

***Systemische Auswirkungen
bei Verlust eines Familienmitgliedes
durch Fremdtötung***

***Gesundheitliche Beeinträchtigungen
nach Psychotrauma sowie psycho-soziale
und gesellschaftliche Herausforderungen
für zurückbleibende Angehörige***

Abschlussarbeit am Campus Naturalis

Sylvia Geiss
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin

coaching@sylvia-geiss.de
www.sylvia-geiss.de

Berlin, 4. Juli 2012

INHALTSVERZEICHNIS

1	VORWORT	4
2	PSYCHOTRAUMA	6
2.1	Wie ein Trauma entsteht	6
2.2	Welche Arten von Traumata werden unterschieden?	6
2.3	Mögliche Ursachen	7
2.4	Sekundäre Traumatisierungen	8
2.5	Trauma oder belastendes Lebensereignis?	8
2.6	Merkmale eines Traumas	11
2.7	Reaktionen – was passiert im Körper?	11
2.7.1	Fight or Flight	11
2.7.2	Freeze or Fragment	12
2.7.3	Wie macht unser Gehirn das?	13
2.7.4	"Hot Memory"	15
2.7.4	Das vegetative Nervensystem – Kampf um die innere Balance	16
2.8	Traumasympptome und Folgeaktionen	18
2.8.1	Traumafolgestörungen	18
2.8.2	Welche Traumafolgestörungen werden unterschieden?	19
2.8.2.1	Akute Belastungsreaktion	19
2.8.2.2	Posttraumatische Belastungsstörungen	19
2.8.3	Diagnose bei Langzeitschäden	21
2.8.3.1	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung = DESNOS (Disorder of Extreme Stress not otherwise specified)	21
2.8.4	Weitere Störungsbilder und Diagnosen	21
2.8.4.1	Anpassungsstörungen / Trauerreaktionen (F43.2)	22
2.8.4.2	Dissoziative Störungen (F44)	24
2.8.4.3	Weitere Formen der Dissoziation	25
2.8.4.4	Dissoziative Identitätsstörung – Multiple Persönlichkeitsstörung (F44.81)	26

2.8.4.5	Sonstige dissoziative Reaktionen, die im Zusammenhang mit einem Trauma auftreten können	26
2.8.5	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)	27
3	DER UMGANG MIT TRAUMATISIERTEN UND TRAUERNDEN ANGEHÖRIGEN	27
3.1	Verschiedene Methoden der Traumabearbeitung	28
3.1.2	Einige wirksame Methoden, die im traumatherapeutischen Kontext Anwendung finden	29
3.1.2.1	Körpertherapeutische Interventionsmöglichkeiten	30
3.1.3	Der Systemische Ansatz in der Trauma- und Trauerarbeit	30
3.1.3.1	Coping-Fragen	31
3.1.3.2	Die Wunderfrage	31
3.2	Humor	32
3.3	Trauma als Chance zur persönlichen Entwicklung	33
3.4	Trauma und Spiritualität	34
3.5	PSI-Erfahrungen	35
3.6	Stigmatisierung und Diskriminierung	36
4	SOZIALE UND GESELLSCHAFTLICHE AUSWIRKUNGEN	37
5	FALLDOKUMENTATION	38
6	REFLEXION	45
7	AUSBlick	48
8	LITERATURVERZEICHNIS	50
9	ANHANG	52

1 VORWORT

Was hat mich bewegt, gerade dieses Thema für meine Abschlussarbeit zu wählen? Bereits in meiner ersten Ausbildungswoche am Campus Naturalis im Juli 2010 habe ich mein Interesse und meine Liebe für die Traumatherapie entdeckt. Ich habe zu den Themen "Traumatherapeutische Interventionen" ein Referat gehalten und beschlossen, mich auf diesem Gebiet weiterzubilden.

In meinem Praktikum und Mitarbeit bei ANUAS e. V. – Hilfsorganisation für Angehörige von Mord-/Tötungs-/Suizid- und Vermisstenfällen – hatte und habe ich mit Menschen zu tun, die durch die gewaltsame Tötung eines Familienmitgliedes zum Teil schwerst traumatisiert sind. Ich erlebe mit, dass die Angehörigen durch inkompetentes und unangemessenes Verhalten von Polizei, Behörden und Institutionen, vom sozialen Umfeld und sogar von Ärzten und Psychotherapeuten häufig Re-Traumatisierungen ausgesetzt sind. Auch hier habe ich in Workshops Vorträge zu den Themen "Traumafolgen" sowie "Klientenzentrierte Gesprächsführung" gehalten, um die Öffentlichkeit für einen verständnisvollen und wertschätzenden Umgang mit Betroffenen zu sensibilisieren.

Für Opfer von Gewaltverbrechen gibt es nur wenig Hilfe und Unterstützung. Für die Angehörigen gibt es fast gar keine. Hilfseinrichtungen für Traumaopfer arbeiten größtenteils ehrenamtlich und kämpfen um ihre finanzielle Existenz. Professor Dr. Luise Reddemann, eine Pionierin auf dem Gebiet der Traumaforschung in Deutschland, hat in ihrer langjährigen Arbeit festgestellt, dass *"Einrichtungen und deren MitarbeiterInnen von der Gesellschaft beinahe genauso geächtet werden wie die Opfer. Während in den letzten Jahren eine große Hilfsbereitschaft gegenüber Opfern von sog. Großschadensereignissen erkennbar war, d.h. also Opfern von »Naturkatastrophen« im weitesten Sinn, hält sich die Bereitschaft, Opfern von man-made Traumata zu helfen, in engen Grenzen. Die Zentren, die sich mit solchen Opfern befassen, werden an den Rand gedrängt, und am besten wären sie unsichtbar und unbemerkbar, so will es mir scheinen. Dies setzt Mitarbeitende unter gefährlichen Druck, dem viele nicht auf Dauer standhalten können"* (Pross 2009, S. 12-13).

Dem kann ich mich nur anschließen. Diese Erfahrungen habe ich während meiner Mitarbeit bei ANUAS e.V. auch gemacht.

Zudem bemängeln nahezu alle Hinterbliebenen, dass Deutschland ein Täterstaat sei. Den Freiheitsrechten eines Täters wird in diesem Land mehr Beachtung ge-

schenkt als den Sorgen und Nöten der Opfer und deren Angehörigen. Wer nicht selbst betroffen ist, kann sich kaum in die Angehörigen hineinversetzen und höchstens ein Stück weit nachempfinden, wie es sich anfühlen muss, das Kind, die Schwester, den Bruder oder den Partner durch Mord oder Totschlag zu verlieren. Der Ruf der Angehörigen nach einer gerechten Strafe und Wiedergutmachung wird laut. Doch worin könnte die Wiedergutmachung eines Mordes bestehen? Der Mensch ist tot und kommt nicht zurück. Recht und Gerechtigkeit sind ebenfalls zwei verschiedene Schuhe. Opfer und Hinterbliebene fühlen sich von Behörden, Polizei, Politik und Gesundheitssystem im Stich gelassen. Ihr Vertrauen in andere Menschen ist seinen Grundfesten erschüttert. Nichts ist mehr wie vorher.

Oft fehlt das Verständnis von Verwandten, Freunden und Arbeitskollegen, wenn der Trauerprozess der Betroffenen nach einer "angemessenen Zeit" immer noch nicht abgeschlossen ist. Arbeitsplatzverlust, Entwicklung von Suchtproblematiken, sozialer Abstieg, das Auseinanderbrechen von Familien, Suizidgedanken und ausgeführte Suizide sind beileibe keine Seltenheit.

Doch was ist in diesem Zusammenhang "angemessen"? Wer will das beurteilen? Und wer will bestimmen, wie lange ein Mensch zu trauern hat? Viele Lehrbücher machen diesbezüglich klare Aussagen. Allerdings sieht die Realität in den allermeisten Fällen ganz anders aus. Und das versuche ich, in meiner Abschlussarbeit darzustellen.

Oft finden Angehörige gar keine Zeit zum Trauern, weil sie über Monate und Jahre mit der Aufklärung des Todesfalls beschäftigt sind. Erst wenn die Hinterbliebenen das Gefühl haben "ich habe alles in meiner Macht stehende getan, jetzt kann ich nichts mehr tun, um zur Aufklärung des Mordes oder zur Ergreifung des Täters beizutragen"..., oder wenn der Täter ermittelt und verurteilt ist, dann erst beginnt für die Familien der Trauerprozess. Vorher werden lediglich Überlebensmechanismen in Gang gesetzt, die Menschen verdrängen den Schmerz und funktionieren wie Roboter, um ihren Alltag mehr schlecht als recht zu bewältigen. Meist sind bis dahin die Traumafolgestörungen längst chronifiziert, was eine Traumatherapie umso schwieriger macht. Überdies sind viele Betroffene nicht bereit, eine Therapie zu beginnen, aus Angst, ihr ganzes Leben, von ihrer Kindheit angefangen, vor den TherapeutInnen ausbreiten zu müssen. Dazu haben viele schlicht und ergreifend keine Lust, und es fehlt ihnen zudem die Kraft.

Eine ressourcenorientierte Herangehensweise und ein respektvoller, wertschätzender Umgang mit traumatisierten Menschen sind daher unabdingbar, um hinter-

bliebene Familienmitglieder darin zu unterstützen, ihren Weg zurück ins Leben zu finden.

2 PSYCHOTRAUMA

Das Wort "Trauma" kommt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde. Der Ausdruck "Traumatologie" bezeichnet ursprünglich einen Zweig der Chirurgie, der sich mit Wunden und Behinderungen beschäftigt, die von einer körperlichen Verletzung stammen. Ein Psychotrauma ist also eine Erschütterung, eine Verwundung der Seele.

Der ICD-10 definiert Psychotrauma wie folgt:

- **kurz oder lang anhaltende** Ereignisse von
- **außergewöhnlicher Bedrohung** mit
- **katastrophalem Ausmaß**, die nahezu bei jedem
- **tiefgreifende Verzweiflung** auslösen würden

2.1 Wie ein Trauma entsteht

Ein Trauma entsteht durch ein überwältigendes Ereignis, das zu schnell, zu heftig, zu früh und/oder unvorbereitet auf den Menschen einwirkt, so dass der Organismus eine übermächtige Bedrohung seiner Existenz erlebt und die normalen Bewältigungsmechanismen überfordert sind. Dies gilt für Menschen und Säugetiere. Für traumatische Erfahrungen ist unser Organismus nicht eingerichtet. Dennoch erleiden Menschen und Tiere schreckliche Erfahrungen, die Ohnmacht, Todesangst und Hilflosigkeit hervorrufen.

2.2 Welche Arten von Traumata werden unterschieden?

Wir unterscheiden zwischen Traumatisierungen, die z. B. durch Naturkatastrophen herbeigeführt werden und so genannten man-made Traumata, also Misshandlungen, die Menschen anderen Menschen zufügen, wie z. B. Vergewaltigungen. Weiterhin sind die kollektiven Traumata zu nennen. Hierbei handelt es sich ebenfalls um man-made Traumata, die allerdings nicht in einem individuellen, sondern in

einem größeren Kontext geschehen und allen widerfahren, wie beispielsweise Kriege.

Am schlimmsten wirken sich Traumata aus, die Menschen anderen Menschen zufügen. Wenn ein Mensch, dem wir vertrauen, uns absichtlich schadet, fühlen wir uns zutiefst verletzt und verraten. Werden wir durch eine Naturkatastrophe getroffen, verletzt uns das auch, allerdings können wir damit leichter fertig werden, weil wir wissen, dass ein Erdbeben oder eine Flut uns nicht persönlich schädigen oder verraten will. Kollektive Traumata, wie z. B. Kriege, treffen uns ebenfalls schwer, dennoch können wir uns zumindest damit trösten, dass alle das gleiche Schicksal miteinander teilen. So absurd dies vielleicht klingen mag, diese Ansicht hilft vielen Menschen, mit dem Erlebten besser fertig zu werden (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 14).

2.3 Mögliche Ursachen zur Entstehung eines Traumas

In der nachfolgenden Darstellung sind einige Begebenheiten aufgeführt, die ein Trauma zur Folge haben können. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Traumata können auf vielfältige Weise entstehen.



Abb. 1: Mögliche Ursachen von Traumata

2.4 Sekundäre Traumatisierungen

Werden Helfer mit Traumafolgen konfrontiert, beispielsweise Polizisten, Feuerwehrleute, Ärzte etc., können diese durch das Erleben ebenfalls traumatisiert werden. Man spricht in diesem Zusammenhang von sekundärer Traumatisierung. Das Zusammenleben als Kind mit traumatisierten Eltern, z. B. Holocaustopfern, Kriegsopfern, Opfern sexualisierter Gewalt, wird ebenfalls als sekundäre Traumatisierung bezeichnet oder auch als "Second-Generation-Phänomene" (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 17).

2.5 Trauma oder belastendes Lebensereignis?

Ob und warum der Verlust des Arbeitsplatzes bei einer Person eine Traumatisierung nach sich ziehen kann, während sie bei einer anderen Person lediglich als ein belastendes Lebensereignis empfunden wird, beantwortet Michaela Huber, eine Pionierin auf dem Gebiet der Traumaforschung und Therapie. Sie berichtet in ihren Ausbildungskursen von einem Skiunfall, den sie in den 1970er Jahren erlitt und sagt, dass dies für sie zwar ein belastendes Lebensereignis gewesen sei, nicht jedoch ein Trauma. Was dann wohl ein Trauma sei? Ihre StudentInnen antworten dann mit Ereignissen, die sie mit einem Trauma gleichsetzen, so z.B. Kriegserlebnisse, Banküberfälle, Grubenunglücke, sexuelle Gewalt in der Kindheit. Ob sie sicher seien, dass dies alles Traumata seien, fragt Huber und behauptet, dass viele Menschen, die solche Erlebnisse haben, diese zwar als äußerst belastende, aber nicht traumatische Erfahrungen verarbeiteten. Um die Verwirrung komplett zu machen, gibt sie an, dass manche Menschen einen Skiunfall, bei dem sie sich ein Bein brechen, als Trauma verarbeiten. Nimmt man also ein solch reales Ereignis, schaut aber auf die innere Verarbeitung, was kennzeichnet dann wohl ein Trauma im Vergleich zum belastenden Lebensereignis? Nun erhält sie andere Antworten (Huber 2007, S. 37 – 38):

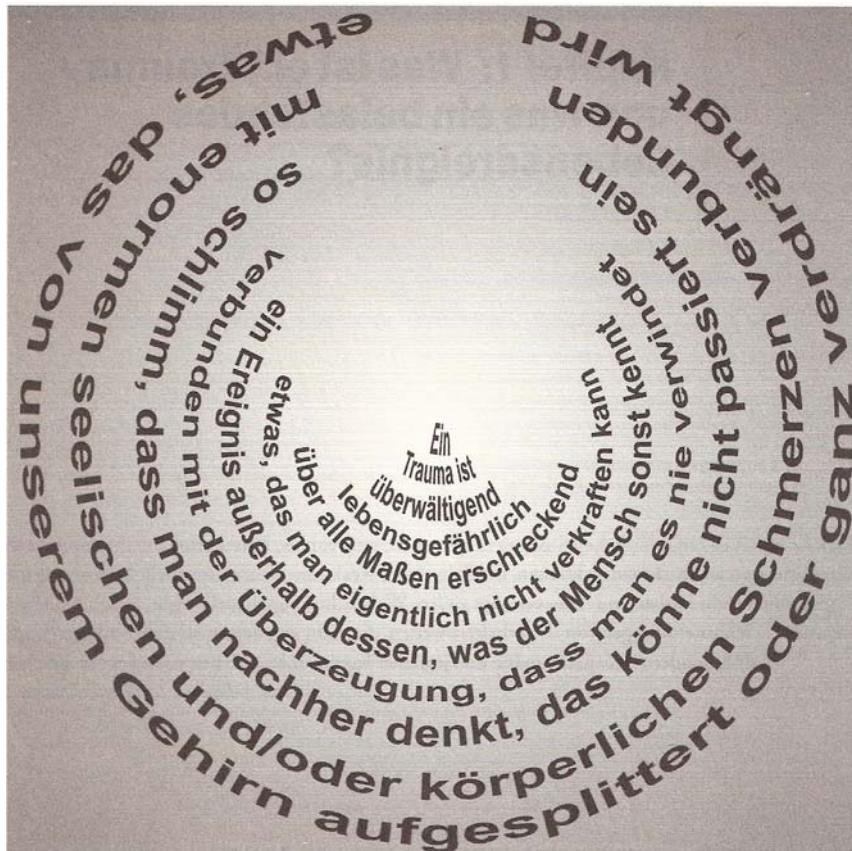


Abb. 2: Was ist ein Trauma?

(Bildquelle: Huber 2007, Trauma und die Folgen, Teil 1, S. 38)

Ob ein Ereignis als Belastung empfunden oder als Trauma verarbeitet wird, hängt noch von weiteren Faktoren ab. Zum einen durch den auslösenden Faktor selbst, also die Schwere des Erlebnisses, zum anderen durch die Widerstandskraft desjenigen, dem die Schädigung widerfährt. Zudem spielt es eine Rolle, ob der oder die Geschädigte bereits erwachsen oder noch ein Kind ist. Für Kinder sind traumatische Erfahrungen am schlimmsten, denn sie verfügen nicht über die Möglichkeiten des Schutzes und der Verarbeitung wie Erwachsene (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 15). Wie wir auf ein traumatisches Ereignis reagieren, hängt ebenfalls davon ab, welche Bindung wir als Kind zu unseren Eltern oder engen Bezugspersonen hatten, ob wir in einem stabilen, liebevollen Umfeld aufgewachsen sind, also in einer Familie, die nährend und konstruktiv auf die Entwicklung ihrer Kinder einwirkt anstatt destruktiv und dissozial. Nährende Beziehungen wirken sich positiv auf die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen aus. Ein stabiles Netzwerk aus Familie, Freunden, Arbeitskollegen, ebenso wie ein Beruf, Hobbies oder Aufgaben, die uns zufriedenstellen, bei denen wir Anerkennung erfahren, haben einen positiven Einfluss auf die Entwicklung unserer Resilienzfähigkeit.

Hilarion Petzold, Begründer der Integrativen Therapie, erstellte bereits 1985 sein Identitätskonzept mit 5 Säulen und beschreibt die Grundbedürfnisse des Menschen (siehe Abb. 3).

Länger andauernde soziale Belastungen, wie Arbeitslosigkeit, Mobbing oder dergleichen können eine gewisse Zeit ausgehalten und ertragen werden, besonders dann, wenn eine Besserung oder Veränderung absehbar ist. Ist dies nicht der Fall, können derartige Belastungen zum Trauma werden. Eine einmalige traumatische Erfahrung kann in der Regel besser verarbeitet werden als immer wiederkehrende und über Jahre andauernde Traumata. Je enger die Beziehung und je größer das Vertrauensverhältnis zur schädigenden Person war, desto schwerer sind die Traumafolgen (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 18).

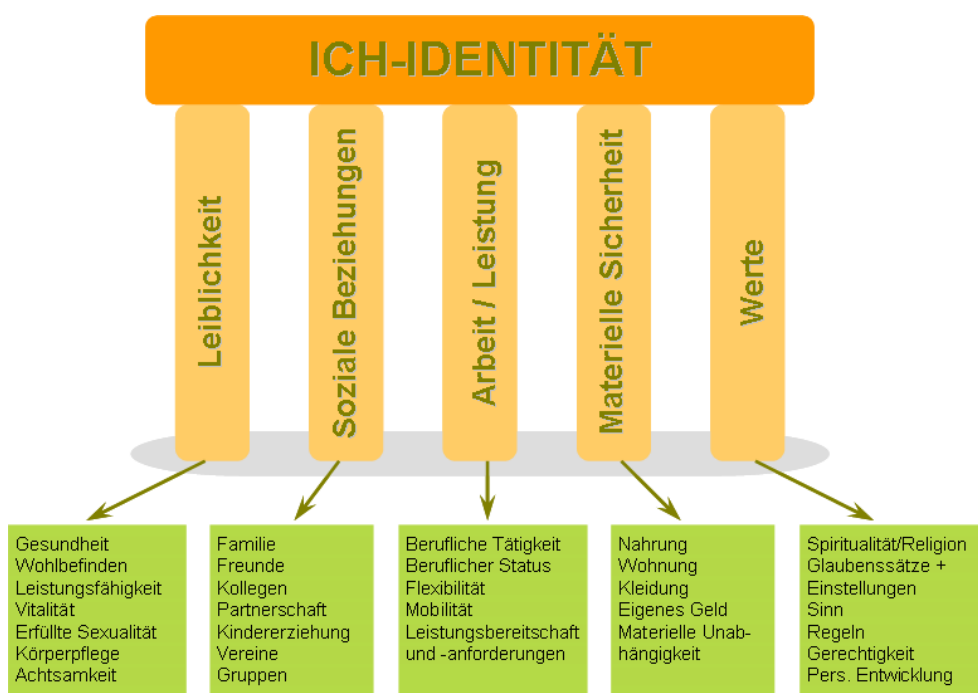


Abb. 3: Die 5 Säulen der Identität

Ein Schocktrauma kann sich auf alle fünf Säulen der Identität auswirken. Bei einer Vergewaltigung, die am eigenen Leib erlebt wurde oder einem Mord an einer nahestehenden Person ist nichts mehr wie vorher. Leib und Seele sind verletzt, soziale Bindungen leiden darunter, Familien zerbrechen, Menschen verlieren ihre Leistungsfähigkeit und damit oft ihren Arbeitsplatz. Dies zieht die Beeinträchtigung

bzw. den Verlust der materiellen Sicherheit nach sich, weil nicht genügend Geld zum Leben da ist. Zudem sind auch die Grundwerte des Geschädigten erschüttert und verschieben sich. Was einst gut und richtig war, ist jetzt nichts mehr wert. Was früher wichtig war, wird jetzt unwichtig. Vertrauen verwandelt sich in Misstrauen. Die Persönlichkeit eines Menschen verändert sich. Das Leben verliert seinen Sinn.

In meiner Mitarbeit bei ANUAS e.V. erlebe ich immer wieder, dass Menschen keine Lust mehr haben weiterzuleben, weil "ja doch alles keinen Sinn mehr hat". Ohne einen Sinn im Leben hat der Mensch keine Motivation, weiter zu existieren. Ein reines Dahinvegetieren führt schnell zum seelischen und körperlichen Zerfall. Aufgrund dieser Erkenntnisse entwickelte Viktor Frankl die Logotherapie und Existenzanalyse (*logos* (griech.) = der Sinn).

2.6 Merkmale eines Traumas

- Überwältigung durch unerträgliche Ereignisse
- zu viel, zu schnell, zu intensiv, zu früh/unvorbereitet
- Grenzen des eigenen Systems werden verletzt
- lebensgefährliche Bedrohung für den Organismus
- normale Bewältigungsmechanismen sind überfordert
- schutzloses Ausgeliefertsein
- Machtlosigkeit - keine Kontrolle über das, was geschieht
- Selbst- und Weltverständnis dauerhaft erschüttert

2.7 Reaktionen – was passiert im Körper?

2.7.1 Fight or Flight

Die natürliche Reaktion des Organismus auf ein überwältigendes Ereignis ist eine enorme Mobilisierung von Überlebensenergie. Diese wird zum Zwecke des Kampfes oder zur Flucht aufgebaut.

Veränderungen im sympathischen Teil des autonomen Nervensystems ermöglichen Muskeln und lebenswichtigen Organen eine stärkere Versorgung mit Blutglucose. Den Skelettmuskeln wird somit mehr Energie zugeführt wird, was den Organismus in die Lage versetzt, besser kämpfen oder vor gefährlichen Situationen fliehen zu können (Huber 2007, S. 41).

2.7.2 Freeze and Fragment

Sind in dem entsprechenden Moment weder Kampf noch Flucht möglich, erstarrt der Mensch und das gesamte Ereignis wird mit Hilfe der hohen Energie zum Schutz des Menschen "eingefroren" (Freeze).

Vom Moment der Freeze-Reaktion an, wenn also die Schockstarre beginnt, ist klar: Jetzt findet für den Menschen das Ereignis als Trauma statt und nicht mehr "nur" als belastendes Lebensereignis.

Mit *Freeze* ist aber auch eine Lähmungsreaktion gemeint: »Es ist, als ob das Gehirn sich sagt: Ich bringe den Organismus nicht erfolgreich aus der Situation heraus, und ich kann den aggressiven Reiz nicht äußerlich niederringen – also muss ich genau dies intern tun: Ich mache den aggressiven Reiz unschädlich und erlaube dem Organismus, sich innerlich davon zu distanzieren. Eine Flut von Endorphinen – schmerzbetäubenden körperlichen Opiaten – hilft bei diesem "geistigen Wegtreten" und der "Neutralisierung" akuter Todesangst. Auch das Noradrenalin aus der Nebennierenrinde, das zunächst zum "Tunnelblick" verhilft, kann, wenn viel davon durch den Körper rast, die normalerweise integrative Wahrnehmung blockieren. Der Mensch müsste jetzt eigentlich schreien, um Hilfe rufen, weinend zusammenbrechen – doch oft bedeutet die "Freeze"-Reaktion nichts anderes als eine Entfremdung vom Geschehen. Viele Menschen werden erst deutlich später diese eigentlich normalen Reaktionen bekommen – wenn sie hinterher in Sicherheit sind und ihr gesamtes Hirn wieder "heruntergeschaltet" ist aus dem Alarmzustand und schreien. Aber die meisten tun es jetzt noch nicht, nicht wenn innerlich erst einmal alles erstarrt" (Huber 2007, S. 43).



Abb. 4: Schockstarre

(Bildquelle konnte trotz Recherchen nicht mehr ausfindig gemacht werden)

In dieser inneren Schockstarre bleibt der Mensch gefangen: die Entfaltung der Lebensenergie wird unterdrückt, es kommt zu einer Unterbrechung der Verbindung zum eigenen Selbst, zu anderen Menschen, zur Natur und zur eigenen geistigen Quelle. Wenn die überschüssige Energie nach dem Ereignis nicht wieder aufgelöst werden kann, bleibt sie im Nervensystem gebunden (Jean Shahbaz, www.traumaheilung-berlin.de).

"Dann ... kommt das Mittel des *Fragmentierens* [Hervorhebung im Original] hinzu: Die Erfahrung wird zersplittert, und diese Splitter werden so "weggedrückt", dass das äußere Ereignis nicht mehr (jedenfalls nicht ohne spätere gezielte Anstrengungen) zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann" (Huber 2007, S. 43).

Erst bestimmte Auslöser, so genannte Trigger, erinnern uns an das Trauma. Einzelne Sequenzen kommen ins Bewusstsein und der Körper reagiert mit entsprechenden Symptomen. Als Trigger kommt beispielsweise ein bestimmter Geruch in Frage, ein Geräusch, eine geschmackliche Wahrnehmung, eine Berührung, eine Farbe oder Struktur eines Materials, eine Melodie, ein bestimmter Filmausschnitt und vieles mehr. Auch viele Jahre nach einem schädigenden Ereignis können Trigger traumatische Bruchstücke ins Bewusstsein bringen.

2.7.3 Wie macht unser Gehirn das?

Die beiden Amygdalae (Mandelkerne) und der Hippocampus liegen im limbischen System – einem stammesgeschichtlich relativ jungen Teil unseres Gehirns – und bilden die zentralen Bereiche bei der Speicherung und Verarbeitung stressreicher Ereignisse. In den Mandelkernen (obwohl es zwei davon gibt, spricht man meist nur von der *Amygdala*) werden die mit einer Erfahrung verbundenen Gefühle gespeichert. Sie tragen dazu bei, dass unangenehme Erlebnisse sehr schnell gelernt und künftig vermieden werden. Es werden Verknüpfungen geschaffen zwischen dem Erlebten und den damit verbundenen Gefühlen (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 32-33).

Amygdala und Hippocampus schlagen Alarm bei Gefahr. Sobald sie eine Gefahr als solche erkannt haben - dies geschieht im Bereich von 20 Millisekunden (Madert 2006) -, wird sofort eine vegetative und motorische Umstellung des ganzen Systems in Gang gesetzt.

"Normalerweise werden Reize, die vom Gehirn aufgenommen werden, im limbischen System zum Thalamus geleitet, von dort aus zur Amygdala und zum Hippocampus, dann wieder über den Thalamus zurück zu beiden Hirnhälften, dort zu den Sprachzentren und zum Vorderhirn, und so beginnt eine innere Verarbeitung der aufgenommenen Reize" (Huber 2007, S. 44).

Dies geschieht jedoch nicht bei einem als stressreich ("heiß") definierten Reiz. "Um einen Reiz als "heiß" zu identifizieren, gibt es einen extrem schnellen "Temperaturfühler": eine nur aus einer einzigen Nervenzelle bestehende [sic] Schnellverbindung vom Thalamus zur Amygdala. Wenn die Amygdala, deren Aufgabe es ist, "Spitzenwerte" von Reizen zu identifizieren und Alarm zu schlagen, dies tut, wird im gesamten Organismus "Feueralarm" gegeben..."

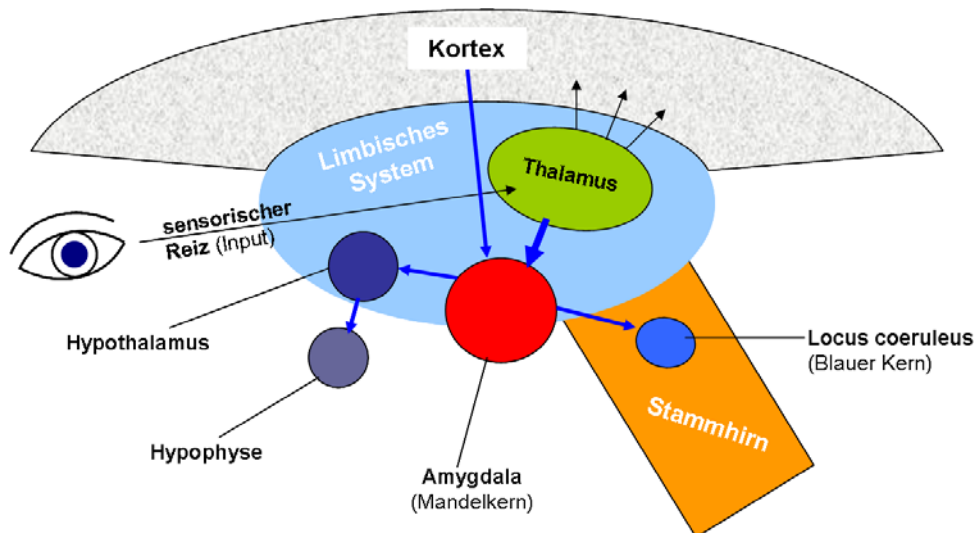


Abb. 5: Alarm im Gehirn

Im Wesentlichen bestimmt die Amygdala, "ob es zu einer Reaktion auf Stress kommt und setzt ggf. den Aktivierungsprozess für neurochemische und neuroanatomische Schaltungen für Angst in Gang... Die Amygdala potenziert auch die Schreckreaktion auf Angst... wie auch andere unverzügliche Verteidigungshandlungen ... sogar noch vor der Aktivierung des hormonellen Systems" (Huber 2007, S. 45).

Die Grundspannung der Muskulatur erhöht sich, die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN) wird aktiviert. Der Organismus wird veranlasst, Unmengen von Stresshormonen auszuschütten (Adrenalin, Noradrenalin, Kortisol).

Durch ein unverarbeitetes Trauma mit unbewältigbarem Stress kommt es zu einer Änderung der „Gate“-Funktion der Amygdala für emotionale Reize (Madert 2006). Das bedeutet, das Tor der Amygdala wird für bedrohliche Reize übermäßig geöffnet. Die in der Amygdala gespeicherten Angstenergien können nicht gelöscht, sondern lediglich vom präfrontalen Cortex, also dem Sinn gebenden Bereich unseres Gehirns, gehemmt werden. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung hat diese Hemmung nicht stattgefunden. Es kommt zu chronischem Stress bis hin zu permanenter funktioneller und struktureller Veränderungen im Gehirn sowie der Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Madert 2006).

Im Zusammenhang mit einer derart gestörten Informationsverarbeitung sind die Unterschiede in den beiden Hemisphären zu nennen. Zur Veranschaulichung dient eine Übersicht über die Eigenschaften der beiden Gehirnhälften.

Tab. 1: Zuständigkeiten und Eigenschaften der beiden Hirnhemisphären

Linke Hemisphäre	Rechte Hemisphäre
<ul style="list-style-type: none"> • Sprache • Logik • analytisches Denken 	<ul style="list-style-type: none"> • visuelles Gedächtnis • Fähigkeit zur Orientierung im Raum • Kreativität • Gefühle • Körperbewusstsein
logisch, rational, abstrakt, wissenschaftlich, verbal, analysierend	gefühlsmäßig, konkret, intuitiv, räumlich, künstlerisch, Zusammenhänge herstellend

Durch die Stimulation der bilateralen Gehirnstruktur (z. B. durch EMDR) wird die Verarbeitung abgekapselter Komplexe angeregt.

2.7.4 "Hot Memory"

Bei anhaltenden Stressreaktionen wirken sich die ständig erhöhten Stresshormone insbesondere auf die Nervenzellen des Hippocampus aus. So werden traumatische Erfahrungen über die Amygdalae als Gefühlszustände, Bilder oder körperli-

che Reaktionen erinnert, nicht aber als konkrete Ereignisse im Zusammenhang mit der äußeren Realität. Es entsteht eine "hippocampale Amnesie", d. h. es besteht keine Erinnerung an die konkrete reale Situation" (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 34).

Für die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen ist folgende Verknüpfung notwendig:

- Was ist passiert?
- Was habe ich gefühlt?
- Was habe ich gedacht?
- Wie habe ich reagiert?

Ist die Traumaverarbeitung unzureichend erfolgt oder gar missglückt, überwiegt das emotionale Gedächtnis. Dies geht wiederum zu Lasten des autobiografischen Gedächtnisses. Intensive Erinnerungszustände sowie Erinnerungslücken bezüglich des Erlebten bestehen nebeneinander (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 34).

2.7.5 Das vegetative Nervensystem – Kampf um die innere Balance

Das vegetative Nervensystem sorgt für den automatischen Ablauf aller unbewussten Lebensvorgänge und gliedert sich in zwei antagonistisch wirkende Teilsysteme:

- a) das "sympathische System": steigert Leistungsbereitschaft und Aktivität in Stress- und Notfallsituationen
- b) das "parasympathische System": dient der Erholung und Regeneration, fördert Verdauungs- und Ausscheidungsvorgänge

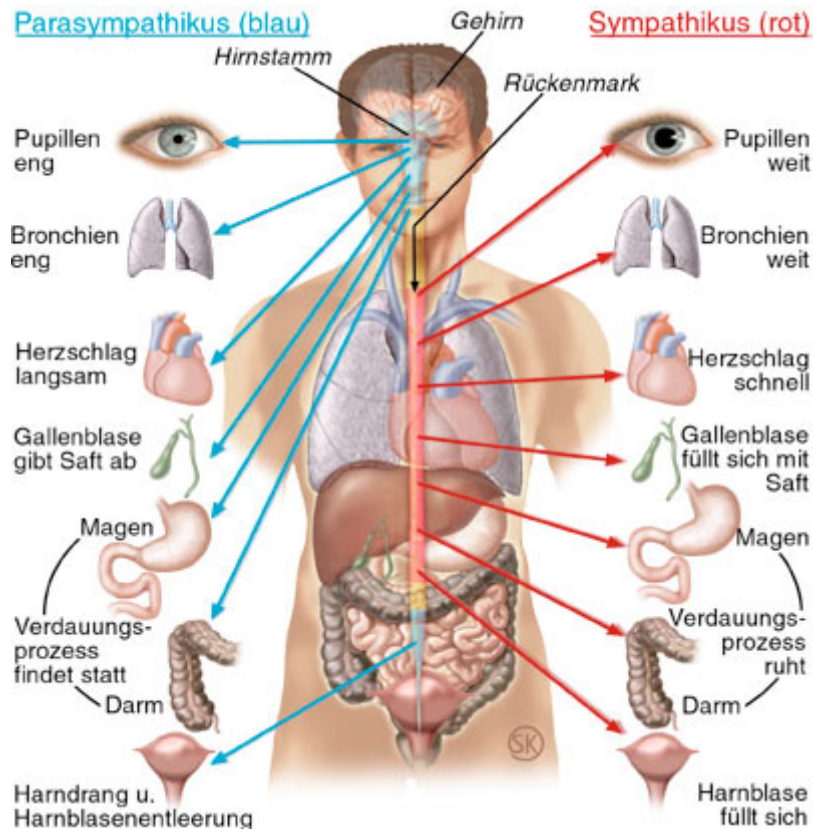


Abb. 6: Die "Zuständigkeiten" des autonomen Nervensystems

(Bildquelle: <http://www.gie-wasseraktivierung.de/rundgang/umwelt.php>)

Sympathicus und Parasympathicus müssen immer wieder zu einem gut ausgewogenen Gleichgewicht zurückfinden, wenn es nicht zu Störungen der Organfunktionen kommen soll. Hat der Sympathicus Übergewicht, sorgt der Parasympathicus sofort für den Ausgleich. Unser vegetatives Nervensystem ist enorm belastbar und hält auch extremer Beanspruchung stand. Wird die Belastungsfähigkeit überschritten, dann verhindern eingebaute Sicherungen – z. B. Warnsignale, wie Ermüdung und Erschöpfung – den sofortigen Zusammenbruch.

Im Zustand äußerster Erregung und Anspannung, bei Angst beispielsweise, verhält es sich anders: Angst aktiviert vorrangig das sympathische System, um zusätzliche Energien zu mobilisieren.

2.8 Traumasymptome und Folgereaktionen

Traumatische Erlebnisse können viele und ganz unterschiedliche Symptome und Reaktionen hervorbringen. An dieser Stelle seien einige davon aufgelistet:

Zittern	Affektivitätsstörungen	Vermeidungsverhalten
Kalter Schweiß	Emotionale Taubheit (Gefühl der Gefühllosigkeit)	Alpträume
Veränderte Puls- und Blutdruckwerte	Leichte Reizbarkeit	Flashbacks (plötzliches, unkontrollierbares Auftauchen von Erinnerungssequenzen oder Bildern des Erlebten)
Schmerzen unterschied- lichster Art	Überhöhte Wachsamkeit	Dissoziative Zustände - Depersonalisation - Derealisation
Schlafstörungen	Übersteigerte Schreck- reaktionen	Depressionen
Muskelverspannungen	Angst-/Zwangserkran- kungen, Panikattacken	Rückzug/Isolation
Verschlechterung des Immunsystems	Abhängigkeitsentwicklung (Drogen, Alkohol, etc.)	Suizidgedanken
Sonstige körperliche Beschwerden	Selbstverletzendes Verhalten	Suizid

Abb. 7: Traumasymptome

2.8.1 Traumafolgestörungen

Die Traumaforschung weiß heute, dass vielen körperlichen und psychischen Erkrankungen eine oder mehrere traumatische Erfahrungen zugrunde liegen können. So können beispielsweise Angst- oder Zwangsstörungen durchaus ihre Ursache in einem traumatischen Erlebnis haben. Ebenso kann ein traumatisches Erlebnis ausschlaggebend für eine akute Pankreatitis sein. Unterdrückte und nicht gelebte Trauer kann die Leber derart in Mitleidenschaft ziehen, dass dies eine Leberzirrhose zur Folge haben kann, ohne dass der oder die Betroffene je Alkohol konsumiert hätte. Viele Psychotraumatologen sind sehr bemüht, ihren ärztlichen Kollegen die Zusammenhänge "zwischen Trauma und Soma" sprich, die Wechselwirkungen von Körper und Seele zu verdeutlichen. Damit soll erreicht werden, traumatisierten KlientInnen eine Odyssee durch das organmedizinische Gesundheitswesen zu ersparen. Und das halte ich für sehr sinnvoll. Es ist hilfreich, neben der Betrachtung und Versorgung der körperlichen Schäden gleichzeitig die seelischen Zusammenhänge zu beachten und ggf. psychotherapeutisch zu behandeln (Huber 2007, S. 113).

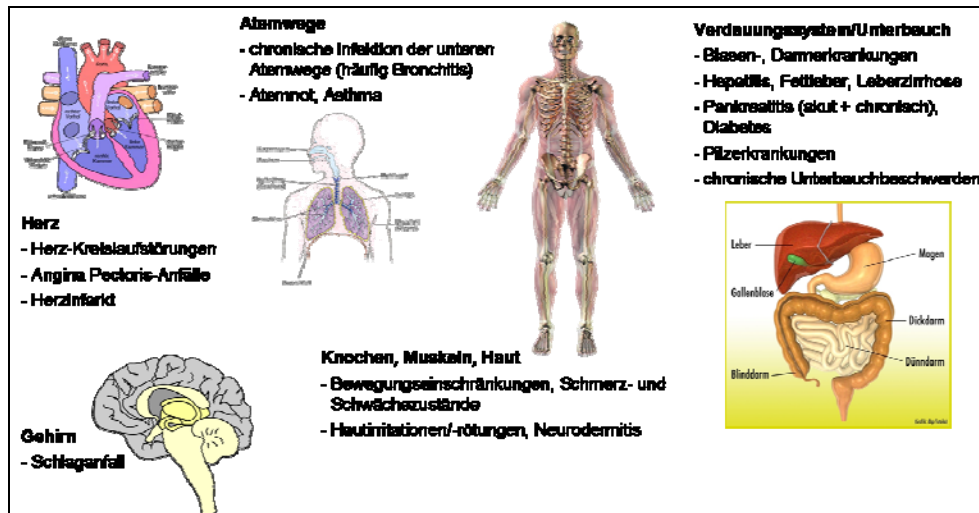


Abb. 8: Mögliche organische Beeinträchtigungen nach einem Schocktrauma

2.8.2 Welche Traumafolgestörungen werden unterschieden?

2.8.2.1 Akute Belastungsreaktion

Eine vorübergehende Störung von beträchtlicher Schwere, die sich als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Die Symptomatik kann sehr wechselnd und unterschiedlich sein. Typisch ist der Beginn mit einer Art von Betäubung im Sinne einer inneren Lähmung mit einer gewissen Bewusstseinsengung (Konstriktion). Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (Fluchtreaktion oder Fugue). Meist treten Zeichen vegetativer Übererregung, wie panische Angst, Tachykardie, Schweißausbrüche und Zittern auf. Es kann eine teilweise oder vollständige Amnesie bezüglich des traumatischen Ereignisses vorliegen.

2.8.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Das ICD-10 beschreibt diese als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außer-

gewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.

Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

Hier muss ich ein Veto einlegen. Die Praxis zeigt immer wieder, dass der Beginn der PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) auch noch viele Jahre nach einem Trauma auftreten kann. Auch Luise Reddemann weiß, dass sich in der klinischen Wirklichkeit zum Teil jahrzehntelange Zeiträume finden, in denen alles in Ordnung schien. Trotzdem entwickeln einige Menschen nach Jahrzehnten noch eine PTSD.

Eine traumatische Erfahrung versetzt uns über lange Zeit in Angst und Schrecken. Die Auswirkungen bleiben bestehen, auch wenn das Ereignis an sich längst vorüber ist. Fachleute sprechen deshalb von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. In Deutschland ist das Konzept dieser Störung noch wenig bekannt (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 51-52).

"Die einfache posttraumatische Belastungsstörung ist selten – etwa 20 Prozent aller Patienten, bei denen man eine PTSD diagnostiziert, leiden »nur« an dieser einfachen Form. Häufiger ist die komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die so gut wie immer gemeinsam mit anderen Erkrankungen auftritt (Komorbidität). Häufig wird deshalb die posttraumatische Belastungsstörung nicht erkannt. Auch deshalb, weil viele Ärzte und Psychologen über Traumafolgeerkrankungen nicht gut informiert sind. Leider wissen auch viele Fachleute nicht, dass ein einmaliges

Trauma Symptome auslösen kann, die einer schweren neurotischen Störung oder sogar einer Persönlichkeitsstörung gleichen können" (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 54-55).

2.8.3 Diagnose bei Langzeitschäden

2.8.3.1 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung = DESNOS (Disorder of Extreme Stress not otherwise specified)

In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde bei Langzeitschäden die Schaffung einer eigenen Diagnose "Störung durch extremen Stress" (Disorder of Extreme Stress, DESNOS) vorgeschlagen. Hierfür wurde ein Fragebogen (Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung = IK-PTBS) entwickelt, der hervorragend geeignet ist, um langfristige Folgen von Traumatisierungen zu erheben, ohne dass die Traumata im Einzelnen abgefragt werden müssen und die Betroffenen womöglich weiteren Re-Traumatisierungen ausgesetzt wären (Huber 2007, S. 143 ff, 256 ff). Die Dimensionen, wie sie der IK-PTBS abfragt werden, sind im Anhang 2 dargestellt.

2.8.4 Weitere Störungsbilder und Diagnosen

Im Verlauf verschiedener Therapien haben Menschen immer wieder verschiedene Diagnosen erhalten, da ihre Beschwerden unterschiedlich eingeordnet wurden. Die Bandbreite umfasst psychiatrische Erkrankungen, wie z. B. Schizophrenie, Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, Ess-Störungen, Somatisierungsstörungen Suchtmittelmissbrauch sowie Persönlichkeitsstörungen, wie die Borderline-Störung (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 63).

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen die höchste Rate an Traumatisierungen auf, die höchste Rate an Posttraumatischen Belastungsstörungen und das jüngste Lebensalter bei dem Ereignis des ersten Traumas. "Die emotionale Instabilität mit der Neigung zu Wutausbrüchen und depressiven Einbrüchen ist in vieler Hinsicht mit der Symptomatik nach schweren und lang anhaltenden Traumatisierungen identisch" (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 52).

2.8.4.1 Anpassungsstörungen / Trauerreaktionen (F43.2)

Eine Anpassungsstörung tritt laut aktuell gültiger Lehrmeinung etwa 4 Wochen nach einer entscheidenden Lebensveränderung auf und dauert ca. 1 Jahr.

Wenn ein geliebter Mensch ermordet wurde, müssen Geschwister, Eltern und andere Familienangehörige viel mehr Zeit und Energie aufwenden, um sich an die neuen Lebensumstände anzupassen. Dies ist für die Familie selbst, aber auch für Freunde und Arbeitskollegen sehr belastend. In diesen Fällen sprechen die Lehrbücher von einer abnormen bzw. pathologischen Form der Trauerreaktion.

Auch hier muss ich ein Veto einlegen.

Die Trauer ist eine gesunde Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person, mit der man in einer engen Beziehung stand. Dies gilt besonders dann, wenn ein Mensch gewaltsam zu Tode kam. Oft spielen Schuldgefühle eine Rolle und die Hinterbliebenen machen sich bittere Vorwürfe, weil sie die Tat nicht verhindern konnten. In einigen Kulturen dieser Erde gibt es eine 2-jährige Trauerzeit, die die hinterbliebene Person nutzen kann, um sich zurückzuziehen und ihren Schmerz zu durchleben. Vor Ablauf dieser Zeit muss sie nicht am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

In unseren Breiten gilt: Ist die/der Betroffene nach einer "angemessenen" Trauerzeit immer noch nicht "drüber weg", erzeugt das bei vielen Menschen Unverständnis. Dann folgen Ratschläge, wie "Du musst in eine Selbsthilfegruppe gehen", "Du musst eine Therapie machen", "Du musst wieder auf die Beine kommen", "Du musst wieder mal etwas für dich tun", "Du musst, du musst, du musst...".

Ich bin der Meinung: Niemand muss irgendetwas...!

Und wer will wirklich sagen können, was "angemessen" ist. Ich kann vielleicht wissen, was ich gerade brauche, aber sicher nicht, was jemand anders braucht.

Wissenschaftler der American Psychiatric Assoziation erarbeiten derzeit die neuen Kriterien für den DSM V, nach denen Trauerreaktionen dann grundsätzlich als pathologisch einzustufen wären. Dies halte ich für sehr bedenklich und frage mich ernsthaft, wo hier der gesunde Menschenverstand und das respektvolle Verständnis für die verletzten Gefühle und die eigenen Coping-Strategien von Menschen geblieben sind.

Meines Erachtens ist es nicht als pathologisch zu betrachten, wenn ein Mensch nach einer "angemessenen" Zeit noch immer trauert und sich an die neue Situation nicht "anpassen" kann. Nach meiner Erkenntnis sollen Menschen sich deshalb anpassen, damit die bestehenden Systeme, in denen sie sich bewegen, aufrechterhalten werden und möglichst reibungslos funktionieren. Dies dürfte vor allem im Interesse von Krankenkassen, Politikern und Arbeitgebern sein.

Jeder Mensch ist einzigartig und wertvoll, und genauso einzigartig und wertvoll sind seine Lösungsversuche und Bewältigungsstrategien. Der Mensch ist weit mehr als nur eine Ansammlung von Zellen, die zu Organen und Extremitäten geformt sind. Wäre diese Ansammlung von Zellen nicht beseelt und von einem Geist durchdrungen, wäre der Mensch nicht Mensch und somit unfähig zu leben, zu fühlen, zu denken und zu lieben.

Menschen, die einen Angehörigen durch ein Gewaltverbrechen verloren haben, beispielsweise eine Mutter, deren Kind ermordet wurde, werden nie aufhören zu trauern. Und das müssen sie auch nicht. Niemand kann mir vorschreiben, wie lange und wie stark ich zu trauern habe. Roland Kachler, Diplom-Psychologe und Vater eines tödlich verunglückten Sohnes, hat einen neuen Ansatz in der Trauerbewältigung entwickelt, den er mit großem Erfolg anwendet.

Die klassische Trauertherapie schreibt vor, dass man den Verstorbenen "loslassen" muss. Doch wen oder was soll man da loslassen? Und wohin soll man sie oder ihn loslassen? Warum soll man dies tun und wozu soll das gut sein? Diese Fragen stellen trauernde Menschen sich immer wieder. In dem neuen Ansatz von Roland Kachler geht es nicht darum, jemanden loszulassen, sich für immer von ihm zu verabschieden, ihn zu vergessen oder zu verdrängen, sondern eine neue, andere Art der Beziehung zu dem Verstorbenen zu gestalten, auch wenn der physische Körper nicht mehr greifbar ist.

Trauer ist als ein Prozess zu verstehen, der stetigen Veränderungen unterliegt. Zudem muss unterschieden werden zwischen einfacher und traumatischer Trauer. Von einfacher Trauer spricht man, wenn ein Mensch lange krank oder sehr alt war und die Angehörigen Zeit und Gelegenheit hatten, sich von der geliebten Person zu verabschieden bzw. sich auf das Ableben vorzubereiten. So besteht die Möglichkeit, sich frühzeitig mit dem Thema Tod und Abschied auseinanderzusetzen.

Bei traumatischer Trauer geht, wie der Ausdruck schon sagt, der Trauer ein Trauma voraus. Solange der Mensch noch in seinem Trauma steckt, welches noch nicht bearbeitet ist, und solange die Angehörigen noch damit beschäftigt sind, sich um Dinge wie Beerdigung, der Aufklärung des Verbrechens, der Wahrnehmung von Prozess- und Gerichtsterminen uvm. zu kümmern, haben sie gar keine Zeit zu trauern. Viele Betroffene, die zu ANUAS kommen, berichten, dass sie erst dann trauern können, wenn der Mörder hinter Schloss und Riegel sitzt und der Prozess endlich abgeschlossen ist. Danach könnten sie sich emotional mit dem Tod und dem Abschied von ihrem geliebten Menschen auseinandersetzen und realisieren, dass der Verstorbene nicht zurückkommt.

Erst der Abschluss des Mordprozesses, das Schließen der Akten und die endgültige Gewissheit, alles getan zu haben, was zur Aufklärung und Ergreifung des Mörders geführt hat, gibt den betroffenen Angehörigen die Möglichkeit, überhaupt erst mit der Trauerarbeit beginnen zu können. Bis es soweit ist, vergehen mitunter dahin viele Jahre. Bis dahin funktionieren die Betroffenen nur und "halten sich irgendwie am Leben".

2.8.4.2 Dissoziative Störungen (F44)

Dissoziieren hilft, ein Trauma zu überleben. Grundsätzlich ist Dissoziation ein Alltagsphänomen und das Gegenteil von Assoziation. Wir dissoziieren und assoziieren ständig. Wir fügen zusammen und trennen oder schieben zur Seite. Unser Gehirn filtert aus, was es als

- zu unwichtig oder
- zu brisant

einschätzt (Huber 2007, S. 53 ff).

Es gibt Menschen, die im größten Trubel alles um sich herum vergessen. Sie blenden Geräusche und Bewegungen um sie herum aus und vertiefen sich in ein Buch. Wer gut dissoziieren kann, "kann sich oft "wegbeamern" aus der zusammenhängenden Wahrnehmung der Alltagsrealität".

Verfügt ein Mensch über eine weniger gute Alltagsdissoziation, wird er versuchen, alles zusammenhängend wahrzunehmen. Diese Person wird möglicherweise bei Reizüberflutungen weniger ausblenden können und deshalb eher Stressreaktionen

zeigen. Allerdings gibt es zwischen Alltagsdissoziation und pathologischer Dissoziation unter Extrembelastung keinen fließenden Übergang. Das bedeutet, dass eine gute dissoziative Fähigkeit im Alltag kein unbedingter Hinweis darauf ist, dass Dissoziation auch in extremen Stress-Situationen als Abwehrmechanismus zum Einsatz kommt (Huber 2007, S. 55).

In meinen Gesprächen mit Angehörigen von Getöteten kann ich dieses Phänomen oft beobachten. Manchmal scheint mein Gegenüber durch mich hindurchzusehen. Oft kommt es vor, dass der Blick abschweift und die Person weit weg aus dem Fenster oder auf einen bestimmten Punkt im Raum schaut. Ich sehe dies gerne unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass es sehr erholsam sein kann, einmal für ein paar Sekunden aus dem Fenster zu schauen und dabei nichts zu denken – ja wirklich alles um mich herum auszublenzen. Dies sind sehr kraftvolle und erholsame Sekunden oder Minuten. Die Atmung wird tiefer, der Körper entspannt sich, die Seele baumelt. Die Zeit löst sich auf. Es gibt nur Hier und Jetzt.

2.8.4.3 Weitere Formen der Dissoziation

Amnesie (F44.0): Diese geht über die normale Vergesslichkeit hinaus. Es bedeutet, Wissen nicht willentlich zugänglich zu haben. Oft schildern betroffene Angehörige, dass sie sich ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr erinnern, wie es weiterging.

Beispiel:

Frau K. verlor ihren Mann vor einem Jahr. Er wurde auf offener Straße erstochen. Sie wurde kurz nach der Tat in ihrer Wohnung, die unweit vom Tatort lag, darüber benachrichtigt und fand sich danach barfuß auf der Straße wieder. Bis heute kann sie nicht sagen, wie sie zu der Stelle kam, wo ihr Mann noch notärztlich behandelt wurde, wie lange dies dauerte und was in der Zwischenzeit noch passierte. Dieses Beispiel könnte auch für eine dissoziative Fugue dienen, die ebenfalls mit einer Amnesie verbunden ist.

Derealisation: Die Umgebung oder Teile der Umgebung können nicht adäquat wahrgenommen werden (z. B. nichts hören oder aber hören und nichts verstehen). Die Sinnesorgane, in dem Fall die Ohren, sind jedoch vollständig intakt.

Beispiel:

Frau W. erfuhr am Abend, dass ihre Tochter im Ausland tot aufgefunden wurde. Innerhalb kürzester Zeit verschlechterte sich ihr Sehvermögen so massiv, dass sie fast blind war. Auch ihr Hörvermögen war stark beeinträchtigt. Sie konnte andere Menschen, die sie ansprachen, kaum noch akustisch verstehen. Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit kamen hinzu. Es gab keinen organ-pathologischen Befund.

Depersonalisation: Das eigene Selbst, den eigenen Körper oder Teile davon nicht adäquat wahrnehmen können, z. B. Körperteile nicht spüren, kein Schmerz empfinden, "neben sich stehen" oder sogar aus dem Körper "heraustreten".

Beispiel:

Herr J. wurde als Kind von einer Gruppe älterer Jungs gehänselt und geschlagen. Sie machten sich einen Spaß daraus, den "Kleinen" fertigzumachen. Herr J. stellte sich mit der Zeit innerlich darauf ein, dass er "nach der Schule wieder Dresche kriegen" würde. Er wusste, dass er den Jungs körperlich unterlegen war und Kampf oder Flucht nicht möglich sein würden. Es gelang ihm, den Schmerz auszublenken und ihn körperlich nicht zu spüren. Herr J. weiß allerdings nicht, wie er das gemacht hat. In spätern Jahren wurde bei Herrn J. eine Borderline-Störung diagnostiziert sowie Ess-Störungen.

2.8.4.4 Dissoziative Identitätsstörung – Multiple Persönlichkeitsstörung (F4.81)

Der Ausdruck Dissoziative Identitätsstörung ist eine Definition des DSM-IV. Das ICD-10 spricht von einer Multiplen Persönlichkeitsstörung. Diese muss differentialdiagnostisch von den unter F6 genannten Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt werden. Persönlichkeitsstörungen können jedoch komorbid mit jeder anderen psychischen Beeinträchtigung auftreten, was die Diagnosestellung oft erheblich erschwert.

2.8.4.5 Sonstige dissoziative Reaktionen, die im Zusammenhang mit einem Trauma auftreten können:

Dissoziative Fugue (frz. *Weglaufen*, F44.1)

Dissoziativer Stupor (F44.2)
Trance- und Besessenheitszustände (F44.3)
Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4)
Vorbeiantworten (Ganser-Syndrom, F. 44.80)

2.8.5 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Dieses Phänomen wird auch als KZ-Syndrom bezeichnet. Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohensein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet.

Die Angehörigen von Mord- und Tötungsopfern, mit denen ich bisher zu tun hatte, weisen die oben genannte Symptomatik auf. Und dies ist auch verständlich. Nach einem solchen Verlust, der mit einer Vernichtungserfahrung einhergeht, bleibt ein Mensch nicht derselbe Mensch, der er war, bevor das tragische Ereignis passierte.

3 DER UMGANG MIT TRAUMATISIERTEN UND TRAUERNDEN ANGEHÖRIGEN

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wodurch Betroffene lernen können, wieder Vertrauen zu sich selbst, zu anderen Menschen und ins Leben aufbauen, z. B. Selbsthilfegruppen, Trauerkreise und natürlich Therapie.

Eine typische psychotherapeutische Behandlung gliedert sich in drei Phasen:

a) Stabilisierung

In dieser Phase ist es wichtig, Sicherheit aufzubauen. Den KlientInnen wird dabei geholfen, ihre innere, zwischenmenschliche und äußere Sicherheit wiederzuerlangen. Sie lernen, mehr Kontrolle über die Symptomatik und das eigene Verhalten zu entwickeln. Besonders wichtig ist es, den KlientInnen viele Sach-Informationen über die Ursache ihrer Störung und der Symptomatik zu geben und ihnen zu sagen, dass ihre Reaktion darauf ganz normal ist (Psychoedukation). Eigenverant-

wortung und eigene Fähigkeiten der PatientInnen werden konsequent gefördert. Die KlientInnen lernen, mit der überflutenden Symptomatik von Flashbacks, Alpträumen und deren körperlichen Begleitreaktionen umzugehen.

b) Traumabearbeitung

Die Methoden der Stabilisierungsphase werden während der ganzen Therapie fortgesetzt. Die Phasen der Traumabearbeitung und der Stabilisierung können sich im Verlauf der Behandlung immer wieder abwechseln.

Die Traumabearbeitung erfolgt durch ein strukturiertes, dosiertes und kontrolliertes Wiedererleben zentraler Aspekte des Traumas. Dadurch wird der Verarbeitungsprozess der traumatischen Erlebnisse weiter fortgesetzt, und es kommt zur Integration dieser Erfahrungen in die Gesamtpersönlichkeit. Durch die wohldosierte Konfrontation wird eine Re-Traumatisierung vermieden. Man könnte auch sagen, es findet eine Entgiftung mit veränderter gedanklicher und emotionaler Bewertung statt.

c) Integration, Trauer und Neubeginn

In der 3. Therapiephase geht es um die weitere Verarbeitung im Sinne von Integration des Geschehenen. Häufig muss Trauerarbeit geleistet werden, das Selbsterleben und Lebensgefühl hat sich verändert, so dass neue Bewältigungsstrategien entwickelt werden müssen. Wichtig ist, dass die Betroffenen sich wieder stark und im Besitz ihrer Kräfte fühlen und angemessene Entscheidungen für ihr weiteres Leben fällen können.

3.1 Verschiedene Methoden der Traumabearbeitung

Herkömmliche psychotherapeutische Methoden genügen nicht den Erfordernissen, die sich durch traumatischen Stress ergeben, ebenso wenig wie herkömmliche Familien-, Gestalt- oder Körpertherapie. Hier muss eine Trauma-Adaptierung erfolgen. "Traumaadaptierte Verfahren sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zum Einsatz kommen. Auch wenn Sie schwer traumatisiert sind, sind Sie mehr als ein Mensch mit einer PTSD" (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 81).

Hinterbliebene Angehörige von Mordopfern erzählen mir häufig, dass ihre Therapeutin oder ihr Therapeut sie nicht versteht, sich nicht in sie einfühlen kann und "so komische Sachen" mit ihnen macht, die sie nicht wollen.

Sie fühlen sich oft von TherapeutInnen nicht ernst genommen und fragen sich, worin wohl der Sinn besteht, dass sie ihr Sexualleben vor der Therapeutin ausbreiten sollen.

Frau K. berichtete, dass ihre Psychotherapeutin gleich am ersten Tag EMDR mit ihr gemacht habe. Dies sei absolut schrecklich gewesen.

Dieses Vorgehen ist absolut fatal. Es hätte zuerst eine strukturierte Vorbereitung in Form von Stabilisierung und vielen einführenden Gesprächen erfolgen müssen, bevor die KlientIn mit dem Trauma hätte konfrontiert werden dürfen. Manche TherapeutInnen scheinen zu glauben, sie könnten Traumatherapie, nur weil sie einen EMDR-Kurs belegt haben. Dies genügt wie weitem nicht, um den Betroffenen eine adäquate Traumabehandlung zukommen zu lassen.

3.1.2 Einige wirksame Modelle, die im traumatherapeutischen Kontext Anwendung finden

Kognitiv-behaviorale Methode: Hier geht es darum, sich sein Denken (seine Glaubenssätze) bewusst zu machen und – falls nötig – zu verändern, z. B. "Mir kann ja doch keiner helfen" oder "ich habe alles falsch gemacht".

Psychodynamische Methoden: Hier werden unbewusste Vorgänge stärker berücksichtigt und es wird großen Wert auf die Nutzung der therapeutischen Beziehung und Einsichtsförderung gelegt. die Psychodynamisch-Imaginative Methode (PITT) nach Luise Reddemann nutzt vor allem die Fähigkeit zur "Imagination als heilsame Kraft".

Imaginationsübungen: Sicherer Ort, Tresor, Schatztruhe, Innere Helfer und Innere Freunde, Arbeit mit dem Inneren Kind, Fantasiekino für positive und schöne Filme uvm.

3.1.2.1 Körpertherapeutische Interventionsmöglichkeiten

EFT (Emotional Freedom Techniques): EFT kommt aus dem Bereich der "energetischen Psychologie" und stellt eine Methode zur Linderung und Behandlung von Stress und psychischen Störungen durch die Stimulation von Akupressurpunkten im Meridiansystem dar. EFT wird sowohl in der Psychotherapie als auch in der Selbsthilfe eingesetzt.

Somatic Experiencing: Die Therapie wird meist über das Gespräch durchgeführt. Die Sprache der Empfindung wird genutzt und die Körperwahrnehmung verfolgt, um Gehirn und Nervensystem insgesamt in den Lösungsprozess einzubeziehen.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): KlientInnen werden nach strukturierter Vorbereitung zu beidseitigen Augenbewegungen angeregt, wodurch es möglich wird, unverarbeitete traumatische Inhalte zu verarbeiten. Beidseitige Handberührungen, so genannte Taps oder beidseitige Töne haben ähnliche Effekte. Dadurch wird die Aufmerksamkeit aktiviert und die Verarbeitung (Reprocessing) abgekapselter Komplexe angeregt.

3.1.3 Der Systemische Ansatz in der Traumarbeit

Als Systemische Therapeutin bin ich bemüht, meine KlientInnen möglichst ganzheitlich zu betrachten. So ist die äußere Lebenssituation ebenso zu berücksichtigen wie die unterschiedlichen Bereiche ihrer Persönlichkeit, ihre Wünsche und Bestrebungen, ihre inneren Konflikte sowie die Beziehungs-Übertragungen und Gegenübertragungen (Huber 2006, S. 39).

Da ich (noch) keine traumatherapeutische Zusatzausbildung habe, führe ich demzufolge auch keine Traumatherapie durch, sondern ausschließlich stabilisierende Gespräche mit betroffenen Angehörigen von Mordopfern. Dabei nutze ich verschiedene ressourcenorientierte, ziel- und lösungsfokussierte (Frage-)Techniken, außerdem Entspannungs-, Atem- und Imaginationsübungen, sofern mein Gegenüber sich darauf einlassen möchte.

Ich habe jedoch festgestellt, dass die meisten Menschen, die zu ANUAS kommen, zuerst einmal nur reden wollen. Ich lasse sie alles erzählen, was gerade aus ihnen herausprudelt, höre ihnen zu, fühle mich in sie ein und frage ab und zu nach,

wenn ich etwas nicht verstehe oder um das Gesagte ein wenig zu sortieren und zu strukturieren. Dabei merke ich: je länger ich mit Betroffenen im Gespräch bin, desto mehr Vertrauen entwickelt sich bei ihnen. Sie scheinen "entspannter" zu werden – wenn man in diesem Kontext überhaupt von Entspannung sprechen kann –, beim Sprechen und in ihrer Körperhaltung. Schnell wird klar, dass sie sich ihrer Tränen nicht zu schämen brauchen und sie in unserer Begegnung so sein dürfen, wie sie eben sind.

3.1.3.1 Coping-Fragen

Im Gespräch mit traumatisierten Menschen kann der Focus auf ihre Ressourcen mit so genannten Coping-Fragen gelenkt werden:

- Wie haben Sie das bisher ausgehalten?
- Wie haben Sie es geschafft, Tag für Tag, trotz Ihrer Verzweiflung weitermachen zu können?
- Was haben Sie unternommen, damit es Ihnen nicht noch schlechter ging?
- Wie haben Sie es fertiggebracht, zur Therapie zu kommen?
- Was ist der aller kleinste Schritt, den Sie innerhalb der nächsten 24 Stunden tun können?
- Was ist das erste kleinste Zeichen, woran Sie merken, dass es Ihnen besser geht?

3.1.3.2 Die Wunderfrage

"Für die Einkleidung der Wunderfrage gibt es viele Formen und Möglichkeiten. Wichtig dabei ist, dass die Veränderung, also das Wunder, außerhalb des Kontrollbereichs des Klienten liegt (z. B. sich ereignete, während sie schliefen) und dass die Instanz, die das Wunder bewirkt, eine externe Figur ist, der die Macht zugeschrieben wird, das Wunder zu bewirken. Damit können die Klienten aus der Falle gelöst werden, die oft heißt: Das geht ja gar nicht, da ist sowie [sic] nichts zu machen, das war schon immer so, das wird sich nie ändern" (Hanswille & Kissenbeck 2010, S. 188 ff).

Ziel der Wunderfrage ist es, den Focus weg vom Problem hin zu einer möglichen Lösung bzw. den Ressourcen zu bringen. Man spricht in diesem Zusammenhang von der so genannten Lösungs trance. Von Steve de Shazer, dem Begründer der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie, stammt der Satz: "Problem Talk creates Problems – Solution Talk creates Solutions".

Der Klient oder die Klientin kann jetzt seine/ihre Aufmerksamkeit auf konkrete Situationen und/oder Handlungen in der Zukunft richten, in der das Problem – z. B. traumatische Beschwerden – nicht mehr besteht.

Beispiel:

Stellen Sie sich vor, heute Nacht während Sie schlafen würde ein Wunder geschehen und Ihre Beschwerden, die Sie nach dem Trauma entwickelt haben, wären weg. Da Sie aber geschlafen haben, konnten Sie das Wunder nicht miterleben. Woran würden Sie am ehesten feststellen können, dass das Wunder geschehen ist? Wie würden Sie sich am Morgen anders fühlen? Woran würde Ihre Frau/Ihr Mann bemerken, dass das Wunder geschehen ist? Wie würden Sie anders aus dem Bett aufstehen, nachdem das Wunder geschehen ist? usw. (vgl. Hanswille & Kissenbeck 2010, S. 189 ff).

3.2 Humor

"Humor ist, wenn man trotzdem lacht", sagt der Volksmund. Dies mag angesichts schwerer traumatischer Erfahrungen, die Menschen erlitten haben, zunächst makaber klingen. Doch Humor ist eine der besten Coping-Strategien im Umgang mit Stress. "Lachen und Humor sind an das Dopamin-Motivationsystem gekoppelt, welches die soziale Verbundenheit verstärkt und emotionale Sicherheit vermittelt (...). Dieses System führt zu einer aktiven Hemmung der Gehirnregion, die die Schutzstrategien kontrolliert, [sic] und gibt Gelegenheit zu spontanem Auftreten sozialen Verhaltens..." (Hanswille & Kissenbeck 2010, S. 155).

Darüber hinaus gehört Humor zu den besten beziehungsgestaltenden Interventionen, über die Menschen verfügen. Lachen fördert die Möglichkeiten, Neues besser zu behalten. Die Atmung vertieft sich, es wird mehr Sauerstoff aufgenommen, Spannungen können abgebaut und Scham aufgelöst werden (Hanswille & Kissenbeck 2010, S. 154).

Zudem stärkt Lachen das Immunsystem. Studien amerikanischer Lachforscher belegen, dass beim Lachen die Anzahl der so genannten T-Helferzellen steigt. Schädliche Keime können sich so nicht im Körper festsetzen. Außerdem bewirkt Lachen eine Zunahme von Immunglobulinen, die den Keimbefall im Bereich der Atmungsorgane hemmen (Geiss 2010, S.22 ff).

Der durchschnittliche Lachanfall dauert etwa 6 Sekunden. Nach der starken muskulären Anspannung setzt eine genauso tiefe Entspannung ein. Stresshormone werden abgebaut. Der Effekt auf den Körper ist mit anderem körperlichen Muskeltraining vergleichbar. Die Freisetzung von Endorphinen bei einem Lachanfall können mit der Hormonausschüttung nach dem Joggen verglichen werden (Geiss 2010, S. 21).

In meinen Gesprächen mit Angehörigen von Gewaltopfern erlebe ich oft ein Wechselbad zwischen Lachen und Weinen.

Frau H., Mutter einer ermordeten Tochter: "Es ist erstaunlich, dass beides – Glück und Trauer – so eng nebeneinander existieren können. Immer im Wechsel – wie einem gerade zumute ist. Und beides ist ok."

3.3 Trauma als Chance zur persönlichen Entwicklung

Alle Erfahrungen, die wir im Laufe unseres Lebens machen, haben immer auch etwas Gutes. Man mag sich fragen, was an einem Trauma gut sein soll, schließlich ist der Mensch auf das Übelste verletzt und in seinen Grundfesten erschüttert worden. Erst recht, wenn es sich um Mord oder Totschlag an einem geliebten Menschen handelt. Da klingt diese These zunächst wie blanker Hohn. Und dennoch birgt ein Trauma auch die Chance zu wachsen und sogar über sich hinaus zu wachsen, so schlimm die Erfahrung auch gewesen sein mag.

Der Begriff "traumatic growth" wurde von zwei amerikanischen Psychiatern geprägt, die sich dafür interessierten, warum manche Menschen sich durch eine traumatische Erfahrung erstaunlich weiterentwickeln. Es sind Fälle bekannt, in denen jemand sagen konnte, dass er genau diese Erfahrung gebraucht habe, damit er sich weiterentwickeln konnte (Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 172 ff).

Da stellt sich die Frage, ob Wachstum und Entwicklung nicht auch auf andere Art und Weise möglich sind als durch einen Mord oder sonstiges Gewaltverbrechen?

Diese Frage vermag ich nicht zu beantworten. Dennoch bedeutet solch ein traumatisches Erlebnis eine Wende im Leben, die die Chance in sich trägt, daran zu wachsen. Dem Täter zu vergeben ist den Angehörigen nicht möglich, das konnte ich in vielen Gesprächen herausfinden. Dennoch gelingt es einigen, Kräfte zu mobilisieren, die sie sonst möglicherweise nicht entwickelt hätten und Dinge zu tun, die sie sonst nie getan hätten.

Frau H. hatte seinerzeit Kontakt zur Familie des Täters aufgenommen. Sie ist besorgt um die Familie und hat großes Verständnis für deren Schmerz und den Schock, den sie durch die Tat ihres Sohnes erlitten haben. Sie sprachen viel miteinander und stärkten sich gegenseitig. Sie berichtete, dass die Kinder des Täters mit dem Verbrechen des Vaters nicht klarkämen und sehr darunter litten. Auch die Tatsache, dass ihr Vater sich nach der Tat das Leben nahm, belastet die Kinder und den Rest der Familie sehr.

Frau W.: "Wenn ich die Hilfsorganisation nicht hätte, wäre ich 'kaputtgegangen', dann wäre ich jetzt bei meiner Tochter."

3.4 Trauma und Spiritualität

Wie im Vorfeld bereits angesprochen, brauchen Menschen einen Sinn im Leben: "Wo komme ich her, wo gehe ich hin, was ist der Sinn des Lebens?", ist wohl die Frage, die sich jeder früher oder später einmal stellt.

Viele finden Halt im Glauben. Die spirituelle Ausrichtung eines Menschen lässt Rückschlüsse auf seine Einstellung zum Leben und damit auch zu seiner persönlichen Resilienzfähigkeit zu. Glaube versetzt Berge, Glaube macht stark. Dieser Glaube an einen Gott oder eine höhere Macht, die alles lenkt und unsere Geschichte bestimmt, ist nach der traumatischen Erfahrung zunächst schwer erschüttert. Manche Menschen verlieren ihren Glauben an Gott, ans Leben und an die Menschheit und verzweifeln. Vielen Menschen hilft ihr Glaube jedoch, mit dem Schrecklichen fertig zu werden. Sie trösten sich in dem Gedanken, dass "es so sein muss", "es so gewollt war", "dahinter wohl ein größerer Sinn liegt, den ich jetzt noch nicht verstehen kann, aber später vielleicht, eines Tages..., vielleicht auch erst dann, wenn ich selbst gestorben und bei meinen Angehörigen auf der anderen Seite bin..."

3.5 PSI-Erfahrungen

Viele Angehörige haben nach der traumatischen Erfahrung und dem Tod ihres geliebten Familienmitgliedes eine Hochsensitivität in Bezug auf das Erspüren von feinstofflichen Energien entwickelt. Diese Hochsensitivität bleibt oft dauerhaft, über Jahre hinweg bestehen. Kurz nach dem Tod eines geliebten Menschen ist sie besonders groß (wohl auch durch die übersteigerte Vigilanz aufgrund des Traumas) und schwächt sich im Laufe der Zeit etwas ab. Besonders Frauen berichteten mir in unseren Gesprächen, dass sie ihre Tochter, ihren Sohn, ihren Mann, ihre Mutter etc. "spüren" können und wissen, dass er/sie gerade im Raum ist.

Frau W. berichtete, dass eine Zeit lang nach dem Tod ihrer Tochter hin und wieder das Radio plötzlich anfang zu spielen, obwohl es gar nicht angeschaltet war. Oder das Licht im Bad immer genau dann flackerte, wenn sie das Bad betrat. Kam ihr Mann ins Bad, hörte es sofort auf zu flackern. Frau W. traute sich nicht, mit ihrer Therapeutin darüber zu sprechen aus Angst, diese würde sie für verrückt erklären. Erst später vertraute sie sich jemandem an, der sie verstand.

In meinen Gesprächen mit Betroffenen habe ich viele solcher "übersinnlichen" Dinge gehört. Ich weiß, dass es mehr zwischen Himmel und Erde gibt, als wir uns vorstellen können und habe mit derlei Berichten überhaupt keine Schwierigkeiten, auch wenn Wissenschaftler uns etwas anderes glauben machen wollen. Dies vermittele ich auch meinen GesprächspartnerInnen, wenn ich das Gefühl habe, dass es passt. Viele Male erlebte ich mit, wie Familienangehörige dann erleichtert aufatmen und sagen: "Gott sei Dank, ich bin doch kein Fall für die Psychiatrie. Sie sind die erste, die mich ernst nimmt und mich nicht auslacht."

Ich wünsche mir Respekt und Akzeptanz für die Erzählungen der Angehörigen. Sie sind ganz und gar nicht verrückt und auch kein Fall für die Psychiatrie, wie dies leider allzu oft von "Fachleuten" diagnostiziert wird.

Ich habe selbst einmal die Erfahrung gemacht, die energetische Präsenz einer ermordeten Frau zu spüren. Es war ein solch beeindruckendes Erlebnis, und es schüttelte mich körperlich und emotional so sehr durch, dass ich noch einige Stunden brauchte, um es zu verarbeiten. Ich war und bin immer noch zutiefst dankbar für diese Erfahrung, die mit Gefühlen von bedingungsloser Akzeptanz und Frieden einherging.

Solche Psi-Phänomene, die von Wissenschaftlern gerne als Spinnereien, esoterisches Geschwätz oder gar als Halluzinationen deklariert werden, sind nach meinem Dafürhalten gut geeignet, um Bewusstseinsbegrenzungen aufzuheben und den geistigen Horizont zu erweitern. Ich möchte damit keineswegs behaupten, es könne nicht zu Halluzinationen als Traumafolgestörungen kommen.

Ich bin mir durchaus bewusst, dass auch ich Gefahr laufe, als Therapeutin in Fachkreisen nicht ernst genommen zu werden. In meinem Bestreben um Anerkennung und Respekt für die Schilderungen der Betroffenen nehme ich dieses Risiko gerne in Kauf. Ich denke, es ist an der Zeit, endlich zu verstehen, dass sich bestimmte Phänomene nun einmal nicht mit technischem Gerät messen lassen. Doch deswegen ihre Existenz anzuzweifeln oder gar zu bestreiten, halte ich für sehr vermessen.

3.6 Stigmatisierung und Diskriminierung

Für hinterbliebene Angehörige von Mordopfern gibt es kaum oder nur wenig Hilfen. Der ANUAS e.V. ist deutschlandweit die einzige Hilfsorganisation, die sich der hinterbliebenen Familienmitglieder von Mordopfern annimmt. Beratungsstellen und Hilfsorganisationen müssen ums finanzielle Überleben kämpfen und können sich dadurch kaum auf die eigentlich notwendige Arbeit mit den Menschen konzentrieren. Es gibt zu wenig gut ausgebildete Traumatherapeuten, und das Personal in Kliniken ist arbeitsmäßig chronisch überlastet. Nicht selten werden überlebende Gewaltopfer oder traumatisierte Angehörige als "psychisch krank" abgestempelt und stigmatisiert.

Hinzu kommt der unsensible und unqualifizierte Umgang mit den Betroffenen durch Polizei, Behörden und leider auch Ärzten und Therapeuten. Bemerkungen, wie etwa:

"...hätten Sie sich mal besser um ihre Frau gekümmert, dann wäre das nicht passiert..." (eine Mitarbeiterin des Sozialamtes Berlin) oder

"Warum heulen Sie denn jetzt? Es ist doch jetzt schon über ein Jahr her, allmählich müssten Sie sich doch mal wieder einkriegen" (eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin aus Berlin) sind keine Seltenheit.

Es ist anzumerken, dass Traumatisierte eine besondere Sensitivität entwickeln, und manche von ihnen mögen wir auch als dünnhäutig bezeichnen. Allerdings ist

dies nach einem traumatischen Erlebnis eine natürliche Reaktion und Entwicklung. Dies muss bei PolizistInnen, KrisenhelferInnen, ÄrztInnen und TherapeutInnen sowie Behörden, Ämtern und Politikern endlich Gehör und Beachtung finden.

Auch hier wünsche ich mir Respekt und Unterstützung für die zurückbleibenden Angehörigen von Mord- und Tötungsopfern, die Finanzierung der Arbeit für die professionellen HelferInnen, die sich um die Überlebenden und auch um die Täter und deren Familien kümmern.

4 SOZIALE UND GESELLSCHAFTLICHE AUSWIRKUNGEN

- Außenstehende können meist nicht oder höchstens ein Stück weit nachempfinden, was die Angehörigen durchmachen und mit welchen Sorgen, Ängsten und Nöten die Familie nach dem Schicksal zu kämpfen hat.
- Gedanken an Selbstjustiz werden laut, wenn der Täter nicht gefasst werden kann.
- Familien werden von extremistischen Gruppierungen angesprochen, die anbieten, den Täter zur Strecke zu bringen, falls dieser nicht die gerechte Strafe erhält.
- Lange Wartezeiten bei Fachtherapeuten – bis zu 1 Jahr und länger.
- Klienten fühlen sich unverstanden (von Psychotherapeuten, Ärzten, Freunden und Umfeld).
- Oft kommen Vorwürfe sogar aus der eigenen Familie, Eltern/Großeltern: "...hättet ihr euch mal besser gekümmert, ...letzte Woche habt ihr noch mit dem Kind gestritten...".
- Arbeitskollegen haben nur bedingt Verständnis für die Trauer der Angehörigen. Oft kommen Sprüche, wie: "... das Leben muss weitergehen...", "...die Zeit heilt alle Wunden..." etc.
- Eine psychosomatische Reha-Maßnahme wurde von einem Rentenversicherer abgelehnt mit der Begründung, dass zuerst eine psychotherapeutische Behandlung der Klientin erfolgen müsse, obwohl dies nachweislich nicht stimmt.
- Anträge auf z. B. Opferentschädigung, Erwerbsunfähigkeitsrente, Reha-Maßnahmen etc. müssen bei den entsprechenden Behörden gestellt werden. Oft ist dies ein Spießrutenlaufen für die Hinterbliebenen. Nahezu alle Betroffenen, mit denen ich gesprochen habe, waren nicht in der Lage, überhaupt ein

Formular auszufüllen. Sie waren unfähig, sich zu konzentrieren. Auch nach vielen Monaten und sogar Jahren hat sich dies nicht gebessert. Hier benötigen sie dringend Hilfe.

- Viele Betroffene scheuen sich, überhaupt eine Therapie zu machen, da sie fürchten, ihre ganze Kindheit aufrollen und sich "auf links drehen lassen" zu müssen.
- Arbeitsplatzverlust aufgrund der Traumafolgestörungen
- Schuldgefühle
- Rückzug von Freunden, Kollegen, Familie
- Isolation
- Suizidgedanken und -äußerungen kommen sehr häufig vor: "Ich kann nicht mehr...", "...das Leben hat keinen Sinn mehr...", "ich wünschte, ich wäre bei meinem Mann/Tochter/Schwester..." etc.
- Versuchte und ausgeführte Suizide von Angehörigen sind leider keine Seltenheit und oft der einzige Ausweg, den Schrecken der Gewalt und dem Schmerz über den Verlust zu entkommen.

5 FALLDOKUMENTATION

Mit der Erlaubnis der Familie W. stelle ich dar, was sie nach der Ermordung ihrer Tochter durchmachen musste. Ich führte dazu viele Gespräche mit Frau W., der Mutter der Getöteten.

Su, eine junge Studentin aus Deutschland wurde am 25. Juni 2007 in Griechenland ermordet. Am 3. Juli 2007 erfuhr Familie W. aus Deutschland, dass ihre Tochter drei Tage zuvor in ihrer Wohnung in Athen tot aufgefunden wurde. Sie lag dort 5 Tage, der Leichnam zeigte bereits starke Verwesungsspuren. Seit dieser Zeit kämpft die Familie um Aufklärung des Falles und sieht sich der Korruption und Gleichgültigkeit griechischer und deutscher Behörden und Konsulate ausgesetzt. Eine ausführliche Dokumentation kann in der 3. ANUAS-Broschüre "Betroffene kommen zu Wort" nachgelesen werden.

Von Seiten der griechischen Polizei wurde angegeben, es handele sich um Suizid (...). Die Obduktionsbilder zeigen jedoch einen tiefen Einschnitt in Sus Hals (...). Der griechische Anwalt der Familie W. hatte gemeinsam mit einem Rechtsmediziner den Obduktionsbericht studiert. Dabei hatte der Rechtsmediziner ihm bestätigt, dass Su sich niemals alleine in eine derartige Haltung gebracht und selbst erhängt

haben konnte. Alles sprach dagegen. Hinweise für eine Gewalteinwirkung von außen waren eindeutig gegeben.

Diskriminierung durch die griechische Staatsanwältin

Die ermittelnde Staatsanwältin äußerte während des Griechenlandaufenthaltes der Familie gegenüber Frau W., dass ihr eigener Großvater in einem deutschen KZ umgebracht wurde. Sie sehe daher keine Veranlassung, einer Deutschen zu helfen.

Vertuschungsversuche

Bei der 1. Exhumierung stellte sich heraus, dass Sus Leichnam in eine Plastikfolie gehüllt war. So war der Verwesungsprozess nicht weiter fortgeschritten, und man hätte sehr gut feststellen können, woran sie gestorben war. Die griechischen Behörden ließen Su allerdings gleich nach der Exhumierung zum zweiten Mal beerdigen, diesmal ohne Plastikhülle. In einigen Monaten wird der Leichnam zum 2. Mal exhumiert. Je nach dem Grad der Verwesung entscheiden die griechischen Behörden, ob der Leichnam zum weiteren Fortschreiten des Verwesungsprozesses nochmals beerdigt wird oder die Gebeine in einer Mörtelgrube "entsorgt" werden.

Der griechische Anwalt konnte herausfinden, dass Unterlagen aus den Akten verschwunden waren und dass es viel Verschleierung und korruptes Verhalten von Seiten der griechischen Behörden gegeben hatte. Nach zahlreichen privaten Ermittlungen musste jedoch auch der griechische Anwalt klein beigeben, man hatte ihm zuviel Druck gemacht, ihn bedroht, und er hatte letztendlich Angst vor Konsequenzen - verständlicherweise.

Opferentschädigung - Fehlanzeige

Auch in Deutschland scheint man kein Interesse daran zu haben, den Fall aufzuklären. Angesichts der Tatsache, dass im Falle eines nachgewiesenen Mordes Entschädigungszahlungen (nach dem Opferentschädigungsgesetz) an die Hinterbliebenen geleistet werden müssen, wundert es nicht, dass viele Fälle lieber unaufgeklärt bleiben.

Gesundheitliche und psychosoziale Auswirkungen für Familie W.

Frau W., Sus Mutter:

Zeigte nach der Mitteilung, dass ihre Tochter tot aufgefunden wurde, die Belastungsreaktionen eines Schocktraumas, wie Herzrasen, Atemnot, Kreislaufbe-

schwerden. Frau W. setzte nach der Todesnachricht noch weitere drei Wochen ihre Arbeit in einer orthopädischen Arztpraxis fort. Zuerst hatte sie ihre damalige Chefin um zwei freie Tage gebeten, zum einen wegen des Schocks, zum anderen um aufgrund des Todes ihrer Tochter die wichtigsten Dinge zu organisieren. Die Chefin verweigerte ihr diese jedoch und Frau W. musste diese beiden freien Tage mit anwaltlicher Hilfe durchsetzen. Die Chefin gewährte ihr daraufhin die freien Tage, wollte sie ihr jedoch vom Urlaub abziehen. Frau W. hatte weder Lust noch die Kraft, dies auszudiskutieren und ließ sich die beiden Tage abziehen. Innerhalb der nächsten drei Wochen entwickelte sich ein massiver Hautausschlag, der sich wie „ein Schal“ rund um ihren Hals abzeichnete. Ihre Chefin hatte all diese Symptome nicht erkannt, auch nachdem sie einen Blick auf Frau W's Hautausschlag geworfen hatte, ließ sie ihre Angestellte weiter arbeiten. Frau W. bat daraufhin ihre Hausärztin um Medikamente. Diese schrieb Frau W. sodann krank. Frau W. traute sich aber nicht, die Krankmeldung auf der Arbeit abzugeben, da sie sich noch in der Probezeit befand. Bis zur Übernahme in eine Festanstellung wären es nur noch wenige Wochen gewesen. Die Zitter-/Tremor-Erscheinungen waren jedoch so stark, dass es ihr nicht mehr möglich war, irgendetwas in ihren Händen zu halten. Auch psychisch war Frau W. zum damaligen Zeitpunkt nicht mehr in der Lage, weiter zu arbeiten. Erst eine erneute Krankschift durch die Hausärztin gab Frau W. bei ihrer Arbeitgeberin ab. Gleich am drauffolgenden Tag bekam Frau W. Besuch vom Ehemann ihrer Chefin, der ihr die Kündigung unter die Nase hielt. Frau W. war entsetzt über das Verhalten ihrer Chefin, einer Medizinerin, die mit Menschen arbeitet.

Frau W. bekam starke Augenprobleme, die nach einer Untersuchung beim Augenarzt keine pathologischen Gründe hatten. Ihr Sehvermögen verschlechterte sich so massiv, dass sie fast blind war. Genauso verhielt es sich auch mit ihrem Hörvermögen. Sie konnte andere Menschen, die mit ihr sprachen, kaum noch verstehen. Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit nahmen innerhalb kürzester Zeit ebenfalls zu.

Angeblich gute Freundschaften waren plötzlich keine Freundschaften mehr. Nicht nur die Bekannten und Freunde zogen sich zurück, auch Frau W. selbst. Ihr Vertrauen in vorher bestehende Kontakte und in das soziale Umfeld bestand nicht mehr.

Weitere Auswirkungen:

- Akute Pankreatitis
- Rückenbeschwerden

- Magenbeschwerden: anfangs kein Hunger mehr, nur Heißhunger auf Süßigkeiten
- Frau W. konnte eine zeitlang keine Kinder sehen, ohne in Tränen auszubrechen
- Filme oder Beiträge im Fernsehen: "alles schien in Griechenland zu spielen"
- Herbst 2007: Ihre Heilpraktiker-Prüfung musste aus gesundheitlichen Gründen verschoben werden
- Frühjahr 2008: Sozialer Abstieg – Antriebsminderung/-armut – Weiterleben war nicht mehr wichtig – psychischer Aufbau erst nach Presseartikeln und Kontaktaufnahme von anderen.
- O-Ton: "Bei dem Wort 'Recht' dreht sich mir der Magen um, ich lebe in einer falschen Welt". Frau W. kann heute nicht mehr sagen, wie sie das damals alles ertragen und überlebt hat: "Habe alle Rechtsnormen über den Haufen geschmissen – war äußerst wütend – wäre am liebsten nach Griechenland geflogen und... ich weiß nicht was... – aus meiner Sicht sind alle Behörden, die hier versagen, auch Straftäter – habe Respekt verloren vor Polizei, Justiz etc., ich wüsste nicht, vor wem ich noch Respekt haben sollte."
- Zwei bis drei Gläser Wein zum Einschlafen (später eine Flasche), über einen Zeitraum von mehreren Monaten.
- Im Juni/Juli 2008 traf Frau W. die Entscheidung: "So geht's nicht mehr weiter."

Im Jahr 2008 erfolgte die Gründung des der Hilfsorganisation ANUAS e.V. mit integrierter Selbsthilfegruppe trotz Abraten von "Experten". Frau W.: "Ich habe auf mein Bauchgefühl gehört und das war gut so. Heute weiß ich: wenn ich den ANUAS nicht hätte, wäre ich jetzt bei meiner Tochter."

Frau W's Therapieerfahrungen

"... versuchte ich mehrfach, einen Termin bei Therapeuten zu bekommen. Die Termine, die mir angeboten wurden lagen bei zwischen acht und zwölf Monaten Wartezeit.

Ich konnte dann eine psychologische Praxis ausfindig machen, wo der Psychologe nur privat abrechnen konnte. Ich hatte keine größeren Schwierigkeiten, die Krankenkasse übernahm für knapp zwei Monate die Kosten. Dann wurde eine Behandlung über den privaten Therapeuten nicht weiter bewilligt und ich wurde bei einer Psychoanalytikerin 'zwischengeschoben', die über die Krankenkasse abrechnen konnte und die meinte, sie könne Traumatherapie.

Was ich während dieser Therapie erlebt habe, war unvorstellbar. Ich hatte einmal wöchentlich einen Termin, immer mittwochs. Am ersten Tag erhielt ich einen Fragebogen und „Hausaufgaben“. Ich sollte diesen 6-seitigen Fragebogen zu Hause ausfüllen. Ich war nicht einmal in der Lage, andere Formulare und Schreiben von Behörden auszufüllen oder zu behandeln, jetzt sollte ich diesen Fragebogen ausfüllen. Ich musste diesen Fragebogen mehrmals lesen, um überhaupt zu verstehen, was ich da ausfüllen sollte. So sollte ich berichten: wie meine Kindheit war, wie ich mit meinem Vater und meiner Mutter klar kam, wie ich in der Schule war, wie der Sex mit meinem Mann war und heute ist... Ich hatte keine Lust, diese Fragen zu beantworten. Ich habe meine persönlichen Angaben, den Namen und die Anschrift und die Anzahl der Kinder beantwortet und bin auf weitere Fragen nicht eingegangen. Als ich den Fragebogen abgab, war die Therapeutin sehr verärgert, dass ich den nicht ausgefüllt hatte. Sie könne keine Therapie mit mir machen, wenn ich nicht die „Hausaufgaben“ machte.

Das Wort „Hausaufgabe“ stieß mich massiv ab. Ich wollte keine „Hausaufgaben“ machen, ich hatte keinen Kopf für „Hausaufgaben“. Dann lief bei all unseren Gesprächen ein Tonband mit, ich wurde nicht einmal gefragt, ob ich damit einverstanden bin. Diese Therapeutin strahlte Kälte und Unnahbarkeit aus. Konnte sie mich überhaupt verstehen?

Sie wollte mit mir die Tresorübung machen: Ich sollte mir eine Holzkiste vorstellen, wo alle Sachen von Su drin sind. Für mich war das ein Sarg, das ging gar nicht. Sie wollte mich damit auf den Friedhofsgang vorbereiten usw.

Bereits am Abend vor dem obligatorischen Mittwoch, dem Termin bei der Therapeutin hatte ich Angst und ein Unwohlsein machte sich in meinem Körper breit. Ich fühlte mich schwach und hatte Kopfschmerzen. Wenn der Termin überstanden war und ich wieder eine Stunde dort geweint hatte, war mein Körper so schwach, dass ich es nur mit Mühe schaffte, nach Hause zu kommen. Ich legte mich ins Bett und schlief bis zum nächsten Tag. In dem halben Jahr, in dem ich bei dieser Therapeutin in Behandlung war, ging es mir zusehends schlechter. Mein Mann holte mich dann von den Therapien ab, weil ich es kräftemäßig alleine nicht mehr schaffte.

Wieder an einem Mittwoch, Termin bei dieser Therapeutin, wir sprachen über Su. Ich weinte furchtbar ... die Reaktion der Therapeutin: „Wieso heulen Sie denn jetzt, Ihre Tochter ist doch nun schon ein Jahr tot, jetzt müssten Sie doch mal endlich drüber hinweg sein ... Sie müssen sich Grenzen setzen ... ich weiß, Ihnen in der

DDR wurden nie Grenzen gesetzt, das müssen Sie aber jetzt lernen, sonst wird es Ihnen nicht besser gehen...“

Ich wollte nur noch nach Hause, weg von dieser Therapeutin. Ich habe diese Behandlung mit dem Einverständnis der Krankenkasse abgebrochen und war wieder auf der Suche nach einer neuen Therapeutin.

Der erste und einzige Probetermin bei dieser Therapeutin verlief so, dass sie mich fragte, was passiert sei. Ich erzählte ihr von Su und den vorliegenden Indizien und Fakten, von meinen Erfahrungen mit dem Weißen Ring und den Behörden sowie meinen psychischen und gesundheitlichen Problemen. Diese Therapeutin, die auf mich sehr dominant wirkte, erklärte mir, dass ich als betroffene Mutter nicht einschätzen könne, was Fakten und Indizien seien. Sie belehrte mich zu meinem Verhalten, was ich jetzt, nach den vielen Monaten machen „muss“, um mein Verhalten zu ändern. Das Wort „muss“ war der Auslöser dafür, dass ich glaubte, dass diese Therapeutin auch nicht die Richtige ist. Warum „muss“ ich tun, was sie will, obwohl sie mich und den Fall überhaupt nicht kennt, außerdem: wie will sie mich denn verstehen, kann sie sich in meinen Fall und in meine Belastung einfühlen?

Die Therapeutin wollte erst einmal einen Antrag der Therapieübernahme bei der Krankenkasse stellen und mit mir dann weitere Termine vereinbaren. Acht Wochen später, nachdem ich einige Male bei der Therapeutin anrief, auf ihren Anrufbeantworter sprach und sie um einen Rückruf bat, aber nie einen erhielt, telefonierte ich mit der Krankenkasse und fragte, ob es Probleme bei der Therapieübernahme gäbe. Man teilte mir mit, dass kein Antrag vorliegen würde.

Also ging ich wieder auf Therapeutensuche. Dieses Mal hatte ich mich mit dem therapeutischen Lotsendienst in Verbindung gesetzt, der mir mehrere Kontaktdaten von Therapeuten in meiner Wohnnähe mitteilte.

Ich telefonierte sie alle durch: „... keine freien Kapazitäten ...“ oder „... Urlaubszeit und danach Wartezeiten bis zu einem Jahr ...“ oder „... nein, der Fall ist mir zu hart, den kann ich leider nicht übernehmen, der stößt an meine Grenzen...“ oder „... ob ich eine Traumatherapie bei ihnen mache oder nicht, dass entscheide ich ...holen Sie sich erst einmal einen Termin, der wird aber einige Monate dauern, dann sehen wir weiter ...“

Durch einen Zufall erhielt ich die Kontaktdaten einer Therapeutin, die gerade eine neue Praxis eröffnet hatte. Ich wollte nicht mehr daran glauben, dass ich eine

kompetente Therapeutin finde. Innerlich war ich so auf Abwehr, dass ich mir sagte: „... wenn es jetzt wieder nicht klappt, dann gehe ich zu keinem Therapeuten mehr, dann muss es so gehen, dann therapiere ich mich alleine...“.

Wir haben uns ganz gut verstanden. Es gab eine offene Verständigung und Akzeptanz, dass ich gewisse Sachen nicht will. Sie war die erste, die die Gründung von ANUAS als Ressource befürwortete. Ich fühlte mich gut bei ihr. Wir hatten ein Mal im Monat Termine. Ich wurde gut unterstützt von ihr. Sie hat geholfen, meine Gedankengänge zu ordnen und zeigte mir Möglichkeiten neuer Wege auf. Dabei blieb die Verantwortung und Entscheidung stets bei mir. Ich bin bis heute mit ihr in gutem Kontakt."

Günter, Sus Vater:

Hat in den ersten drei Monaten nach Sus Tod sehr viel Alkohol getrunken, fing sich dann aber wieder. Nach der Scheidungs-Androhung durch seine Frau zeigte er folgende Symptome: Herz-Kreislauf- sowie Stoffwechselstörungen, Gewichtszunahme, Fressattacken, den Drang, nur noch zu arbeiten, Verdrängung (nicht über Su reden).

Mirko, Sus großer Bruder:

Hat sehr viel Alkohol getrunken und eine Suchtproblematik entwickelt. Es folgte ein viermonatiger Klinikaufenthalt. Zu Weihnachten 2007 äußerte er Suizidgedanken im betrunkenen Zustand und meinte, dass er den Griechen zusammenschlagen wolle. Zwei Monate nach Sus Tod zündete er das Holzhaus im Garten an – es hingen zu viele Erinnerungen daran. Mirko hing sehr an seiner Schwester (sie waren wie Zwillinge). Er hat gespürt, als sie zu Tode kam. Er beschrieb, es sei wie ein Stich durch seinen Bauch gegangen und da habe er gewusst: es muss etwas Schreckliches passiert sein. Mirko litt an Herz-Kreislaufbeschwerden (auch wegen des Alkohols). Er stürzte sich in die Arbeit (50-60 Stunden pro Woche) und verdrängte die Erinnerungen nur noch.

Michaela, Sus kleine Schwester:

Hat nach dem Tod ihrer Schwester nur noch gearbeitet, wollte anfangs stark sein für ihre Mutter. Sie ist dann zusammengebrochen, ging der Familie aus dem Weg. Michaela suchte Kontakt zu einer anderen Familie. Ihre eigenen Eltern waren anfangs eifersüchtig auf die andere Familie, denn Michaela hatte auch die Feiertage bei ihnen verbracht. Sie fühlten sich verraten von ihrer Tochter, die von ihrer Schwester Su nichts mehr hören wollte, auch nicht vom Stand der Dinge (Verdrän-

gung, Resignation). Michaela trägt seit Sus Tod eine Brille. Sie verbringt Weihnachten immer in Dänemark.

Maik, Sus kleiner Bruder:

Trauert auf seine eigene Art und Weise, er will damit nichts zu tun haben. Er äußerte seiner Mutter gegenüber: "Ich bin für dich da, aber ich habe meine kleine Familie." Einmal fragte er seine Mutter, warum sie trauere, schließlich sei Su ja oft böse zu ihr gewesen? Er kann die mütterlichen Gefühle und die Trauer seiner Mutter nicht ganz nachvollziehen. Maik ist allerdings sehr empfindlich, wenn es um seine eigenen Kinder geht.

Sus Oma:

Erlitt nach der Schocknachricht einen Schlaganfall. Sie hat sich davon nie wieder erholt, kann nicht mehr sprechen und lebt heute in einem Pflegeheim. Ihr geistiger Zustand verschlechtert sich zusehends.

Sus Opa:

Verkräftete die Situation nicht. Zwei Monate nach dem Schlaganfall seiner Frau versuchte er, Unterstützung vom Sozialamt zu erhalten. Die Bearbeiterin des Sozialamtes äußerte ihm gegenüber: „...Hätten Sie sich besser um Ihre Ehefrau gekümmert, dann wäre das alles nicht passiert. Jetzt müssen Sie voraussichtlich für alle Kosten selber aufkommen...“. Das war zu viel für den ohnehin schon psychisch stark angegriffenen Mann. Zwei Tage nach dem Gespräch mit der Bearbeiterin des Sozialamtes erhängte er sich.

6 REFLEXION

Familien gehen unterschiedlich mit dem gewaltsamen Tod ihres/r Angehörigen um. Auch trauert jedes Familienmitglied unterschiedlich. Die einen werden aggressiv, die anderen depressiv. Die einen wollen reden, die anderen machen ihren Schmerz lieber mit sich aus.

Im Fall von **Familie H.**, deren Sohn auf der Arbeit erhängt aufgefunden wurde, zeigte der Vater eine ausgeprägte Aggressivität, die Mutter hingegen zog sich in sich zurück. Immer, wenn ich mit Herrn H. gesprochen habe bzw. sprechen sollte, spürte ich einen Widerstand in mir und ein Unwohlsein. Herr H. ist ausgesprochen misstrauisch gegenüber anderen Menschen geworden. Er sagte mir unverhohlen,

dass er mich prüfen wolle, ob ich sein Vertrauen auch verdiene. Zudem brauche er den ganzen "Psychokram" nicht, das sei vielleicht etwas für seine Frau, die ja schon mal in Therapie war, aber nicht für ihn.

Allerdings habe ich festgestellt, dass das Verhalten von Herrn H. nicht allein durch den Tod seines Sohnes hervorgerufen wurde, sondern dass sein Wesen von Grund auf eher aggressiver Natur war. Zudem schien Herr H. auch innerhalb seiner eigenen Herkunftsfamilie sowie der Familie seiner Frau große Schwierigkeiten zu haben. Herr H. war weder zu einer Therapie bereit, noch nahm er an Trauer- und Gesprächskreisen oder sonstigen Selbsthilfeprojekten teil (außer an Arbeitsgruppentreffen, die alle 2 Monate stattfinden). Er brauche so etwas nicht, seine Frau könne ja hingehen, er komme auch so klar. Ich konnte den Schmerz in seinen Augen und in seinem Gesicht sehen, der sich bei ihm in Wut ausdrückte. Wut lässt sich oft besser ertragen als Trauer. Dies ließ sich besonders bei den männlichen Angehörigen von Mordopfern beobachten. Von daher konnte ich Herrn H. verstehen. Er fühlte sich auch von mir verstanden und respektiert. Einmal teilte er mir mit, dass ich ja "ganz passabel" sei und doch nicht so wie die anderen "Psychos".

Seiner Frau wurden zahlreiche Hinweise und Hilfestellungen zur Selbstberuhigung und Stressbewältigung angeboten (Atemübungen, Imaginationsübungen, Meditations-CDs uvm.). Dieses lehnte sie ab mit dem Kommentar, so ein Quatsch sei nichts für sie.

Dieses teilweise sehr überhebliche Gebaren der Familie H., besonders von Herrn H., machte mich wütend und ich fragte mich, ob sie wirklich Hilfe haben oder nur stänkern wollten. Sie wussten alles besser und lehnten jegliche Hilfsangebote ab. Ich ging auf meinen Ärger jedoch in unseren Gesprächen nicht ein, sondern nahm ihn nur wahr und besprach dies in unseren regelmäßigen Intervisionssitzungen mit meinen Kommilitoninnen und meiner Chefin. Diese bestätigte mir, dass Familie H. nicht wirklich an Hilfe interessiert sei. Hilfsangebote, die auf eine Selbstreflexion und ein in Kontaktkommen mit den eigenen Gefühlen und des Zulassens sowie der Bearbeitung ihrer Trauer abzielten, wurden meist abgelehnt, jedenfalls immer dann, wenn Herr H. dabei war. In seiner Gegenwart traute sich Frau H. nicht, ihre Gefühle zu zeigen und zu weinen. Immer, wenn die beiden zusammen zu ANUAS kamen, verdrängte Frau H. ihre Trauer, ihr Gesichtsausdruck wurde hart, sie spielte die Starke. War sie jedoch alleine da, weinte sie viel und ließ ihrem Schmerz freien Lauf.

Herr H. zeigte im Umgang mit seiner Frau oft eine rüpelhafte Ausdrucksweise, was mich zu der Annahme verleitete, dass das Zusammenleben für die beiden zuhause höchst unangenehm sein konnte. Aus systemischer Sicht verhalten sich beide homöostatisch und halten den Gleichgewichtszustand in ihrer Beziehung durch Streitereien, Vorwürfe, Zurückweisungen, die Einnahme einer Opferrolle und dergleichen aufrecht. Bei alledem darf man nicht vergessen, dass aus Familie H. nach dem Tod des Sohnes nun wieder ein Ehepaar geworden ist. Dies ist eine einschneidende Veränderung. Die Paarbeziehung könnte jetzt neu belebt und gestaltet werden. Unter dem Aspekt des Nicht-Akzeptierens des angeblichen Suizids ihres Sohnes, der nicht bearbeiteten Trauer über den Verlust, die Schuldgefühle, als Eltern versagt zu haben sowie der innerfamiliären Konflikte vor dem Tod des Sohnes, kann diese Beziehung nicht im konstruktiven Sinne gedeihen.

In weiteren Gesprächen und Begegnungen mit Familie H. stellte ich fest, dass weder er noch sie gar nicht sagen konnten, was genau sie brauchten und was sie sich an Hilfen wünschten. Natürlich wünschten sie sich ihren Sohn zurück, doch diesen Wunsch kann weder ich noch irgendjemand sonst ihnen erfüllen. Sie waren so verzweifelt und befanden sich in einem Stuck-State, aus dem sie scheinbar nicht heraus wollten, dass sie sich allmählich ganz zurückzogen.

Ich finde es schade, respektiere jedoch ihre Entscheidung. Ich muss zugeben, dass es mir anfangs schwerfiel zu akzeptieren, dass nicht jeder sich helfen lassen will und dass auch ich nicht jedem helfen kann. Mein Praktikum bei ANUAS e.V. war sehr lehrreich. Mittlerweile kann ich gut damit leben, wenn jemand nicht will. Mehr als Angebote machen und Hilfe zur Selbsthilfe geben kann ich nicht tun. Mehr zu wollen wäre in der Tat größtenwahnsinnig. Letztlich entscheidet jeder Mensch für sich selbst.

Ich habe gelernt, trotz aller Empathie eine schützende Distanz zu wahren. Dies ist in der Praxis nicht immer leicht. Manchmal hat mich ein Schicksal so berührt, dass ich fast mitgeweint hätte. Da stellt sich natürlich die Frage, wie weit Empathie gehen darf? Ich bin der Meinung, dass ich Mitgefühl durchaus zeigen und mal weinen darf, dass es mir als "Helferin" aber auch gelingen muss, mich wieder zu fassen und innerlich einen Schritt vom Geschehen zurückzutreten. Der Spagat zwischen Empathie und Distanz ist jedes Mal eine neue Herausforderung. Ich habe dabei auch erfahren, wo meine eigenen Grenzen sind.

7 AUSBLICK

Wie kann ein Bewusstsein für ein gewaltfreies Leben in unserer Gesellschaft entstehen?

Die beste Therapie ist natürlich die, die nicht zum Einsatz kommen muss, weil Traumata gar nicht erst entstehen. Aber bevor es soweit ist, muss eine grundlegende Wandlung in den Köpfen und in den Herzen der Menschen unserer sogenannten Wegwerf-Gesellschaft stattfinden.

Angesichts der herrschenden Machtstrukturen und einem Geflecht aus Hass, Gier und Korruption wird es wohl noch eine Zeitlang dauern, bis jedes Kind frei von Angst und Gewalt aufwachsen und jeder Mensch in Frieden leben kann.

Viele Hilfsorganisationen und auch Unternehmen schulen ihre MitarbeiterInnen und HelferInnen in klientenzentrierter Gesprächsführung. Zahlreiche Firmen und Betriebe nutzen mittlerweile systemische Aspekte bei Beratungen, Verhandlungen und Entscheidungen. Dies sind gute Ansätze, sie dürfen und müssen erweitert werden.

Die Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg halte ich für absolut wertvoll im Umgang mit Konflikten. Sie sollte nach meinem Dafürhalten bereits in Kindergärten und Schulen gelehrt werden. Im Grunde genommen geht es im Leben von Menschen immer um die Befriedigung von Bedürfnissen. Wenn wir unsere eigenen Bedürfnisse kennen und lernen, sie adäquat und frei von Angst zu äußern, brauchen wir uns keine Sorgen über deren Nichterfüllung zu machen. Menschen lieben es geradezu, anderen Menschen einen Gefallen zu tun. Wenn Dr. Rosenberg es mit seinem Ansatz geschafft hat, Palästinenser und Israelis an einen Tisch zu bringen, und dass Opfer und Vergewaltigter miteinander reden und sich vergeben, dann dürfte dies auch auf anderen Gebieten funktionieren.

Eine humanistische Grundhaltung, wie sie beispielsweise Carl Rogers und Virginia Satir pflegten, mit

- Akzeptanz/Wertschätzung
- Empathie
- Kongruenz

könnte helfen, dass unser großer Hunger nach Friede, Freude, Eierkuchen doch noch gestillt wird. Dies mag ein naiver Gedanke sein, aber dennoch ist dieser Wunsch nach einem Leben in Frieden statt Krieg, in Fülle statt Mangel und in Liebe statt Angst tief in uns allen verankert. Ich bin sicher, wenn wir unser inneres Kind dazu befragten, würde es zustimmend nicken. Der erwachsene Mensch hat jetzt die Aufgabe, Verantwortung für sein Denken und Handeln zu übernehmen und der beste Mensch zu sein, der er sein kann – immer und überall.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- BUTOLLO, W., HAGL M. & M. KRÜSMANN (2003): Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. – 2. erw. Aufl., Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- DESHAZER, S. (2004): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. – 8. Aufl., Carl Auer.
- DESHAZER (S. 2010): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. – 10. Aufl., Klett-Cotta.
- GEISS, S. (2010): Lache, wenn Dir zum Weinen ist! Wer niemals lacht, stirbt viel zu früh. – BoD.
- HANSWILLE, R. & A. KISSENBECK (2008): Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. – 2. erg. Aufl. 2010, Carl Auer.
- HOROWITZ, M. J. (1997): Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie. In: Maercker, A. (Hrsg.), Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. – 2. überarb. und erg. Aufl., Springer.
- HUBER, M. (2007): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. – 3. Aufl., Junfermann.
- HUBER, M. (2006): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2. – 3. Aufl., Junfermann.
- KACHLER, R. (2005): Meine Trauer wird dich finden. Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit. – 12. Aufl. 2012, Kreuz Verlag.
- KUSCHE, R. & M. WAADE (2012): Was bleibt, ist Sus Liebe. – Spielberg.
- MADERT, K.K. (2006): Die Behandlung Traumatisierter ist heutzutage Körperpsychotherapie. In: Körper, Imagination und Beziehung in der Traumatherapie. – Tagungsband zum 6. Wiener Symposium Psychoanalyse und Körper, 2006.
- PLASSMANN, R. (2006): Moderne Traumatherapie und Körper. In: Körper, Imagination und Beziehung in der Traumatherapie. – Tagungsband zum 6. Wiener Symposium Psychoanalyse und Körper, 2006.
- REDDEMANN, L. (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT. Das Manual. – 5. erw. Aufl. 2008, Klett-Cotta.
- REDDEMANN, L. & C. DEHNER-RAU (2004): Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen - ein Übungsbuch für Körper und Seele. – 3. vollst. überarb. Aufl. 2011, Trias.

- RÜEGG, J. C. (2011): Gehirn, Psyche und Körper – Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. – 5. Aufl., Schattauer GmbH.
- SATIR, V. (1988): Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. – 8. Aufl. 2010, Junfermann.
- SCHUBBE, O. (Hrsg.) (2004): Traumatherapie mit EMDR. Ein Handbuch für die Ausbildung. – Vandenhoeck & Ruprecht.
- SCHUBBE, O. (2004): EMDR – Der Lehrfilm des Instituts für Traumatherapie, Berlin. – DVD zum Lehrbuch, ca. 50 min., Vandenhoeck & Ruprecht.
- WAADE, M. (2011): Ein Leitfaden für Gewaltopfer und Angehörige von Tötungsfällen. – Broschüre des ANUAS e.V.

Weitere Quellen:

www.dimdi.de

www.traumaheilung-berlin.de

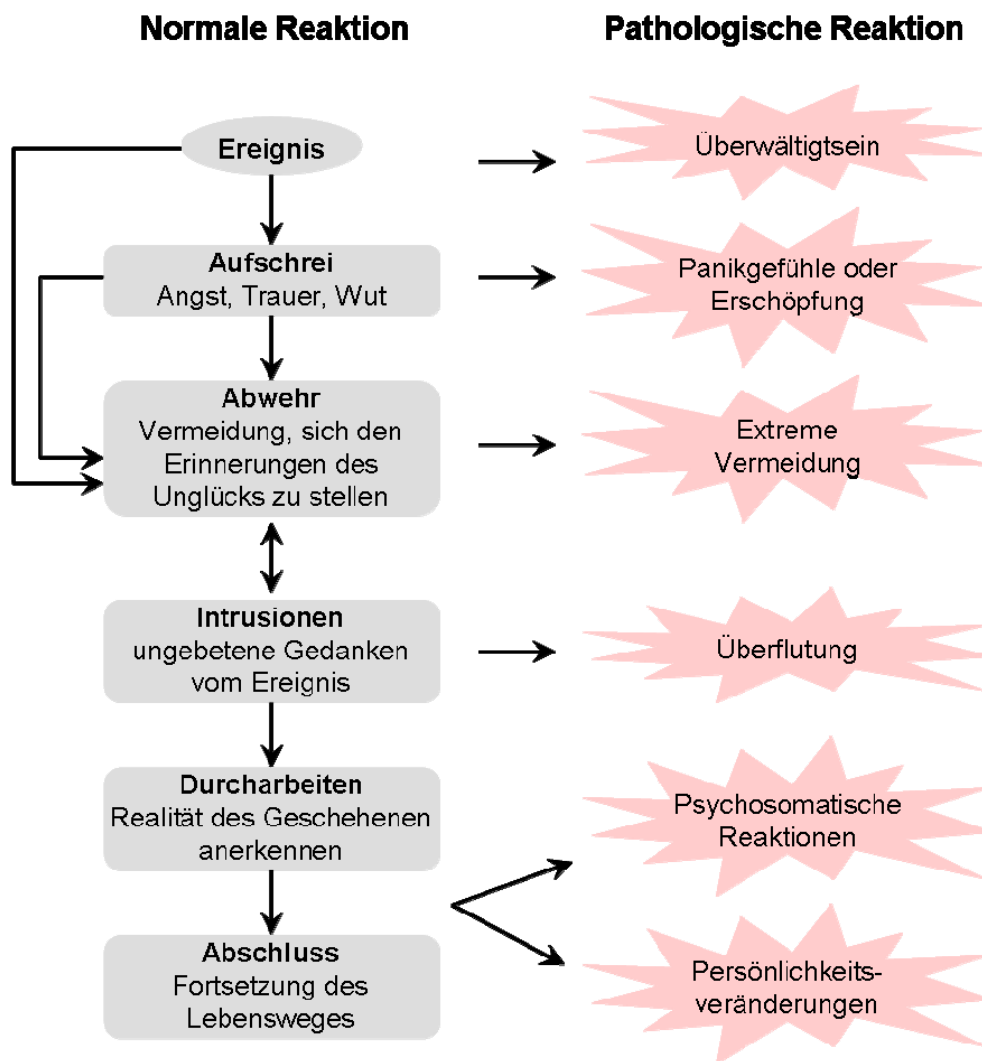
<http://therapiedschungel.ch>

9 ANHANG

- Anhang 1: Normale und pathologische Reaktionen auf belastende Ereignisse
- Anhang 2: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung = DESNOS
(Disorder of Extreme Stress not otherwise specified)
- Anhang 3: Die sechs wichtigsten Tugenden (nach Seligman) + Übung
- Anhang 4: Selbstbewusstheit + Übung
- Anhang 5: Mini-Interventionen für zwischendurch

Normale und pathologische Reaktionen auf belastende Ereignisse

(nach Horowitz 1997, S. 147)



**Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
= DESNOS
(Disorder of Extreme Stress not otherwise specified)**

1. Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen

- a) Affektregulation
- b) Umgang mit Ärger
- c) Selbstverletzung/Selbstbeschädigung
- d) Suizidalität
- e) Störungen der Sexualität
- f) Exzessives Risikoverhalten

2. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins

- a) Amnesien
- b) Vorübergehende dissoziative Episoden und Depersonalisierung

3. Störungen in der Selbstwahrnehmung

- a) Wirkungslosigkeit
- b) Stigmatisierung
- c) Schuldgefühle
- d) Scham
- e) Isolation
- f) Bagatellisieren

4. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

- a) Unfähigkeit zu vertrauen
- b) Reviktimisierung
- c) Viktimisierung anderer Menschen

5. Somatisierung

- a) Somatoforme Beschwerden
- b) Hypochondrische Ängste

6. Veränderungen von Lebenseinstellungen

- a) Fehlende Zukunftsperspektive
- b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen

(Huber 2007, S. 256 ff)

Die sechs wichtigsten Tugenden

Zusammen mit seinem Forscherteam fand der amerikanische Psychologe Martin Seligman in zahlreichen Traditionen – über den ganzen Planeten verteilt – sechs so genannte Tugenden: Weisheit und Wissen, Mut, Liebe und Humanität, Gerechtigkeit, Mäßigung sowie Spiritualität und Transzendenz. Daraus wurde ein Konzept entwickelt, welche 24 Stärken dabei helfen können, die Tugenden zu erreichen.

Weisheit und Wissen:

1. Neugier/Interesse für die Welt
2. Lerneifer
3. Urteilskraft/kritisches Denken/geistige Offenheit
4. Erfindergeist/Originalität/praktische Intelligenz/Bauernschläue
5. Soziale Intelligenz/personale Intelligenz/emotionale Intelligenz
6. Weitblick

Mut:

7. Tapferkeit und Zivilcourage
8. Durchhaltekraft/Fleiß/Gewissenhaftigkeit
9. Integrität/Ehrlichkeit/Lauterkeit

Übung: Welches sind Ihre größten Stärken?

Wählen Sie aus den 24 aufgeführten Stärken Ihre fünf größten Stärken aus.

Das Ziel ist die Verwirklichung eigener Hauptstärken jeden Tag im Beruf, in menschlichen Beziehungen und in der Kindererziehung.

Es geht darum, Ihre bereits vorhandenen Stärken zu fördern und diese in allen Lebensbereichen so oft wie möglich einzusetzen. Konzentrieren Sie sich also nicht auf Ihre Schwächen, sondern aktivieren Sie Ihre ohnehin vorhandenen Stärken als Ressourcen!

Liebe und Humanität:

10. Menschenfreundlichkeit und Großzügigkeit
11. Lieben und sich lieben lassen

Gerechtigkeit:

12. Staatsbürgertum/Pflicht/Teamwork/Loyalität
13. Fairness und Ausgleich
14. Menschenführung (Leadership)

Mäßigung:

15. Selbstkontrolle
16. Klugheit/Ermessen/Vorsicht
17. Demut und Bescheidenheit

Spiritualität und Transzendenz:

Transzendenz = emotionale Stärken, die nach außen und über Sie als Mensch hinausgreifen und Sie mit etwas in Kontakt bringen, das größer und beständiger ist: andere Menschen, die Zukunft, die Evolution, das Göttliche, das Universum.

18. Sinn für Schönheit und Vortrefflichkeit
19. Dankbarkeit
20. Hoffnung/Optimismus/Zukunftsbezogenheit
21. Spiritualität/Gefühl für Lebenssinn/Glaube/Religiosität
22. Vergeben und Gnade walten lassen
23. spielerische Leichtigkeit und Humor
24. Elan/Leidenschaft/Enthusiasmus

(Reddemann & Dehner-Rau 2004, S. 156 ff)

Selbstbewusstheit

Der Wiener Arzt und Psychiater Viktor Frankl kam als Jude ins Konzentrationslager Theresienstadt. Dort erlebte er Dinge, die fernab jeglicher Menschenwürde lagen. Seine erste Frau und seine Eltern wurden im Konzentrationslager ermordet. Er selbst wurde gefoltert und entwürdigt. Eines Tages wurde er sich dessen bewusst, was er "die letzte Freiheit des Menschen" nannte. Die Nazis konnten ihn und seine Umgebung kontrollieren, sie konnten mit seinem Körper machen was sie wollten. Er blieb dennoch ein selbstbewusstes Wesen, das beobachten konnte, was mit ihm geschieht. Seine grundlegende Identität war intakt. Er konnte selbst entscheiden, welche Auswirkungen all diese Erlebnisse auf ihn haben würden. Er gründete ein Referat für Psychohygiene, das den Neuankömmlingen über den Schock der ersten Eindrücke hinweghelfen sollte. Frankl wurde zu einer Inspiration für die Menschen in seiner Umgebung, auch für einige der Wächter. Er unterstützte andere dabei, einen Sinn in ihrem Leiden und Würde in ihrem Gefangensein zu finden.

In meinem
Innersten
bin ich unverletzbar!

Frankl beschreibt drei Wertekategorien: Schöpfungswerte, Erlebniswerte und Einstellungswerte. Wie sieht Ihr Lebenskonzept aus?

Übung: Mein wertvoller Tag heute

Schöpfungswerte:

- Wo mache ich die Welt reicher?
- Wo hinterlasse ich Spuren?
- Wo bringe ich mich sichtbar oder durch Worte ein?

Erlebniswerte:

- Wo macht mich die Welt reicher?
- Wo kann ich das Leben genießen?
- Was spricht meine Sinne an (z.B. den Regen spüren, Schokolade essen, die Katze streicheln)?
- Wo wird mir etwas entgegengebracht?

Einstellungswerte:

- Wie gehe ich mit Leid, Frustration und Zumutungen um?
- Wo ist es mir gelungen, eine für mich gute und hilfreiche Haltung zu finden?
- Wo habe ich etwas gut ausgehalten oder durchgestanden?

Für die Entwicklung hilfreicherer Einstellungen und deren Umsetzung braucht es einige Zeit. Es geht darum, Stärken und unterstützende Erfahrungen in sein Lebenskonzept einzubauen.

Beispiele könnten sein:

- Das Leben hält auch schöne Dinge für mich bereit
- Es darf mir gut gehen
- Ich kann auch an belastenden Erfahrungen wachsen

(Reddemann & Dehner-Rau 2004, S 161 ff)

Mini-Interventionen für zwischendurch

Kurze Baum-Meditation

Stell dir vor, aus deinen Füßen wachsen Wurzeln in den Boden. Nimm deine Verbundenheit mit der Erde wahr. Spüre, wie du Wasser und Nährstoffe über die Wurzeln aufnimmst.

Strecke langsam deine Arme nach oben und spüre das Sonnenlicht auf deinen Zweigen und Blättern.

Die Übung ist gut geeignet, um Energie aufzutanken.

Pica Pica Atmung

Stell dir vor, wie beim Einatmen frische klare Luft durch den Scheitel in deinen Körper einströmt – durch den Körper hindurchfließt – und beim Ausatmen aus den Fußsohlen wieder hinausfließt in die Erde.

Wiederhole die Pica Pica Atmung so oft, bis du das Gefühl hast: jetzt ist es genug!

Die Pica Pica Atmung eignet sich hervorragend zur sofortigen Selbstberuhigung in Stress-Situationen. Sie braucht in der Regel nur wenige Sekunden bis Minuten.