote machen zu können.

Es kann durch verschiedene Studien als gesichert gelten, dass Gewalt gegen Frauen in Haushalten und Partnerschaften, in denen die Macht in der Hand des Mannes liegt, häufiger auftritt. Männer versuchen mittels physischer Gewalt die eigene Dominanz zu legitimieren und zu bewahren. Des Weiteren befürworten Männer mit einem starren, traditionellen Männerbild Gewalt gegen die Ehepartnerin und üben sie selbst auch aus. (Straus & Gelles, 1990)

"Studien, die gewalttätige Männer mit Männern vergleichen, die nicht gegenüber ihrer Partnerin gewalttätig wurden, fanden heraus, dass gewalttätige Männer, unabhängig von demographischen Variablen, ein größeres Machtbedürfnis aufwiesen (Dutton & Strachan, 1987). Eine Erklärung dieses Phänomens liegt darin, dass Männer, die sich aufgrund eines niedrigen Selbstwertgefühls machtlos fühlen und weil sie nur geringe Kontrolle über andere oder ihre eigenen Lebensumstände haben, ein größeres Machtbedürfnis entwickeln. Dutton and Strachan (1987) vermuten zudem, dass Männer, die emotionale Nähe zu Frauen als gefährlich, bedrohlich und unkontrollierbar ansehen, hochgradig ängstlich und wütend werden. Diese Gefühle des psychischen Unwohlseins führen dann dazu, dass sie durch Gewalt ihre Partnerin kontrollieren und so ihre eigene Angst und Wut reduzieren (Übers. D.V.)" (Kaufman Kantor & Jasinski (1998, S. 6).

Den Zusammenhang zwischen Selbstwert und Kontrolle untersuchten auch Prince und Arias (1994) in einer Studie und kamen zu dem Ergebnis: "when different dimensions of control are examined – interpersonal control, on the one hand, and control over life events on the other hand – the latter is a more significant predictor of wife assault". Dies bedeutet, dass auch außerhalb der Beziehung liegende sozioökonomische Faktoren, wie z. B. Arbeitslosigkeit des Mannes, einen wichtigen Einfluss auf die Häufigkeit häuslicher Gewalt ausüben.

Gondolf (1988) und Holtzworth-Munroe & Stuart (1994) und Waltz et al. (2000) untersuchten in ihren Studien, ob es neben den Gemeinsamkeiten auch Unterschiede zwischen Männern gibt, die ihre Partnerinnen schlagen.

Holtzworth-Munroe & Stuart unterscheiden dabei drei Typen von gewalttätigen Männern: "family only", "dysphoric/borderline" und "generally violent/antisocial".

Der Mann, der unter "family only" fällt, wird dabei beschrieben als, im Vergleich mit den beiden anderen Kategorien, weniger deviant und mit geringeren Auffälligkeiten bezüglich Impulsivität, Drogenmissbrauch, kriminellem Verhalten und Defiziten im Sozialverhalten. Verglichen mit nicht-gewalttätigen Männern findet sich eine Familiengeschichte, in der er selbst Gewalt erlebte, ein hohes Maß an Abhängigkeit von der Partnerin, ein geringes Level an Impulsivität und geringe Kommunikationsfähigkeiten. Der Typ des "dysphoric/borderline batterer" wurde von seinen Eltern abgelehnt, ist schon als delinquent aufgefallen, verfügt nur über wenige kommunikative und soziale Fähigkeiten, ist feindlich gegenüber Frauen eingestellt, hat eine positive Einstellung zur Gewalt und nur wenig Gewissensbisse die eigene Gewalttätigkeit betreffend.

Der Typ, der mit "generally violent/antisocial" bezeichnet wird, hat als Risikofaktoren eine gewalttätige und missbräuchliche Familiengeschichte und häufig eine kriminelle Karriere, die ihn schon mit dem Gesetz in Konflikt brachte. Seine Defizite in den sozialen und kommunikativen Bereichen sind, wieder im Vergleich mit den anderen Teilnehmern an dieser Studie, am größten und er betrachtet Gewalt als angemessene Antwort auf jede Art von realer Provokation oder subjektiv erlebter Provokation.

Gerlock, (1997) beschreibt den Prozess, mit dem Männer eine solche Situation herstellen: "Jedoch beschreiben diese Männer, wie sie absichtlich und wohlüberlegt die Wut ihrer Partnerin provozieren. Um ihre Wut auszulösen, beginnen die Männer ihre Partnerin mit Schimpfworten zu belegen oder ihr zu drohen. Der Wutausbruch der Partnerin ist dann wiederum eine Rechtfertigung für Gewalt (Übers. D.V.)." (S. 486). Sehr anschaulich beschreibt auch Heilemann (1999), was ein Gewalttäter alles tut, damit er aus "gutem" Grund - er wurde ja provoziert - zu schlagen "darf".

In der Darstellung von Holtzworth-Munroe & Stuart (1994) wird als Gemeinsamkeit aller drei "Schlägertypen" die eigene gewaltförmige Familiengeschichte auffällig. Dazu ist zu bemerken, dass auch wenn das Erleiden von Gewalt oder die Wahrnehmung von Gewalt zwischen den Eltern als ein wesentlicher Risikofaktor für eigene Gewalttätigkeit gelten muss, die generationenübergreifende Fortsetzung des Gewaltkreislaufs nicht zwingend ist (s. a. Caesar, 1988).

Die Annahme, dass Gewalt in Beziehungen immer weiter eskaliert, findet sich in vielen Ansätzen der Täterarbeit wieder. Der Gewaltkreislauf, ein Modell zur Beschreibung der missbräuchlichen Dynamik in Partnerschaften, beinhaltet, dass die Gewalthandlung nach einer Phase des stetigen Spannungsaufbaus erfolgt. Nach der Gewalttat bekommt der Schläger dann Gewissensbisse und eine Zeit von re-

lativer Ruhe folgt, bis der Kreislauf wieder aufgrund von Spannungen oder Stress reaktiviert wird. Kaufman Kantor & Jasinski (1998, S. 3) plädieren für eine differenzierte Sichtweise: "The assumption underlying the cycle theory is that all partner violence increases in frequency and severity over time. Most of the evidence describing the cycle is clinical and anecdotal, however, or based on shelter populations. In fact, intimate violence that is relentless, is cyclical, results in measurable physical injury, or becomes progressively more severe over time may not be characteristic of the majority of intimate violence reported in general population surveys of families."

Die Autorinnen konstatieren, dass die sich permanent steigende Gewalt den extremen Pol des Kontinuums von partnerschaftlicher Gewalt abbilde und diagnostisch häufig mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einhergehe. Weiterhin stellen sie fest, dass in partnerschaftlichen Konflikten von beiden Partnern eine Kommunikation benutzt wird, die den Selbstwert des Gegenübers herabsetzt, Gefühle der Verletztheit hervorruft und Ängste vor Zurückweisung und Verlassenwerden weckt und fahren fort: " Men, particularly those with low self-esteem, may defend themselves against feelings of frustration, vulnerability, and personal attack by using violence against a partner. Male physical violence serve to intimidate, control, and silence the partner to gain the upper hand in a relationship. Physical violence may also be a strategy of first resort or last resort among men lacking verbal communication and problem-solving skills."(s. hierzu weiter unten die Überlegungen zu Männlichkeit und Gewalt).

Evaluationsforschung von Täterprogrammen

Die Studien zur Wirkungsforschung von amerikanischen Täterprojekten sind in ihren Ergebnissen schwer mit einander zu vergleichen, da die Projekte hinsichtlich der Rahmenbedingungen, Struktur des Angebotes und Methoden der Arbeit eine große Bandbreite aufweisen. Aufgrund forschungstechnischer und methodologischer Schwachstellen sind die Studien teilweise nur sehr begrenzt aussagefähig (Gondolf, 1997b).

Bezüglich von Interventionsprojekten stellt zudem die große Anzahl von Institutionen, die am Interventionsprojekt beteiligt sind, und damit auch am Erfolg oder Misserfolg einer Maßnahme, eine weitere Schwierigkeit dar.

Es kann aber davon ausgegangen werden, dass Männer von der Teilnahme an Täterprogrammen profitieren und sich das Ausmaß ihrer Gewalttätigkeit verringert. Die Aussagen über die Stabilität dieser Veränderung differieren aber ebenso wie die Gewalteebenen, auf denen die Auswirkungen des jeweiligen Programms untersucht wurden.

Gondolf (1997) untersuchte 30 Veröffentlichungen über Evaluationen von Täterprogrammen, in denen über Erfolgsquoten von 54%-67% berichtet wurde. Dabei unterschieden sich aber die Methoden der Erfolgsmessung - Selbstberichte, Mitteilungen der Partnerin, Polizeistatistiken – ebenso wie der Abstand der Follow-up-Untersuchungen, die von 4 Monaten bis zu einem Jahr reichten.

Edelson und Syers (1991) fanden heraus, dass bei einer Nachuntersuchung, im zeitlichen Abstand von 18 Monaten, Männer mit einer Gerichtsaufgabe einen niedrigeren Gewaltpegel aufwiesen als freiwillige Gruppenmitglieder. Tutty et al. (2001) berichten über keine Unterschiede der beiden Gruppen: "These data suggest that both court-ordered and voluntary clients can expect to benefit equally from participation in the men's treatment groups." (S.664).

Ebenfalls untersucht wurde, welche Merkmale Männer, die ein Programm komplett durchlaufen, von denen unterscheiden, die vor Ende der Maßnahme abbrechen. In einer Studie referieren Hamberger, Lohr & Gottlieb (2000) die Ergebnisse aus vorherigen Studien. Dort fand man, dass jüngere, freiwillig teilnehmende ("non-mandated") Klienten häufiger abbrechen als Jüngere mit Gerichtsaufgabe ("court mandated") oder Ältere, die freiwillig am Programm teilnahmen.

Hamberger, Lohr & Gottlieb (2000) gehen weiterhin davon aus, dass ein Abbruch des Gruppenprogramms nicht nur einem oder mehreren Merkmalen des Mannes zuzuschreiben ist, sondern dass viel mehr eine Interaktion zwischen Persönlichkeitsmerkmalen des Täters und dem Zugangsweg zum Programm besteht: "Einige der Merkmale der Gruppenteilnehmer scheinen bei der Vorhersage eines Abbruchs mit dem Status "court mandated" zu interagieren. So scheinen jüngere, weniger gut ausgebildete Männer eher im Programm zu bleiben, wenn sie gerichtsverwiesen sind. Dagegen bleiben ältere, besser ausgebildete und weniger gewalttätige Männer eher in Behandlung, wenn sie keine Gerichtsaufgabe haben. (Übers. D.V.)" (S.534).

Saunders (1996) kam in seiner Studie des Weiteren zu dem Ergebnis, dass es eine Interaktion zwischen den Persönlichkeitsstörungen der Teilnehmer und dem Ansatz des Täterprogramms gibt. So profitieren Klienten mit einer antisozialen Persönlichkeit mehr von einem strukturierten sog. "feminist-cognitive-behavioral treatment", während Männer mit einer abhängigen Persönlichkeitsstörung bessere Erfolge in einer am individuellen und Gruppenprozess orientierten Behandlung hatten. Dies führt er darauf zurück, dass die eine Klientengruppe mehr Defizite im Bereich der Impulskontrolle hat und bei der anderen ein veränderter Umgang mit Verlassenheitsangst im Vordergrund stehen muss (s. a. Saß, 2001).

Heckert und Gondolf (2000) untersuchten, ob es einen Zusammenhang zwischen Abbruch und der Wahrnehmung von klaren Sanktionen bei Abbruch (Inhaftierung) gibt. Entgegen ihren Annahmen - klare Sanktionen verhindern einen Abbruch bzw. Rückfall - stellten sie fest, dass "informelle" Sanktionen wie z. B. Ächtung im Bekanntenkreis einen größeren Einfluss zu haben scheinen als formale, juristische Sanktionen. Die von den Männern erlebten "persönlichen Kosten" ihres gewalttätigen Verhaltens, die ihnen die Gruppenleiter immer wieder vor Augen führen können, und ein direktes Erleben des öffentlichen Interesses haben positive Auswirkungen auf den Programmterfolg. So war ein dreimonatiges Programm bei einer 15monatigen Nachuntersuchung erfolgreicher als 5 ½ oder 9monatige, weil die Männer alle dreißig Tage vor Gericht ihre Mitarbeit am Programm in einem Gespräch darlegen mussten. "In batterer programs, the staff efforts to show the per-

sonal consequences or costs of abuse and invoke shame in batterers may be worthwhile, and community-wide disapproval toward domestic violence may complement the formal criminal justice responses." (Heckert & Gondolf, 2000, S. 388).

Auch die Untersuchung von Daly und Pelowski (2000) legt nahe, dass "Männer weniger schnell abbrechen, wenn sie das Programm als wichtig für ihre derzeitige Situation oder Partnerschaft ansehen (Übers. D.V.)" (S.155). Es ist also wichtig, den Männern nicht nur zu zeigen, dass sie ihre Gewalt und die damit verbundene Macht aufzugeben haben, sondern auch, was sie dabei gewinnen, um sie zu motivieren ein Gruppenprogramm bis zum Ende durchzustehen.

Zum Gewaltbegriff

Bei der therapeutischen Arbeit mit gewalttätigen Männern ist es notwendig – auch um nicht einer verkürzten Individualisierung von Gewaltphänomenen aufzusitzen – die gesellschaftliche Thematisierung von Gewalt und den Aspekt der Geschlechterrollensozialisation und deren Auswirkung auf individuelles Gewalthandeln hinreichend zu berücksichtigen (s. a. Vetter, 1996, S. 130 ff).

Die Diskussion um den Gewaltbegriff spiegelt diese vielfältigen Facetten wider. So unterscheidet Honig (1992) drei Diskurse – den administrativen, den therapeutischen und den politischen – in Bezug auf Gewalt in Familien, die das scheinbar so eindeutige Phänomen "Gewalt" sehr unterschiedlich fassen und, daraus abgeleitet, jeweils unterschiedliche Umgangsweisen präferieren. Weiterführende Aspekte zum Gewaltbegriff finden sich auch bei Nini et al. (1994) und Zimmermann et al. (2001).

Der Nachteil eines diffusen Gewaltbegriffs in der konkreten beraterisch-therapeutischen Arbeit liegt auf der Hand: er ermöglicht Entschuldigungen, Bagatellisierungen und Rechtfertigungen und verhindert so eine Verantwortungsübernahme durch den Gewalttäter (s. a. Vetter, 1992). Für diese Arbeit sind also Fixpunkte zu finden, die zur Orientierung und Abgrenzung dienlich sind, so z. B. bei der weiter unten dargestellten Unterscheidung von Gewalt und Aggression.

"Von Gewalt soll immer dann gesprochen werden, wenn ein menschliches intentionales Handeln durch Zwang eine Schädigungsabsicht verfolgt und dabei Normen bricht. Treffen alle Kriterien zu, so handelt es sich um Gewalt. Trifft auch nur eines nicht zu, so liegt keine Gewalt vor." (Zimmermann et al., 2000, S. 19).

Der Punkt der Schädigungsabsicht ist dabei in mehrfacher Hinsicht wesentlich. Zum einen tritt bei körperlicher Gewalt immer auch ein körperlicher Schaden, eine Verletzung auf. Es sollen aber auch die Fälle erfasst werden können, wo der Mann durch Drohungen und durch die Möglichkeit seinem Opfer Angst einzujagen, dieses veranlasst z. B. auf eigene Freiräume zu verzichten oder in denen der Täter eine Schädigung des Opfers billigend in Kauf nimmt.

Weiterhin ist es mittels der Schädigungsabsicht, in Kombination mit den anderen Kriterien, möglich zwischen Gewalt und Aggression zu unterscheiden.

"Wir sehen Aggression in Zusammenhang mit Durchsetzung, Selbstbehauptung und Abgrenzung. Im Gegensatz dazu gehen wir davon aus, dass bei Gewalt die Intention einer Schädigung vorhanden ist oder eine Schädigung billigend in Kauf genommen wird. Die Unterscheidung zwischen Aggression und Gewalt ist therapeutisch relevant, da nach unserer Erfahrung ein Teil der Männer, die gewalttätig agieren, erhebliche Probleme haben, ihre Aggressionen angemessen zu äußern, also eher aggressiv-gehemmt sind." (Vetter, 1996, S. 133)

So wäre z. B. (An)Schreien in dem einem Fall eine expressive Aggression, die von inneren Spannungen befreit und in einem anderen Fall eine Form von psychischer Gewalt, die ein Klima von Angst und Schrecken aufrecht erhalten soll.

Formen von Gewalthandlungen

Pence und Paymar (1993, S. 3) haben im Rahmen des DAIP-Projektes in Duluth ein sog. Rad der Gewalt entwickelt, in dem die verschiedenen Gewaltformen als Kreissegmente abgebildet werden. Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit mit gewalttätigen Männern ist die konkrete Schilderung der jeweiligen Gewalttaten, um konkrete (Um)Entscheidungsmöglichkeiten deutlich machen zu können. Dabei werden als drei Bereiche psychische, physische und sexuelle Gewalt unterschieden, die jedoch in einer Handlung auch gemeinsam auftreten können. So beinhaltet ein körperlicher oder sexueller Übergriff immer auch eine Abwertung der Partnerin und damit auch einen Aspekt von psychischer Gewalt.

Den Bereich der psychischen Gewalthandlungen in der Arbeit mit schlagenden Männern nicht aus dem Blick zu verlieren und sich "nur" auf die körperlichen Übergriffe zu konzentrieren, ist unter verschiedenen Aspekten bedeutsam. So zitieren Sackett und Saunders (1999) eine Studie, in der 72% von geschlagenen Frauen äußerten, dass der emotionale Missbrauch schwerwiegendere Folgen hatte als der körperliche

Den Bereich der sexuellen Gewalthandlungen in den Fokus zu nehmen, ist insofern sinnvoll, um den Aspekt der "sexualisierten" Gewalt, d. h. einer Gewalt, die sich als Machtausübung auf dem Gebiet der Sexualität äußert, nicht aus dem Blick zu verlieren.

In einem Anti-Gewalt-Programm ist aber abzuschätzen, inwieweit der Bereich der Sexualität dem Machtaspekt wirklich nachgeordnet ist oder wo die Sexualität mehr im Vordergrund steht, so dass von "sexueller" Gewalt zu sprechen ist. Wenn es auch zwischen körperlich gewalttätigen Männern und sexuell gewalttätigen Männern Überschneidungen gibt, die im folgenden Abschnitt deutlich werden, so ist doch psychodynamisch die besondere Stellung der Sexualität in psychischen Organisation des Menschen (Schorsch, 1993, Pfäfflin, 2001) nicht zu unterschätzen. Auch Pohl (1996) warnt: "es ist keinesfalls egal, ob als Waffe der Penis oder etwa die Faust gewählt wird. Eine solche Auffassung verleugnet die Eigendynamik und Bedeutung der Sexualität." (s. a. Vetter, 1996, S. 134f und Vetter, 1998).

Dieser Besonderheit und Bedeutung der Sexualität gilt es auch im Behandlungssetting Rechnung zu tragen, da der Arbeitsbereich der sexuellen Devianzen oder Paraphilien spezifische therapeutische Kompetenzen erfordert. Liegt eine sexuelle Devianz vor, so ist eine längerfristige (Einzel)Therapie indiziert und keine Aufnahme in ein psychoedukatives Gruppensetting.

Überlegungen zu Männlichkeit und Gewalt

Auch wenn die Gleichung Mann = Gewalttäter und Frau = Opfer in dieser Ausschließlichkeit nicht zutrifft (s. a. Baurmann, 1992) so ist der Anteil der Männer an den Gewalttaten so hoch und in allen Lebensbereichen präsent, dass ein Blick auf mögliche Zusammenhänge zwischen Männlichkeit und Gewalt lohnt (s. a. Pohl, 1996). Der Reader von Lamnek & Boatca (2003) macht aber neben den vielfältigen Facetten von häuslicher Gewalt auch deutlich, dass es sich dabei in vielen Fällen auch um ein Interaktionsgeschehen handelt.

In ihrer Arbeit zur männlichen Sozialisation benennen Böhnisch und Winter (1993) folgende "Prinzipien der Bewältigung des Mannseins" (S. 128), die alle Männer betreffen und gewalttätiges Verhalten erleichtern können:

Externalisierung verhindert den Kontakt mit sich und anderen, indem sie den Jungen/Mann nach außen ausrichtet, verknüpft mit einem Verbot der Beschäftigung mit den eigenen Bedürfnissen: "Wenn Du Dich mit Dir selbst beschäftigst, merkst Du, wie schlecht es dir geht" (ebd. S. 129). Der mangelnde Kontakt mit sich selbst ist verbunden mit einer mangelhaften Einfühlung in andere und resultiert in einer relativ schwachen Beziehungs- und Gruppenfähigkeit.

Das Prinzip Gewalt umschließt sowohl Gewalt gegen Frauen, als auch den Konkurrenzangst gegenüber anderen Männern und nicht zuletzt die Gewalt gegen sich selbst in Form von Unterdrückung der eigenen Emotionalität und der abschließlichen Selbstdefinition über Leistung.

Mit dem Prinzip Benutzung benennen Böhnisch und Winter den funktionalen Blick von Männern auf sich, die Welt und andere Menschen als etwas, das sie gebrauchen und benutzen können.

"Das Prinzip Stummheit meint nicht, dass Männer nicht reden: im Gegenteil! Viele Männer reden – wenn sie sich gegenseitig lassen – dauernd. Allerdings selten von sich selbst – was ja auch deshalb kaum geht, weil der Bezug zum eigenen Selbst fehlt – sondern: von ihrem Auto, über Fußball, den Chef, über Frauen usw. Stummheit ist das persönliche Schweigen, die Sprachlosigkeit sich selbst, Frauen und anderen Männern gegenüber." (ebd. S. 130)

Das Prinzip Alleinsein benennt den Zwang zur Eigenständigkeit, die Einsamkeit der Männer und die Unfähigkeit zur Kooperation. Die Kehrseite dieser Medaille ist die Angst vor dem Verlassenwerden, wenn sie sich auf jemanden, in vielen Fällen lediglich auf ihre Partnerin, eingelassen haben. Ein weiteres soziales Netz, das sie in Krisen auffangen könnte, ist in der Regel nicht vorhanden.

Das Prinzip Körperferne äußert sich sowohl in der Vernachlässigung des eigenen Körpers durch Nichtbeachtung von Körpersignalen unter dem Primat der Abhängung, als auch in einer Funktionalisierung des fremden weiblichen Körpers. Drittens ist hier auch die Vermeidung von Körperlichkeit anderen Männern gegenüber gemeint, die Gleichsetzung von emotionaler Intimität mit einem anderen Mann mit Homosexualität und die damit verbundene Homophobie.

Das Prinzip der Rationalität beschreibt die Überbewertung der äußeren und die Abwertung der emotionalen Bereiche und Bedürfnisse. Wesentliche Teile des Emotionalen werden (von) den Männern abgespalten und dem weiblichen Lebensbereich zugeschrieben (Schnack & Neutzling, 1990).

"Zur Aufrechterhaltung des männlichen Macht- und Herrschaftssystems, aber auch seiner stets gefährdeten inneren Balance, ist ein Prinzip Kontrolle nötig. Jungen und Männer versuchen, sich, andere Menschen und ihre Umwelt – um jeden Preis bis zur Gewalt – unter Kontrolle zu halten." (Böhnisch & Winter, 1993, S. 132; s. a. Connell, 1999).

Diese Muster von Männlichkeit betreffen Männer in allen Berufsgruppen, sozialen Schichten und Altersklassen und lassen sich auch in Studien über gewalttätige Männer nachweisen. So fanden Schorsch et al. (1985) in ihrer Untersuchung von Sexualstraftätern folgende psychodynamische Konfliktebenen, deren Defizite in der Arbeit mit gewalttätigen Männern berücksichtigt werden müssen:

- Probleme im Bereich der männlichen Identität
- Defizite im angemessenen Ausdruck von Aggressionen (Durchsetzung/Abgrenzung)
- Defizite in der Selbstwahrnehmung, dem Selbsterleben und dem Selbstwert
- Störungen auf der Ebene der Beziehungsgestaltung

Gewalt stellt damit für viele Männer kein Problem dar, sondern Gewalt ist für sie die Lösung eines Problems.

Gewalt ist dann "der scheinbar einzige subjektive Ausweg, in psychisch und sozial desolaten Situationen ein positives Selbstwertgefühl zu erlangen" (Böhnisch & Winter, 1993, S. 197). Diese Männer ziehen ihren Selbstwert aus der Überlegenheit über andere und konstellieren Beziehungen zwischen den Polen Dominanz und Unterwürfigkeit, um insbesondere Ohnmachtsgefühle abzuwehren, die als zu bedrohlich für das eigene, fragile Selbst erlebt werden (s. a. Vetter, 1996, S. 135).

Männer sind aber nicht einfach "patriarchatsdeterminierte Wesen. Ihre Individualität ist zwar auf diese patriarchalische Männlichkeit bezogen, aber nicht endgültig an sie gebunden" (Böhnisch & Winter, 1993). Das bedeutet also zu differenzieren und zu schauen, welche individuellen und gesellschaftlichen Mechanismen männliche Gewalttaten erleichtern oder bedingen und auch nach Faktoren Ausschau zu halten, die dies verhindern.

Motivationsarbeit als Teil der Tätertherapie

Den Mann, der freiwillig eine Therapie macht oder eine Beratungsstelle aufsucht, gibt es nicht. Welcher Mann setzt sich gerne der Beschäftigung mit seinen Schwächen, seinem Unvermögen und der Konfrontation mit schambesetzten Verhaltensweisen aus? (zur psychotherapeutischen Arbeit mit Männern s. a. Neumann; Süfke (2004) Männer, die sich gewalttätig verhalten haben, schämen sich, weil sie versagt haben: vor sich, vor ihren Angehörigen, vor den Normen der Gesellschaft. Wie aus dem Vorhergesagten aber deutlich geworden ist, müssen sie diese Scham abwehren, damit ihr fragiles Selbst nicht zerbricht.

"Unsere Klienten sehen sich vor eine Aufgabe gestellt, die zunächst nur Unlust, Abwehr, Skepsis und manchmal auch Angst hervorruft. Für den Therapeuten stellt sich die Frage, wie die Abwehr überwunden werden und wie statt Skepsis Interesse entstehen kann, an den Defiziten der eigenen Person zu arbeiten. Ziel dabei ist, statt der von außen gesetzten Sichtweise eine selbstständige und persönliche Problemeinsicht zu fördern." (David et al., 2000, S. 8). In diesem Prozess der Förderung der Problemeinsicht sollten sowohl die persönlichen Kosten des derzeitigen Verhaltens deutlich werden als auch der persönliche Gewinn im Falle einer Veränderung.

Das bedeutet aber auch, dass von einer gleich zu Beginn der Beratung oder Therapie vorhandenen, eigenständigen Motivation des Gewalttäters nicht ausgegangen werden kann. Aus der Psychotherapieforschung ist zudem bekannt, dass es sich bei der Therapiemotivation nicht um ein statisches Phänomen (wer sie einmal hat, hat sie immer in der gleichen Stärke), sondern um ein dynamisches handelt (s. a. Levesque, Gelles & Velicer, 2000).

Auch Vanhoeck & Van Daele (2000, S. 44) weisen darauf hin, dass es sinnvoller ist, die Therapiemotivation als multidimensional zu betrachten und zu untersuchen, an welchen Punkten der Klient schon und an welchen Punkten er – noch – nicht motiviert ist.

Bei den meisten gewalttätigen Männern kommt erschwerend hinzu, dass kaum Erfahrung mit einer beraterischen oder therapeutischen Situation vorhanden ist, so dass Vorurteile darüber aktiviert werden, was mit ihnen dort geschieht. Wenn therapeutische Arbeit dann noch, wie im Rahmen des Interventionsprojektes, in enger Kooperation mit der Justiz stattfindet, ist für die Männer vor Kontaktaufnahme mit der Beratungsinstitution nicht deutlich, inwiefern die Beratung nicht "der verlängerte Arm der Justiz" ist. Dies bedeutet, dass die Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit den Männern erst einmal erfahrbar werden müssen (s. a. Vetter, 1996, S. 137/138), um Ängste und Befürchtungen abzubauen.

Therapiemotivation ist somit als ein Prozess zu verstehen, der Schwankungen unterliegt und zu manchen Zeiten und bei spezifischen, für den jeweiligen Klienten relevanten und/oder bedrohlichen, Inhalten der Therapie höher oder niedriger liegt. Dieser Prozess wird aber nicht nur durch die Psychodynamik der Teilnehmer be-

stimmt, sondern auch durch den Umgang der Therapeuten mit ihnen (s. a. Caplan & Thomas, 1995).

So ist zum einen sicherzustellen, dass die Gewalttäter ebenso angemessen mit ihren Taten konfrontiert werden, als auch mit ihren Versuchen, die Taten zu leugnen, deren Auswirkungen und Ausmaß zu minimieren, ihren Partnerinnen die Verantwortung zuzuschieben oder äußere Gründe wie z. B. Stress oder Alkohol als Entschuldigung heranzuziehen.

Auf der anderen Seite weisen Murphy & Baxter (1997) auf die Gefahr hin, dass hoch konfrontative Interventionen die Entwicklung eines vertrauensvollen, therapeutischen Arbeitsbündnisses unterlaufen, welches ein wesentliches Element der Veränderungsmotivation darstellt. Darüber hinaus werden die Klienten durch permanente Konfrontation "in ihrer schon bestehenden Sichtweise gestärkt, dass Beziehungen unausweichlich auf Kontrolle und Bestrafung beruhen, vielmehr als auf Verstehen, Vertrauen und Unterstützung (Übers. D.V.)." (Murphy & Baxter, 1997, S. 609). Ein solches Vorgehen würde also die Intention des Anti-Gewalt-Programms konterkarieren (vgl. Conran, 1989).

Abbruchraten und fehlende Veränderungsbereitschaft der Gruppenteilnehmer können also auch auf Interventionsfehlern beruhen. Deshalb sollte diese Arbeit nur durch therapeutisch gut ausgebildete Gruppenleiter durchgeführt werden, die regelmäßig Supervision erhalten, damit die Gratwanderung zwischen einer angemessenen Konfrontation der Taten und dem Respekt vor der Person immer wieder neu gelingen kann.

Ziele der Täterarbeit

Oberstes Ziel eines Anti-Gewalt-Programms ist, die Männer zu befähigen, Beziehungskonflikte gewaltfrei zu lösen und Krisen in der Beziehung gewaltfrei zu bewältigen. Dieses Ziel ist über die Arbeit auf verschiedenen Ebenen zu erreichen und zu festigen.

Der Verzicht auf Gewalt setzt eine verbesserte Selbstwahrnehmung und -kontrolle voraus. Die Einsicht, das eigene Verhalten steuern zu können, ermöglicht erst eine Verantwortungsübernahme für die Tat(en) (s. a. Vetter, 1996, S. 139). In diesen Bereich gehört die kleinschrittige Aufarbeitung von gewalttätig eskalierenden Situationen, damit der Mann solche kritischen Situationen und mögliche Verhaltensalternativen besser erkennen kann ebenso wie die verbesserte Wahrnehmung von Stressfaktoren und Alarmzeichen. Hierzu gehören insbesondere körperliche Zeichen (z. B. Herzschlagerrhöhung, Luft anhalten, aber auch Fäuste ballen oder Schreien) und Gedanken, die eine Gewalttat vorbereiten (z. B. "wen denkt sie denn, wen sie vor sich hat") (s. a. Russell, 1995).

Im Bereich der Verbesserung der Selbstwahrnehmung steht eine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Gefühle und deren adäquatere Mitteilung im Vordergrund. Die Teilnehmer lernen weiterhin auf dem Hintergrund ihrer Lebens-

geschichte zu verstehen, welche Situationen sie als so Selbstwert bedrohend einschätzen, dass ihnen der Einsatz von Gewalt bisher gerechtfertigt erschien.

Bei dem Training sozialer Fertigkeiten üben die Männer, eigene Bedürfnisse und Wünsche in der Beziehung wahrzunehmen und gewaltfrei zu verhandeln. Ebenso lernen die Teilnehmer bei Abwertungen und Kränkungen, die sie selbst durch ihre Partnerin erfahren, diese adäquat zu konfrontieren und dabei die eigenen und die Grenzen des Gegenübers zu wahren. Da die Defizite der Teilnehmer in den einzelnen Bereichen unterschiedlich sind, wird auch der jeweilige Gruppenprozess und der Grad der Zielerreichung differieren.

Zugangswege zum Anti-Gewalt-Programm

Es gibt drei Wege wie Männer mit der man-o-mann, männerberatung in Kontakt kommen, um sich mit ihren gewalttätigen Verhaltensweisen auseinanderzusetzen. Als erstes die sog. Selbstmelder. Das sind Männer, die sich bei uns melden ohne das ein institutioneller Druck sie dazu bewegt. Die Männer erfahren von Angehörigen, anderen Beratungsstellen, Rechtsanwälten etc. von der Männerberatungsstelle.

Zum zweiten weisen die Polizeibeamt(inn)en bei Einsätzen zu häuslicher Gewalt die betreffenden Männer durch Übergabe eines Faltblattes auf die Möglichkeit hin, sich mit ihrer Gewalttätigkeit auseinanderzusetzen.

Zum Dritten werden Männer von der Sonderstaatsanwältin des Dezernats für häusliche Gewalt nach Verfahrensbeginn auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, an dem Anti-Gewalt-Programm teilzunehmen.

Das Erstgespräch und der Vertrag

In dem Erstgespräch wird geklärt, ob der Betreffende fähig ist und motiviert erscheint, an einem Gruppenprogramm teilzunehmen. Wichtig ist die Abklärung, ob eine Störung vorliegt, die eine Gruppenarbeit im ambulanten Setting ausschließt.

Im Erstgespräch wird mit dem Mann die Vorgeschichte der Gewalttaten, deren Häufigkeit und Ausmaß und das Risiko weiterer Gewalttätigkeit erarbeitet. Abgeklärt wird auch eine mögliche Alkohol- oder Drogenabhängigkeit.

Des Weiteren werden mit dem Mann die Möglichkeiten, die das Programm für ihn bietet besprochen, und seine eigenen Ziele einer solchen Teilnahme geklärt.

Nach dem Erstgespräch entscheiden der Mann und der jeweilige Therapeut, ob eine gemeinsame Arbeit aufgenommen wird. Hierüber wird ein Vertrag abgeschlossen.

Hierin verpflichtet sich der Mann, während der Dauer des Programms in keiner Form gewalttätig zu werden. Ebenso gehört zu den Vertragsbedingungen, dass er pünktlich und nüchtern zur Gruppe erscheint, kooperativ und aktiv mitarbeitet und Vertraulichkeit über die Dinge bewahrt, die er von den anderen Gruppenteilnehmern erfährt. Unentschuldigtes Fernbleiben oder Gründe, die nicht triftig erschei-

nen, können bei Wiederholung nach einem abgestuften Verfahren zum Ausschluss führen. Ein solcher Ausschluss oder ein Abbruch seitens des Mannes werden unmittelbar der zuweisenden Stelle und der Partnerin mitgeteilt.

Kann der Mann nicht unmittelbar, aufgrund von zeitlichen Umständen oder Kapazitätsmangel, in eine Gruppe einsteigen, werden mit ihm überbrückende Einzelgespräche vereinbart. Dies ist wichtig, da sich erfahrungsgemäß die Motivation, sich mit der eigenen Gewalttätigkeit zu beschäftigen, mit zunehmenden zeitlichen Abstand zur letzten Tat verringert. Diesem Prozess soll entgegen gewirkt werden.

Ausschlusskriterien

Das Anti-Gewalt-Programm richtet sich an erwachsene Männer ab dem 18. Lebensjahr. Die Ausschlusskriterien orientieren sich an den Gegebenheiten einer Gruppenarbeit, dem ambulanten Setting einer Beratungsstelle. So ist der Ausschluss von psychotischen Störungen für die Gruppenfähigkeit ebenso wesentlich wie ausreichende Deutschkenntnisse und die Gewähr, dass die Gruppensitzungen nicht unter Einfluss von legalen oder illegalen Drogen absolviert werden. Zeigt sich, dass eine Suchtproblematik im Vordergrund steht, so ist diese in einer spezialisierten Institution besser behandelbar.

Gondolf (1988) betont den Wert einer genauen Diagnose, um insbesondere sog. soziopathische Täter zu erkennen. Diese haben schon vielfältige – auch juristische – Interventionen hinter sich, ohne Veränderungen zu zeigen und sollten aus Täterprogrammen ausgeschlossen werden, auch um der Partnerin keine falschen – und sie damit gefährdenden – Hoffnungen zu machen.

Ebenfalls ist zu überprüfen, inwieweit bei sexuellen Übergriffen eine Sexualstörung vorliegt. Diese Männer sind aufgrund der Störungsqualität im Einzelsetting psychotherapeutisch zu behandeln.

Mindestvoraussetzung für die Aufnahme in das Gruppenprogramm ist, dass der Mann zumindest teilweise die Handlungen und seine Beteiligung daran einräumt. Weiterhin muss bei ihm die Bereitschaft vorhanden sein, sich mit den Taten, seinen damit verbundenen Gefühlen und den Folgen und Auswirkungen für die Opfer auseinander zu setzen. Bei einem völligen Abstreiten oder Leugnen wird der Betreffende nicht zur Gruppe zugelassen.

Das Gruppenprogramm

Bei der Entwicklung eines Programms zur Gruppenarbeit mit gewalttätigen Männern steht man vor dem Problem, dass ein zu starres Programm weder den einzelnen Teilnehmern noch dem Gruppenprozess gerecht werden kann und somit keine längerfristigen Veränderungen erreicht werden können. Zum anderen ist die Arbeit mit diesen Männern aber auch nicht mit einer therapeutisch nur am Gruppenprozess orientierten Therapie zu gewährleisten. Wir orientieren uns mit unserem Ansatz daher an einem Programm, das in London vom dort ansässigen Domestic Violence Intervention Project (DVIP) entwickelt worden ist. Das Programm

besteht aus thematisch vorgegeben und vorbereiteten Gruppensitzungen, sog. Modulen, die das Gerüst für die Gruppensitzungen bieten.

Diese Module erlauben die notwendige Flexibilität, Themen der Männer aufzugreifen, ohne die Vermeidung der Teilnehmer mitzuagieren und so die Auseinandersetzung mit den Taten aus den Augen zu verlieren. In einzelnen Modulen erhalten die Teilnehmer Arbeitsblätter und im Anschluss an der Gruppensitzungen in der Regel auch sog. Hausaufgaben, die der Vertiefung behandelter und der Vorbereitung zukünftiger Themen dienen.

Ein möglicher Programmablauf könnte wie folgt aussehen:

- Einführung in das Programm
- Definition von Aggressivität und Gewalt
- Einführung der sog. Eincheck-Übung, Auscheck-Übung und der Hausaufgaben
- Optional: Intakte Beziehungen
- Optional: Erkennen von Emotionen
- Männliche Erwartungshaltungen
- Optional: Entmystifizieren von Gewalt 1
- Weg von der Gewalt 1: Frühwarnsignale
- Weg von der Gewalt 2: Selbstgespräche
- Weg von der Gewalt 3: Auszeit-Pläne
- Entmystifizieren von Gewalt 2: Gewaltmuster
- Entmystifizieren von Gewalt 3: Fallstudie 1
- Entmystifizieren von Gewalt 4: Fallstudie 2
- Entmystifizieren von Gewalt 5: Die Festnahme
- Optional: Das Rad der Macht und Kontrolle vs. Das Rad der Gleichberechtigung
- Fallstudie 3
- Wie Frauen Gewalt und Missbrauch erleben

Da die bisher aufgeführten Themen und die sich daraus ergebenden Gruppensitzungen zum Teil aufeinander aufbauen, wird sich der Aufbau so ähnlich in jeder Gruppe wiederfinden lassen.

Die Reihenfolge der folgenden Themen und Module ist optional und den Bedürfnissen der Teilnehmer und des Gruppenprozesses anzupassen:

- Einfühlungsvermögen entwickeln
- Gewaltverzicht lernen
- Negatives Denken/positives Denken
- Kommunizieren

- Streitkultur entwickeln
- Eifersucht erkennen
- Fortschritte erkennen
- Selbstsicherheit und Rechthaberei; Aggressivität und Passivität
- Urlaubspläne
- Evaluierung
- Abschluss

Die Entwicklung der Gruppenprogramme in den USA hat mittlerweile dazu geführt, dass für verschiedene ethnische Gruppen gesonderte Programme angeboten werden, die dann abgestimmter auf deren jeweiligem kulturellen Hintergrund arbeiten können (Adams, 1994).

Die Erfahrungen in Bielefeld und in den anderen Interventionsprojekten werden zeigen, inwieweit z. B. spezielle Gruppen für muslimische Männer oder Männer aus der ehemaligen Sowjetunion sinnvoll sind. Ansätze aus anderen Städten legen dies nahe, da das jeweilige Männerbild und die sich daraus ergebenden Erwartungen an den Mann, als zentraler Punkt soll hier nur der Ehrbegriff genannt werden, doch zum Teil erheblich differieren. Auch die kulturelle Wahrnehmung dessen, was als Gewalt bezeichnet wird, ist unterschiedlich.

Zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Die Gruppe findet einmal in der Woche für eine Dauer von zwei Stunden über einen Zeitraum von 15 Wochen statt. Dieser Zeitraum ist durch die Gesetzlage und deren Verfahrensvorschriften und Fristen bedingt. Während dieser Zeit werden keine neuen Männer in die Gruppe aufgenommen. Sie läuft als geschlossene Gruppe, um den Teilnehmern einen sicheren Rahmen für die eigene Entwicklung zu gewährleisten. Die Gruppengröße beträgt 6-8 Männer. Hierdurch entsteht eine gewisse Dynamik in der Gruppe, ohne dass sich einzelne Teilnehmer nur "berieseln" lassen können, während die aktiveren die Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Pro Sitzung ist von jedem Teilnehmer ein Teilnehmerbeitrag zu entrichten, der sich nach dem Einkommen richtet. Dieser Teilnehmerbeitrag kann aber die Kosten des Anti-Gewalt-Programms nicht decken. Ein Kosten deckender Betrag würde die meisten Männer von der Gruppenarbeit ausschließen, da sie sich diese nicht mehr leisten könnten.

Qualifikation und Supervision

Die Gruppenleiter sollten die Grundausbildung in einer anerkannten Therapierichtung abgeschlossen haben und mit der Arbeit in einer Männergruppe vertraut sein. Sie sollten zu dem Thema Gewalt bereits Selbsterfahrung, sowohl bezüglich eigener Gewaltanteile als auch eigener Opfererfahrungen, gemacht haben und möglichst mit diesen Themen schon beraterisch/therapeutisch gearbeitet haben (s. a. Vetter, 1996).

Die wöchentliche Intervision und die monatliche Supervision stellen sicher, dass der Gruppenprozess angemessen gestaltet wird und die Psychohygiene der Gruppenleiter gewährleistet ist. Die Täterarbeit ist anspruchsvoll und stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiter, die oft sehr viel emotionalen Ballast aufzuarbeiten haben. Aus dem bisher Dargestellten dürfte deutlich geworden sein, dass eine professionelle Arbeit in diesem Bereich auch für die Mitarbeiter sichere Rahmenbedingungen der Unterstützung erfordert.

Einbeziehung der Partnerin

Die Kontaktaufnahme mit der Partnerin des gewalttätigen Mannes im Rahmen des Anti-Gewalt-Programms ist sinnvoll, um ihre Sicht der Gewalthandlungen mit einzubeziehen. So weisen Untersuchungen darauf hin, dass gewalttätige Männer in vielen Fällen das Ausmaß ihrer Gewalt und deren Häufigkeit bagatellisieren. Die Sicht der Frau ermöglicht den Gruppenleitern somit eine realistischere Einschätzung der bisherigen Gewalt und eine gesichertere Prognose über zukünftige Gewalttaten.

Auf der anderen Seite bietet die Kontaktaufnahme auch einen Ansatzpunkt, der Partnerin ein realistisches Bild von den Möglichkeiten und den Grenzen eines Täterprogramms zu vermitteln. Häufig besteht auf Seiten der Frau die Hoffnung, dass eine Teilnahme des Mannes schon ausreicht, um zukünftige Gewalttaten zu verhindern. Hier sind die Grenzen des Anti-Gewalt-Programms deutlich zu benennen, um der Frau die Möglichkeit zu geben, sich auch auf anderem Wege um ihre Sicherheit zu kümmern.

Auch ohne persönliche Kontaktaufnahme mit der Partnerin ist es möglich ihr Informationsblätter über die Arbeit in der Gruppe zukommen zu lassen.

Solange die Arbeit des Anti-Gewalt-Programms jedoch nicht mit wenigstens einer halben Stelle abgesichert ist, wird es rein aus organisatorischen und Kapazitätsgründen nicht möglich sein, eine persönliche Kontaktaufnahme mit der Partnerin herzustellen.

Die Arbeit mit Paaren

Was kann man mit gewalttätigen Paaren tun, die zusammen bleiben wollen? Nach Hafner (1999) kehren 35% der Frauen, die in ein Frauenhaus gegangen sind, schon innerhalb von drei Tagen zum misshandelnden Mann zurück. Ihr vorrangiges Motiv ist eben nicht die Beendigung der Beziehung, sondern die Beendigung der Gewalt durch den Mann (s. a. Baurmann, 1992).

In Misshandlungsbeziehungen bestehen zudem häufig starke gegenseitige Abhängigkeits- und Abwertungsstrukturen, in die sich die Partner immer wieder verstricken (s. a. Babcock et al, 1993). Eine Paarberatung kann dann indiziert sein, da die Einzelarbeit mit einem Partner diese Strukturen häufig nicht dauerhaft verändern kann.

Eine notwendige Voraussetzung hierfür ist, dass beide eine solche Beratung wünschen und der Wunsch nicht nur einseitig von dem Mann ausgeht. Zudem ist eine Paartherapie dann nicht indiziert, wenn es Zweifel an der Sicherheit der Frau gibt. Insbesondere ist also bei einer langen oder gefährlichen Gewaltgeschichte genau zu prüfen, ob Paargesprächen zugestimmt werden kann. Dies bedeutet auch, dass sie nicht zu Beginn eines Trainingskurses durchgeführt werden, da der Täter sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend mit seiner Gewalt und seinen eigenen Motiven auseinandergesetzt haben kann. So ist dann nicht sichergestellt, dass der Mann nicht aufgrund der Anforderungen durch die Therapie und die Auseinandersetzung mit eigenen, inneren Konflikten wieder in das gewohnte gewalttätige Ausagieren verfällt.

Shamai (1996, S. 209) hält das Hauptziel einer Paarberatung fest: "The main goal of treatment is to stop the violence and the threat of violence. Only when this goal is achieved can the therapist move on to other goals." Sie stellt dreizehn Prinzipien für die Arbeit mit Paaren bei Fällen von Gewalttätigkeit auf, so u. a. dass der Mann für seine Gewaltfreiheit und die Frau für ihre Sicherheit verantwortlich ist.

Laut Hamby (1998) gibt es aber auch in den USA kaum Studien, die paartherapeutische Interventionen und deren Wirksamkeit bei häuslicher Gewalt untersuchen.

In der Bundesrepublik existieren bisher nur vereinzelt Versuche, die spezifischen Voraussetzungen für spezielle Paartherapien für gewalttätige Männer und von Gewalt betroffene Frauen zu erproben (s. a. Nini et al., 1995).

Die Möglichkeit der gemeinsamen Arbeit mit beiden Partnern ist in Bielefeld dadurch gegeben, dass die Kollegen der man-o-mann, männerberatung im Rahmen des Bielefelder Institut für Paartherapie zusammen mit einer Kollegin als Therapeutenpaar Paarberatungen durchführen können.

Kooperationen

Wesentlich für das Anti-Gewalt-Programm ist natürlich die Zusammenarbeit mit der Sonderstaatsanwältin für häusliche Gewalt der Bielefelder Staatsanwaltschaft, um die bestehenden Ansätze für Verweisung und Rückmeldung in feste Strukturen zu überführen.

Kooperationen bestehen weiterhin mit Institutionen, die Männer auf das Programm aufmerksam machen können, insbesondere mit den Einrichtungen, die am Runden Tisch des Bielefelder Interventionsprojektes teilgenommen haben. Hier sind die Polizei und die anderen Beratungsstellen zu nennen, sowie die Dienstleistungszentren der Stadt Bielefeld. Seit Etablierung der man-o-mann, männerberatung 1990 bestehen zudem Kontakte zur Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und den darin vertretenden Organisationen.

Kontakte bestehen darüber hinaus zu der Einrichtung zum Täter-Opfer-Ausgleich "Via Dialog", zu Straffälligenhilfeorganisationen wie dem "Kreis 74", Bewährungshelfern und einzelnen Rechtsanwält(inn)en: Die Kooperation mit Richter(inne)n ist

dagegen noch auszubauen. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, da Richter(innen) oft die massive Behandlungsbedürftigkeit der gewalttätigen Männer sehen, aber die für eine Veränderung notwendige Zeitdauer unterschätzen (Hafner, 1999, S. 328).

Zur besseren Behandlung von Suchtabhängigkeit werden die Betroffenen an eine Suchtberatungsstelle in Bielefeld verwiesen. Gemeinsame Absprachen und die Einrichtung eines funktionierenden Netzwerkes zur Kooperation und gegenseitigen Verweisung kosten Zeit. Solange die Arbeit des Anti-Gewalt-Programms nicht finanziell abgesichert ist, wird ein solches Netzwerk deshalb nicht entstehen können, da es mit rein ehrenamtlicher Arbeit nicht aufzubauen und aufrecht zu halten ist.

Abschließende Bemerkungen

Dieses Konzept stellt einen ersten Ansatz dar, eine für den Opferschutz notwendige Arbeit mit Männern hinsichtlich ihrer theoretischen Grundannahmen und den daraus folgenden Interventionsstrategien vorzustellen. Wie aber aus dem Dargestellten deutlich geworden sein dürfte, ist die gesellschaftliche und fachliche Diskussion zur Arbeit mit Gewalttätern noch im Fluss, so dass dieses Konzept nicht den Anspruch erhebt, der Stein der Weisen zu sein. Vielmehr gilt es, die Konzepte in der konkreten Arbeit zu überprüfen und weiter zu entwickeln.

Auch wird Gewalt in Beziehungen nur dann zurückgehen, wenn sich die gesamtgesellschaftliche Bewertung und Sanktionierung verändert; die Arbeit mit den Männern allein kann dies nicht schaffen. Damit sie aber ihren notwendigen Anteil leisten kann, muss die Täterarbeit auf eine finanziell gesicherte Grundlage gestellt werden.

Literatur

Auf den Abdruck des umfangreichen Literaturverzeichnisses wurde aus Platzgründen verzichtet. Dieses kann auf der Homepage der DAJEB unter "Veröffentlichungen" – "Zum Download bereitgestellt" heruntergeladen werden.

Dipl.-Psych. Detlef Vetter
c/o man-o-mann männerberatung
Teutoburger Str. 106
33607 Bielefeld

maennerberatung@web.de
info@detlef-vetter.de



Grunderkenntnisse der Psychotraumatologie und die Beratung traumatisierter Menschen

Abstract

Trauma, eine seelische Wunde, ist die gesunde Antwort der Seele auf eine lebensbedrohliche, verletzende und ver-rückte Situation. Die Autorin stellt den kognitiv - behavioralen Therapieansatz nach Ehlers vor. Sie beschreibt diagnostische Kriterien der PTBS, mögliche Reaktionen auf eine traumatisierende Situation. Typen und Zeitabläufe von Nofällen und darin involvierten Personengruppen sowie die Verfahren zum imaginären Nacherleben und zur kognitiven Umstrukturierung beschließen als beraterische Hinweise die Darstellung.

Psychosoziale Stichworte: Affekte – Aggression – Angst – Depersonalisation – Depression – Derealisation – Dissoziation – Intervention – Intrusion – Nachsorge – Panik – Prävention – PTBS – Reizüberflutung – Retraumatisierung – Trauma – Traumatherapie – vegetative Störungen

Einführung

Grundsätzlich wissen Menschen vor einer traumatischen Erfahrung, dass so etwas Unfassbares vorkommt. Dennoch kann sich nach einem Ereignis die Welt für sie von einem Tag auf den anderen radikal verändern. Nichts ist mehr, wie es vorher war. Viele glauben, niemand auf der Welt könne sie verstehen, es sei denn, er habe das gleiche Schicksal erlitten. So unüberbrückbar scheint die Kluft zu sein zwischen dem Leben vor und nach dem Trauma.

Glücklicherweise gelingt es Betroffenen, ihre Welt nach einem traumatischen Zusammenbruch wieder aufzubauen, ihr Leben wieder zurück zu erobern, vielleicht sogar einen besseren Lebensplan zu entwerfen und eine erweiterte Sicht von der Welt zu entwickeln (vgl. Fischer, 2000, S. 17).

Genauso, wie bei körperlichen Verletzungen verfügt die Seele über besondere Kräfte zur Milderung von Schmerzen und Heilung von Wunden. Das Trauma muss zunächst wahrgenommen, eingegrenzt und 'desinfiziert' werden, bis sich die seelische Wunde allmählich schließt und ausheilt. Die Überwindung des Traumas kündigt sich darin an, dass der Betroffene das Unfassbare benennt, die Kontrolle über sein Erleben und Verhalten zurück gewinnt und es schließlich in sein Leben integriert.

Das vorliegende Referat gibt einen Überblick über die Grunderkenntnisse der Psychotraumatologie und stellt den kognitiv-behavioralen Therapieansatz nach Ehlers zur Beratung traumatisierter Menschen vor. Im ersten Kapitel gehe ich auf die dia-

agnostischen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung ein. Das Verlaufmodell im zweiten Kapitel beschreibt die möglichen Reaktionen auf eine traumatische Situation. Es veranschaulicht den inneren Zusammenhang zwischen den Komponenten der psychischen Traumatisierung, die für die Erholung vom belastenden Ereignis oder dessen chronischen Verlauf wesentlich sind.

Im dritten Abschnitt werden die verschiedenen Typen von Notfällen und die betroffenen Personengruppen vorgestellt. Ferner wird der Notfall in seiner zeitlichen Dimension beschrieben. Aufgrund der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann eine Traumatherapie indiziert sein und notwendig werden.

Im vierten Abschnitt beschreibe ich die Vorgehensweise bei der Beratung traumatisierter Menschen. Dabei werden insbesondere die Verfahren zum imaginativen Nacherleben und die Verfahren zur kognitiven Umstrukturierung dargestellt.

1. Grunderkenntnisse der Psychotraumatologie

Als Psychotraumatologie wird heute das Gebiet definiert, in dem die psychischen Folgen von extrem belastenden Ereignissen beschrieben und untersucht werden.

In der Psychotraumatologie wird das "Prinzip der Normalität" vertreten. Ein Trauma ist eine gesunde Antwort der Persönlichkeit auf eine verletzende bzw. lebensbedrohliche Erfahrung. Nicht der Betroffene oder das Traumaopfer sind ver-rückt. 'Ver-rückt' sind vielmehr die Situation und/oder die Lebensumstände, mit denen er konfrontiert ist oder war.

Sollten starke Beschwerden und Symptome auftreten, so sind sie eine verständliche Reaktion auf Notsituationen, die keine wirksamen Handlungen erlauben. Die Person ist extrem bedrohlichen Umständen hilflos ausgeliefert. Das Normalitätsprinzip beinhaltet ferner, dass wir die Symptome eines Traumas nicht nur als eine Schädigung verstehen, sondern vor allem als einen Selbstheilungsversuch der Persönlichkeit (vgl. Fischer, 2000, S. 25).

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die Aufnahme der PTBS in das Diagnose Statistikk Manual hat ihre Wurzel in den gesellschaftlichen Veränderungen in den USA in den fünfziger Jahren. Erstens ist es der Versuch gewesen, den psychischen Belastungen der Vietnamveteranen eine eigenständige Kategorie zuzuordnen, und zweitens den Reaktionen auf die Folgen sexualisierter Gewalterfahrung von Mädchen und Frauen, die durch die Frauenbewegung zunehmend thematisiert wurde, gerecht zu werden (vgl. Flatten, 2001, S. 15).

1.1. Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Der Ausdruck Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung oder Wunde. Psychotrauma ist also eine "seelische Wunde".

Die PTBS ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Entführung,

Geiselnahme, Terroranschlag, Kriegsgefangenschaft, Folterung, Naturkatastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Es kommt zu einem Gefühl von Hilflosigkeit, Lebensbedrohung und zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (vgl. ebda, 2001, S. 3).

Das Störungsbild der PTBS ist geprägt durch:

1. **Ungewolltes Wiedererleben:** sich aufdrängende Gedanken und belastende Erinnerungen/Intrusionen, wie z. B. Alpträume und Flashbacks sowie Erinnerungslücken/partielle Amnesie.
2. **Vermeidungsverhalten:** Vermeiden von traumaassoziierten Stimuli, wie z. B. Situationen, Personen, Sprechen über das belastende Erlebnis, und Gedankenunterdrückung.
3. **Übererregungssymptome:** Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Affektintoleranz, starke Emotionen reichen von intensiver Furcht, Ärger, Schuld oder Scham und Trauer bis zu emotionaler Taubheit, Interesseverlust, innerer Teilnahmslosigkeit.

Folgende Symptome sind zu beobachten: Depersonalisation/Derealisation, Amnesie und Dissoziation. Unter Depersonalisation/Derealisation werden Störungen verstanden, bei denen ein Mensch seine Person und seine Umgebung als entfremdet erlebt. Bei der Amnesie sind die Betroffenen nicht in der Lage wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die in ihrem Ausmaß über ein gewöhnliches Vergessen deutlich hinausgeht. Dissoziation ist die Abspaltung von Erlebnisinhalten bzw. die Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern. Extreme Formen der Dissoziation finden sich bei Menschen mit Identitätsstörungen, wie z. B. Borderline-Störung.

1.2. Diagnostische Kriterien

Umgangssprachlich werden viele Situationen als traumatisch beschrieben, z. B. Scheidung oder Nichtbestehen einer Prüfung. Eine Posttraumatische Belastungsstörung liegt allerdings nur dann vor, wenn eine traumatische Situation erlebt wurde und Symptome aus jedem der drei Bereiche Intrusionen, Vermeidung/ Gefühlstauheit und Übererregung vorliegen.

Die Symptome treten innerhalb von 6 Monaten nach dem belastenden Ereignis auf. Eine PTBS wird frühestens nach vier Wochen diagnostiziert. Innerhalb von ein bis vier Wochen spricht man von einer akuten Belastungsreaktion (F 43.0).

Ansonsten ist die PTBS (F 43.1) differentialdiagnostisch abzugrenzen gegenüber, Anpassungsstörungen (F 43.2), andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0) und psychischen Vorerkrankungen (vgl. ebda, S. 9).

Die Diagnosesicherung einer PTBS erfolgt durch spezifische Interviews. Hierzu wurden besondere Fragebogen entwickelt, z. B. die Impact of Event Scale (IES), das Strukturierte Klinische Interview (SKID) oder das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS) (vgl. Ehlers, 1999, S. 11).

Kriterien für die PTBS, F 43.1, nach den ICD-10 diagnostischen Leitlinien sind:

- Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, das bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.
 - Notwendige Symptome:
 - Wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses im Gedächtnis, in Tagträumen oder Träumen
 - Andere typische Symptome:
 - Andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit und die Unfähigkeit Freude zu empfinden
 - Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten
 - Gewöhnliche Symptome:
 - Vegetative Übererregtheit, erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit/Schlaflosigkeit
 - Angst und Depression
 - Seltene Symptome:
 - Dramatische, akute Ausbrüche von Angst, Panik oder Aggression
- (vgl. Tabelle 1, Ehlers, 1999, S. 6).

Bei der Diagnosestellung sind objektive und subjektive Risikofaktoren zu beachten. Objektive Risikofaktoren sind: Art, Dauer und Intensität des traumatischen Ereignisses, wiederholtes Ausgesetzt sein, Ausmaß der physischen Verletzung, durch Menschen verursachte Traumatisierung, wie Verbrechen und Unfälle, Irreversibilität der Verluste, ständiges erinnert werden. Ebenso können subjektive Risikofaktoren, wie unerwartetes Eintreten des Ereignisses, hoher Grad des Kontroll- und Autonomieverlustes, Schuldgefühle und Ausbleiben fremder Hilfe, die Entwicklung einer PTBS verstärken.

Durch lebensgeschichtliche Schutzfaktoren können traumatische Belastungen ausgeglichen werden. Die Erforschung protektiver Faktoren hat ergeben, dass z. B. zuverlässige Beziehungserfahrungen in der Kindheit, Schulbildung und ein sicheres soziales Umfeld, Traumafolgen mildern. Durch sog. resilient-coping kann es positive Effekte geben, wenn bereits zuvor eine traumatische Erfahrung konstruktiv verarbeitet werden konnte. (vgl. Anja Mahne-Rohr, Referat Krisenintervention, 2005).

Im ersten Jahr nach dem traumatischen Erlebnis heilt etwa die Hälfte der Fälle ohne Behandlung. Bei etwa einem Drittel der Personen, die nach dem traumatischen Erlebnis eine PTBS entwickeln, ist mit einem chronischen Verlauf zu rechnen. Hierbei ist das Risiko umso höher, je schwerer die anfänglichen Symptome sind. Die Häufigkeit einer PTBS ist abhängig von der Art des Traumas. Allgemein gelten folgende Angaben: 50% Prävalenz nach einer Vergewaltigung, 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen, 20% bei Kriegstraumatisierten und 15% bei Verkehrsunfällen (vgl. Ehlers, 1999, S.10).

2. Die Verlaufsphasen nach einem traumatischen Ereignis

Fischer/Riedesser haben den Verlauf vor, während und nach einem traumatischen Geschehen intensiv erforscht. Sie gehen davon aus, dass es einen natürlichen Verarbeitungsverlauf eines Traumas gibt.

2.1. Reaktionen auf ein außergewöhnliches Ereignis

Man kann die Reaktionen auf ein lebensbedrohliches Erlebnis in drei Phasen einteilen: Schockreaktion, Einwirkphase und Erholungsphase.

Schockphase: Wer aus einer großen Gefahr nur knapp davon gekommen ist, spürt auch nach seiner Rettung noch einen Erregungszustand am ganzen Körper. Es tritt ein schockartiger Zustand auf, in dem die Betroffenen noch sehr aufgeregt, verwirrt, traurig oder wütend sind. Manche Opfer fühlen sich wie betäubt. Dieser Zustand geht meistens nach einigen Stunden oder Tagen zurück.

Einwirkphase: Sie kann bis zu zwei Wochen und länger andauern. Die Betroffenen versuchen mit der traumatischen Erfahrung fertig zu werden und zu ihrem normalen Leben zurückzukehren. In dieser Zeit müssen sie immer wieder, begleitet von starken Affekten, von dem Vorfall erzählen.

Erholungsphase: Nach vierzehn Tagen oder nach vier Wochen beginnen viele Betroffene sich von den schrecklichen Erlebnissen zu erholen. Das Interesse am alltäglichen Leben, an anderen Personen kehrt wieder zurück. Hier spricht man noch nicht von einer PTBS.

Wichtig ist, den Betroffenen Zeit zu lassen und sie nicht zu drängen, mit 'allem fertig werden' zu müssen. Oberstes Ziel während der Schock- und der Einwirkungsphase des Traumas ist es, allmählich wieder ein Gefühl der Sicherheit und der Geborgenheit zu finden, wieder zu sich zu kommen und Erholung zu finden.

Bestehen wesentliche Symptome über vier Wochen hinaus fort oder treten sie mit kurzen Unterbrechungen immer wieder auf, so kann es sein, dass der Selbstheilungsprozess stagniert.

Bei der Diskussion über den Krankheitswert einer PTBS bestand ein wichtiger Schritt darin, die subjektive Reaktion auf die traumatische Situation als weiteres Kriterium in den Störungskatalog aufzunehmen wie intensive Furcht, Entsetzen und Hilflosigkeit. Nach Fischer/Riedesser ist der traumatische Prozess zu berücksichtigen, der sich nicht nur während der traumatischen Situation, sondern auch durch die individuellen Folgereaktionen manifestieren kann.

2.2. Das Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung

Fischer/Riedesser definieren 'Trauma' als "ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt" (Fischer/Riedesser, 1998, S. 79).

Die Erwähnung der individueller Bewältigungsmöglichkeiten in der Definition geht davon aus, dass ein traumatisches Erlebnis, ein Phänomen ist, das von den Selbstheilungskräften, ein Trauma zu verarbeiten, ebenso abhängig ist, wie von objektiven Situations- und Risikofaktoren.

Im Verlaufsmodell werden folgende Phasen beschrieben:

- Die traumatische Situation
- Die traumatische Reaktion als unmittelbare Antwort auf die Situationserfahrung
- Der traumatischen Prozess als der Versuch, mit der unverarbeiteten Erfahrung und dem vielleicht nicht-zu-bewältigenden Trauma zu leben.

2.2.1. Die traumatische Situation

Typisch in der traumatischen Situation sind Schock, Kampf-oder Fluchtreaktionen oder Erstarrung, (fight - flight - freeze) und dissoziatives Erleben, d. h. das Gefühl, man sei nicht selber betroffen oder das Geschehen sei gar nicht wirklich. Das Trauma bedeutet eine vital bedrohliche Herausforderung von außen, die der Betroffene sowohl kognitiv, im Sinne einer Einordnung in die bisherigen Kategorien seiner Lebenserfahrungen, als auch handelnd nicht adäquat beantworten kann. Die Bedrohung erfordert aber vor allem Handlungen, die die unterbrochene Sequenz von Wahrnehmung und Handeln zu Ende führen. Die in sich widersprüchliche Situation führt zu extremer physiologischer Erregung und zu Dissoziationserlebnissen während des traumatischen Ereignisses. Diese Reaktionen sind als Schutzmechanismen zu verstehen.

Da die traumatische Situation erlebt wurde, verlangt sie nach einer Verarbeitung, die aufgrund extremer Überforderung nicht direkt erfolgen konnte, sondern nachträglich geschehen muss. Diese Notwendigkeit einer späteren Verarbeitung ist traumatischen Erfahrungen immanent. Der Motor dieses Prozesses ist eine innewohnende Vollendungstendenz, die "Completion Tendency" genannt wird (vgl. ebda. S. 93).

Horowitz nimmt an, dass die traumatische Erfahrung in einer Art 'working memory' gespeichert wird und von dort aus solange immer wieder 'portionsweise' in das Bewusstsein drängt, bis eine Integration in das Selbstund Weltverständnis des Individuums, inklusive der zugehörigen Affekte, in seine Biografie gelungen ist (vgl. ebda. S. 94).

Dieser Prozess kommt manchmal nicht zum Abschluss. Im diesem Fall bilden sich Kompromisse heraus in Form von kompensatorischen Bemühungen oder einer chronifizierten Symptomatik.

2.2.2. Die traumatische Reaktion

In dieser Phase versucht das Individuum sich nach dem Abklingen des Schocks der traumatischen Erfahrung zu stellen und beginnt sie in seinen Wissensbestand zu integrieren. Entscheidend ist dabei, die gemachte Erfahrung mit allen dazuge-

hörigen Affekten, wie Angst, Hilflosigkeit und Aggression, eine gewisse Zeit im Bewusstsein halten zu können, um so eine Durcharbeitung zu ermöglichen. Ein funktionsfähiges Kontrollsystem aus Coping- und Abwehrmechanismen kann verhindern, dass sich die Intrusionsphase in einen Zustand dauerhafter pathologischer Reizüberflutung verwandelt. (vgl. Fischer/Riedesser, 1998, S. 94)

Das **biphasische Modell der traumatischen Reaktion** nach Horowitz beschreibt einen dynamischen und konflikthaften Vorgang mit instabilem Gleichgewicht. Vergleichbar einer Schaukelbewegung können Intrusionen zugelassen und im Wechsel mit Verleugnung bzw. Vermeidung abgewehrt werden. Im günstigsten Falle können in diesem biphasischen Wechsel die sich aufdrängenden Erinnerungsbilder schrittweise aufgearbeitet werden. Personen, deren Verarbeitungsprozess im Erlebniszustand der Verleugnung fixiert ist, müssen mit der Zeit zu immer stärkeren Mitteln greifen, um den Eintritt ins Bewusstsein zu verhindern.

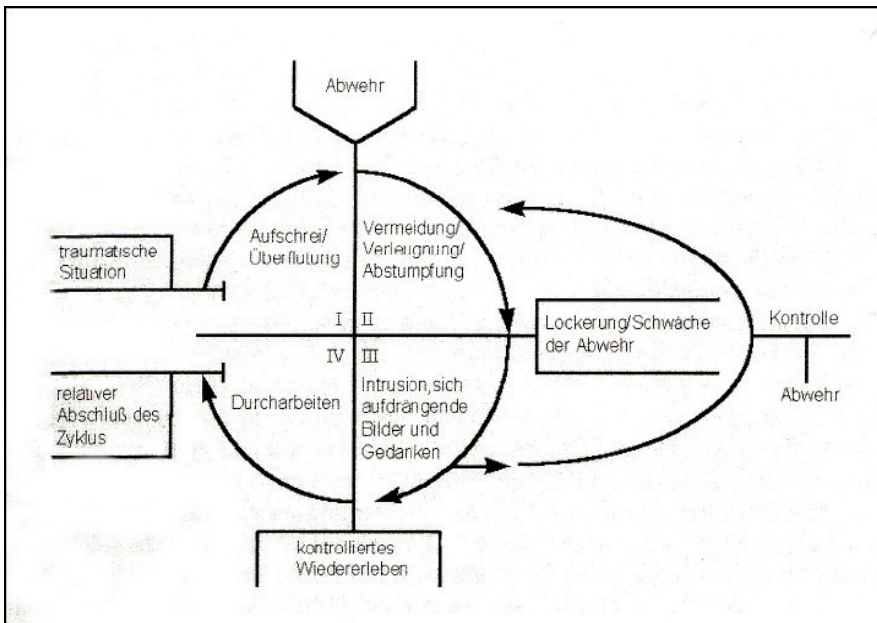


Abb. 4 zeigt eine Übersicht über die biphasische Reaktion (vgl. Fischer/ Riedesser, 1998, S. 95)

Die Quadranten I bis IV entsprechen den Phasen der traumatischen Reaktion oder ihrer Fixierung als Erlebniszustand. Der Quadrant I. entspricht der unmittelbaren traumatischen Erlebnissituation mit Aufschrei bzw. Reizüberflutung. Hier setzt ein erster Abwehrversuch ein mit dem Ziel, die überschießenden Affekte zu kontrollieren. Dieser leitet über zur Vermeidungs bzw. Verleugnungsphase (Quadrant II).

Wird diese Phase fixiert, so kommt es zu Gefühlsabstumpfung, psychosomatischer Symptomatik oder einer allgemeinen Erstarrung der Persönlichkeit.

Bei der Lockerung der Abwehr oder einer dispositionellen Abwehrschwäche kommt es zum Übergang in die Intrusionsphase mit sich aufdrängenden Vorstellungsbildern, Gedanken und Körperempfindungen, die assoziativ mit der traumatischen Situation vernetzt sind (Quadrant III). Die Rückkoppelungsschleife in der Grafik deutet den für die Traumareaktion charakteristischen biphasischen Wechsel von Verleugnung und Intrusionen an.

Das Durcharbeiten traumatischer Erlebnisinhalte wird möglich, wenn die Fähigkeit zur Selbstberuhigung so weit gestärkt ist, dass ein kontrolliertes Wiedererleben der traumatischen Situation möglich wird (Quadrant IV). Die erschütterten Annahmen des Selbst- und Weltverständnisses werden in mühsamen Schritten qualitativ wieder aufgebaut bis die traumatische Erfahrung in den Wissensbestand der Persönlichkeit integriert ist (vgl. Fischer, 1998, S. 94).

Nach einer gelungenen Integration kann das Erlebte akzeptiert werden als ein reales Geschehen. Auf der Ebene des Selbst- und Weltverständnisses erfordert dies Änderungen in Sinne einer Differenzierung. Glaubenssätze bzw. Vorstellungen von einer wohlwollenden personalen Umwelt, Annahmen über den Selbstwert und die Möglichkeit von Kontrolle über Ergebnisse eigenen Handelns gelten für den Betroffenen wieder.

Das Ereignis wird als vergangenes und außergewöhnliches Erlebnis angesehen. Eine Wiederholung ist zwar möglich, aber unwahrscheinlich. Reizkonstellationen, die an das Trauma erinnern oder traumabezogene Stimmungslagen können zugelassen und in ihrer Bedeutung erkannt werden. Betroffene sprechen mit adäquatem Affekt von ihren Erlebnissen und erzählen davon als einem Geschehen aus der Erinnerung.

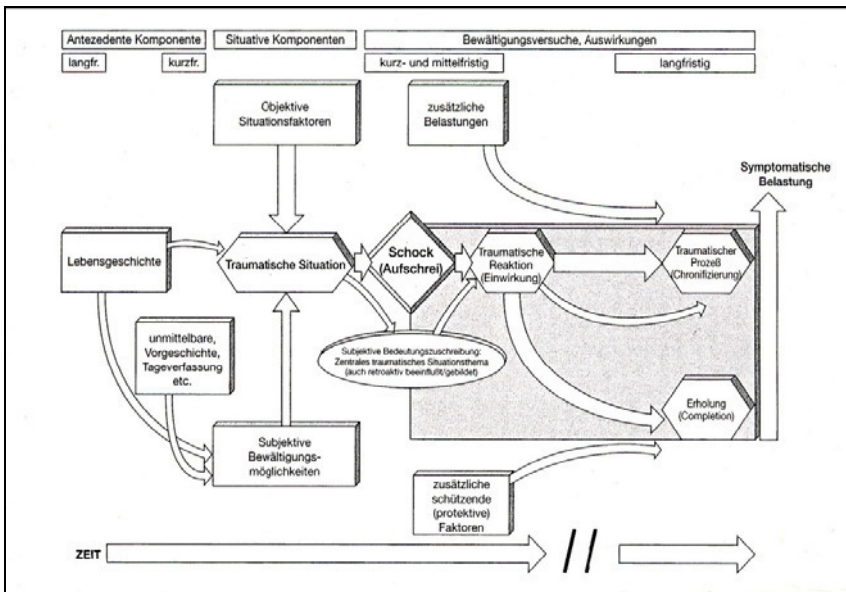
2.2.3. Der traumatische Prozess

Vom traumatischen Prozess sprechen wir, wenn es nach einer angemessenen Verarbeitungszeit nicht gelingt, die gemachte Erfahrung zu integrieren. Reaktionsformen, die anfänglich Bewältigungsversuche waren, führen nicht zu einer Verarbeitung, sondern verbleiben im Erleben und Verhalten. Die Personen bleiben untergründig mit der traumatischen Erfahrung beschäftigt. Sie haben Erinnerungsverzerrungen, Somatisierungsneigungen und reagieren auf Reize mit Schrecken. Kennzeichnend sind intensives Vermeidungsverhalten und die Abstumpfung ihrer Gefühle. Derartige Reaktionsformen können als Versuche verstanden werden, die unerträglichen und überfallartigen Erinnerungen im Zaum zu halten.

Wenn die Erfahrung hochgradig traumatisierend war, kann es bei den Betroffenen zu überflutenden Erlebniszuständen kommen, in denen sie panisch reagieren und sich dauerhaft überwältigt fühlen. Dieser Zustand kann eine anhaltende Erschöpfung verursachen. Das ständige Wiederkehren der Erinnerungen wirkt dann eher retraumatisierend bzw. Trauma stabilisierend.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die belastende Erfahrung isoliert wird, vergleichbar der Einkapselung von Fremdkörpern im Gewebe in der Medizin. Dieser Fremdkörper kann fortan ein gefährliches Eigenleben führen, das in Folgeerscheinungen aller Art münden kann wie psychosomatische Erkrankungen, Charakterveränderungen, Substanzabhängigkeit, Störungen der Arbeits- und Liebesfähigkeit, etc.

Eine Übersicht über die Komponenten psychischer Traumatisierung bietet die folgende Grafik (vgl. Fischer, 1998, S. 118).



Zum Verständnis der Grafik werden im Folgenden einige grundlegende Begriffe vorgestellt:

Zentrales traumatische Situationsthema (ZTST)

Jede betroffene Person erlebt die traumatische Belastungssituation auf individuelle Weise, die u.a. in ihren lebensgeschichtlichen Erfahrungen wurzelt und in ihren früheren Versuchen, traumatische Erlebnisse zu integrieren. Dieser individuelle Erlebnisaspekt wird als das zentrale traumatische Situationsthema (ZTST) bezeichnet. Die höchst individuelle Belastungswahrnehmung kann auch erklären, weshalb im Bereich mittelschwerer Traumatisierungen die eine Person eine PTBS entwickelt, die andere dagegen nicht. Durch die traumatische Erfahrung ist eine persönlichkeitsstypische Schwachstelle getroffen worden oder die Person befand sich in einer besonders verletzlichen Verfassung.

Traumaschema

Das Traumaschema ist die kognitive und emotionale Repräsentation der traumatischen Situationserfahrung. Diese ist oft durch Dissoziationen gekennzeichnet und gibt die traumatische Erfahrung, besonders bei schweren Traumata nur bruchstückhaft wieder. Eine erneute Aktivierung des Traumaschemas ist an eine Wiederbelebung des i. d. R. überwältigenden Affekts gebunden, den das Individuum in der traumatischen Situation erlebt hat, wie überwältigende Angst und Panik bzw. ausweglose Entmutigung.

Traumakompensatorisches Schema

Hiermit bezeichnen wir das System von Gegenmaßnahmen, die das Individuum entwickelt hat, um die traumatische Erfahrung unter Kontrolle zu halten. Vor allem also die eingesetzten Coping- und Abwehrmechanismen sind hier enthalten.

Desillusionierungsschema

Das Desillusionierungsschema bezeichnet eine generalisierte emotionale Konsequenz aus der traumatischen Erfahrung, die im radikalen Verlust von Illusionen und Hoffnungen, in Pessimismus und gelernter Hilflosigkeit bestehen kann. Es besteht die Einstellung, dass die Welt unzuverlässig und betrügerisch sei oder selber schuld zu sein an allem Unglück, das einen trifft. Dabei kann es zu einer umfassenden Abwendung von der Realität und/ oder zu deren Entstellung kommen.

Minimales kontrolliertes Darstellungs-oder Handlungsfeld

Dieses entsteht aus dem dynamischen Kompromiss zwischen dem Traumaschema und den traumakompensatorischen Maßnahmen der Persönlichkeit. In den Symptomen manifestiert sich einerseits die traumatische Erfahrung mit ihrem überwältigenden Affekt und den unterbrochenen Handlungsansätzen, die dem Traumaschema entsprechen. Andererseits wird ein Darstellungs- und Handlungsfeld für die unbewältigte Erfahrung "gesucht", auf dem die betroffene Persönlichkeit die verlorene Kontrolle über ihr Erleben und Verhalten relativ gut wieder herstellen kann. Bei der Magersucht z. B. wird das Essverhalten als Darstellungsfeld eines Beziehungstraumas 'gewählt', d. h. über die Kontrolle der Nahrungsaufnahme kann eine minimale, zumindest symbolische Kontrolle auch über die traumatische Erfahrung erreicht werden.

Traumatische Situationen und der Verarbeitungs- und Selbstheilungsprozess der Betroffenen haben wesentlich eine soziale Dimension. Nicht nur, dass jeder Einzelne von uns jederzeit eine traumatische Erfahrung machen kann, sondern auch in dem Sinne, dass das Anerkennen von Würde und Gerechtigkeit für die Erholung von großer Bedeutung sind. Wird den Opfern Anerkennung und Unterstützung zuteil, so kann das erschütterte Selbst- und Weltverständnis regenerieren (vgl. Fischer, 1998, S. 96).

Im Weiteren gebe ich einen Überblick über die Typen von Notfällen, die betroffenen Personengruppen und die zeitliche Dimension. Dieser Abschnitt ist eine Zusammenfassung aus Lassoga, 2002, Kapitel 2.

3. Klassifikation von Notfällen

Notfälle sind Ereignisse, die aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität physisch und/ oder psychisch als so beeinträchtigend erlebt werden, dass sie zu negativen Folgen in der physischen und/oder psychischen Gesundheit führen können. Von Notfällen können Einzelpersonen oder Gruppen betroffen sein.

3.1. Typen von Notfällen

Die Vielfalt von Notfällen, die Menschen begegnen können, ist sehr groß. Folgende Kategorien können eingeteilt werden: Naturkatastrophen, technisch verursachte Notfälle, medizinische Notfälle und zwischenmenschliche Notfälle.

Naturkatastrophen sind, z. B. Erdbeben, Erdbeben, Schneestürme, Lawinenausgänge, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Waldbrände, etc. Sie werden primär von der Natur verursacht. Katastrophen können plötzlich und unmittelbar eintreten, wie Erdbeben und Vulkanausbrüche. Das Überraschungsmoment kann bei Betroffenen spezielle psychologische Reaktionen und Verhaltensweisen hervorrufen.

Die durch die technischen Errungenschaften verursachten Notfälle können als Unfälle bezeichnet werden. Dazu gehören: Verkehrsunfälle mit dem Auto, Zug, Flugzeug oder dem Schiff sowie Haus-, Arbeits- und Freizeitunfälle. Ebenso auch Brände, Explosionen, Austreten von Giftstoffen, frei werden von Radioaktivität. Auf Unfälle dieser Art ist man organisatorisch und medizinisch gut vorbereitet.

Medizinische Notfälle oder Krankheiten können einen Menschen plötzlich ereilen: Herzinfarkt, Schlaganfall, Fehlgeburt oder Vergiftung, etc. Zu den medizinischen Ereignissen gehören auch Epidemien und Seuchen.

Durch Übergriffe und Grenzverletzungen sind häufig zwischenmenschliche Notfälle verursacht. Dazu zählen u.a. alle kriminellen Delikte, wie z. B. Mord, Vergewaltigung, Kindesmissbrauch, Entführung, Einbruch, Folter, etc.

3.2. Betroffene Personengruppen

Zu den Personengruppen, die mit Notfällen konfrontiert sind, gehören nicht nur die Opfer, sondern auch Angehörige, Augenzeugen, Zuschauer und Helfer.

Eine psychologische Intervention muss natürlich primär die direkt betroffenen Personen erreichen. Psychische Entlastung kann bei "Notfallopfern", die, z. B. unter Schock stehen und die äußerlich physisch kaum verletzt sind, notwendiger sein, als bei medizinisch schwer Verletzten.

Bei einem Notfall sind Angehörige psychisch stark belastet und benötigen Hilfe und Unterstützung, z. B. als Zeuge eines Ereignisses. Ihnen sollte Beistand ge-

leistet werden, wenn Ihnen mitgeteilt werden muss, dass ihrem Kind, Elternteil, Geschwister, Ehepartner einen Notfall erlitten hat oder dabei verstorben ist.

Wenig beachtet wurden bisher die Augenzeugen von Notfällen. Wenn sie miterlebt haben, wie Menschen verzweifelt um Hilfe riefen, aus Gebäuden sprangen, bei einem Flugzeugabsturz verbrannten oder vor ihren Augen erschossen wurden, kann das beobachtete Ereignis eine große psychische Belastung sein.

Die 'Zuschauer' treffen i. A. erst nach dem Ereignis am Ort des Geschehens ein. Sie werden aufmerksam durch den Lärm, das Licht oder die Anfahrt der Rettungsfahrzeuge und fahren extra zum Notfallort, um dabei zu sein. Sie können ebenfalls durch das Gesehene psychisch beeinträchtigt werden.

Unmittelbar nach der traumatischen Situation kann es für den weiteren Verarbeitungsverlauf weichenstellend sein, inwieweit es beteiligten Dritten, wie z. B. Notfallhelfern, Polizei und Angehörigen, gelingt, die Betroffenen zu schützen und ihnen ein minimales Sicherheitsempfinden zu vermitteln, z. B. durch Entfernen vom Tatort. Die professionellen Helfer selbst können durch ihre Tätigkeit psychisch destabilisiert werden und psychologische Entlastung benötigen.

3.3. Die Zeitdimension

Betrachtet man Notfälle unter dem Aspekt der zeitlichen Dimension, so fallen drei Gesichtspunkte auf:

1. Viele Ereignisse treten unerwartet ein, wie ein Raubüberfall, andere nach einer kurzen oder längeren Vorwarnzeit, wie z. B. Erdbeben. Derselbe Notfalltyp kann auch mit oder ohne Vorwarnungen vorkommen, wie z. B. Lawinenabgänge, Explosionen, etc.
2. Die zeitliche Ausdehnung der Notsituation bis Hilfe geleistet wird ist sehr unterschiedlich. Bei Straßenverkehrsunfällen sind dies oft nur Minuten, dagegen kann bei Bergwerksunglücken die Rettung Stunden oder Tage dauern. Geiselnahmen können wochenlang sein und ein sexueller Missbrauch kann sich über Jahre hinziehen. Je nach Zeitdauer der belastenden Situation müssen die notfallpsychologischen Maßnahmen der Situation angepasst werden.
3. Die Hilfen bei Notfällen umfassen Präventions-, Interventions- und Nachsorgemaßnahmen bezogen auf einen relativ kurzfristigen Zeitraum. Eine umfassende Traumatherapie ist indiziert, wenn nach dem Notfall anhaltende Beschwerden und schwerwiegende Störungen auftreten.

In der weiteren Darstellung gehe ich auf die Beratung traumatisierter Menschen näher ein, die infolge eines belastenden Ereignisses eine PTBS entwickelt haben.

4. Die Beratung traumatisierter Menschen

Im diesem Abschnitt wird die kognitiv-behaviorale Therapie nach Anke Ehlers vorgestellt. Dieser therapeutische Ansatz wurde aus der kognitiven Verhaltensthera-

pie für die Beratung traumatisierter Menschen entwickelt. Grundlage dazu ist ihr Buch: Posttraumatische Belastungsstörung, 1999, Kapitel 4, S. 28 -70.

4.1. Ziele der Beratung

Grundlegende Ziele der Beratung sind:

- das Traumageschehen muss elaboriert und in seinen Kontext eingeordnet werden, um intrusives Wiedererleben zu reduzieren.
- die problematischen Interpretationen des Traumas und/ oder seiner Konsequenzen, die das Gefühl der aktuellen Bedrohung hervorrufen, müssen geändert werden.
- Überarbeitung der dysfunktionalen Verhaltensweisen und kognitiven Strategien, mit denen der Klient die wahrgenommene aktuelle Bedrohung und die Symptome der PTBS zu kontrollieren versucht.

4.2. Setting und Therapeutenverhalten

Die Beratungsdauer umfasst 8 -12 wöchentliche Sitzungen von jeweils 90 Minuten. Anschließend werden drei monatliche Sitzungen zur Festigung der in der Therapie erzielten Veränderungen vereinbart.

Menschen, die sich mit ihrem Trauma auseinandersetzen, erleben sehr viel Angst und dies gilt insbesondere für die Therapiesitzungen. Das Absagen von Terminen sollte als Teil der Symptomatik und als Vermeidungsverhalten, verstanden werden. Der Berater vermittelt Verständnis, wenn er beispielsweise den Klienten zwecks Terminabsprache anruft.

Bei der Anamnese sollte zur Erfassung einer PTBS in der Vorgeschichte einfühlsam nach Ereignissen, wie z. B. Unfälle, Todesfälle, sexualisierte Gewalt, etc. gefragt werden, nicht nur allgemein nach traumatischen Erfahrungen. Es sollte dabei aber eine Belastung der Betroffenen durch unangemessene Exploration vermieden werden.

4.3. Erste Beratungssitzung

In der ersten Sitzung nach dem diagnostischen Gespräch werden die Behandlungsschritte festgelegt und gemeinsam mit dem Klienten ein individuelles Störungsmodell entwickelt, das die Reaktionen auf die Symptome und Beschwerden verständlich macht.

Behandlungsschritte:

- Der Klient nennt die Symptome, die ihn am meisten belasten, und seine Ziele
- Der Berater erklärt PTB-Symptome als normale Reaktion auf eine extrem abnorme Situation und das intrusive Wiedererleben als Besonderheiten des Traumagedächtnisses

- Experiment zum Gedankenunterdrücken: Der Patient erfährt, dass das Unterdrücken der Intrusionen verständlich ist, dieses Verhalten jedoch das Problem aufrechterhält. Hausaufgabe: intrusives Wiedererleben kommen und gehen lassen
- Der Berater gibt Infos zu weiteren aufrechterhaltenden Verhaltensweisen, z. B. Schlafgewohnheiten: sehr spät / sehr früh ins Bett gehen, Fernsehen im Bett, Alkohol trinken vor dem Schlafen gehen, Infos zur Schlafhygiene und zum Schlafrhythmus sind angebracht
- Einstieg in die Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen
- Einstieg in "Das Leben zurückerobern", Exploration von aufgegebenen Aktivitäten und Kontakten sowie Hausaufgabe zum Zurückerobern

Das Sprechen über seine Symptome entlastet den Klienten. Es ist sehr hilfreich, darauf hinzuweisen, dass gerade die Symptome, die dem Klienten am meisten Sorge bereiten, wie die 'Hier-und-Jetzt'-Qualität des Wiedererlebens oder Wutausbrüche scheinbar ohne Grund, ganz typisch sind. Es ist für den Klienten motivierend zu erfahren, dass das intrusive Wiedererleben nicht bedeutet, dass mit ihm etwas nicht stimmt, dass er verrückt werden oder mit seinem Leben nicht mehr zu recht kommen wird. Der Berater erklärt, dass die Symptome der PTBS eine normale Reaktion auf eine extreme abnorme Situation sind und bei vielen traumatisierten Menschen vorkommen.

Klienten berichten, dass sie die ungewollten Erinnerungen am liebsten so schnell wie möglich aus ihrem Gedächtnis drängen. Diese Reaktion ist verständlich und kann mit einem Reflex verglichen werden, z. B. wenn man die Finger von der heißen Herdplatte wegzieht. Der Berater schlägt dem Klienten eine Übung zur Gedankenunterdrückung vor, um ihm sein Verhalten bewusst zu machen:

Therapeut: "Ich würde gern ein Experiment mit Ihnen machen... Sie können in den nächsten paar Minuten an alles Mögliche denken, woran Sie nur wollen. Nur an eine Sache dürfen Sie auf keinen Fall denken. Und diese Sache ist eine schwarz-weiße Katze, die auf meiner Schulter sitzt."

... Pause... "Nun: Wie ist es Ihnen ergangen?"

Klient: "Also, das war ganz schwer. Ich habe doch tatsächlich so eine Katze vor mir gesehen, obwohl ich das ja nicht sollte. Es war schwer, das Bild loszuwerden."

Therapeut: "Wie erklären Sie sich das?"

Klient: "Das ist verblüffend, vielleicht kann man nicht nicht an etwas denken."

Therapeut: "Ja genau. Das menschliche Gehirn ist so angelegt, dass Gedanken, die man mit aller Gewalt aus dem Kopf drängen will, sogar noch häufiger auftreten. Wenn wir das nun auf das Geräusch und die Farben von ihrem Unfall übertragen, was meinen Sie: Was wäre die Schlussfolgerung aus diesem Experiment?"

Klient: "Dass ich die gar nicht in den Griff kriege, wenn ich sie wegdränge."

Therapeut: "Diese Bilder und Geräusche kommen Ihnen wahrscheinlich sogar häufiger in den Kopf, wenn Sie sie wegdrängen. Das ist eine Vorhersage, die wir gemeinsam überprüfen können. Was halten Sie davon, wenn Sie in der nächsten Woche ausprobieren, was passiert, wenn Sie das Geräusch und die Farben einfach kommen und gehen lassen, statt sie aus dem Kopf zu drängen. Stellen Sie sich das vor, als wenn Sie einen Zug beobachten, der an Ihnen vorbeifährt. Sie sehen ihn kommen und er fährt auch wieder vorbei. Es hat keinen Sinn zu versuchen, den Zug anzuhalten. Sie hören den Lärm und spüren den Fahrtwind, wie der Zug an Ihnen vorbeifährt... aber der Zug fährt von allein vorbei und ist auch schon weg."

Der Klient beobachtet bei sich, was passiert, wenn er die neue Vorstellung einsetzt und was passiert, wenn er seine alte Strategie, wie mit Gewalt ablenken, Gefühle betäuben, Gedankenunterdrückung, etc. beibehält. Meistens ist diese Übung für den Klienten am Anfang nicht leicht. In den folgenden Sitzungen wird daher besprochen, wie gut es dem Klienten gelingt, die Intrusionen kommen und gehen zu lassen. Er erlebt, dass er die Gedanken aushält, ohne die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden.

Weitere dysfunktionale Verhaltensweisen, mit denen die wahrgenommen Bedrohung und die Symptome kontrolliert werden sollen, sind Grübeln und Hypervigilanz. Da das **Grübeln** über das "Was wäre, wenn..." nicht hilft, das Erlebnis zu akzeptieren und zu verarbeiten, wird der Klient instruiert bei solchen Gedanken, die gleiche Haltung des vorbeifahrenden Zuges einzunehmen. Es kann auch vereinbart werden, dass der Klient nur zu einer festgelegten Zeit an einem besonderen Platz, "Sorgenstuhl", über das Trauma nachdenkt.

Hypervigilanz bedeutet, dass viele Patienten nach neuen Gefahren Ausschau halten und ständig auf dem Sprung sind. Hier ist es günstig, die Vor- und Nachteile der Strategie zu betrachten. Vor allem die Erörterung der Nachteile führt dazu, dass Klienten bewusst wird, dass sie Anzeichen für Gefahren verstärkt wahrnehmen im Sinne der selbsterfüllenden Prophezeiung und sich bei ihnen das subjektive Gefühl, in Gefahr zu sein, vergrößert. Reale Gefahren aber nicht mehr erkannt werden.

Klienten mit PTBS haben das Gefühl, dass ihr Leben zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses stehen geblieben ist. Die Exploration ergibt meist, dass sie Aktivitäten und Kontakte aufgegeben haben, die ihnen früher wichtig waren. Der Berater vermittelt Verständnis, ermutigt jedoch den Klienten, alte Gewohnheiten wieder aufzunehmen, um das Leben zurückzuerobert, z. B. neue Sportschuhe kaufen und wieder joggen gehen. So werde man durch das Tun und die Eindrücke erinnert, was daran Spaß gemacht hat, so dass die Aktivität erst mit Zeitverzögerung als angenehm erlebt wird. Sollte die alte Gewohnheit aus bestimmten Gründen nicht mehr durchführbar sein, so können realistische Alternativen entwickelt werden, z. B. kann ein Klient nicht mehr Fußball spielen, so kann er Freude daran haben schwimmen zu gehen. Der Ansatz 'das Leben zurückerobert' wird in den Folgesitzungen vertieft.

Am Ende der ersten Sitzung einigen sich Klient und Berater auf ein Modell der Störung.

Die Vereinbarung kann wie folgt festgehalten werden:

1. Meine Symptome sind eine normale Reaktion auf eine abnorme Situation. Ich habe ein Trauma erlebt!
2. Die Symptome werden aufrechterhalten, da
 - das traumatische Erlebnis im Gedächtnis in Rohform gespeichert ist. So wird es besonders leicht durch 'passende' Reize abgerufen und erscheint in 'Hier-und-Jetzt'-Form.
 - das Erlebnis und/oder seine Konsequenzen dazu führen, dass ich anders über die Welt und über mich denke.
 - einige Dinge, die ich tue, um meine Symptome in den Griff zu bekommen, eine Besserung verhindern.
3. In der Therapie werde ich deshalb das Gedächtnis für das Erlebnis ordnen und verarbeiten, darüber sprechen, wie ich seit dem Trauma über die Welt und über mich denke, und andere Wege ausprobieren, um meine Symptome zu bewältigen.

4.4. Die weiteren Sitzungen

Jede Sitzung beginnt mit der Besprechung der Hausaufgaben. Danach werden jeweils die Themen der Stunde individuell abgestimmt und festgelegt. Ein wesentlicher Therapiebaustein in allen Sitzungen sind die Hausaufgaben zum Zurück-erobern-des-Lebens.

Einerseits müssen die emotionalen Komponenten des Traumagedächtnisses genügend aktiviert werden, um deren Bedeutung zu erfassen, andererseits ist das imaginative Nacherleben sehr anstrengend. Die kognitive Umstrukturierung sollte nicht durchgeführt werden, wenn der Klient erschöpft, erregt oder emotional taub ist, um das Erlebte verarbeiten und integrieren zu können.

In der zweiten Sitzung konzentrieren sich Berater und Klient auf mehrere Durchgänge des imaginativen Nacherlebens und der Momente, die den Klienten am meisten belasten. Im Gespräch wird die Bedeutung dieser sog. 'hot spots' geklärt.

Von der dritten Sitzung an werden kognitive Techniken zur Veränderung bzw. Modifikation der individuellen Bedeutungszuschreibungen eingesetzt.

Anke Ehlers führt den Erfolg des Therapieansatzes zurück auf die enge Verzahnung von imaginativen Übungen mit kognitiven Techniken. Das imaginative Nacherleben des Traumas und kognitive Therapietechniken werden im Folgenden getrennt beschrieben. In der Beratung werden sie jedoch eng verknüpft angewandt.

4.5. Verfahren zum imaginativen Nacherleben

Traditionell geht man in der Verhaltenstherapie davon aus, dass wiederholte Exposition an den auslösenden Reiz zur Habituation bzw. Gewöhnung und so zur Abnahme der Angstreaktion führt. Analog wird angenommen, dass die Erinnerung an das Trauma im Laufe des wiederholten Nacherlebens immer weniger Angst und andere negative Emotionen auslösen wird. In Abstimmung mit dem Klienten wird das Nacherleben des Traumas je Sitzung ca. zweimal durchgeführt.

Ablauf des imaginativen Nacherlebens:

- Der Klient stellt sich vor seinem inneren Auge das traumatische Erlebnis in der Reihenfolge der Ereignisse in allen Einzelheiten vor und erlebt seine Reaktion und Eindrücke nach. Er beginnt seine Erzählung kurz vor dem Zeitpunkt, an dem er merkte, dass etwas passieren würde, bis zu dem Moment, an den er sich wieder sicher fühlte.
- Dabei beschreibt der Klient in der Ich-Form und im Präsens, was er erlebt, möglichst mit geschlossenen Augen.
- Der Klient soll nichts auslassen, einschließlich aller sensorischen Eindrücke, Gedanken und Gefühle, auch wenn diese im Nachhinein als falsch, peinlich oder unsinnig erscheinen sollten.
- Alle Gefühle kommen lassen, nicht unterdrücken.
- Der Klient hat die Kontrolle über das Tempo. Er soll den Kontakt zum "Hier-und-Jetzt" behalten.

Der Therapeut ist nonverbal zugewandt. Er macht unterstützende Bemerkungen, wie z. B. "Das machen Sie sehr gut", "Ja gut so", "Bleiben Sie bei dem Gefühl / bei dem Bild", "Ich weiß, es ist schwer", "Hier sind Sie sicher", besonders bei den ersten Malen des Nacherlebens.

Wenn der Klient in der Vergangenheitsform spricht, führt der Therapeut ihn wieder ins Präsens zurück, z. B. "Er schlägt mir ins Gesicht". Der Berater spricht den Patienten an, wenn dieser verstummt, die Augen aufmacht, etc., z. B. "Was passiert jetzt?". Es kann helfen sich den schwierigen Moment in Zeitlupe vorzustellen. Er stellt kurze Fragen zu sensorischen Eindrücken, Gefühlen und Gedanken an entscheidenden Stellen im Präsens, z. B. "Was denken Sie?", "Wie fühlt sich das an?", "Wie fühlen Sie sich?", "Was sehen, riechen, hören sie?", "Was fühlen Sie in ihrem Körper?", insbesondere bei der Bearbeitung der schlimmsten Momente.

Ab und zu lässt der Berater den Klienten einschätzen, wie belastend das Nacherleben auf einer Skala ist von null Prozent, überhaupt nicht, bis hundert Prozent, extrem belastend.

In der Nachbesprechung wird verstärkend darauf hingewiesen, wie gut dem Klienten das Nacherleben gelungen ist. Der Berater betont, dass anfänglich die Belastung zunächst steigen wird. Dies liegt daran, dass zu Beginn immer mehr Einzelheiten mit den dazugehörigen Gefühlen hervorkommen werden, die alle

integriert werden müssen. Insofern bedeutet ein starkes Gefühlserleben, dass der Patient gute Fortschritte bei der Bearbeitung des Traumas macht. Im Laufe der Therapie wird die Intensität des Nacherlebens weniger werden.

Der Prozess und der Inhalt des Nacherlebens werden näher besprochen. Mögliche Fragen sind: Wie hat der Klient es erlebt? – War es so schlimm, wie erwartet? – Ist die befürchtete Katastrophe eingetreten? – Hat er neue Aspekte erinnert? – Hat er Veränderungen gegenüber dem letzten Mal festgestellt? – Ist dem Klienten etwas eingefallen, was seine ursprünglichen Eindrücke korrigiert?

Der Klient wird ausführlich zu den Momenten, die ihn am meisten belasten, befragt. Interventionen sind: Was hat das für Sie bedeutet? – Was ging Ihnen dabei durch den Kopf? – Was daran war für Sie besonders schlimm?

Die Hausaufgabe zum Nacherleben ist ein unterstützendes Element in der Therapie. Daher werden die Durchgänge des Nacherlebens auf einer Tonbandcassette aufgenommen. Der Klient hört sie sich einmal am Tag an. Er konzentriert sich auf das Nacherleben, lässt sich dabei nicht unterbrechen und führt während dessen keine andere Tätigkeit aus, wie z. B. Auto fahren oder Aufräumen.

Mithilfe eines Protokolls gibt er täglich eine Einschätzung darüber, wie angenehm und lebhaft das Nacherleben war. Danach lässt er sich Zeit, um sich wieder auf den Alltag einzustellen, z. B. durch Tagesrituale, wie z. B. Spazierengehen und Übungen zur Distanzierung und Selbstberuhigung.

Sind Klienten anfangs nicht bereit das traumatische Ereignis in Anwesenheit des Beraters zu erzählen, so kann er andere Formen des Nacherlebens anbieten, wie z. B. dass der Klient den Verlauf und das Erleben zu Hause detailliert aufschreibt und in der Sitzung dem Berater vorliest.

4.5.1. Identifikation und Diskrimination von Auslösern des intrusiven Wiedererlebens

Ehlers geht davon aus, dass sich durch die Elaboration des Traumagedächtnisses die Häufigkeit des intrusiven Wiedererlebens reduziert. In der Folge wird eine bessere Diskrimination zwischen Wiederholung und Erinnerung des Traumas gefördert, d. h. eine Unterscheidung zwischen Reizen, die während des Traumas auftraten und Reizen, die gegenwärtig aus der Umwelt stammen, wie z. B. Fernsehprogramme mit ähnlichen Themen, die an das Trauma erinnern.

Oft kommen die Intrusionen auch unerwartet. Der Berater erläutert, dass die Auslöser nicht nur solche sind, die von ihrer Bedeutung her mit dem Trauma zusammenhängen, sondern gerade auch Reize, die den sensorischen Eindrücken ähneln, die kurz vor dem Trauma oder währenddessen wahrgenommen wurden, wie z. B. Objekte, die im Raum waren, Lichtverhältnisse, bestimmte Geräusche und Gerüche, Körperhaltung, etc.

Wenn dem Klienten Auslöser bewusst werden, ist die genaue Besprechung der Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen dem Kontext, in dem die Auslöser heute und beim Trauma auftreten sehr hilfreich.

4.5.2. Reizkonfrontation

Die Konfrontation mit Reizen, die an das Trauma erinnern, aber bisher vermieden wurden, ist eine wirkungsvolle Methode, um zu erreichen, dass der Klient das traumatische Erlebnis als Teil der Vergangenheit akzeptiert. Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug darauf, wie alles beim traumatischen Ereignis aussah und wie es jetzt aussieht werden im Gespräch erörtert. Der wiederholte Einsatz von Verfahren des imaginativen Nacherlebens und der Reizkonfrontation sind vor allem bei Klienten angezeigt, deren Hauptproblem in der Übergeneralisierung von Gefahr liegt. Sie erleben vorwiegend Angst und befürchten, dass sich der Unfall wiederholen wird und/ oder sie zusammenbrechen werden.

Bei Personen, die hauptsächlich von Schuld- und Schamgefühlen sowie nachhaltig von Ärger berichten, liegt der Schwerpunkt in der Anwendung der kognitiven Interventionen.

4.6. Verfahren zur kognitiven Umstrukturierung

Der verhaltenstherapeutische Ansatz wurde um die kognitive Dimension erweitert. Kognition steht in dem hier verwandten Sinn zwischen Verhalten und Emotion. Es gibt kein Verhalten und keine Kognition ohne Emotion und umgekehrt. Symptome, z. B. depressive und angstbesetzte Erlebnisinhalte, werden als dysfunktionale und verzerrte Kognitionen bzw. Überzeugungen angesehen. Sie werden untersucht auf ihre Bedingungen und Verstärkungen durch Umwelteinflüsse bzw. innere Einstellungen und systematisch therapeutisch beeinflusst (vgl. Tölle, 2003, S. 21).

Die kognitive Umstrukturierung ist ein gradueller Prozess. Der Klient lernt seine Gedanken und Interpretationen zu identifizieren und zu hinterfragen, also nicht mehr automatisch als wahr zu betrachten.

Zunächst geht es darum, die innere Logik des Denkens und Verhaltens des Klienten genau zu verstehen und zu reflektieren. Der Berater sollte anfangs deutliches Verständnis für die Reaktionen des Klienten zeigen.

Einen Fragenkomplex als allgemeine Orientierungshilfe bietet der Anhang, S. 24.

4.6.1. Befürchtungen zum zerbrechlichen Selbst

Das intrusive Wiedererleben und die damit verbundenen starken emotionalen und körperlichen Reaktionen gehen bei vielen Klienten mit Befürchtungen einher, dass sie glauben verrückt zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder unter der Belastung körperlich und psychisch zusammenzubrechen. Sie vermeiden, an das Trauma in seinen Einzelheiten zu denken und möchten es vergessen. In diesen Fällen wird das imaginative Nacherleben als Verhaltensexperiment durchgeführt.

Zur Vorbereitung wird im Gespräch die erwartete Katastrophe konkretisiert und die Vorstellung, was passieren könnte, genau erfasst.

Beispiel: Ein Klient glaubte, die Kontrolle zu verlieren, wenn er an das Trauma dachte. Der Berater fragte nach, wie sich das äußern würde. Der Klient befürchtete, seine Frau zu schlagen, denn er nahm an, dass unkontrollierbarer Arger in ihm aufsteigen würde, den er an der nächsten Person auslassen würde. Als Verhaltensexperiment wurde das Nacherleben des Traumas mit Hilfe eines in der Sitzung hergestellten Tonbandes zum Verlauf des Traumas in Gegenwart seiner Frau vereinbart.

4.6.2. Verantwortlichkeit für das Trauma / Schuld- und Schamgefühle

Viele Klienten haben Schuldgefühle, weil sie unfähig waren, das Trauma zu verhindern oder seinen Verlauf zu beeinflussen. Oft haben sie starke Schamgefühle, weil sie unter dem Druck der Situation oder des Täters etwas getan oder erlebt haben, was ihnen im Nachhinein als völlig unannehmbar erscheint.

Betroffene bagatellisieren ihr eigenes Leid im Vergleich zu dem Unglück anderer Menschen. Sie fühlen sich schuldig weiterzuleben und empfinden eine Überlebensschuld. Häufig ist die emotionale Schlussfolgerung: Ich fühle mich schuldig, also bin ich schuldig. Dabei werden selektiv Aspekte und Gründe ausgelassen, die das Trauma mit bedingten.

Der Besuch des Ortes, an dem das Trauma stattfand, kann oft hilfreich sein zur Rekonstruktion des Geschehens. Viele Überlebende von Verkehrsunfällen meinen, sie hätten den Unfall verhindern können, wenn sie das andere Fahrzeug rechtzeitig gesehen und schnell reagiert hätten. Die genaue Betrachtung des Unfallortes ergibt häufig, dass dies bei den Straßen- und Sichtverhältnissen und gegebenen Geschwindigkeiten nicht möglich war. Nicht berücksichtigte Aspekte können erinnert werden, die direkt zu einer Umbewertung der Verantwortlichkeit und Reduktion der Schuldgefühle führen.

Bei der Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen ist die Übung 'Tortendiagramme' sehr nützlich. Der Patient wird gebeten einzuschätzen, wie groß sein Anteil in Prozent daran war, dass es zu dem Ereignis kam. Hier werden i.A. hohe Zahlen zwischen 50% und 100% genannt. Dann wird der Klient aufgefordert, andere beteiligte Ursachen zu nennen und den Anteil dieser Ursachen prozentual einzuschätzen und alle Angaben in eine Kreisskizze einzutragen. Häufig ergibt die Summe dann mehr als 100%. Das Tortendiagramm wird nochmals besprochen und die Schuldanteile so verteilt, dass sie insgesamt 100 % ergeben.

Die Belege, die ein Klient für seine Verantwortlichkeit hat, werden ausführlich besprochen, um eine neue Perspektive zu erreichen. Es ist sinnvoll zu fragen: "Wie wäre es, wenn ihrem Sohn (Ihrer Frau, einer Freundin...) dieses Ereignis zugestoßen wäre, was meinen Sie, wie groß wäre von allen Ursachen der Anteil Ihres Sohnes gewesen?" Werden deutlich weniger Anteile genannt, deutet dies auf strengere Maßstäbe für das eigene Verhalten hin, als für andere Menschen. Inter-

ventionen sind, z. B. "Was ist das Besondere an Ihnen? Warum sollten Sie weniger Fehler machen als andere Menschen?"

Tortendiagramme eignen sich auch dazu, andere Faktoren zu berücksichtigen, die zu dem Ereignis und zu dem Verhalten beitragen, stärker ins Bewusstsein zu rücken, wie z. B. Müdigkeit, starke Belastungen, Arbeitsbedingungen, Anordnungen vom Vorgesetzten, Verhalten anderer Personen, äußere Umstände, Zufall, etc.

4.6.3. Übermäßige Beschäftigung mit Ungerechtigkeit und Ärger

Klient und Berater besprechen genau, worüber oder worauf der Klient ärgerlich ist. Falls der Ärger aus der aktuellen Frustration über z. B. körperliche Folgeerscheinungen resultiert, ist es hilfreich, aktuelle Probleme zu lösen und Bewältigungsstrategien zu suchen.

Falls der Ärger über den Verursacher im Vordergrund steht, stellt sich die Frage: "Wem schadet der Ärger?". In diesem Fall ist eine kognitive Umstrukturierung angebracht durch imaginatives Nacherleben. Dabei können Klienten Dinge erinnern, die sie bislang vergessen hatten oder die Perspektive der anderen Person einnehmen. Der Klient ändert manchmal spontan seine Sichtweise, wenn folgende Interventionen angewandt werden, z. B. "Warum, meinen Sie, hat X das gemacht?" "Wie, meinen Sie, hat X sich gefühlt, als das passiert ist?"

Das Gespräch zielt auf die Erkenntnis ab, dass es keine absolute Gerechtigkeit gibt. Unglück kann jeden treffen. Der Klient lernt, dass er dieses Mal Pech hatte, obwohl er alles richtig gemacht hat, ein anderes Mal könnte es umgekehrt sein.

Falls grobe Fahrlässigkeit des Verursachers eine Rolle spielt, muss bei der Umstrukturierung herausgearbeitet werden, dass Rachepläne nicht dazu führen werden, dass der andere sein Verhalten ändert und dass die Ausführung letztlich dem Patienten schaden würde. Tortendiagramme (s.o.) können hier ebenfalls ganz nützlich sein.

Bei Klienten, die Opfer einer Gewalttat waren, geht es darum zu erkennen, dass der Täter Unrecht getan hat und er für die Tat verantwortlich ist. Der Ausdruck des damit verbundenen Ärgers ist ein Zeichen einer erfolgreichen Umstrukturierung. Der bewusste Entschluss, das Thema abzuschließen, z. B. mit einem Ärger-Brief an den Täter, der nicht abgeschickt wird, kann sehr hilfreich sein. Es kann auch sinnvoll sein, den Klienten zu unterstützen, die Strafverfolgung des Täters anzustrengen.

Klienten, die zu gewalttätigen Handlungen neigen, werden angeleitet, Übungen zur Kontrolle ihres Ärgers anzuwenden. Dabei ist es nützlich, von drei Zonen zu sprechen: Kann der Klient klar denken und ist relativ ruhig, befindet er sich in der gelben Zone. In der orangenen Zone ist er ärgerlich, aber er kann noch relativ klar denken und den Ärger kontrollieren. In der roten Zone jedoch sieht er nur noch 'rot', reagiert aggressiv und u. U. gewalttätig. Er kann lernen, bereits in der orangenen Zone seinen Ärger zu spüren und sich, z. B. aus der Situation entfernen. Ruhiges

Atmen, sich körperlich betätigen, um Energie abzubauen, oder Entspannungssätze, wie z. B. "Ich bleibe ruhig.", "Der Ärger schadet nur mir selbst.", sind sehr nützlich, wenn er in die orange Zone kommt.

4.6.4. Imaginationstechniken

Viele Aspekte des Trauma-Gedächtnisses sind in Form von Bildern und sensorischen Eindrücken gespeichert. Problematische Interpretationen des Ereignisses, wie z. B. Schuld- und Schamgefühle, können mit Hilfe von Vorstellungsübungen verändert werden. Imaginationsübungen können nützlich sein, um die Lücken in der Erinnerung zu schließen. Sie werden eingesetzt, um die Inhalte der Erinnerung zu modifizieren und diese veränderte Interpretation des Traumas im Gedächtnis zu integrieren und zu verankern. Sie können unterstützend angewandt werden, um dysfunktionale Einstellungen zu verändern und alternative Deutungen zu entwickeln.

Hierzu ein Beispiel: Ein Feuerwehrmann, dessen Kollege bei einer Explosion in einem schäbigen Lagerhaus ums Leben gekommen war, erlebte es als entsetzliche Verschwendung eines wertvollen Menschen, in einer so schrecklichen Umgebung gestorben zu sein. Ihm war, als sei sein Kollege immer noch im Lagerhaus. Klient und Berater überlegten, wo sich die Seele des Kollegen wohl fühlen würde. Da der Verstorbene ein passionierter Angler war, beschlossen sie, in der Vorstellung den verstorbenen Kollegen aus dem Lagerhaus abzuholen und zu dem Fluss zu bringen, an dem er gern geangelt hatte. Dies empfand der trauernde Kollege als sehr hilfreich und seine innere Unruhe ließ nach.

Einigen Klienten fällt es schwer, sich auf das imaginative Nacherleben und der Exploration der persönlichen Bedeutung des Traumas einzulassen. Die kognitive Umstrukturierung zielt darauf ab, die problematischen Einstellungen und Regeln zu identifizieren. Dazu werden zunächst die Vorteile dieser Überzeugungen besprochen. Anschließend werden deren Nachteile exploriert und die Anwendung in allen Lebenslagen hinterfragt. Es wird besprochen, dass das Befolgen der Regeln zwar manchmal optimal sein kann, bei der Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses jedoch helfen sie nicht.

4.7. Eye-Movement-Desensitization-Reprocessing (EMDR)

EMDR ist eine neue therapeutische Technik, die von Francine Shapiro, Ende der 80-er Jahre entwickelt wurde. In verschiedenen Studien hat sie sich mittlerweile als eines der effektivsten Mittel in der Bearbeitung psychischer Traumata erwiesen. EMDR lässt sich gut mit dem kognitiv-behavioralen Therapieansatz und imaginativen Verfahren kombinieren.

Beim Einsatz von EMDR im therapeutischen Setting wird in acht Phasen vorgegangen. Nach Phase (1) Erhebung der Vorgeschichte, (2) der Vorbereitung und Phase (3) der gezielten Evaluation eines einzelnen traumatischen Ereignisses,

wird in Phase (4) das ausgewählte Trauma durch ein Bild, einen negativen Satz und ein Körpergefühl stimuliert. Gleichzeitig werden bilaterale Augenbewegungen zur Aktivierung der beiden Hemisphären im Gehirn initiiert. Man nimmt an, dass diese Phase zentral für die Traumaverarbeitung ist.

Die weiteren Phasen dienen bei EMDR dem Verankern der positiven Kognition (5), der Prüfung von Körperempfindungen im Anschluss an das Prozessieren der traumatischen Vorstellungsbilder (6), dem Abschluss der Sitzung (7) und der Überprüfung des Therapieerfolges in der Folgesitzung (8). Insgesamt ist EMDR als Verfahrenstechnik effektiv, muss jedoch noch systematischer erforscht werden (vgl. Fischer, KÖDOPS, 2000).

4.8. Abschluss der Beratung

Die Beratung kann beendet werden, wenn der Klient in den letzten zwei bis drei Sitzungen die folgenden Kriterien erfüllt:

- Der Klient versucht nicht mehr, seine Erinnerungen und Gefühle zum Trauma zu unterdrücken.
- Der Klient kann das imaginative Nacherleben des Traumas ohne starke Belastung durchführen. Die Belastungsstufe auf einer Skala von 100% sollte um 20% oder niedriger sein.
- Auf Fragebogen zur Messung der PTB-Symptome hat der Klient deutlich niedrige Werte.
- Der Klient ist soweit stabilisiert, dass er kein intrusives Wiedererleben und kein Vermeidungsverhalten mehr zeigt.

Weiterhin wird besprochen, dass bestimmte äußere Umstände dazu führen können, dass die PTB-Symptome wieder auftreten, z. B. an Jahrestagen, bei anderen Belastungen oder körperlicher Krankheit. Diese Anlässe sind gute Gelegenheiten die erlernten Übungen, wie z. B. zur Distanzierung und Selbstberuhigung, einzusetzen. Nach Abschluss der Beratung werden noch drei monatliche Sitzungen durchgeführt, um die Erfahrungen des Klienten auszuwerten und eventuell verbleibende Probleme zu bearbeiten.

Die Darstellung weiterer psychologischer Behandlungsansätze würde den Rahmen dieses Referates überschreiten (siehe Literatur).

5. Pharmakologische Behandlung Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRIs)

Die Medikamente, wie z. B. Sertralin, Fluvoxamin, Fluoxetin, sind wirksam in der Behandlung der PTBS. Die SSRIs sind wirksamer als andere medikamentöse Therapien und können als pharmakologische Behandlung der Wahl gelten. Es ist nicht bekannt, ob eine Kombinationsbehandlung von psychologischer Behandlung und SSRIs erfolgreicher ist oder weniger als die psychologische Behandlung für sich allein (vgl. Ehlers, 1999, S. 76).

Allgemein gilt: Medizinische Maßnahmen haben Vorrang. Als Berater sollten Sie dazu beitragen, dass eine gründliche medizinische Diagnostik beim Klienten durchgeführt wird. Wenn der Klient das Gefühl hat, dass medizinisch und psychosozial gut für ihn gesorgt wird, ist dies ein erster und wichtiger Schritt, um sein altes Gefühl der Sicherheit allmählich wieder zu gewinnen.

Schlussbemerkung

Durch das Erleben eines Traumas kann eine Welt zerstört werden. Aus einer vertrauensvollen Person kann ein misstrauischer Mensch werden, besonders, wenn andere das Trauma absichtlich verursacht haben. Ein lebensfroher und friedlicher Kollege kann sich verwandeln in jemanden, der ängstlich und zurückgezogen lebt oder umgekehrt der ständig 'ausrastet', wenn er nicht alle und alles unter Kontrolle behält. Ein großzügiger Mensch wird zum 'Rächer', der nur noch auf Vergeltung sinnt. Ein Mensch mit Zukunftsplänen und Visionen wird ein pessimistischer Skeptiker, der nur noch auf die eigene Sicherheit bedacht ist. Diese sind nur einige der seelischen und charakterlichen Veränderungen, die ein Trauma nach sich ziehen kann.

Für viele Menschen sind Grenzsituationen ein Anlass, ihr bisheriges Leben zu überdenken. Sie errichten ihre Welt wieder neu und gestalten sie mit einem reiferen Selbstverständnis. Der menschliche Geist lebt nicht nur von Harmonie und Perfektion. Er bewährt seine Schöpferkraft auch und gerade in der Zerrissenheit auf der Suche nach einem kreativen Ausweg. Dieses 'Stirb' und 'Werde', ist ein anderer Ausdruck für seine natürliche Kraft zur Selbsteilung.

Es geht nicht darum, sich Lösungen einzureden und 'positiv zu denken' oder von anderen 'Ratschläge' anzunehmen. Wenn Menschen ihr Trauma verarbeiten und sich dabei Zeit lassen, finden sie die Lösung selber. Die Bedrohung wurde überlebt und vermittelt gerade dadurch ein neues Gefühl von Sicherheit, Abweichungen vom normalen Lebensweg vielleicht auch in Zukunft bewältigen zu können.

Das Ziel der Traumatherapie ist erreicht, wenn dem Betroffenen der entscheidende Schritt vom Opfer zum 'Überlebenden' des Traumas gelingt. Nicht nur in der äußeren Bedeutung überlebt zu haben, sondern auch darin sich wieder lebendig zu fühlen. In dieser seelischen Bewegung wird das Trauma 'aufgehoben' und Teil des Lebens in der Erinnerung (vgl. Fischer 2000, S. 109).

Literatur

- | | |
|----------------------------|---|
| Ehlers, A. | <i>Posttraumatische Belastungsstörung</i> . Göttingen, 1999 |
| Fischer, G., Riedesser, P. | <i>Lehrbuch der Psychotraumatologie</i> . München, 1999 |
| Fischer, G. | <i>Neue Wege nach dem Trauma</i> . Konstanz, 2000 |

- | | |
|--------------------------|--|
| Fischer, G. | <i>Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung, (KÖDOPS).</i> Köln, 2000 |
| Fischer, G. | <i>Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT) Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen.</i> Heidelberg, 2000 |
| Flatten, G. | <i>Posttraumatische Belastungsstörung.</i> Stuttgart, 2001 |
| Lassoga, F. | <i>Notfallpsychologie.</i> Edewecht, 2002 |
| Töle, R., Windgassen, K. | <i>Psychiatrie.</i> Berlin, 2003 |

Anhang

Verfahren zur kognitiven Umstrukturierung (siehe Punkt 4.6., S. 74-77)

1. Das folgende Grundschemata bietet eine allgemeine Orientierungshilfe zur Identifikation von dysfunktionalen Verhaltensweisen und Interpretationen:

1. Dysfunktionale Überzeugungen und Interpretationen konkretausformulieren lassen
2. Überzeugung einschätzen lassen auf einer Skala von 0 - 100 %
3. Alle Belege sammeln, die für die Interpretation sprechen
4. Gültigkeit der Belege diskutieren, alternative Interpretationen entwickeln, z. B. durch imaginative Gegenentwürfe
5. Erneut Überzeugungen einschätzen lassen
6. Wenn möglich, konkretes Experiment durchführen, um zu überprüfen, welche Interpretation stimmt
7. Überzeugungen jeweils einschätzen lassen

Evtl. ab Punkt 4 wiederholen, wenn die Symptome anhalten.

2. Fragenkatalog für den sokratischen Dialog:

- Was führt Sie dazu, zu denken, dass ...? Frage nach der Interpretation.
- Woran konnten Sie das feststellen?
- Schließen Sie das aufgrund ihres Gefühls oder daraus, was wirklich passiert ist?
- Woher wissen Sie, dass ihre Befürchtung / Erwartung eintreten wird?

- Ist die erwartete Katastrophe bisher eingetreten? Warum nicht?
- Was wäre, wenn das Schlimmste passieren würde?
- Was wäre so schlimm daran?
- Wie könnten Sie damit fertig werden?
- Unterschätzen Sie, wie gut Sie damit fertig werden könnten?
- Gibt es Gründe anzunehmen, dass ... nicht stimmt / nicht eintreten wird?
- Wie würde jemand anders, ihr Freund oder ihre Partnerin, darüber denken?
- Gibt es noch eine andere Sichtweise / Erklärung?
- Gibt es Hinweise, dass die andere Sichtweise / Erklärung stimmenkönnte?

3. Nach einem längeren Prozess der Umstrukturierung können auch folgende Fragen direkt gestellt werden:

- Denken Sie hier an 'Alles oder Nichts' oder 'schwarz oder weiß'?
- Überschätzen Sie, wie wahrscheinlich das ist?
- Überschätzen Sie, wie verantwortlich Sie dafür sind, wie alles ausgegangen ist?
- Lassen Sie hierbei wichtige Aspekte aus?
- Setzen Sie hierbei unrealistische / unerreichbare Maßstäbe?

4. Fragen bei Schuld-und Schamgefühlen:

- Gibt es andere Erklärungen?
- Wer sonst war beteiligt?
- Wie viel Einfluss hatten Sie tatsächlich darauf, was passieren würde?
- Wie erschienen Ihnen die Dinge damals, während des Traumas?
- Was war damals, während des Traumas ihr Grund sich so zu verhalten?
- Wie hätten Sie wissen können, was passieren würde?
- Wie viel Zeit hatten Sie, genau zu überlegen und zu entscheiden, wie Sie sich am besten verhalten sollten?
- In welchem seelischen und körperlichen Zustand befanden Sie sich damals?
- Was haben Sie getan, was hilfreich war?
- Wenn dies jemand anderem passiert wäre, was hätten Sie mehr von ihm erwartet?
- Wie würden Sie sein Verhalten erklären?
- Abgesehen von ihren Gefühlen, was sollte man noch berücksichtigen, wenn man beurteilt, wie Sie sich verhalten haben?

5. Zusätzliche Fragen für Opfer von Gewalttaten:

- Wie viel Einfluss hatten Sie auf das Verhalten des Täters?
- Was hätte der Täter gemacht, wenn Sie ... getan / nicht getan hätten?
- War das Verhalten des Täters wegen Ihres Verhaltens / Ihrer Reaktion weniger Unrecht?
- Hat ihre Reaktion den Ausgang der Situation um Guten beeinflusst?
- Welches Ziel hat der Täter mit seinen demütigenden Äußerungen verfolgt?
- Das Verhalten des Täters ist Unrecht unabhängig von Gefühlen und Reaktionen des Opfers.

6. Fragen, mit denen Einstellungen besprochen werden können, die auf einer Interpretation nach dem Ereignis beruhen:

- Wann haben Sie erfahren, was passieren würde?
- Hätte es irgendeine Möglichkeit gegeben vorzusehen, was passieren würde?
- Was hätten Sie getan, wenn Sie gewusst hätten, was passieren würde?
- Was war der Hauptgrund, weswegen Sie sich so und nicht andersverhalten haben?

Daraus ergibt sich als Antwort: "Weil ich nicht wissen konnte, was passieren würde". (vgl. Ehlers, 1999, Kapitel 4, S. 51 -59)

Dipl.-Soz.-Päd. Kunigunde Große Thier

Ehe-, Familien- und Lebensberaterin (DAJEB),
Supervisorin (DGSv)

Elsa-Brandström-Str. 6
52070 Aachen

k.grosse-thier@web.de



Rezensionen

Klaus Kießling

Seelsorge bei Seelenfinsternis – Depressive Anfechtung als Provokation diakonischer Mystagogie

Herder, Freiburg i. Br. 2002 (ISBN 978-3-451-27934-8)

Eine Dissertation gehört sicher nicht zur Standardlektüre im Beratungsalltag. Es braucht darum schon gute Gründe, sich eines solchen Buches anzunehmen. Sei es, dass das Thema wirklich interessiert, sei es dass das Buch einiges zu bieten hat, was anderswo nur unter Mühen oder gar nicht zu finden wäre. Genau das trifft – abhängig natürlich von der persönlichen Interessenlage – für Klaus Kießlings *Seelsorge bei Seelenfinsternis – Depressive Anfechtung als Provokation diakonischer Mystagogie* zu.

Für den Themenzusammenhang "Depression und helfende Intervention" – nichts anderes verbirgt sich hinter dem etwas sperrigen Titel – hat der Autor beruflich die besten Voraussetzungen: Es handelt sich bei ihm um einen promovierten Psychologen und Theologen, der neben seiner Lehrtätigkeit an der katholischen Fakultät von Tübingen auch als klinischer Psychologe praktiziert.

Einen alles andere als trockenen Einstieg ins Thema bietet das Anfangskapitel, das sich mit älteren und neueren Konzepten von Melancholie, Schwermut und Depression beschäftigt und dabei zum Beispiel auch auf Martin Luthers Sicht eingeht. Danach werden verschiedene psychiatrische und psychologische Ansätze zur Genese von Depression vorgestellt. Der Spannweite dieser Theorien zur Entstehung entspricht eine ganze Reihe von Therapieansätzen, die im nächsten Abschnitt erläutert werden. Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass die verbreitete Praxis, die Probleme allein mit Psychopharmaka lösen zu wollen, eine sträfliche Engführung ist. Hier in helfenden Berufen Grundwissen zu besitzen, erweitert in entsprechenden Situationen ganz sicher die Möglichkeit, Menschen effektiv beizustehen.

Nach einem eher wissenschaftstheoretisch orientierten Kapitel über den Dialog zwischen Theologie und Humanwissenschaften bietet das große Schlusskapitel über Hilfestellung bei Seelenfinsternis nochmals genügend Stoff, die eigene Beratungspraxis zu überdenken und brauchbare Impulse zu erhalten. Der Autor stellt in einem ersten Schritt vorhandene theologische Ansätze einer Seelsorge an depressiven Menschen dar, u. a. die nuthetische Seelsorge. In einem zweiten Schritt versucht er eine einschlägige theologische Anthropologie zu entwickeln. Er beschreibt die menschliche Existenz als ein "Aus-sein" auf Sinn, Freiheit, Liebe und Hoffnung und entwickelt von da Aufgabenstellungen für helfende Berufe, z. B. die des Inspirators, des Mahners, des Anwalts. Eigene Aufmerksamkeit wird auch jeweils dem Faktum menschlichen Scheiterns geschenkt. Seinen eigenen Ansatz beschreibt er als "diakonische Mystagogie" und sieht depressive Anfechtung als

die Provokation einer so verstandenen helfenden Praxis. Einen solchen Beistand theologisch zu verorten ist das Ziel des abschließenden Abschnitts.

Alles in allen ist dieses Buch sicher keine leichte Kost, muss es bei dem ernststen Thema aber auch nicht sein. Für Kolleg(inn)en mit entsprechendem Interesse ist es eine Fundgrube an Fakten und praktischen Anregungen.

Pfr. Manfred Kolberg, Gartenstr.21, 96126 Ditterswind
mak.2000@freenet.de

Hauke Brost

Wie Teenies ticken

Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag, Berlin 2007 (ISBN 978-3-896-02770-2)

Der Teenie, das unbekannte Wesen

RATGEBER. Zum dritten Mal hat der Hamburger Autor Hauke Brost zugeschlagen. Diesmal lässt er Jugendliche zu Wort kommen.

DAS BUCHBERLIN/HAMBURG. Es gibt Bücher, die kommen einfach immer zur rechten Zeit. So wie dieses. Garstig gelb ist das Cover, wie die Sprüche, die geplagte Eltern von ihren jugendlichen Kindern gesteckt bekommen, mit Strichmännchen drauf, verkorkst, verrenkt und hässlich – eben so, wie wir Alten in den Augen der Jungen aussehen mögen. Oder wie sie sich selbst sehen, wenn sie nach dem Sich-Aus-Dem-Bett-Quälen in die übliche Vor-Der-Schule-Bin-Ich-Eben-Depressiv-Stimmung verfallen. Ja, ja sie lesen richtig, hier schreibt ein pubertätsgeschädigtes Elternteil.

Doch gerade dafür und für die vielen, vielen anderen Väter und Mütter, die daheim toben, betteln, verbieten, wieder erlauben und sich schließlich erschöpft dem Türen schlagenden, störrischen, wortkargen "Teenie normalis" ergeben, ist es geschrieben. Es heißt "Wie Teenies ticken" und ist vom Hamburger Autor Hauke Brost, der selbiges in früheren Büchern schon bei Männern, dann bei Frauen mit großem Humor und noch größerem Erfolg beantwortet hat.

Reizbar und anhänglich

So, sagt Brost in seiner Einleitung, würde es wohl in "Brehms Tierleben" stehen: Der "Teenie normalis" (= lat., "der normale Teenie") sei ein menschenähnliches Wesen mit auffallend widersprüchlichen Eigenschaften, in freier Wildbahn leicht erkennbar an extremer Reizbarkeit und ebenso ausgeprägter Anhänglichkeit. Er oder sie tarnt sich gern mit dem Vortäuschen einer stark ausgeprägten Allwissen-

heit, mit der er seine real existierende Ahnungslosigkeit listig zu überdecken weiß
...

Ha, ha. Danke, Herr Brost! Doch bevor wir uns jetzt aufblasen und auf die Schenkel klopfen, sollten wir erst mal weiterlesen. Denn Brost, gelernter Journalist, geschiedener Vater dreier Söhne, wäre nicht Brost, wenn es über jemanden schreiben würde und nicht mit ihm.

Und so hat er es auch in diesem Buch gemacht. Hat Fragen gestellt. Szenarien entworfen. Und lässt die Hauptdarsteller selbst zu Wort kommen – die Teenies. Die hat er vorher aufgerufen, mitzumachen – über die den Jugendlichen vertrauten Kommunikationskanäle: das Internet und eine Jugendzeitschrift.

Deshalb ist dieses Buch auch kein Elternratgeber für Pubertätsprobleme, sondern eher ein Forum für beiderseitiges Verstehen, ein Handbuch zum Übersetzen unverständlicher Verhaltensweisen, schließlich ein kleiner Tröster in elterlicher Not. Allein schon deshalb, weil die Jugend, über die doch so viel geklagt und gemeckert wird, sich verdammt wortgewandt und gedankenschwer den Anforderungen der Erwachsenenwelt entgegenstemmt. Da steckt also doch noch was drin in den Köpfen hinter den so blasiert wirkenden Mienen!

Und so geben sie ernsthafte Antworten auf Fragen, warum sie es sich – unvermittelt – verbitten, bei den Hausaufgaben kontrolliert zu werden ("Endlich für sich selbst verantwortlich sein ..."), warum sie sich oft nicht leiden können (Teenies spiegeln sich durch die Augen der anderen, sind süchtig nach Anerkennung) oder wie sie den ersten Kuss erlebt haben ("Ekelhaftes Gesabber"). Da ist Trauriges dabei, so beim Kapitel "Teenies und Scheidung", aber auch Humoriges, nämlich dann, wenn Brost aus den Zuschriften seiner jungen Mitautoren einen Traumurlaub für Teenager entwirft.

Zurück zu "Brehms Tierleben" und der Quintessenz: "Ca. vier Jahre nach erstmaligem Auftreten all dieser (...) Verhaltensweisen tritt der Teenie normalis in eine neue Lebensphase ein, legt (oftmals über Nacht) seine absonderlichen Gewohnheiten ab, entmüllt seine Höhle und ist wieder ansprechbar. Dann ist er kein Teenie normalis mehr."

(Übernahme mit freundlicher Genehmigung von Autor und Verlag
aus NRZ 10.09.2007)

Cornelia Färber-Lamm
Neue Ruhr Zeitung / Neue Rhein Zeitung (NRZ)
Tel.: 0201/804-2623
Fax: 0201/804-1804
globus@nrz.de

Walter Zwi Bacharach (Hrsg.)

"Dies sind meine letzten Worte", Briefe aus der Shoah
Wallstein, Göttingen 2006 (ISBN 978-3-892-44991-0)

Im Dokumentationszentrum des Berliner Holocaustmahnmals gibt es einen Raum in dessen Boden unter Glasscheiben Auszüge aus Briefen in Originalschrift und Übersetzung eingelassen sind. Der Raum ist ganz dunkel, die eingelassenen Glasscheiben sind matt erleuchtet. Ich spüre etwas von der Dunkelheit, die die Menschen umgab, die diese Briefe schrieben. Ein eindrücklicher Raum, tiefe Betroffenheit erfasst mich. Tiefe Betroffenheit erfasst mich auch bei der Lektüre des Buches *"Dies sind meine letzten Worte", Briefe aus der Shoah*. Nur, hier ist es nicht der dunkle Raum, der mich umgibt. Hier liegen die Briefe in ihrer ganzen Länge vor mir. Und die Ereignisse verschwimmen nicht hinter der Dunkelheit, sondern stehen vor mir wie in grellem Neonlicht. Die Briefe ziehen mich hinein in die Gegenwart der Opfer, in ihre Verzweiflung, in ihre Hoffnung gegen allen Anschein, in ihre Gedanken über Flucht und Überleben und oft in ihren Hass, grenzenlosen Hass auf das gesamte deutsche Volk. Und ich kann mich diesem Hass nicht entziehen, ich kann ihn verstehen und ich hätte ihn wohl selber, wenn ich an Stelle der Schreiberinnen und Schreiber gewesen wäre. Ich kann ihn verstehen, obwohl es doch mein Volk ist, auf das sich dieser Hass richtet. Aber es war eben auch mein Volk, aus dem dieser Wahn des Massenmordens, diese Unmenschlichkeit der Täter, diese sadistische Freude am Morden hervorgegangen sind.

Wie beschämend ist es dann für den deutschen Leser, dass selbst in dieser finsternen Zeit ein Vater seinen in Amerika lebenden Sohn nach der Mitteilung, dass die Deportation nach Osten bevorstehe und dies den sicheren Tod bedeute, ermahnt, sich nicht von der "Hasswelle gegen Deutschland" mitreißen zu lassen, weil dieser Hass dann auch die Freunde seiner Eltern treffen würden, die viel Risiko auf sich genommen hätten (S. 143).

Nein, dieses Buch kann ich nicht unberührt lesen. Es ist nicht einfach eine Dokumentation. Ich möchte weinen, ich möchte schreien, wenn ich die Briefe lese und zugleich weiß, dass keiner, aber auch nicht einer von diesen Menschen das große Morden überlebt hat. Fast nicht zu ertragen ist der Bericht über das Stöhnen und Schreien aus der Grube nach einer Massenerschießung, die in die Worte übergeht: "Ja, in jener Nacht habe ich auch das Weinen der Bäume gehört, die die Grube umgeben." (S. 302)

Herausgegeben ist das Buch von einem Überlebenden des Holocaust, von Walter Zwi Bacharach. Er ist Direktor des Leo-Baeck-Institutes Jerusalem und Professor (em.) für Moderne Geschichte an der Bar Ilan Universität in Ramat Gan. Außerdem ist er Mitarbeiter im Holocaust-Forschungszentrum Yad Vashem, Jerusalem. In dieser Funktion hat er sich der schwierigen Aufgabe gestellt, die Briefe der Shoah-Opfer herauszugeben. In seiner Einführung betont er, dass dieses Buch keine neuen Forschungsergebnisse mehr bringe. Die Umstände des Holocaust seien in ihrer Struktur, in ihrer Durchführung, in ihren Orten so gut wie völlig erforscht. Doch Forschungsergebnisse stellen auch Distanz her. Man betrachtet ein

Ereignis. Die Briefe hingegen nehmen den Leser/die Leserin hinein in die Gegenwart der schreibenden Personen, in ihre Nöte und Ängste, in ihre Verzweiflung und ihre Rachedgedanken. Unberührt kann man diese Briefe nicht lesen, die Bacharach aus ganz unterschiedlichen Archiven und aus privaten Beständen gesammelt hat. Wie oft möchte man eine Biografie weiter erzählt bekommen. Aber sie ist abgeschnitten, beendet im Kugelhagel, im Gas, in der Folter. So werden diese Briefe zu einem Mahnmal. "Jeder der in diesem Buch angeführten letzten Briefe stellt einen symbolischen Grabstein dar", sagt Zwi Bacharach (S. 78).

Das Buch ist auf zwei Möglichkeiten zu lesen: Bacharach hat den Briefen einen Text vorangestellt, in dem er auf die wesentlichsten Aussagen aller Briefe eingeht. Schon mit diesem Aufsatz erhält man einen zeitnahen Eindruck der Nöte der Schreibenden. Ausgehend von diesem Text kann man dann aber auch die ganzen Briefe lesen, die noch einmal sehr viel intensiver die Ereignisse nahe bringen. Da die Briefe nicht chronologisch und auch nicht geographisch geordnet sind, sondern nach inhaltlichen Gesichtspunkten wie "Zeugnis", "Verzweiflung", "Hoffnung", "Sorge um die Kinder" oder "Rache" und man mit den Abfassungsorten quer durch Europa geführt wird, wird die alles erfassende Mordmaschinerie erschreckend deutlich. Wie auch immer man das Buch liest, es leuchtet die Ereignisse noch einmal mit brutaler Härte bis in den letzten Winkel aus. Doch das grelle Licht dieser Briefe ist die Finsternis der Shoah.

Pfarrer Ulrich Schwemer, Theodor Storm-Str. 10, 64646 Heppenheim
ev@christuskirche-heppenheim.de

Übernahme aus Deutsches Pfarrerblatt Nr. 4 /2007, S. 218 mit freundlicher Genehmigung der Schriftleitung.

Heiderose Gärtner

Menschen im Alter verstehen und begleiten

Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2006 (ISBN 978-3-579-03190-3)

Es handelt sich bei diesem Buch um einen echten Glücksfall, da sich in ihm fundierte Informationen, praktische Beispiele und direkt umsetzbare Modelle gleichermaßen finden lassen. So gibt es am Anfang eher grundsätzlich orientierte Kapitel, etwa zu den Beiträgen, die Medizin, Psychologie und Soziologie zum Thema leisten. Anregend ist hier ein Abschnitt, in dem es um die Abgrenzung von Beratung, Seelsorge und Begleitung geht.

Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, wie ein gelingendes Altern vorbereitet werden kann. Genauer hin geht es um die sog. "Alterstugenden" und wie diese erreicht bzw. gesichert werden können. Solche Alterstugenden sind Versöhnung, Annahme, Gelassenheit, Weisheit, Liebesfähigkeit und Verantwortung. Sehr

realistisch wird damit gerechnet, dass jeweils auch gegenteilige Haltungen und Verhaltensweisen vorkommen können: Verzweiflung, Auflehnung, Besserwisserei, Gleichgültigkeit, Hartherzigkeit, Verweigerung – Phänomene, die in der Seelsorgepraxis oft schmerzlich begegnen. Die Autorin sieht nun gerade im christlichen Glauben besondere Chancen, den Alterstugenden näher zu kommen, nämlich mit Hilfe von Glaubensgewissheit, Humor, Selbstdistanz, Gebet und Meditation. So ist es dann auch nur konsequent, dass sich ein eigenes Kapitel dem Glauben widmet: "Was trägt. Glaube und Sinnfindung im Alter". Speziell angesprochen werden dann auch seelsorgerliche Einzelfragen wie Gebet, Vergebung, Schuld und Trauer, und zwar auf dem altersspezifischen Hintergrund von Gesundheitsproblemen, Demenz und Sterben. Die beiden folgenden, letzten Kapitel sind nochmals ein ausgezeichnete Beleg für die Spannbreite der behandelten Fragen. "Nicht allein. Beratung und Begleitung bei Problemen des Alters" setzt sehr grundlegend, dabei aber gleichzeitig auch praxisorientiert bei der Frage an, wie Beratung und Begleitung im seelsorgerlichen Kontext möglich sind. Exkurse zu Lebensbilanz, Logotherapie und Validation bieten den Rahmen, das eigene Handeln zu reflektieren und Entwicklungsmöglichkeiten zu erkennen. Erörtert wird auch die Frage, was ein gutes Gespräch überhaupt ausmacht und wie z. B. mit Gefühlen der Hilflosigkeit, Sinnlosigkeit und Unzufriedenheit umgegangen werden kann. "Gemeinsam sind wir stark. Kirchlich-gemeindliche Notwendigkeiten" geht auf flankierende Möglichkeiten der Kirchengemeinde ein, z. B. im Zusammenhang mit der Goldenen Konfirmation, mit seniorenpezifischen Predigten und Andachten sowie seniorenpezifischen Aufgabenfeldern im Gemeindeleben. Die Autorin bietet dabei auch fertige Predigt- und Andachtsentwürfe an.

Alles in allem bietet das Buch auf 140 Seiten eine beeindruckende Fülle von Informationen und Anregungen, ein gutes Ineinander von Theorie und Praxis. Es ist so klar gegliedert, dass auch das Nachschlagen einzelner Punkte, die gerade interessant erscheinen, möglich ist.

Pfr. Manfred Kolberg, Gartenstr.21, 96126 Ditterswind
mak.2000@freenet.de

Übernahme aus Deutsches Pfarrerblatt Nr. 4 /2007, S. 221 mit freundlicher Genehmigung der Schriftleitung

Friederun Reichenstetter, und Jürgen Rieckhoff

Wir sind trotzdem beide für dich da

Arena, Würzburg 2006 (ISBN 978-3-401-08810-5)

1. Inhalt

"Jannis ist plötzlich ganz anders als sonst. So traurig und wütend. Im Kindergarten mag er den ganzen Tag nicht spielen – und mitsingen auch nicht! Dann erzählt er endlich, was los ist. Jannis' Eltern wollen sich scheiden lassen und sein Papa wird ausziehen. Jannis hat Angst, dass das alles seine Schuld ist, aber Ellen tröstet ihn. Ellen ist Jannis' beste Freundin und immer für ihn da. Genau wie Mama und Papa – auch wenn Papa bald woanders wohnt." (Umschlagtext)

Der etwa vierjährige Jannis ist verzweifelt. Er schreit und heult, weil sein Vater ausziehen will. "Aber ich will nicht, dass mein Papa woanders wohnt!" schreit er wütend und wirft sich auf den Boden, als Kindergartenfreunde ihn trösten wollen. Jannis lehnt Trost ab. Wut, Trauer und Schuld sind seine Gefühle, mit denen er zunächst nicht umgehen kann. Als andere Kinder im Stuhlkreis von Patchwork-Familien, alleinerziehenden Eltern, neuen Partnern der Eltern erzählen, tröstet ihn das nicht. Nur seine Freundin Ellen schafft es schließlich, ihn zu Hause im Spiel von seinem Kummer abzulenken. Im weiteren Verlauf des Buches erfahren die Kinder, dass Jannis mit seinem Vater, der zwar nicht mehr zu Hause wohnt, trotzdem die unterschiedlichsten Erlebnisse teilt (Fußballspiel, Fahrradreparatur, Eis essen, Lagerfeuer und so weiter).

2. Pädagogischer Wert

- In diesem Buch werden die Gefühle und Konflikte, die Eltern und Kinder in Trennungssituationen erleben, nicht tabuisiert, sondern deutlich und realistisch angesprochen.
- Die ausdrucksstarken Illustrationen geben die wechselnden Gefühle des Hauptdarstellers Jannis eindrucksvoll wieder. Farbgebung und Zeichnungen wirken leicht und positiv, was bei dem schwierigen und traurigen Thema wichtig ist, um als Betrachter nicht selbst deprimiert zu werden (oder als Betroffener noch mehr zu leiden!).
- Das Nachwort des Diplom-Psychologen Berend Groeneveld zum Thema Trennung/Scheidung kann insgesamt als aufschlussreich bezeichnet werden. Die hilfreichen Erklärungen und Tipps für Eltern sowie nützliche Adressen von Beratungsstellen runden das Buch vorzüglich ab.

3. Umsetzung in der Praxis

Berufspraktikanten haben das Buch in Kindertageseinrichtungen bei betroffenen Kindern eingesetzt und unterschiedlichste Erfahrungen sammeln können. Die meisten Kinder, die zur Zeit die Trennung ihrer Eltern erleben, zeigten Interesse am Inhalt des Buches und schilderten einige Parallelen zu ihren eigenen Erfah-

rungen. Teilweise waren die Kinder sehr traurig. Ein Fünfjähriger weinte bei der Betrachtung und ein Sechsjähriger reagierte mit Wut und erzählte von heftigen Streitereien, die zu Hause ablaufen. Ein fünfjähriges Mädchen lehnte es ab, das Buch anzuschauen, als der Berufspraktikant das Thema erklärte. Nach Auskunft der Erzieherinnen verhalten sich die Eltern dieses Kindes offensichtlich vorbildlich.

Es wurde auch von Kindern berichtet, die das Buch immer wieder angeschaut haben und tagelang den Text dazu vorgelesen bekommen wollten. Zum Teil wurden Mütter durch das Interesse ihrer Kinder an dem Buch animiert, in das Buch auch für zu Hause anzuschaffen.

4. Persönliche Stellungnahme

Das Bilderbuch eignet sich für Kinder ab fünf Jahren, deren Eltern sich in einer Scheidungssituation befinden und kann für Erzieher oder Eltern eine wertvolle Hilfe sein, den Kindern Ängste und Unsicherheiten zu nehmen. Allerdings fehlt die Darstellung des Alltagslebens nach der Trennung mit praktischen Regeln. Dieser Anspruch wird in einem anderen Bilderbuch besser berücksichtigt: *Wir bleiben eure Eltern* von Julia Volmert und Susanne Scesny (albarello-Verlag). Die Kinder wurden allerdings von dem vorliegenden Buch emotional mehr angesprochen.

Positiv ist noch anzumerken, dass beide Bilderbücher den Mythos widerlegen, die meisten Väter würden nach der Scheidung die Mutter mit den Kindern allein lassen. Die Väter im Bilderbuch kümmern sich auch nach der Trennung um ihre Kinder.

Dipl. Soz.-Päd. Christa Gommann
Hülmer Str. 46, 47574 Goch
gofigoch@t-online.de

Aus Verwaltung und Gesetzgebung

Erstattung von Fortbildungskosten durch den Arbeitgeber ab 1.1.2008 steuer- und sozialversicherungspflichtig!

Regelmäßig kommt es vor, dass ein(e) Mitarbeiter(in) einer Beratungsstelle an einer Fortbildung teilnimmt und nach Ende der Fortbildung die Teilnehmergebühren vom Arbeitgeber erstattet bekommt.

Diese Erstattung war bis 31.12.2007 für den Arbeitnehmer nicht lohnsteuerpflichtig und für den Arbeitnehmer und Arbeitgeber nicht sozialversicherungspflichtig. Durch Erlasse der Finanzverwaltung (u. a. Erlass des Bayerischen Staatsministerium der Finanzen vom 12.10.2007, 34 - S 2332 - 120 - 39 332/07) sind ab 1.1.2008 solche Erstattungen lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig.

Nur wenn der Arbeitgeber die Teilnehmergebühren direkt an den Anbieter der Fortbildung zahlt, fallen für diese Zahlungen keine Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge an.

Unklar ist aber zur Zeit noch, wie ab 1.1.2008 bei Fort- und Weiterbildungen die Vertragsgestaltung zwischen

- Arbeitnehmer
- Anbieter der Fortbildung und
- Arbeitgeber

erfolgen soll. Die DAJEB lässt diese Frage zur Zeit im Wege der sogenannten "Anrufungsauskunft" gem. § 42e EStG klären. Solange hierzu keine verbindliche Rechtsauskunft erteilt wird, gilt folgendes:

1. Bei Teilnehmer(inne)n von Weiterbildungskursen in Ehe-, Familien- und Lebensberatung wurde in der Vergangenheit ein Vertrag zwischen der DAJEB und der Teilnehmerin/dem Teilnehmer geschlossen. In diesem Vertrag waren einerseits die Kosten und Gebühren sowie deren Zahlungsweise geregelt, andererseits waren sonstige Regelungen enthalten (z. B. Verpflichtung zur Verschwiegenheit, Regelungen bei Versäumnis von Unterrichtseinheiten).

Übernimmt der Arbeitgeber die Teilnahmegebühren ab 1.1.2008, so werden zukünftig zwei Verträge abgeschlossen:

- ein Vertrag zwischen DAJEB und Arbeitgeber, der die Kosten etc. zum Gegenstand hat und
- ein Vertrag zwischen DAJEB und Kursteilnehmer(in), der die sonstigen Regelungen zum Inhalt hat.

2. Bei unseren Fortbildungen und Fortbildungsreihen werden üblicherweise keine formellen Verträge zwischen DAJEB und den Teilnehmer(inne)n der Fortbildung geschlossen; der Vertrag kommt vielmehr konkludent durch Absenden des Anmeldeformulars und Überweisung der Teilnahmegebühr zustande. Hier empfehlen wir dringend, dass Arbeitgeber, die die Kosten für die Fortbildung übernehmen werden, selber die Anmeldung vornehmen.

Es sei noch einmal wiederholt: sowohl bei unseren Weiterbildungskursen als auch bei unseren Fortbildungen muss der Arbeitgeber die Teilnahmegebühren direkt an die DAJEB zahlen und darf sie nicht nachträglich dem Arbeitnehmer erstatten, da sonst Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge für die Erstattung anfallen.

Sobald uns nähere Informationen vorliegen, werden wir im Informationsrundsreiben darüber berichten.

Teilnehmer(innen) an unseren Weiterbildungskursen und Fortbildungsveranstaltungen, die ab 1.1.2008 Kosten von ihrem Arbeitgeber erstattet bekommen (haben), bitten wir, sich mit der Geschäftsstelle in Verbindung zu setzen.

Unterhaltsrechts-Reform

Am 1.1.2008 ist die Reform des Unterhaltsrechts in Kraft getreten. Künftig genießen die Unterhaltsansprüche von minderjährigen Kindern grundsätzlich Vorrang. An zweiter Stelle stehen Mütter oder Väter, die Kinder betreuen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Eltern miteinander verheiratet waren oder nicht. Ihnen gleich gestellt sind Partner, die lange Zeit miteinander verheiratet waren. Ganz am Ende der Skala stehen Personen, die nur verhältnismäßig kurze Zeit miteinander verheiratet waren und diejenigen, die keine Kinder betreuen.

Dr. Florian Moeser-Jantke
ist Geschäftsführer der DAJEB

Ressortaufteilung des Vorstandes

Regionale Ansprechpartner:

- Baden Württemberg / Hessen / Rheinland-Pfalz / Saarland
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg / Mecklenburg-Vorpommern
- Bremen / Hamburg / Niedersachsen / Schleswig-Holstein
- Nordrhein-Westfalen
- Sachsen / Sachsen-Anhalt / Thüringen

Elisabeth Frake-Rotherth
Dr. Florian Moeser-Jantke
Petra Thea Knispel

Petra Heinze

Cornelia Strickling
Berend Groeneveld

Cornelia Weller

Fort- und Weiterbildungsausschuss:

Berend Groeneveld (Vorsitz), Petra Heinze, Christoph Krämer, Dr. Florian Moeser-Jantke, Cornelia Strickling, Cornelia Weller

Informationsrundschriften:

Rolf Holtermann (verantwort. Redakteur)

Redaktionsausschuss:

Rolf Holtermann (Vorsitz), Elisabeth Frake-Rotherth, Berend Groeneveld, Cornelia Strickling

Ausschuss "Kompetenzen":

Cornelia Strickling (Vorsitz), Berend Groeneveld, Petra Heinze, Petra Thea Knispel, Cornelia Weller

Rechnungsprüferinnen:

Rosmarie Jell, Alexandra Obogeanu

Herausgegeben von

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.
Neumarkter Str. 84 c, 81673 München

Druck: awi-printmedien, München

Diese Veröffentlichung erscheint mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Sie ist einschließlich aller ihrer Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der DAJEB unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Es ist deshalb nicht gestattet, diese Veröffentlichung ganz oder in Teilen zu scannen, in Computern oder auf CD's zu speichern oder in Computern zu verändern, es sei denn mit schriftlicher Genehmigung der DAJEB.

Einzelpreis dieses Heftes: € 8,90 zzgl. Versandkosten