

Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen

Alfried Längle

Das Thema „Traumatisierung“ hat eine besonders große existentielle Relevanz. In der Existenzanalyse wird das Spezifische der schweren Traumatisierung im Erleben des „Entsetzens“ gesehen, in dem die Abgründigkeit des Seins (statt des Nichts) erfahren wird. Diesem zentralen Erleben der Traumatisierung wird auf zwei Ebenen nachgegangen:

die Prozeßebene wird durch eine Analyse der Ich-Struktur aufgerollt. Das Modell der Ich-Struktur der Existenzanalyse wird an jenes von Ch. Scharfetter angelehnt.

in der strukturelle Ebene sind durch ein schweres Trauma alle vier Grunddimensionen erfüllter Existenz betroffen. Das macht einerseits die Entstehung einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) und andererseits den hohen Komorbiditätsgrad dieser Störung verständlich. Als direkte Traumafolge besteht durch die Lähmung auf der Prozeßebene eine verminderte Wechselwirkung mit der existentiellen Struktur mit Weltverlust, Beziehungsverarmung, Selbstverlust und Zukunftsverlust. Typische Copingreaktionen begleiten das Erleben – vor allem Totstellreflexe und ein Aktivismus der ersten Grundmotivation.

Therapeutisch ist eine Restrukturierung der existentiellen Grundbezüge und der personalen Funktionen erforderlich. Das Modell der Grundmotivationen gibt spezifische therapeutische Schritte vor, um die existentielle Entwurzelung zu überwinden und mit dem Einsatz „unspezifischer“ Faktoren wie Dialog und Begegnung die personalen Funktionen zu mobilisieren.

Schlüsselwörter: Trauma, PTBS (PTSD), Existenzanalyse, Grundmotivationen, Personale Existenzanalyse

English abstract:

Personality Disorders and Genesis of Trauma Existential Analysis of traumatised personality disorders

By Alfried Längle

The topic of traumatizing has a particularly great, existential relevance. In existential analysis the specificity of grave traumatizing is considered to be the experience of “horror” at seeing the abysmal side of one’s being (instead of the void). This central experience in traumatizing is looked at on two levels. The process level is examined via an analysis of the self-structure, with the existential-analytical model of self-structure being close to the one propounded by Ch. Scharfetter.

On the structural level all four fundamental dimensions of fulfilled existence are touched by grave traumatizing. This explains the genesis of PTSD (post-traumatic stress disorder) as well as the high comorbidity factor of this disorder. As a direct consequence of trauma the interaction with the existential structure is reduced, causing a loss of world, relationship, self and future. Characteristic coping reactions accompany all experience – above all the death-feigning reflex and activism on the first fundamental motivation.

Therapy must restructure the existential fundamental references and the functioning of the person. The model of the fundamental motivations provides specific therapeutic steps to overcome the existential deracination and to mobilise the functions of the person with the help of non-specific factors such as dialogue and encounter.

Key words: trauma, PTSD, existential analysis, fundamental motivations, personal existential analysis

1. Einführung

Da passiert ein Unfall auf der Autobahn: ein vollbesetzter Bus streift die Leitplanke, schlitzt die Längsseite auf, Menschen fallen aus dem schlingernden Fahrzeug, das sich nun überschlägt. Zerrissene Leiber, Schreiende, Wimmernde, Blutende, Bewußtlose auf der Straße. Ahnungslos stoßen weitere Menschen auf die Szene, fallen förmlich aus heiterem Himmel in diese Hölle, die gemütliche Musik noch ihm Ohr, die Ausflugsphantasien im Kopf, Urlaubsstimmung oder vielleicht gerade einen Ehezwist im Herzen. Schlagartig verändert sich ihre Wirklichkeit. Die harmlose, liebliche Realität stürzt in einen nie erlebten, nie gesehenen, nie ertragenen Abgrund. Wie mit dem Kopf gegen eine unsichtbare Glastüre geschlagen weiß man für einen Moment nicht mehr, was ist – was Wirklichkeit ist. Orientierungslos und fassungslos stehen die dazukommenden Menschen vor dem Schreckensbild auf der Autobahn. Die meisten sind gelähmt; einige erfassen die Situation, mehr mechanisch als fühlend stellen sie Warnsignale auf, beginnen den nächst Liegenden erste Hilfe zu geben. –

Wenn wir uns aus der Hölle eines solchen Szenarios nehmen und auf die Auswirkungen für die Überlebenden wie für die überraschend Dazugekommenen schauen, so ist jedenfalls von einer Schockwirkung auszugehen, wie man sich leicht vorstellen kann. In der Folge jedoch sind die Entwicklungen unterschiedlich und es stellt sich die psychologisch relevante Frage: Warum wirkt ein solches Ereignis auf die einen Menschen traumatisierend, auf die anderen jedoch nicht? Warum wird das eine Erlebnis zu einer *Erfahrung*, das andere zu einem *Trauma*? – Und wodurch wird es vielleicht zu einer *anhaltenden* Störung?

Es lohnt sich aus mehreren Gründen, dieser Frage nachzugehen. Ein paar Hinweise mögen die Bedeutsamkeit des Themas in einem größeren Rahmen beleuchten:

- Es ist die psychologisch-anthropologische Frage nach der *Verletzbarkeit und Verletzlichkeit* des Menschen. Was ist das, was im Menschen verletzbar ist? Warum schmerzt uns überhaupt etwas? Dies bildet die Basis der folgenden Ausführungen.
- Es ist darin das psychologisch-philosophische Thema der *Erfahrung der überdimensionalen Erschütterung*, des Entsetzens, das alles bisher Dagewesene aus den Angeln hebt. – Wie ist eine solche Wirkung möglich, und womit hängt sie zusammen?
- Es lohnt sich aus persönlichen Gründen, einer solchen Frage nachzugehen, denn sie gehört wie der Tod selbst zur *menschlichen Wirklichkeit*. Man wird sich vielleicht fragen, was man selbst täte und wie es einem wohl ginge, was einem vielleicht helfen könnte, sollte ein solches Unglück einem selber zustoßen. Dieses Nachgehen kann bewirken, daß wir diese Seite der Realität, diese Möglichkeit ihres Einbrechens, nicht übersehen, nicht wegschieben oder fern halten, vielleicht nicht mehr verdrängen oder abspalten müssen. Es geht hier also um das *Risiko*, auch als *psychisch Gesunder*¹ ohne spezifische Vulnerabilität *erkranken* zu können, was ebenso für das Kind wie für die Erwachsenen gilt.
- Natürlich lohnt sich die Beschäftigung mit diesen Fragen aus *professionellen* Motiven. Wir wissen, wie verbreitet Traumatisierungen sind. Wie die Traumawirkung in der Psychotherapie lange nicht erkannt worden ist und wie die Forschung heute ihre Relevanz für die Entstehung verlustreicher, störender Entwicklungen deutlich macht. Für die Existenzanalyse stellt das Thema eine besondere Herausforderung dar: ist doch die Katastrophe, der totale Einbruch des existentiellen Halts bei weitem nicht so ein großes Thema in der existentiellen Literatur, wie es das Scheitern, die Absurdität oder der Tod sind.

¹ Geschlechtsbezogene Bezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

Wir wissen, wir alle können unversehens *Zeugen*, ja auch *Opfer* eines solchen Schreckensszenarios werden. Das menschliche Leben ist nicht geschützt vor dieser Seite möglicher Realität. Weder Wissen noch Bewußtsein, weder Wissenschaft noch Glaube können uns davor bewahren, können uns den Schock ersparen, sollten wir damit konfrontiert werden. Wahrscheinlich könnten wir ein alltägliches Leben kaum bewältigen, wären wir uns der möglichen Abgründe des Daseins ständig bewußt. So *adaptiert* sich der Mensch auf ein Bild von Realität, das sie als sicher, handhabbar, überschaubar, verläßlich und vertrauenswürdig darstellt. Und meistens fährt man ganz gut mit diesem Bild von Wirklichkeit.

Doch kann uns dieses Bild so unvermutet zerrissen werden, daß uns diese brutale Gewalt bis in die Grundfesten erschüttert. In extremen Situationen wie Naturkatastrophen, lebensbedrohlichen oder tödlichen Unfällen, menschlicher, nie gesehener Grausamkeit, welche Würde und Existenz gleichermaßen außer Kraft setzt, gelten die Regeln und Gesetzmäßigkeiten der kulturell „gezähmten Wirklichkeit“ nicht. In solchen Extremsituationen versagen die *operativen Schemata* wie Haltungen und Einstellungen, mit denen wir an die Alltagswirklichkeit herangehen. Das traumatische Erleben ist mit so gänzlich Neuem konfrontiert, daß man weder *adaptiert* ist noch *Umgangsweisen* zur Verfügung hat. Statt der Frage: „Was macht die Person mit dem Trauma“ gilt in solchen Fällen die Frage umgekehrt: *was macht das Trauma mit dem Menschen?*

2. Trauma, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und posttraumatische Persönlichkeitsstörung

Was kennzeichnet ein Trauma? – Unter Trauma versteht man allgemein ein schädliches Ereignis, das „*außerhalb der üblichen Menschen Erfahrung*“ liegt (Vermetten, Charney, Brenner 2000, 67). Im DSM IV wird es auf Ereignisse beschränkt, in denen man dem *Tod* oder ernsthafter *körperlicher Verletzung* oder Beschädigung bei einem selbst oder bei anderen ausgesetzt war, was zu einer intensiven subjektiven Reaktion von Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen führte (ebd.). Durch diese Beschränkung der Definition auf die Konfrontation mit Tod oder körperlicher Unversehrtheit faßt das DSM IV das Trauma deutlich enger als das ICD 10 (ebd. 70), das die Ereignisse an die subjektive Größe einer im normalen Menschenleben nicht vorkommenden Erfahrung knüpft.

Damit unterscheidet sich ein Trauma von gewöhnlichen Belastungsfaktoren und von Verletzungen, wie sie in jedem Leben unvermeidlich sind. Nur jene Traumata sind als Ursache einer PTBS anzusehen, die die üblichen Verarbeitungskapazitäten des Menschen überschreiten, weil sie eine *überwältigende Dimension* haben und entsprechend zu *ungewöhnlich heftigen Reaktionen* führen. Hier begegnet der Mensch einer Wucht, einer Gewaltigkeit, einer Größe von Zerstörung, die ihn gänzlich hilflos macht und mit Schreck und Entsetzen erfüllt.

Mehr als die Hälfte der Menschen (60 % der Männer, 51 % der Frauen) erleben ein solches Ereignis wenigstens einmal in ihrem Leben (ebd. 67; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson 1995).

Die Symptome des PTBS werden in drei Kategorien unterteilt (Vermetten et al. 2000, 71f.):

- *Wiedererleben* des Ereignisses: es braucht mindestens ein Symptom von den „Nachhall-Symptomen“: eindringliche Erinnerungen; belastende Träume; wiederkehrendes Fühlen des Ereignisses; intensive psychische Belastung bei Hinweisreizen;
- *Vermeidungsverhalten*: es braucht mindestens drei Symptome aus den Gruppen der Gefühle des Betäubtseins, eingeschränkter Reagibilität und der Vermeidung;

- Anhaltende Symptome *erhöhter Erregbarkeit*: mindestens zwei Symptome wie Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, übermäßige Wachsamkeit, übertriebene Schreckreaktion.

Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und erhöhte Erregbarkeit haben etwas gemeinsam: sie sind Phänomene eines Verarbeitungsversuchs, somit Symptome eines Prozesses. Die PTBS kann man daher als eine *Verarbeitungssymptomatik* auffassen. Der Mensch steht in einem erhöhten Erregungsniveau, das sich auf alle drei anthropologischen Dimensionen funktionell störend auswirkt: *somatisch* (vegetative Symptome, Gewichtsverlust, motorische Störungen), *psychisch* (Fühlen, Schlafen, Tagesschwankungen, Lustlosigkeit, Motivationskraft, Konzentration) und *personal* (Selbstwert, Lebenskonzept und Lebenshaltung, Aufmerksamkeit und Motivation). Das Erlebte belastet den Menschen, seine Ich-Strukturen geben nach, sodaß er nicht mehr auf „seine Höhe“ kommt.

Diese noch diffuse Symptomatik kristallisiert deutlichere Konturen aus, wenn die PTBS zu einer **posttraumatischen Persönlichkeitsstörung** (bzw. Persönlichkeitsänderung, wie sie im ICD 10 genannt wird - F 62,0) wird. Das Bild der aufgewühlten, unruhigen, akuten Symptome sedimentiert zu einer schützenden Haltung der Welt gegenüber, die mit einem markanten Ich-Verlust verbunden ist. Diese „Verbarrikadierung“ der Persönlichkeit findet auf dem Boden eines eingeschränkten Weltbezugs und Innenbezugs statt. Man kann die fünf Merkmale der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ des ICD 10 diesen beiden personalen Basisbezügen zuordnen:

a) *eingeschränkter Weltbezug*

1. eine mißtrauisch-feindliche Haltung der Welt gegenüber
2. sozialer Rückzug

b) *eingeschränkter Innenbezug*

3. Leeregefühle, Hoffnungslosigkeit
4. chronische Nervosität und ständiges Bedrohtsein
5. Entfremdung

Nach einem solchen Ausmaß von grauenvollem Erleben kann *keine normale Beziehung* mehr aufgenommen oder gehalten werden. Die Welt ist schlichtweg zu *bedrohlich* und das Subjekt so *geschwächt*, daß die anderen Menschen (die bei manchen Traumatisierungen noch dazu ursächlich mitwirken) nicht mehr ertragen werden können. Mit diesem breiten Rückzug aus der Welt geht unter dem Schatten von anhaltender Angst ein Selbstverlust mit innerer Leere und Entfremdung einher.

3. Das Entsetzen als existentielles Thema der Traumatisierung

Es stellt sich einem unweigerlich die Frage, womit der Mensch konfrontiert ist, wenn er so außerordentlich heftig reagiert. Die Symptomatik weist auf ein *extremes* Erleben hin, das im Unterschied zu einer „normalen Angst“ *überwältigend* ist und daher nicht in den Rahmen „üblicher menschlicher Erfahrung“ eingeordnet werden kann.

Goethe (o.J. 370) hat in „Dichtung und Wahrheit“ (16. Buch) sehr präzise solche ungewöhnlich starken Erlebnisse, die jegliche Vertrautheit und Berechenbarkeit übersteigen, mit den Begriffen „Staunen“ und „Entsetzen“ belegt: „Die Natur wirkt nach ewigen, notwendigen, dergestalt göttlichen Gesetzen, daß die Gottheit selbst daran nichts ändern könnte. Alle Menschen sind hierin unbewußt, vollkommen einig. Man bedenke, wie eine Naturerscheinung, die auf Verstand, Vernunft, ja, auch nur auf Willkür deutet, uns Erstaunen, ja Entsetzen bringt. (...)Ein ähnliches Entsetzen überfällt uns dagegen, wenn wir den Menschen unvernünftig gegen allgemein anerkannte sittliche Gesetze, unverständlich gegen

seinen eignen und fremden Vorteil handeln sehen. Um das Grauen loszuwerden, das wir dabei empfinden, verwandeln wir es sogleich in Tadel, in Abscheu, und wir suchen uns von einem solchen Menschen entweder wirklich oder in Gedanken zu befreien.“

Entsetzen und unerträgliche Gefühle bedrängen uns, wenn der Rahmen der Gesetzmäßigkeiten oder des sittlich Erwarteten bzw. als natürlich Angesehenen aus den Fugen gerät. Alles Vertrauen ist dann zerstört. Solches Erleben ist ein Trauma. Es scheint das Charakteristische des Traumaerlebens nicht so sehr die Angst zu sein als vielmehr die Erfahrung (Wahrnehmung) einer *erschütternden Unfaßlichkeit der Realität*, die nun ohnegleichen da steht. Freyd (1994) kommt in ihren Untersuchungen über die Ursache von frühkindlichen, zwischenmenschlichen Traumatisierungen zu solchen Ergebnissen. Sie findet z.B. bei 75 traumatisierten Personen primär eine *Erschütterung des Vertrauens* (das wäre in unserem Verständnis die unmittelbare Folge der erlebten „Unfaßlichkeit“ und die tiefste, faßbare Symptomatik). Solche Erfahrungen machen natürlich auch Angst² (vor allem und wahrscheinlich mehr im Rückblick!), aber sie lösen in der Akutsituation vor allem *Entsetzen* aus. Entsetzen definieren wir als *fassungsloses Unverständnis vor etwas Fremdem, dessen Vorhandensein als unmöglich angesehen wurde*. Eine PTBS hätte damit einen thematischen Kern: die Konfrontation mit dem Inhalt des Entsetzens, und zwar im besonderen mit der Fassungslosigkeit, in der wir gegen alle Erwartung dem Sein gegenüber uns vorfinden. Es ist, als ob das Sein den Menschen betrogen hätte – und doch ist er weiterhin auf das Sein angewiesen, kann ohne es nicht weiterleben (man beachte die Ähnlichkeit mit dem Erleben des Kindes den Eltern gegenüber – und wenn diese Lebensader von Beziehung durch Mißbrauch betrogen wird; Freyd baut ihre Traumatheorie auf solche Erfahrungen auf).

Um den Gedanken der Unfaßlichkeit besser zu verstehen, müssen wir das Spezifische des Entsetzens näher betrachten. Entsetzen ist im Grunde eine Form des *Staunens*; bloß mit dem Unterschied, daß der Gegenstand nicht ein unfaßbarer Wert oder eine überdimensionale Größe ist, die staunen läßt, sondern sein Gegenstand ist die *Unfaßlichkeit der Abgründigkeit der Existenz*. In Sprache gehoben sagt das Gefühl des Entsetzens: „Ist das denn möglich? Das gibt es doch nicht! – Das gibt es also auch noch!“

Solche Gefühle bekommen wir z.B. bei so einem Autobahn-Unfall, wie eingangs geschildert, oder wenn wir von Kriegsgreuel erfahren, Bilder vom KZ sehen, zusehen, wie das World Trade Center am 11. 9. 01 einstürzt; Entsetzen kann uns auch bei der Mitteilung einer unheilbaren oder schweren Krankheitsdiagnose befallen. Wann immer wir Entsetzen erleben, wird Vertrauen zerstört. Es geht im Entsetzen nicht immer und nicht eigentlich um die Eigengefährdung, wie es beim Schrecken der Fall ist, als vielmehr um das *Unverständnis* und den *Vertrauensverlust* ins Dasein.

Während in der Psychologie diesem Begriff keine Aufmerksamkeit schenkte (allenfalls wird Entsetzen als Begleitgefühl von Angst beschrieben), hat Emmanuel Levinas in seinem Frühwerk (1947) ein tiefes Verständnis dieses Erlebens entwickelt. Es kann als grundlegend für ein existentielles Verstehen von Entsetzen und Trauma angesehen werden. Für Levinas ist das, was man im Entsetzen erlebt, etwas anderes als Angst. Im Unterschied zur Angst wird das Entsetzen von etwas ausgelöst, das *ist*. Während man in der Angst mit dem potentiellen *Nichts* konfrontiert ist, ist es beim Entsetzen das *Sein*, das die Erschütterung auslöst. Das Entsetzliche ist eben, daß „es das gibt“, und nicht, daß da *nichts* ist. Levinas spezifiziert dieses Sein als das „anonyme“ Sein, als „apersonalen Strom des Seins“, das da den Menschen überschwemmt. Dieses Sein ist nicht das „gebende“ Sein, das „umsorgte“ oder „besorgte“ Sein, wie es Heidegger beschrieb, sondern das „anonyme Rauschen“ des „es gibt“. Im Erleben des Entsetzens stoßen wir also auf eine *Paradoxie des Seins*. Unser gewöhnliches

² Freyd (ebd.) meint aber dezidiert, daß es nicht primär die Angst im Vordergrund des Erlebens stehe, sondern eben diese *Erschütterung des Vertrauens*. Sie sei es schließlich auch, die zur Entwicklung von *Dissoziationen* (und eben nicht zu den klassischen Angst-Reaktionen) führt.

Erleben von Sein ist, daß es Schutz, Raum und Halt vermittelt. Es ist der tragende Grund des „In-der-Welt-Seins“ (Heidegger), ist Boden neben der Abgründigkeit. Nun bricht dieses Vertrauen ein durch das Erleben dessen, „was es da *doch* gibt“, womit man gar nicht gerechnet hat und wahrscheinlich auch nicht rechnen kann, und das als Sein das eigene Sein doch extrem zu bedrohen vermag.

Die wiederholte oder die überdimensionale Erfahrung, daß das Sein „nicht hält“, entzieht dem Menschen den Boden in seiner Welt. Ohne Standfläche gerät er in eine Machtlosigkeit gegenüber einem Ereignis, das sich seiner Kontrolle entzieht, und das er nun auch nicht mehr verarbeiten kann. Es kommt dadurch zu einer „Unterbrechung“, wie es Kleber & Brom (1992) in einer mehr psychologischen Sprache bezeichnen, durch die „drastische Zerstörung grundlegender Annahmen und Erwartungen“ (Kleber 2000, 728).

In diesem Rahmen zerbrochener Kontinuität stehen auch die Traumakonzepte, die auf Antonovskis (1997) Kohärenzgefühl aufbauen. Frommberger, Stieglitz, Straub, Nyberg, Schlickewei, Kuner, Berger, Brünger (1999) konnten z.B. bei Opfern schwerer Unfälle zeigen, daß die kognitiven und emotionalen Reaktionen bei Verkehrsunfallopfern, die eine PTBS entwickelten, unabhängig vom Schweregrad der Verletzung waren (!), jedoch mit dem *Kohärenzgefühl* (d.h. mit der subjektiven Bedeutung des negativen Ereignisses) korrelierten. Ein gutes Kohärenzgefühl war negativ mit der Entwicklung einer PTBS korreliert. D.h. wenn man ein schwieriges oder traumatisches Ereignis in einen Sinnzusammenhang einordnen kann, scheint die traumatische Wirkung des Ereignisses abgeschwächt zu sein.

Auf einem solchen kognitiven Hintergrund und auf dem Boden der Erfahrung, „daß das Sein nicht hält“, kommt es natürlich und in der Folge zu einem anhaltenden Erleben von Gefahr. Da entsteht Angst. Im *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modell* von Ehlers & Clark (2000)³ ist dieses anhaltende Gefühl der Bedrohung einer der Hauptgründe für die das Entstehen einer PTBS. Aus unserer Sicht setzt dieses Modell relativ spät in der Entwicklungslinie der Traumaentstehung an.

Der Vollständigkeit halber sei ein psychodynamisches Konzept der Traumaentstehung erwähnt. Nach Gabbard (2000) wird die Traumatisierung ebenfalls der subjektiven Bedeutung des Stressors zugeschrieben und nicht einem objektiv meßbaren Schweregrad. Zur Entwicklung einer PTBS kommt es aber erst dann, wenn die traumatische Erfahrung mit einem *Kindheitstrauma* in Resonanz gerät. In einem solchen Falle wird die Erschütterung so stark, daß die Affekte nicht mehr reguliert werden können und Somatisierungen sowie Alexithymie auftritt.

4. Die Psychodynamik in der Überforderung

Was hier der Mensch erlebt, überfordert seine Verarbeitungskapazität. Die Unfähigkeit, mit dem Erlebten zurechtzukommen, sich neben und mit dem Erlebten im Sein einzurichten, „Behausung“ zu erhalten, eine solche „existentielle Verunsicherung“ (Butollo, Rosner, Wentzel 1999, 184) führt zu einem *Oszillieren* in den Reaktionen. Überaktivität und Passivierung treten gleichzeitig auf. Versuche, das Erlebte doch anzugehen und einzuarbeiten wechseln mit Phasen der Lähmung und der Ermüdung. So schwankt der Mensch zwischen Intrusionen und Leugnung, zwischen andauerndem Wiedererleben und Vermeidungsverhalten, zwischen erhöhter Erregtheit und Abstumpfung. Es scheinen drei der vier grundlegenden *Copingreaktionstufen*, wie wir sie in der Existenzanalyse beschreiben (Längle z.B. 1998), gleichzeitig mobilisiert zu sein, und zwei davon in den Bereichen aller vier Grunddimensionen der Existenz. Das macht das Ausmaß der strukturellen Bedrohung

³ Die Entstehung des Gefährerlebens beziehen sie allerdings auf „excessively negative appraisals (added meanings) of the trauma and / or its sequelae“. Die negative Bewertung wäre aus unserer Sicht jedoch nicht als beliebig anzusehen, sondern als emotionale Wahrnehmung und Stellungnahme zum Erlebnisinhalt.

bzw. Zerstörung deutlich (vgl. dazu die Neurose, wo üblicherweise die Fixierung in vorwiegend einem einzelnen Copingmechanismus vorliegt). Tab. 1 gibt einen Überblick über diese Reaktionen:

Störungen der GM: Grundgefühl	Grundbewegung (Vermeidungsversuch)	paradoxe Bewegung = Aktivismus (Bewältigungsversuch)	Abwehrdynamik im Nicht-Entkommen (Aggressionstyp)	Überwältigungserleben (Totstellreflex)
1.GM→ ängstlich	<u>Flihen</u>	<u>Ankämpfen</u>	<i>destruktiv</i> : Haß	<u>Lähmung</u>
2.GM → depressiv	<u>Rückzug</u>	Leisten	<i>beziehungs-suchend</i> : Wut	<u>Erschöpfung, Resignation, Apathie</u>
3.GM → hysterisch	<u>auf Distanz gehen</u>	Rechtfertigen, Recht geben (Überspielen)	<i>abgrenzend</i> : Zorn / Ärger	<u>Dissoziation (Spaltung, Leugnung)</u>
4.GM → suizidal u. dependent	<u>Provisorisches Engagement</u>	Provokation, Idealisierung, Fanatismus, „Para-Existentialität“	<i>Kontext bildend</i> : spielerische Aggr., Zynismus, Empörung	<u>Betäubung</u>

Tab. 1: Die Formen des automatischen Schutzverhaltens (Copingreaktionen), gegliedert nach den Themen der Grundmotivationen (aus Längle 1998, 23). Unterstrichen sind jene Copingreaktionen, die durch das traumatische Entsetzen mobilisiert werden.

Alle Formen des *Überwältigungserlebens* (der Totstellreflexe) sind in der PTBS zugleich zu finden und dominieren das Bild. Es finden sich die Totstellreflexe aller vier Grundmotivationen gleichzeitig: Lähmung, Apathie, Dissoziation⁴ und Betäubung. Nur bei schweren Störungen sind alle Schichten der Existenz betroffen. Das Bild ist gepaart mit der Mobilisierung der schützenden **Grundbewegung**, die ebenfalls alle vier Grunddimensionen der Existenz überspannt: Vermeiden, Rückzug, auf Distanz gehen und provisorisches Engagement. Zusätzlich und wie zur Unterstreichung der Angstdimension, die in der PTBS enthalten ist, ist auch die Reaktionsstufe des **Aktivismus der 1. Grundmotivation** mobilisiert, das Ankämpfen in Form von Intrusionen, belastenden Träumen, Wiederfühlen des Traumas etc.

Da es in diesem gleichzeitigen Mobilisieren gegenläufiger Verhaltensweisen kaum ein Weiterkommen in der Verarbeitung des Traumas gibt, erstaunt es nicht, daß 86 % der PTBS eine *komorbide dissoziative Störung* entwickeln (Bremner et al. 1998, in Vermetten et al. 2000, 80). Die Entwicklung einer Dissoziation darf als starke Reaktion gelten. Eine *Dissoziation* stellt ein Versagen „der integrativen Funktionen des Bewußtseins, des Gedächtnisses, der personalen Identität sowie der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung der Umwelt“ dar (Kapfhammer 2000, 152f.). Das macht deutlich, daß im Phänomen der Dissoziation der Duktus des Selbst- und Weltverlustes der PTBS aufgenommen ist. Diesem früher als hysterische Neurose bezeichneten Phänomen kommt eine *Zwischenstellung* zwischen der akuten PTBS und der noch tiefergreifenden Persönlichkeitsstörung zu.

⁴ Bei starker Dissoziation finden sich signifikant mehr menschliche Traumatisierungen und Vertrauensbrüche durch Menschen, von denen man abhängig ist. Vor allem Dissoziation hilft, ein weiteres, notwendiges Zusammenleben zu ermöglichen (z.B. Kinder in Familien). (Freyd 1996, DePrince & Freyd 2001, Freyd 2003)

5. Die Struktur des Ich nach Scharfetter

Das Entsetzen, dem man im Trauma ausgesetzt ist, sprengt die übliche Verarbeitungskapazität des Menschen, haben wir festgestellt. Dadurch kommt es zu einer Überforderung der Verarbeitungsstruktur des Ich. Der Ort der Verarbeitung, der Integration bzw. der Aussonderung der Eindrücke ist das *Ich*. Welche Strukturen des Ich sind es, die dem Erlebten nicht standhalten können? – Dazu ist zuerst eine kurze Darstellung eines Ich-Konzeptes vonnöten, um dann die Auswirkung der Pathologie aufzuzeigen. Das Ich-Konzept der Existenzanalyse kann weitgehend an das Ich-Konzept von Scharfetter angebunden werden.

Christian Scharfetter (2002, 72-116) bezeichnete das Ich als „Erlebens- und Verhaltenszentrum, das sich im sozialen Kontext, in der Welt überhaupt ortet, die Einlaufstelle für das Ankommende, Verbindungsstätte von Gegenwärtigem mit Vergangenheit und Zukunft, Verarbeitungs- und Sendestelle für alles Efferente“ ist (ebd. 73). Es ist der Ort, worin „alle diese Funktionen zu einem einheitlichen Wesen ... zusammengehalten werden“ (ebd.).

Ihm schreibt Scharfetter verschiedene Dimensionen oder Aspekte zu, die er graphisch als konzentrische Kreise darstellt, bei denen die inneren die jeweils peripheren durchdringen und somit in ihnen enthalten sind. Der innerste Kern ist in diesem Schema die **Ich-Vitalität** und die Erfahrung des selbstverständlichen „ich bin“ mit seiner leibhaftigen Anwesenheit und Gestimmtheit (ebd. 74). – In der Existenzanalyse (EA) ist diese Grunddimension des menschlichen Daseins das Thema der 1. Grundbedingung der Existenz. Existenz beginnt mit dieser Grunderfahrung des „ich bin“ bzw. des „es gibt mich“, durch die uns in der Folge eine Mächtigkeit und eine Energie zukommt – die zur Grundlage des Sein-Könnens und des *Könnens* überhaupt wird.

2.) Es folgt die **Ich-Aktivität**: sich als eigenmächtig in seinem Handeln und Vernehmen zu erfahren; zu erleben, daß „ich“ es bin, der das erfährt, fühlt, denkt, sich erwartet usw. – In der EA findet diese Dimension ihre Entsprechung in einer Kombination der ersten und zweiten Grundmotivation, im Erfahren der Mächtigkeit des eigenen Könnens und im Erleben der Vitalität.

3.) Die **Ich-Kohärenz** ist die Erfahrung des Zusammenhalts, der Einheit, der Zusammengehörigkeit der Strebungen und Kräfte in unseren Selbstsein. – Wir sprechen in der EA von der Ich-haftigkeit in der 3. Grundmotivation. Es ist das konsistente Erleben innerer Einheit, die von Einmaligkeit und Einzigartigkeit (als Grundlage der Verschiedenheit von anderen – s.u.) geprägt ist.

Halten wir kurz inne. Wenn man diese Dimensionen auf dem Hintergrund der PTBS betrachtet, so kann man sich leicht vorstellen, daß die Erschütterung genau diese Ich-Dimensionen angreift. Die zuletzt genannte Einheit des Ich („Ich-haftigkeit“ des Erlebens und Verhaltens) ist durch die Massivität des Einbruchs erschüttert und in ihrer Lebensbedeutsamkeit und Selbstverständlichkeit durch die Ungeheuerlichkeit des Erlebten zumindest in Frage gestellt, wenn nicht aufs äußerste relativiert. Kann man sich überhaupt noch als „innerlich zusammengehörig“ erleben, wenn das Leben so mit einem spielt, daß man ihm *nichts mehr dagegensetzen* hat? Kann bei einer solchen erlebten Inkonsistenz und so einem Bruch von Welterfahrung überhaupt noch eine *innere* Konsistenz gehalten werden? – Wir können uns vorstellen, daß sich das Trauma der Ich-Aktivität entgegenstellt, sie auslöscht, uns erfahren läßt, daß wir in entscheidenden existentiellen Belangen nicht die actores, die Handelnden sind. Das Trauma erfaßt das Ich bis ins Mark, greift topgraphisch bis in den innersten Kern dieses Schemas hinein. Die selbständige, leibhaftige Anwesenheit, das

natürliche „ich bin“ voller Vitalgefühl und kräftiger Gestimmtheit ist nicht mehr zu erleben. Es ist erstarrt, betäubt, fühllos, verunsichert.

Die unausgesprochene, intime Frage nach solchen Katastrophen lautet etwa: „Gibt es *mich* noch oder gibt es nur noch diese Wucht, diese Welle, diese Brutalität, die mich schon längst ausgelöscht hat?“ Das *Ich-Sein in dieser überdimensionalen Wirklichkeit* scheint dem Subjekt nicht mehr *möglich*. Dieses, wie mir scheint, *zentrale Phänomen des Trauma-Erlebens* pflanzt sich in die weiteren Dimensionen des Ich fort. Es ist der innere „Abdruck“ des Unfaßlichen, des Erlebens von etwas, das es „eigentlich nicht geben kann“ – nun „gibt es auch einen selbst nicht mehr“. –

4.) Scharfetter beschreibt als vierten Punkt die **Ich-Demarkation**, die Fähigkeit, sich vom Nicht-Ich abzugrenzen, was einerseits die Ich-Bildung ermöglicht und andererseits die Realitätskontrolle schafft. – In der EA sehen wir in der Abgrenzung des Ich eine *Voraussetzung für die Fähigkeiten* des Ich bzw. der 3. Grundmotivation: der *Selbstbeobachtung*, der Selbstwahrnehmung, durch die eine Abgrenzung möglich wird und die ihrerseits durch die Abgrenzung über eine Feedbackschleife gestärkt wird. Diese Grenze zur Welt ist unheilbar durchbrochen, die ich-schützende und ich-bildende Grenze zerbrochen. Scharfetter (ebd. 74) spricht davon, daß es in pathologischen Fällen entweder zu einer Mauerbildung oder zu einem „schutzlosen Überschwemmtwerden vom ‚Nicht-Ich‘, ‚von außen‘“ kommen kann. Genau das geschah im Trauma, geschieht im Flashback wieder und wieder.

Was geschieht mit der 5.) **Ich-Identität**? Scharfetter beschreibt sie als die Erfahrung der Selbigkeit über die Zeit hinweg: „... daß ein Mensch weiß, daß er von Geburt an bis heute derselbe Mensch ist, der von sich ‚ich‘ sagen kann (...) trotz des Wandels von eigener und Umweltgestalt im Verlauf der Lebensgeschichte“ (ebd. 74). Diese Identität ist gebrochen, durch das Trauma in zwei geteilt. Man erfährt sich nicht mehr als derselbe, der man war, man ist ein anderer geworden, ist sich fremd geworden. Von nun an gibt es ein Vorher und ein Nachher.

Schließlich beschreibt Scharfetter 6.) **das Selbstbild** als eine Ich-Dimension: das, was jemand von sich selbst hält, wozu auch sein **Selbstwertgefühl** gehört. Diese Dimension scheint durch das Trauma *nicht direkt betroffen* zu sein, aber auf *indirekte* Weise dennoch ins Spiel zu geraten. Der traumatisierte Mensch ist so ausschließlich mit der Bewältigung des Erlebten beschäftigt, daß er für den Selbstwert keine Kraft, kein Interesse hat. Das Elementare ist nun wichtiger.

Für Scharfetter ist die 7.) **Ich-Stärke** das Resultat des Zusammenspiels dieser Dimensionen. Seiner Meinung nach handelt es sich dabei um ein „sehr globales Konstrukt“ (ebd. 77). Das Besondere dieser Theorie ist jedoch, daß die *Ich-Stärke sehr dynamisch verstanden* wird als eine „*Qualität* verschiedener Ich-Funktionen“ (worauf übrigens schon Federn 1956 hingewiesen habe, vermerkt Scharfetter anerkennend). Scharfetter meint, daß durch diese Qualität des Zusammenspiels der einzelnen Ich-Funktionen die hohe *Adaptabilität* und *Syntheseleistung* des Ich verständlich werde.

6. Die Ich-Struktur im existenzanalytischen Verständnis

Das Konzept der Ich-Struktur in der EA, das phänomenologisch im Rahmen eines personalistischen Ansatzes gewonnen wurde, ist ähnlich aufgebaut wie die von Scharfetter beschriebene Dynamik der Ich-Stärke. Vermutlich geht diese Parallele auf eine gemeinsame phänomenologische Vorgangsweise zurück. In der Konzeption der EA wird die **Ich-Stärke** im Zusammenspiel jener Fähigkeiten gesehen, die den letzten *drei Dimensionen Scharfetters*

entsprechen. Das Ich erhält seine Stärke durch die Ausbildung und den Einsatz spezifischer Fähigkeiten, die das *Selbst-Sein* begründen (Längle 1999a,b,c; 2002a,b,c). Phänomenologische Studien (z.B. Eckhard 2000, 2001; Längle 1999a, 2002a,c,d) ergaben, daß dafür drei Voraussetzungen vonnöten sind:

1. Durch die **Selbst-Wahrnehmung** kommt es zur Grenzbildung und zur Trennung von Ich und Nicht-Ich, von Eigenem und anderem. Ausdifferenzierung von Grenzen und Unterschiedlichkeiten ist die Basis für jeden *Dialog*. Austausch ist nur möglich, wo eine Differenz besteht.
2. Bei der **Selbst-Beurteilung** handelt es sich um eine Ich-Aktivität, die gerne übersehen wird, die aber als *konstitutiv für die Ich-Bildung* angesehen werden muß. Ein Personverständnis, in welchem der Mensch verstanden wird als jemand, der sich selbst gegeben ist, unterstreicht die Fähigkeit zur Selbst-Annahme wie auch zur Selbst-Distanzierung (Frankl 1996, 234ff.; Längle 1999b,c; 2002a; Tutsch 2000). Dieses Essentielle des Personseins bringt die Notwendigkeit der *Stellungnahme* mit sich. Durch die Stellungnahme zu sich selbst wird die gefundene *Grenze* und das von ihr umschlossene *Eigene* gefestigt, „zu eigen gemacht“. Erst in der Selbstbeurteilung, also in der Feststellung, was man von sich hält, was man als zu sich gehörig, zu einem passend, einem entsprechend von all seinen Plänen, Erlebnisweisen und Handlungen ansieht, *konsolidiert* sich das Ich. Es ist eine Form des „sich zu sich Stellens“, des inneren Abgrenzens sich selbst gegenüber, des sich *Ernst-Nehmens* in dem, was man selbst ist, und ihm zum *Durchbruch* zu verhelfen. Dies ist die *eigentliche integrative Aktivität*, durch die die Ich-Identität wirksam begründet wird. –
Es ist im besonderen diese Fähigkeit, die durch die *traumatische Erfahrung* in ihrem Vollzug unterbrochen wird. Das Erschütternde im Erleben führt zu einem Verlust der Ich-Integrität und stellt den Traumatisierten vor Fragen wie: „Was gehört nun noch zu mir? – Wie soll ich mich vor mir selbst positionieren, wo doch diese Ungeheuerlichkeit der Erfahrung alles Dagewesene in den Schatten stellt? Gibt es da überhaupt noch ein Eigenes, das mir gehört und das mir nicht im nächsten Augenblick durch eine Woge des Schreckens entrissen wird, als gehörte es mir nicht?“
3. Durch **Selbst-Wertschätzung** kommt die Selbst-Integration zum Abschluß. In ihr stellt sich der Mensch explizit zu dem, was er an sich schätzen kann, und fundiert so den *Selbstwert*. Dadurch erhält das Gefühl der Ich-haftigkeit sein *Dach*, seine Abrundung, daß die Fähigkeit der kritischen Selbst-Betrachtung in ein *Spüren für das Positive* im eigenen Entscheiden und Handeln übergeht. Diese Aktivität ist in besonderem Maße Selbst-bildend. –
Im *Trauma* ist das eigene Handeln gelähmt bzw. steht es so im Schatten der Ereignisse, daß es keine Bedeutung mehr für das Subjekt hat. Es kann dann auch gar nicht mehr zu einer wertschätzenden Beurteilung der eigenen Entscheidungen und Handlungen kommen. Damit fehlt die Abrundung der Selbst-Bildung, was die Gefühle der *Leere* und der *Entfremdung* noch *verstärkt*.

Diese Ich-Funktionen stehen natürlich im Wechselspiel mit dem *Gesehen-Werden von anderen*, ja werden durch die Ich-Du Interaktion überhaupt erst angestoßen. Erfährt der Mensch daher Grausamkeiten durch andere Menschen, werden diese Ich-Funktionen in noch viel größerem Maße angegriffen und ihre Wirkung gelähmt. Das könnte der Grund sein, warum die Wahrscheinlichkeit, nach einem Trauma eine PTBS zu entwickeln, durch die erlittene *Brutalität von Menschen* zehn mal höher ist als bei Opfern von Naturkatastrophen (40 – 65 % bei Kampfsituationen und Vergewaltigung versus unter 5 % bei Naturkatastrophen) (vgl. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson 1995, zitiert nach Friedmann 2004, 14).

7. Traumawirkung

Die Wirkung des Traumas hat im existenzanalytischen Theoriemodell eine doppelte Topographie. Es findet sich durch die Intensität des Geschehens eine markante Veränderung auf der **Strukturebene** der existentiellen Verankerung, sowie eine persistierende Blockade der **Prozeßfunktion** im Existenzvollzug.

7.1 Auswirkung auf die Struktur der Existenz

Das oben beschriebene Modell von Scharfetter konnte mit seinen drei basalen Ich-Funktionen mit den ersten drei existentiellen Grundmotivationen parallelisiert werden. Die weiteren Ich-Funktionen Scharfetters haben in unserem Theoriemodell ihre Entsprechung in den Voraussetzungen der Selbstbildung, also *innerhalb* der dritten Grundmotivation. Zu ergänzen wäre noch, daß im DSM IV eine weitere Traumawirkung angegeben wird, nämlich das Gefühl einer *eingeschränkten Zukunft* (Vermetten et al. 2000, 74). Bei der schwereren Störungsform, der Persönlichkeitsveränderung (ICD 10), wird eine noch intensivere Form dieses Gefühls angegeben: die *Hoffnungslosigkeit*. Im existenzanalytischen Modell bedeutet das, daß auch die **4. Grundmotivation** im schweren Trauma strukturell mitbetroffen ist (bei den Copingreaktionen haben wir schon gesehen, daß auch diejenigen der 4. Grundmotivation aktiviert sind).

Wir erkennen anhand der international beschriebenen Symptomatologie, daß sich das schwere Trauma – im existentiellen Paradigma betrachtet – *auf alle vier Grundbedingungen der Existenz ausbreitet* und sie weitgehend blockiert. Im Lichte dieses Modells ergibt sich der Schluß, daß das Trauma u.a. deshalb so ernsthafte Folgen hat, weil *alle* strukturellen Ebenen des Daseins von ihm erfaßt werden. Bei einer Neurose beispielsweise ist die Traumawirkung auf ein *spezifisches, einzelnes* Thema existentieller Grundbedingungen fokussiert. Eine PTBS bzw. eine andauernde Persönlichkeitsstörung hat die *Existenz in ihrer Totalität* zum Thema. Die Erfahrung eines schweren Traumas erschüttert die Dimensionen des Sein-Könnens, blockiert die Beziehung zum Leben inklusive des vitalen Wertgefühls und des Beziehungslebens, löscht die Ich-Funktionen aus, sodaß Selbstbild, Identität und Selbstwert verblassen. Schließlich raubt das Trauma den Glauben an eine Zukunft, an eine Entwicklung, in der das eigene Leben und Handeln aufgehen könnte (vgl. Frommberger et al. 1999). Und im Unterschied zu *Persönlichkeitsstörungen* wie Borderline, Narzißmus, histrionische etc. ist nicht ein Haupt- und ein Nebenthema betroffen, sondern sind *alle* Themen *mehr oder weniger gleichermaßen* im Spiele.

Führt die Traumawirkung zu einer **andauernden Persönlichkeitsstörung** (ICD 10), so stellt sie sich nachgerade als *Fixierung der Defizite aller vier Grundmotivationen* dar:

1. GM: feindliche/mißtrauische Haltung der Welt gegenüber
2. GM: sozialer Rückzug
3. GM: Gefühle der Leere
4. GM: Gefühl der Hoffnungslosigkeit; chronisches Gefühl von Nervosität [gedeutet als frustranes Äquivalent von Aktivität]

Eine Fixierung in allen Dimensionen der Existenz erklärt auch die hohe *Komorbidität* der PTBS mit Angst, Depression und dissoziativen Störungen (70 – 85 % bei Kapfhammer 2000, 157; 86 % bei Vermetten et al. 2000, 79), Somatisierungsstörungen und substanzbedingten Störungen (Vermetten et al. 2000, 78). Aus Sicht des existenzanalytischen Theoriemodells kann diese Anfälligkeit durch die Strukturschwächung der Grundmotivationen erklärt werden, wobei es Akzentuierungen gibt aufgrund von Persönlichkeitseigenschaften, Vorerfahrungen,

direkte Traumawirkung usw. Hier ist die Schnittstelle zur traumabedingten Entwicklung spezifischer Persönlichkeitsstörungen, unter denen die Borderline-Persönlichkeitsstörung wohl an erster Stelle steht.

Einen interessanten Gedanken für die Entwicklung von Persönlichkeitsveränderungen nach PTBS teilte mir die russische Existenzanalytikerin Natalja Ignatseva mit (vgl. 2005), die seit Jahren mit schwerst Traumatisierten in einer neurologischen Abteilung in Moskau arbeitet. Sie sieht das zentrale Geschehen der Traumawirkung ganz allgemein zunächst in einer *Verminderung der Bewußtseins- und Aktivitätslage*, die sich auf alle Grundmotivationen auswirkt. In der Folge ist diese Wirkung mit einer Reihe körperlicher Symptome, mit einem Verlust an psychischer Spannkraft, mit einem Verlust an Person-Sein und Zukunftssicht verbunden. Da die Person nach der Traumawirkung den *Zugang zu sich selbst* (und zu den Grundmotivationen) *verloren* hat, ist sie *angewiesen auf andere Menschen*, die ihr diesen Zugang immer wieder schaffen und öffnen. In der Gewöhnung an diese Fremdhilfe besteht ihrer Erfahrung nach ein Hauptgrund für die Entwicklung einer *Persönlichkeitsveränderung*.

7.2 Auswirkungen auf die Prozeßebene

Sind der Person die Strukturelemente der Existenz entzogen, bricht der Verarbeitungsprozeß von inneren wie äußeren Eindrücken zusammen. Der Mensch verliert durch die Traumawirkung den *Zugang zu seinen personalen Ressourcen* und somit zu seiner *Ich-Aktivität*. Bezogen auf die Ich-Funktionen kann Trauma als *Auseinandersetzung-Schock* gesehen werden, der zur *völligen Ich-Blockade* führt. – In der EA wird die Auseinandersetzungsfähigkeit des Ich in der Methode der Personalen Existenzanalyse (PEA) (Längle 1993, 2000) beschrieben. Der schwer traumatisierte Mensch ist somit nicht nur in der Verankerung in allen vier Grunddimensionen der Existenz erschüttert, sondern zugleich – und das macht die Traumabehandlung so schwierig – steht der traumatisierte Mensch unter einer „*protrahierten PEA-Lähmung*“. Er ist vom Eindruck so überwältigt, daß er die primäre Emotion nicht zu fassen vermag, geschweige denn den alles sprengenden phänomenalen Gehalt. Verstehen, Stellungnahme, Willensbildung und schließlich ein adäquates Ausdrucksverhalten – alle diese personalen Verarbeitungskräfte erliegen der Wucht des Eindrucks. Statt der Verarbeitung tauchen immer wieder die *alten* Bilder auf dem Rücken der primären Emotion auf. Bald ersetzen sie das Gefühl und emotionale Taubheit macht sich breit. Es entsteht Teilnahmslosigkeit, Abstumpfung, Anhedonie. Die Aktivität ist auf die Reaktionsebene verschoben und wird von Vermeidungsverhalten beherrscht. Dabei ist die Person wie unter Eis gelegt, eingefroren, verschüttet. Ihre Versuche, aktiv zu werden, erzeugen ob des eingemauerten Zustands nur Nervosität, Irritiertheit, Übererregung – Symptome überwältigter Gegenwehr, doch immerhin Symptome des Lebens, das sich noch immer regt; man könnte sie als „*Klopfzeichen des Ich*“ bezeichnen, das unter der fortgesetzten psychischen Bedrohung mit übermäßiger Schreckhaftigkeit, erhöhter Vigilanz und Schlaflosigkeit reagiert (vgl. die Symptomliste des ICD 10).

Das Problem der PTBS ist, daß es sich nicht um einen Leidens*prozeß* handelt, sondern um einen Leidens*zustand*. PTBS ist eigentlich eine Unfähigkeit, unter diesen Bedingungen überhaupt zu einem Leiden zu kommen. Zur Entlastung des unerträglichen, intensiven Schmerzes herrscht weniger ein Leiden als eine Lähmung vor, analog wie die Depression weniger in ein Trauern als in ein Erstarren in einem trauerähnlichen Zustand führt. Die *Erstarrung* in der PTBS fußt im Verlust der Verankerung im Fundament der Existenz. Es ist ein Überwältigtsein durch die Erfahrung von 1. Erschütterung, 2. Verlust, 3. Schmerz und 4. Unbegreiflichkeit, entsprechend der vier Grundstrukturen der Existenz, wie oben beschrieben. Der *traumatische Stress* entsteht daher nicht durch die *Leidverarbeitung*, sondern durch die Unfähigkeit, in diesem notwendigen Prozeß voranzukommen.

a) Behinderte Verarbeitung

Grundsätzlich braucht jede Adaptation auf eine neue Situation *psychische Kraft und geistige Präsenz*, besonders wenn es sich um einen Verlust oder Tod eines nahestehenden Menschen handelt. Solche Verarbeitung braucht Zuwendung und Zeit, während der man in Erinnerungsbilder eintaucht und Visionen für die Zukunft entwickelt. Verarbeitung von Traumata geschieht nach demselben Prinzip wie die Verarbeitung von Problemen, Verlusten, Leid. Immer geht es darum, das Ich in der neuen Realität zu plazieren, seine *Lebendigkeit* wieder neu zu fassen, das *Selbstbild* und die Identität im Austausch mit dem neuen zu restrukturieren und den *Sinnhorizont* zu erahnen, d.h. das Neue in einen sinnvollen, größeren Kontext zu stellen.

Bei der *Traumaverarbeitung* ist das Besondere, daß die Wirkung des Geschehens so stark ist, daß das *Ich nicht zu einer eigenen, stabilen Aktivität* kommt. Es wird durch die Massivität des Ereignisses immer wieder neu überschwemmt. Jeder Bearbeitungsversuch endet in einem *kolikartigen* Aufbäumen und Anrennen gegen die überdimensionale Destruktion. Die emotionale und kognitive Aufmerksamkeitszuwendung erlahmt danach aber wieder, wird aufgegeben, ja vermieden, um in einer *Taubheit der Gefühle* wenigstens etwas *Ruhe* zu erhalten und nicht wieder in der Erinnerung die Traumatisierung durchmachen zu müssen. Dennoch gibt die Dynamik des Lebens keine Ruhe; es verlangt nach Restrukturierung ihrer Form und ihrer Fähigkeiten. Man kann eine gute körperliche Analogie finden für die psychische Situation, die dem *Würgen* und den begleitenden kolikartigen Schmerzen nach Einnahme einer verdorbenen Speise ähnelt. Analog leidet der Traumatisierte an dem „Würgen und Erbrechen des Unverdaulichen“. Dabei kommt es zu krampfartigen, die eignen Kräfte außer Gefecht setzenden, überwältigenden und passivierenden Vergegenwärtigungen des Geschehens.

Die besondere Situation des Traumatisierten ist nun, daß er in diesen psychischen Konvulsionen stecken bleibt – er *kann* das Erlebte nicht wirklich verarbeiten, weil die Ich-Strukturen nicht ausreichen; und er *mag* auch nicht daran arbeiten, weil die Gefühle so heftig sind. So kommt die Traumatisierte nicht in einen Bearbeitungsprozeß, sondern persistiert in einem vitalen Geschehen von *Copingreaktionen*. Diese schützen den Traumatisierten vor dem, was er nicht *annehmen*, ja nicht einmal aushalten kann (1. GM); sie schützen ihn bei dem bestehenden Mangel an Kraft und dem *Unwert* des Erlebten, um sich nicht mit dieser reinen Zerstörung in Beziehung setzen zu müssen (2. GM). Man fühlt, daß man sich im direkten Gegenüber mit dem Erlebten nicht mehr im Leben halten könnte. Man fühlt, in einer solchen Welt kann man nicht mehr *so sein*, wie man zuvor war, und weiß nun nicht mehr, wer man eigentlich ist (3. GM). Die zerstörerische Dramatik des Geschehens läßt auch keinerlei Spielraum für eine zukunftsreiche Entwicklung, für eine Hoffnung, etwas *Konstruktives* zu haben, das man solchen Zerstörungsausmaßen entgegenstellen könnte.

Die Wiener Dichterin Johanna Vetter (2005, 30) hat das in leidvoll-klare Worte gefaßt:

IMMER NOCH
UND IMMER WIEDER
ÖFFNET DIE GESCHLOSSENE TÜRE
DEN SCHACHT MIT DER GEWISSHEIT DES UNENTRINNBAREN
DER ENDGÜLTIGEN VERLORENHEIT

UNDURCHDRINGLICHE EISWÄNDE
VERGEWALTIGEN DEN ATEM
ZERSETZEN FARBEN IN GRAU

VERSCHLINGEN DAS JETZT UND DAS NACHHER
IM VORHER
(...)

b) Traumafolge

Die Behinderung der personalen Verarbeitung des Erlebten bringt den dialogischen Austausch auch in den existentiellen Grundbezügen zum Erliegen. Die Schwächung der vier existentiellen Grunddimensionen wirkt sich auf den existentiellen Prozeß so aus:

1. Das Erlebte löscht das Gefühl aus, daß **ein wirkliches, effektives Dasein-Können** in der Welt möglich wäre. Es geht der Boden für das Sein in der Welt verloren. Dieser Verlust des *Weltbezugs* schlägt sich auch in einem veränderten und geschwächten Erleben der eigenen *Körperlichkeit* nieder.
2. Eine weitere Folge ist die Blockade der **inneren Resonanz** beim Erleben. Die Fähigkeit zum fühlenden Mitschwingen ist eingengt, die *emotionale* Verbindung zu den Werten ist wie abgerissen. Damit fehlt der vitale Bezug im Erleben, durch den ein *Zeitgefühl* ins Erleben kommt, das bei Traumatisierten wie ausgelöscht ist – es gibt keine Struktur nacheinander abfolgender Prozesse, das Trauma bleibt gegenwärtig.
3. Das Erlebte blockiert das **Verinnerlichen** und das **innerliche Gegenüberhaben** des Schrecklichen. Es erlaubt ob seiner Überdimensionalität kein wirkliches Nachdenken und sich bewußt machen. Dadurch kommt es nicht zu einem persönlichen „Realisieren“ des Vorgefallenen bzw. zu integrierenden Stellungnahmen. Das Erlebte bleibt „draußen“, ich-fremd, darf nicht zum Eigenen werden und zur Existenz dazugehören.
4. Sowohl wegen des Inhalts des Eindrucks stets neu überwältigender, lähmender Erinnerungen als auch wegen der geschwächten personal-existentiellen Strukturen gibt es **keine Ausschau**, die eine Sicht **in eine lebenswerte Zukunft** eröffnete. Der Rahmen, in welchem das Leben nun steht, ist wie eine Wüste, ohne Horizont von Werten oder einer Entwicklung, die einen Sinn ergeben würde.

In einer Art „existentieller Ur-Dissoziation“ (die sich dann in der Symptomatologie wie in einer Fuge repetitiv fortsetzt) sprengt das Trauma alle diese strukturgebenden *Wechselwirkungen mit den Grunddimensionen der Existenz*. Die vier fundamentalen existentiellen Bezüge sind blockiert: eine solche Welt *trägt* nicht mehr; ein solches Leben verliert seine anziehende *Kraft* und Wärme; sich selbst fremd geworden findet sich der *Zugang zu sich selbst* nicht mehr; und auch nicht zu einer Welt, in der das Wertvolle jederzeit und unvorhergesehen auf das schlimmste zerstört werden kann. Eine solche Zukunft ist nicht *konstruktiv*, in ihr gibt es kein *sinnvolles Werden* und Wachsen.

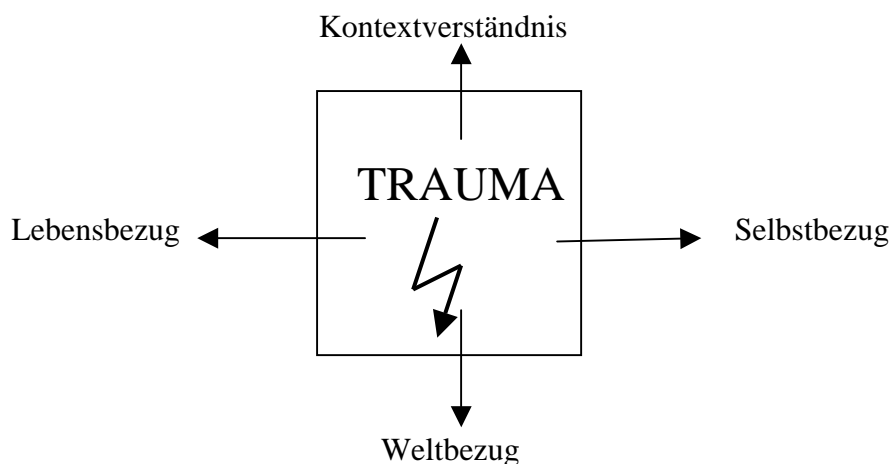


Abb. 1: Das Trauma sprengt den existentiellen Zusammenhalt, der im Konzept der vier Grunddimensionen (Grundmotivationen) der Existenz systematisch gefaßt ist.

Das Trauma *sprengt den existentiellen Zusammenhalt* in allen relevanten Dimensionen der Existenz und entzieht damit dem Ich den Boden zur Durchführung des Verarbeitungsprozesses (wie er in der Personalen Existenzanalyse gefaßt ist), wodurch der existentielle Vollzug der Person zum Erliegen kommt.

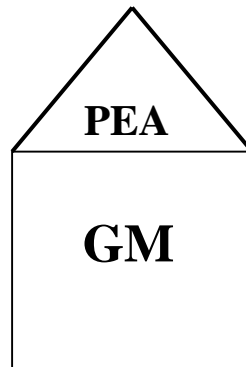


Abb. 2: Man kann sich den Zusammenhang zwischen *Struktur der Existenz* und *Verarbeitungskapazität* so vorstellen, daß die Prozeßfähigkeit des Ich auf der Struktur-Erfahrung aufruhet. Gibt die Erfahrung der Struktur nach, sind die Prozesse nicht mehr vollständig durchführbar.

Dieses Verschränktsein von Struktur und Prozeß zeigt noch einmal, wie schwer die Störung einer PTBS *existentiell* gesehen ist. Der Existenzvollzug ist in der ganzen Bandbreite der existentiellen Grunddimensionen gestört und entzieht der Prozeßfunktion den Boden. Und in einer Feedback-Schleife wirkt die überforderte Prozeßebene destabilisierend und blockierend auf die existentiellen Grundbezüge zurück. Damit kommt es in der PTBS zu einer „*Störung des eigenen Zusammenseins*“. Das wird als „*sich selbst verloren gehen*“ mit Fremdheitsgefühlen erlebt, was wir als ein Symptom der 3. Grundmotivation verstehen: der Zugang zum eigenen Personsein, zum „*Mit-sich-Sein*“, kommt abhanden. Die PTBS führt zu einer gravierenden Störung der *Integrität* und der *integrativen Potenz* des Ich, wodurch das Ich nur noch zum Schatten seiner selbst wird.

c) Coping Reaktionen

Bei einer derart starken Bedrohung des Daseins brechen die Abwehrstrukturen ein und fallen auf die letzt mögliche Abwehrstufe zurück: auf den *Totstellreflex*. Halb schon überwältigt wird als letzter Rest einer schützenden Aktivität das passive sich ruhig Verhalten als beste Überlebenschance instinktiv empfunden. Erst sekundär stellen sich die Grundbewegungen der existentiellen Dimensionen und ein *Aktivismus* der ersten Grundmotivation ein – ein Hinweis, daß die PTBS topisch am nächsten zur *Angst* und zum Weltbezug angesiedelt ist⁵. Der massive Einsatz von (psychodynamischen) Copingreaktionen geht auf Kosten des (personalen) Dialogs mit sich selbst und mit der Außenwelt.

8.) Restrukturierung personaler Funktionen als Basis für die Therapie

⁵ Im Vergleich dazu: die *Neurosen* scheinen primär durch eine Fixierung auf der ersten und/oder zweiten Abwehrstufe zu arbeiten, die *Persönlichkeitsstörungen* mit einer Fixierung der vierten und der zweiten (Totstellreflex und Aktivismus) zu reagieren; die *Psychosen* dürften vorwiegend allein mit der vierten Stufe (Totstellreflex) reagieren.

Wir haben gesehen, daß die weitgehende Erstarrung und Blockade personaler Kräfte einen Verlust der existentiellen Verankerung zur Folge hat. Die Grundbezüge zu den tragenden Strukturen der Existenz gehen verloren, und die Grundbedingungen erfüllter, stabiler Existenz können durch das Ausbleiben der Prozeßdynamik nicht wiederhergestellt werden.

Die tiefste Wirkung des Traumas besteht in der Erschütterung des *Grundvertrauens*. Es geht damit das Gefühl verloren, daß „da immer etwas ist, das uns auffängt und Halt gibt“. Grundvertrauen ist ein Vertrauen in „etwas Größeres“, das den Menschen erlebnismäßig übersteigt und auffängt (eine Welt, ein Kosmos, eine göttliche Ordnung). Darauf war Verlaß, diese Größe war empfunden und gab psychisch-geistigen Halt, Orientierung, Unerschütterlichkeit (diese Enttäuschung bezeichnet Freyd, 2003, bei sozialen Traumata als „betrayal“, als Erschütterung des Vertrauens durch Treubruch und Verrat).

Neben dem Grundvertrauen sind, wie wir schon gesehen haben, auch die anderen tragenden Bezüge der Existenz erschüttert, gleichsam „aus der Verankerung gerissen“: die Grundbeziehung zum Leben, zur eigenen personalen Tiefe und in eine zukunftssträchtige Entwicklung. Auch sie können wegen der fehlenden personalen Prozeßfunktion nicht wieder gefestigt werden. Zur Initiierung dieses Prozesses ist darum *Fremdhilfe* nötig. Es wird auf diesem Hintergrund sehr verständlich, daß der traumatisierte Mensch den anderen Menschen braucht, und daß sich ein abgründiges Gefühl von Verlorensein einstellt, wenn er alleinbleibt. Es dürfte allein die Anwesenheit und das Dabeisein des anderen Menschen, der in dem Schrecken „nicht davongeht“, sondern ihn mit aushält, ohne weitere fachliche Intervention heilsam sein.

Eine erste empirische Evidenz über den positiven Einfluß personal-existentialer Kompetenzen auf die Traumaverarbeitung konnte Rödhammer (2002) in einer Untersuchung von 40 Verkehrsunfallopfern erbringen. Betroffene mit geringen Scores in der Existenzskala (Längle, Orgler, Kundi 2000) reagierten auf den Unfall mit Grübeln, Dissoziation, Vermeidung und negativen Gedanken zum Selbst. Die Autorin sah die verminderte Fähigkeit zur Traumaverarbeitung als Folge einer reduzierten Offenheit an, sich auf ein begegnendes Gegenüber einzulassen. Tritt Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität oder Psychotizismus auf, nahm die dysfunktionale Traumaverarbeitung noch weiter zu, was mit der weiteren Reduzierung des dialogischen Austausches mit der (Um)Welt verständlich wäre.

Die Restrukturierung der personal-existentialen Kompetenzen, d.h. die *spezifische* Therapie kann anhand der Grundstrukturen der Existenz systematisiert werden. Mit Hilfe ihrer Inhalte können die Themenbereiche der Therapie benannt werden:

Systematische Ansatzpunkte der Therapie	Konkrete Themen der Therapie
1. Bezug zur realen, faktischen Welt und ihrer Wahrnehmung	Gestörtes Bild der Wirklichkeit ; Vertrauen, fehlende Tragfähigkeit der Wirklichkeit („core assumptions“ über Wirklichkeit)
2. Bezug zu erlebbaren Werten und ihrem gefühlsmäßigen Erfassen	Unfähigkeit, sich in Beziehung zu setzen; Verlust der Festigkeit tragender Beziehung und ihres lebenserhaltenden Wertes; Apathie, Mangel an Motivationskraft; Schuldgefühle
3. Bezug zum eigenen Selbst und der integrierenden Fähigkeit des Ich	Entscheidungsschwäche ; resignierte Einstellungen und Haltungen, Führungslosigkeit der Person; Scham
4. Bezug zum größeren Kontext und Teilhabe an Entwicklung/Wachstum/Werden (Veränderung zum Positiven)	Orientierungslosigkeit , Sinnlosigkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit

Tab. 2: Entsprechend der erschütterten Dimensionen der Existenz (existentiellen Grundmotivationen) ergeben sich konkrete Themen für die Behandlung des Traumas bzw. der PTBS.

In der *Folge* dieser „existentiellen Entwurzelung“ ergeben sich vielfältige konkrete Themen. Sie sollen hier kurz angeführt werden:

- 1.) Da ist zunächst eine tiefe **Verunsicherung** im „in der Welt Sein“: der Traumatisierte ist existentiell verwirrt, „kennt sich nicht mehr aus“. Er weiß nicht mehr, was „wirklich ist“ und worauf er sich verlassen kann. Seine existentielle Verunsicherung erzeugt das Gefühl, daß *jederzeit* die *Katastrophe* wieder hereinbrechen und alles Vertraute, alles Sichere entrißt. Die bisherigen Annahmen über die Wirklichkeit, ihre Verlässlichkeit und ihren Zusammenhalt sind zerbrochen (Janoff-Bulman 1992 beschreibt es als Zerbrechen von Grundannahmen – von „Schemata“ – über die innere und äußere Wirklichkeit, die nun nicht mehr gelten). Das Erlebte bringt den Traumatisierten erlebnismäßig in *Psychose-Nähe*⁶, was die Dimension des Vertrauens in die Realität betrifft: was ist Wirklichkeit? Kann man einer Wirklichkeit vertrauen, aus der man jählings wie über eine übersehene Felsklippe in einen furchtbaren Abgrund gefallen ist? – Das Gefühl der Welt gegenüber ist *Mißtrauen*, *Hoffnungslosigkeit* im Sinne von: es nicht sein lassen können im Vertrauen darauf, daß es gut wird, und darin Halt zu bekommen.
- 2.) Da ist die **gefühlsmäßige Taubheit**, der Verlust an Erleben. Es ist geradezu unmöglich, sich von etwas berühren zu lassen, weil sogleich ein unbeschreibliches Leid aufgewühlt wird. Und selbst wenn es sich um Schönes, Gutes handelt, was den Traumatisierten berühren könnte – er kann/mag sich nicht darauf einlassen, weil es im nächsten Augenblick ebenso jäh und unerbittlich wieder zerschlagen sein kann und den Rest des soeben wieder angefachten Lebensfunken zum Erlöschen bringt. Dies verunmöglicht geradezu, sich auf Beziehungen einzulassen und auf das Leben zuzugehen. Ein apathischer Zustand, fern allen Berührtseins und eingekapselt in einen Schutzmantel, macht den leidvollen Zustand erträglicher und reduziert die Gefahr der Retraumatisierung. Das Quälendste dabei ist manchmal das Gefühl, selbst versagt zu haben. Das erzeugt oft *unrealistische Schuldgefühle* beim Traumaopfer.
- 3.) Der **Identitätsverlust** tritt als Folge der *zerstörten Integrationsfähigkeit* des Ich regelmäßig bis zu einem gewissen Grade auf. Man verliert die Kenntnis von sich, weiß nicht mehr recht, wer man selbst ist, weil das, was das Ich zuvor konnte, jetzt nicht mehr da ist (van der Kolk & Fisler, 1995, sprechen von der Zerstörung der expliziten Gedächtnisinhalte, die das Selbst definieren). Es geht das intuitive Selbsterleben durcheinander, flimmert, bringt kein stabiles Bild von sich zustande. Der Traumatisierte wird führunglos, verliert Haltungen und Einstellungen. Das Gefühl des eigenen Versagens und Verletztseins in seiner persönlichen Tiefe verdichtet sich zur *Scham*.
- 4.) Schließlich fällt der Traumatisierte in **Verzweiflung**, **Hoffnungslosigkeit** und leidet an **Sinnverlust**. Er sieht sich aus den *Zusammenhängen* gerissen⁷, wie nicht mehr eingebettet in einen geordneten Kosmos, sondern überrollt von Chaos und Zerstörung. In einer Metaanalyse fand Smyth (1998), daß das *Sinnverständnis* grundlegend für die Eingliederung der neuen Erfahrung ist. Daß die Frage nach dem Sinn des Erlebten die Menschen auch jahrzehntelang beschäftigt, zeigte z.B. eine kanadische Studie (Silver, Boom, Stones 1983). 80 % der Frauen nach sexuellem Mißbrauch sind nach 20 Jahren noch immer mit der Sinn-Frage beschäftigt, 50 % davon erleben diese Frage wie einen Zwang, der sich immer wieder aufdrängt und dabei Wunden aufreißt (und umgekehrt führen die Symptome der PTBS wie in einem Teufelskreis wieder ins Leiden der Sinnlosigkeit – Wirtz 1989, 152). Die *Perspektive auf ein Wachsen und Reifen*, auf ein gutes Zu-Ende-Kommen des Lebens, des eigenen Wirkens und Daseins ist unter den Trümmern des Geschehens begraben worden. Es gibt eigentlich keine Zukunft mehr nach

⁶ Im Unterschied zur Psychose ist natürlich die Realitätstüchtigkeit erhalten.

⁷ Van der Kolk & Fisler (1995) weisen auf die kritische Rolle des Traumas auf den Lebenskontext hin, der „deformiert“ werde, wodurch alle gesetzten Lebensbezüge durcheinander geraten.

einem solchen Trauma, nichts mehr, worauf man *ausgerichtet* ist und hinleben mag, worin man aufgehen könnte und sich in etwas anderem zur *Erfüllung* bringen könnte.

Die *Entwicklungsmöglichkeiten* sind *doppelt abhanden* gekommen: im Umgang mit der *Welt* und den anderen ist die Bedrohung das Dominante – in *sich selbst* fehlt jegliche Grundlage, sind keine Entwicklungskräfte mehr spürbar, fehlt die Kraft und Struktur für einen Prozeß. Das Gefühl des Fehlens einer existentiellen Perspektive, des „Abrisses des Lebensfadens“, kann sich in *Verzweiflung* niederschlagen und in *Hoffnungslosigkeit* im Sinne von fehlendem Vertrauen, daß es in der Zukunft *gut* werden könnte.

Die Folgen einer solchen „*existentiellen Entwurzelung*“ machen es aus, daß wir in der Therapie mit PTBS (wie im übrigen auch bei vielen schweren Persönlichkeitsstörungen) beim Patienten eine Art von *Bodenlosigkeit* erleben können. Ihr entsprechen neuroanatomische, neurobiologische, neurophysiologische und neuropsychologische Veränderungen, wie erhöhte Aktivität der Amygdala (Störung der Gefühlswelt), die Abnahme des Volumens des Hippocampus, die Verschlechterung der Regulation im Orbito-frontalen Cortex (die mit einer besonderen Empfänglichkeit für PTBS verbunden sein dürfte) usw. (vgl. z.B. Hüther 1997, 2002; Stein et al. 1997; Schore 2001; Kent et al. 2003). Alle Ansätze von Einsicht, Üben, Verbesserung brechen immer wieder ein und es tauchen wieder die alten Symptome, Bilder, Verhaltensweisen, Reaktionen und Verständnisse auf. Die Klarheit der Gefühle, die während der Therapiestunde erarbeitet wird, die Vorhaben, Motivationen und Entscheidungen verlieren sich wieder, kaum daß die Patienten zu Hause sind. Mein Kollege Hans Zeiringer verglich einmal den Verlust dieser Strukturen mit Patienten nach einem *Schlaganfall*: nur in dem Maße, wie sich die neurologische Struktur nach dem Insult wieder regeneriert, können therapeutische Maßnahmen greifen und Bestand haben. Manche Schlaganfallpatienten erholen sich weitgehend, bei anderen bleibt ein permanenter Schaden zurück. Es ist für das Verständnis und praktische Arbeiten hilfreich, die Vorgänge bei PTBS auf der psychischen Ebene analog zu sehen (vgl. auch Hüther 2002). Nicht unterschätzt werden soll die Rückwirkung dieser hartnäckigen Stagnation in der Therapie auf den Therapeuten selbst. In der Gegenübertragung entstehen schnell Gefühle der Machtlosigkeit und Inkompetenz. Sie verlangen eine große Anstrengung vom Therapeuten, eine echte Wertschätzung in seine eigenen Fähigkeiten und sein Selbstvertrauen aufrecht zu erhalten (van der Kolk et al. 1996).

9. In den Dialog kommen

Um in der Therapie anfänglich Boden zu gewinnen, ist aus unserer Sicht die Arbeit am Dialog und die Führung des Patienten auf mehreren Ebenen zentral. Über den „*geführten Dialog*“ wird einerseits Struktur angeboten, andererseits wird die *Prozeßfähigkeit* des Patienten angeregt und geweckt. Die Führung des Dialogs ist nicht nur wegen des impliziten *Vermeidungsverhalten* wichtig, sondern auch wegen des nicht kontextualisierenden, assoziativen Funktionierens des traumatisierten *Gedächtnisses* (beide gelten, gemeinsam mit dem schon erwähnten ständigen Gefühl der Bedrohung durch exzessiv negative Bewertungen, als Entstehungsfaktoren der PTBS im kognitiv-behavioralen Modell von Ehlers & Clark, 2000). Esterling et al. 1999 weisen darauf hin, daß sich *nicht geführte* Dialoge oder auch alleiniges Schreiben zu Hause oft schädlicher auswirken, als wenn keine solchen Aktivitäten stattfinden.

Stephens (2002) führt mehrere Studien an, die zeigen, daß genügend empirische Evidenz besteht, daß die Behinderung des Sprechens über ein Trauma die psychische und körperliche Gesundheit verschlechtert. Dagegen zeigen die Studien mit ausreichender Evidenz, daß das Sprechen (oder auch Schreiben) über ein Trauma positive Effekte auf psychische und körperliche Gesundheit hat. Pennebaker, Mayne und Francis (1997) meinen, daß es sich beim

Sprechen und Schreiben um zwei unabhängige Prozesse handelt, die daher parallel zum Einsatz kommen können: beim ersten gehe es um das Bedürfnis, eine Geschichte bzw. Erklärung des Ereignisses zu schaffen, beim zweiten mehr um die Notwendigkeit, die Gefühle zu benennen.

Um sich nach einem Trauma mit der Welt wieder auseinanderzusetzen, ist der Anstoß durch ein *Du* von größter Wichtigkeit. Der erschütterte, verstummte Mensch braucht jemanden, dem er vertrauen kann, der ihm nahe ist, der ihn schätzt und führt, ihm auch entgegentritt und ihn manchmal eingrenzt⁸, und der an eine Entwicklung und Zukunft für ihn glaubt. Das *Du* verkörpert so den *Gegenpol seines Befindens*, kommt ihm mit den spezifischen Qualitäten einer „*existentiellen Verwurzelung*“ entgegen, die er für den Patienten gewissermaßen übernimmt und ihm als Konterfei entgegenhält (Stuhr, Wirth 1990). An der Haltung des Therapeuten und durch die Vermittlung des Dialogs soll die *personale Starre* langsam aufgelöst werden, was durch eine Neuverwurzelung der existentiellen Strukturen ermöglicht wird. Damit soll die apersonale Blockade in der Folge des Traumas „*personiert*“, von der Person durchdrungen werden (van der Kolk, McFarlane, Weisæth 1996). An dieser Stelle ist besonders darauf zu achten, nicht zu forcieren – es wäre nur wieder Retraumatisierung (Roderick, Schnyder, 2003)! Hier ist vielmehr Bedacht zu nehmen auf die zunehmende Strukturbildung in allen existentiellen Bereichen – sie gibt im Gegenzug wieder mehr Prozeßfähigkeit frei. *Welche* existentiellen Strukturen zuerst wachsen – ob dies eine regelhafte Reihenfolge hat oder entsprechend der Persönlichkeit des Patienten u/o des Therapeuten von Fall zu Fall verschieden wächst, ist meines Wissens erst noch zu untersuchen. Das gilt auch für die Frage, wie sich die Strukturbildung auf die Ich-Funktionen und ihre Freigabe auswirkt.

Für die Therapie *zentral* ist es, einen konstruktiven *inneren Dialog* aufzubauen. Der Anstoß dafür kommt von einem guten, vertrauensvollen, empathischen *äußeren Dialog*, der als Modell und Bahnung für den inneren Dialog dient⁹. Schon *entwicklungsgeschichtlich* ist es so, daß sich der Mensch nicht alleine hervorbringt, sondern die Begegnung mit dem anderen dafür benötigt. In einer PTBS beginnt der Mensch existentiell wieder „wie von vorne“ und bedarf daher der anderen, um den Zugang zu sich zu finden, Vertrauen in den eigenen Körper aufzubauen, die Gefühle wieder als die seinen zu erkennen, eine neue Identität aufzubauen und in die Zukunft zu ziehen. Traumatisierte durch *Mißbrauch* brauchen im besonderen Maße verlässliche, wohlwollende, schützende Begegnungen, in der sie ihre eigenen personalen Kräfte gespiegelt sehen, um selbst wieder einen Zugang zu sich zu gewinnen und sich sehen zu können. Gerade Mißbrauchspatienten haben neben dem zerstörerischen Bild der Welt, wie es z.B. eine Naturkatastrophe mit sich bringt, auch noch ein auf direktem Wege *zerstörtes Selbstbild*: was von ihnen gesehen wurde, wie mit ihnen umgegangen wurde, läuft jeder möglichen Form von Selbstannahme zuwider. Darum verlieren sich diese Patienten immer wieder, sehen sich nicht mehr, geraten augenblicklich in denselben Selbstverlust, den sie akut erlebt haben, wenn z.B. ein Bekannter ihre Hand ergreift, oder können zur Quelle von Gewalt werden (May 1972).

Neben diesen Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf sich selbst können auch heftige *psychodynamische Gegenreaktionen* durch diese *ständigen Verluste von sich selbst* entstehen. Sich selbst immer wieder abhanden zu kommen sind wiederholte, schmerzhaft,

⁸ Lutgendorf und Antoni (1999) fanden, daß die Gefahr von Intrusionen und negativen Stimmungen mit der Zahl der verwendeten Wörter beim Niederschreiben zunahm – ein Symptom dissoziativ-histrionischen Verarbeitens, das der Eindämmung durch ein Gegenüber bedarf?

⁹ Z.B. Janoff-Bulman 1992; zur Bedeutung der Sprache als Strukturbildung für den Heilungsprozeß vgl. Pennebaker, Mayne and Francis 1997; auch das Schreiben über das Trauma – sofern es emotional befrachtet ist, ist heilsam, gemessen an weniger Arztbesuchen und Krankheiten: Pennebaker, 1992, Pennebaker and Beall 1986; vgl. auch die Metaanalyse von Smyth 1998, die trotz divergierender Ergebnisse in der Summe zum selben Schluß kommt

retraumatisierende Erfahrungen des nicht Zu-sich-selber-stehen-Könnens. Weil dafür die strukturellen Voraussetzungen fehlen, erlebt der Traumatisierte ein eigenes Versagen und so kann es zu Selbsthaß und Selbstentwertung kommen. Ohne ein Gegenüber, der den traumatisierten Menschen sieht und die *Struktur für ihn hält*, kommen diese Menschen kaum mehr aus dem Teufelskreis heraus. – Sie brauchen den äußeren Dialog als Nahrung für das seelisch-geistige Wachstum und für den Aufbau eines echten, sich und der Situation angemessenen inneren Dialogs. Der innere Dialog ist unerlässlich, denn erst durch ihn wird das Erhaltene realisiert, das zur Verfügung Gestellte in das eigene Ich integriert.

9.) Praktische Therapie-Anleitungen

Für die praktische therapeutische Arbeit sollen abschließend konkrete Arbeitsgebiete taxativ aufgezählt werden, für die sich – entsprechend dem existenzanalytischen Strukturmodell und den Ausführungen über die vom Trauma in Mitleidenschaft gezogenen spezifischen Strukturen des Ich – folgende Gliederung und Reihenfolge von Therapieschritten ergeben:

1. Realität (Weltbezug):

Arbeit an den „core assumptions“ (Annahmen über die Wirklichkeit, d.h. über das „*Weltbild*“); Arbeit an und Üben in *haltgebenden* Strukturen, vor allem an der *Akzeptanz* des Gegebenen (entsprechend der ersten Grundmotivation).

2. Werte und Beziehungen (Lebensbezug):

Zuwendung: Einsatz der therapeutischen Beziehung, die haltgebende Funktion hat (und üblicherweise zu Beginn der Therapie vom Patienten auf ihre Verlässlichkeit „getestet“ wird und daher auch ein aktives Bemühen von Seiten des Therapeuten verlangt – vgl. z.B. Grassmann 2004, 46f.); die *Gefühle* schrittweise ins Gespräch einbinden mit behutsamer (!) Empathie (mit „minimaler Differenz“ zur traumatischen Erfahrung – ebd.); *Parteilichkeit* in der Beziehung (Wirtz & Zöbeli 1995) und Stellungnahmen durch Therapeuten.

3. Restrukturierung des Selbst (Selbstbezug):

Begegnende Führung durch den Therapeuten; Arbeit an der Realisierung kleiner Schritte von *Freiheit* und Selbstgestaltung des Lebens; ermöglichen und hinführen zu eigenen *Stellungnahmen*. Zentrale Prozeßarbeit mithilfe der *PEA* zur schrittweisen Bearbeitung der traumatisierenden Erlebnisse. Hyer & Brandsma (1999) betonen, daß die Behandlung des Traumas allein ungenügend sei; es komme vielmehr darauf an, die Person und ihr Bild von sich selbst zu behandeln.

4. Wiederherstellung eines Kontextbezugs (Sinnbezug):

Existenzielle Wende und erschließen des *situativen Sinns* (Frankl); *ontologischer Sinn* und Spiritualität (Wirtz & Zöbeli 1995); *abgeben* des Nicht-Verstandenen an „übergreifende Realität“.

Diese Vorgangsweise enthält in erster Linie *restrukturierende* Elemente. Das Mobilisieren und Einbauen von *Ressourcen* ist die Grundlage der Therapie nach den Verwüstungen eines traumatischen Erlebens. Zuerst gilt es, das Notwendigste zu schaffen, um zu überleben und um sich ein wenig Spielraum zu schaffen. Dabei können die existentiellen Grundmotivationen und personalen Ressourcen als Voraussetzungen für ein „posttraumatic growth“ (Jaffe 1985; Calhoun, Tedeschi 2000; Tedeschi, Calhoun 2004) angesehen werden, was die Untersuchung über den Einfluß der existentiellen Grundfähigkeiten nahelegt (Rödhammer 2002). Das

Wachsen am Trauma besteht in einer Vielzahl von Möglichkeiten, wie z.B. eine größere Wertschätzung für das Leben allgemein, sinnvollere zwischenmenschliche Beziehungen, ein deutlicheres Gefühl für die persönliche Kraft, veränderte Prioritäten, ein reicheres existentielles und spirituelles Leben (Tedeschi et al, 2004, 1).

Doch sollte nicht übersehen werden, daß die **Konfrontation** mit dem traumatisierenden Erleben und seine Bearbeitung einen kritischen Punkt der Therapie des Traumas darstellt (für einen Überblick vgl. Schnyder 2005, 496ff.). Ohne vorhergehende Entlastung und ohne Ressourcenmobilisierung (z.B. Erleben neuen Halts, neue Beziehung zu Werten und Emotionalität) ist mit einer *Retraumatisierung* zu rechnen. Natürlich besteht aus der helfenden Sicht des Therapeuten der Wunsch, daß der Patient zu einer anhaltenden, sogar endgültigen Befreiung aus seinem Leiden kommt. Die Therapie soll ja möglichst „kausal“ wirken und nicht nur symptomatisch. Dieser therapeutische Ehrgeiz bzw. die unbedachte Gegenübertragung eines Heilswunsches des Patienten kann dazu verleiten, das Traumaerleben zu kühn, zu früh, zu direkt usw. anzugehen (Roderick et al 2003). Man muß sich doch bewußt bleiben, daß manche schwere Traumatisierung *nicht bearbeitbar* ist, sondern daß bei ihnen nur gelernt werden kann, „trotz“ dieses Erlebens bzw. „mit“ ihm wieder Fuß im Leben, in einem *neuen*, veränderten Leben zu fassen. Daß es manchmal nur darum gehen kann, den Rest an verbliebenen Möglichkeiten auszuschöpfen, und *neben* den Ruinen wieder aufzubauen. Dafür steht Viktor Frankl mit seinem berühmten „trotzdem Ja zum Leben sagen“. Nach meiner Erfahrung und Vorstellung ist es kaum *möglich*, ein schweres Trauma so weit zu bearbeiten, daß es innerlich je *ganz ruhig* werden kann und nicht mehr schmerzt. Eine so ungeheuerliche Erfahrung kann *nie ihre Ungeheuerlichkeit verlieren* – dann wäre die Traumatisierung und das Entsetzen ja nur übertriebene Reaktion gewesen und entbehrte ihrer existentiellen Tiefe und Ernsthaftigkeit.

Erst wenn *genügend Struktur* da ist, kann mit dem Bearbeitungsprozeß begonnen werden. Den Intrusionen z.B. ist zuerst mit Strukturbildung zu begegnen, um sie ein wenig einzudämmen. Ist das gelungen, sodaß der Patient sich durch die Intrusionen nicht ganz verloren fühlt, kann mit der Bearbeitung des Traumas z.B. mithilfe der PEA begonnen werden. – Eine sensible Anwendung der PEA liefert auch Hinweise, ob der Zeitpunkt zur Traumabearbeitung schon geeignet ist. Über die gelungene Traumabewältigung schreiben Simonet & Daunizeau (2002): „Ohne die Opferrolle leugnen zu wollen, kann die Erfahrung integriert werden und führt zu einer Veränderung der Identität. Diese Menschen ‚sterben zu sich selbst‘ um wieder geboren zu werden – als andere. In Kenntnis ihrer Verletzlichkeit und der Brüchigkeit ihrer inneren und äußeren Welt erreichen sie den tieferen Sinn und sind besser in der Lage, den Augenblick zu schätzen.“ (Zit. nach Lavallée & Denis 2004)

Während bei den geläufigen psychischen Störungen jeweils ein oder zwei Grundbedingungen der Existenz zum Problem geworden sind, ist beim Erleben eines Traumas die ganze Basis der Existenz wie durch eine übermächtige Woge aus ihrer Verankerung gerissen. Da keine der „vier Wurzeln“ der Existenz mehr Halt verleiht und das Dasein nähren kann, gibt es anfänglich auch nichts, wo die Therapie ihre Brücke „aufsetzen“ kann und im Vorgehen „freien Rücken“ hat. Diese Gleichzeitigkeit der Störung aller Dimensionen des Daseins erklärt die *Komplexität* der Traumatherapie und die spontane Hilflosigkeit den Opfern gegenüber. Dies mag ein Grund gewesen sein, daß Psychiatrie und Psychotherapie die spezifische Traumawirkung jahrzehntelang übersehen hat. Frankls (1946, 1996) Beschäftigung mit der „Psychologie des KZ“ war eine Pioniertat und strich die Notwendigkeit einer geistigen Beschäftigung mit dem Sinn als unerlässlich für die Überwindung des entsetzlichen Erlebens hin. Doch wurde Frankl bis in die 90er Jahre des letzten Jahrhunderts mit seiner „Psychologie vom Geistigen her“ im Bereich der Psychotherapie kaum ernst genommen. Mit dieser Hilflosigkeit gegenüber dem Trauma ging die Verdrängung und Leugnung von *Mißbrauchsgeschehen* einher, die mit dem historisch fatalen Fehler Freuds

begonnen hat, die Traumatheorie als eine Entstehungsursache der Neurose fallen zu lassen (Freud 1896; Atwood, Orange 2000).

Uns Psychotherapeuten – und vielleicht kann dies in besonderem Maße für die Existenzanalyse gesagt werden – gibt diese Arbeit einen Anstoß, auf das Leben in seiner *tiefsten Struktur* und *Unfaßlichkeit* zu schauen und an der eigenen *Verankerung* im Grunde des Seins vermehrt zu arbeiten. So kann die Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht nur den Betroffenen dienen, sondern uns allen zu gute kommen und indirekt auch uns selbst zu mehr Wachstum verhelfen.

Literatur

- Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag
- Attwood GE, Orange DM (2000) Verführungstheorie. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 754f.
- Butollo W, Rosner R, Wentzel A (1999) Integrative Psychotherapie bei Angststörungen. Bern: Huber
- Bremner JD, Krystal JH, Putnam F et al. (1998) Measurement of dissociative states with the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS). In: J Trauma Stress 11, 125-136
- Calhoun LG, Tedeschi RG (2000) Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth. In: Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues, and Perspectives. In: Violanti JM, Paton D, Dunning C (Hrsg) Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publishers, pp135-152.
- Eckhardt P (2000) Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Wien, Gruwi-Fakultät der Univ.: unveröff. Diss.
- Eckhardt P (2001) Selbstwert und Werterleben aus existenzanalytischer Sicht. Existenzanalyse 18, 1, 35-39
- Ehlers A, Clark DM (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy 38, 319-345
- Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW (1999) Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. In: Clinical Psychology Review, 19, 1, 79-96
- DePrince AP, Freyd JJ (2002) The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal? In: Kauffman J (Ed) Loss of the Assumptive World: a theory of traumatic loss. New York: Brunner-Routledge, 71-82
- Frankl VE ([1946] 1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke, 10. Aufl.
- Frankl VE (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München: Piper (Neuausgabe)
- Freud S [(1896), 1982] Zur Ätiologie des Hysterie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg) Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M: Fischer, 37-145
- Freyd JJ (1994) Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse. In: Ethics & Behavior 4 (4), 307-329
- Freyd JJ (1996) Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
- Freyd JJ (2003) What is a Betrayal Trauma? What is Betrayal Trauma Theory? Retrieved April 1, 2003 from www.dynamic.uoregon.edu/~jjf/defineBT.html

- Friedmann A (2004) Allgemeine Psychotraumatologie. In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg) Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung. Wien: Springer, 5-34
- Frommberger U, Stieglitz RD, Straub S, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M, Brünger G (1999) The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*. 46; 343-348
- Gabbard GO (2000) Anxiety disorders: psychodynamic aspects. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI (Hrsg) Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 7. Aufl., 1472-1474
- Goethe JWv (oJ) Dichtung und Wahrheit. In: Goethes Werke in zwei Bänden. Salzburg: Bergland, Bd. 1, 129-390
- Grassmann H (2004) Körperpsychologische Grundlagen einer Traumatherapie. Posttraumatische Übertragungsphänomene im therapeutischen Dialog. In: *Psychologische Medizin* 15, 3, 43-47
- Janoff-Bulman R (1992) Shattered assumptions. Toward a new psychology of trauma. New York: The Free Press
- Hüther G (1997) Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hüther G (2002) Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Göttingen: Psychiatr. Univ.-Klinik
[http://www.agsp.de/UB_Veroeffentlichungen/Aufsätze/Aufsatz_34/hauptteil_aufsatz_34.html] Zugriff 20. 4. 2005
- Hyer L, Brandsma JM (1999) The Treatment of PTSD Through Grief Work and Forgiveness. In: CR Figley C (Ed) Traumatology of Grieving. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- ICD 10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Dilling H, Mombour Welt, Schmidt MH (Hrsg). Bern: Huber 1991
- Ignatjewa NS (2005) Schädel-Hirn-Trauma – Phasen der Wiederherstellung des Selbst- und Weltbezugs und seine existenzanalytische Behandlung. In: *Existenzanalyse* 22, 2, 38-45
- Jaffe DT (1985) Self-renewal: Personal transformation following extreme trauma. *J Human Psychol* 25, 99-124
- Kapfhammer HP (2000) Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 149-185
- Kent JM, Rauch SL (2003) Neurocircuitry of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 5(4), 266-273
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Arch Gen Psychiatry* 52, 12, 1048-1060
- Kleber RJ, Brom D (1992) Coping with trauma: theory, prevention and treatment. Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- Kleber RJ (2000) Traumatischer Stress. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) (2000) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 727f
- Längle A (1993) Personale Existenzanalyse, In: Längle A (Hrsg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7. Wien: GLE, 133-160
- Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. In: *Existenzanalyse* 15, 1/98, 16-27
- Längle A (1999a) Die existentielle Motivation der Person. In: *Existenzanalyse* 16, 3, 18-29

- Längle A (1999b) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In: Existenzanalyse 16, 1, 18-25
- Längle A (1999c) Authentisch leben - Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein oder: Wie können wir trotzdem werden, wer wir sind? - Anregungen aus der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 16, 1, 26-34
- Längle A (2000) (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas
- Längle A (2002a) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16, 1, 1-8
- Längle A (2002b) (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas
- Längle A (2002c) Die grandiose Einsamkeit. Narzißmus als anthropologisch-existentialles Phänomen. In: Existenzanalyse 19, 2+3, 12-24
- Längle A (2002d) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas, 127-156, 134
- Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala. Göttingen: Hogrefe Beltz
- Lavallée F, Denis MC (2004) From surviving to living. How does one return from horror? Vortrag 23. 7. 2004 bei 3rd Biennial International Conference on Personal Meaning, Vancouver B.C.
- Levinas E (1947) De l'existence à l'existant. Paris: Editions de la Revue Fontaine. *Deutsch:* (1997) Vom Sein zum Seienden. Freiburg: Alber
- Lutgendorf SK, Antoni MH (1999) Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. In: Cognitive Therapy and Research 23, 1, 423-440
- May R (1972) Die Quellen der Gewalt. Eine Analyse von Schuld und Unschuld. Wien: Molden
- Pennebaker J W, Beall SK (1986) Confronting a traumatic event: towards and understanding of inhibition and disease. In: Journal of Abnormal Psychology, 95, 274-281
- Pennebaker JW (1992) Inhibition as the linchpin of health. In: Friedman HS (Ed) Hostility coping and health. Washington: American Psychological Association
- Pennebaker JW, Mayne T, Francis ME (1997) Linguistic predictors of adaptive bereavement. In: Journal of Personality and Social Psychology, 72, 863-871
- Roderick O, Schnyder U (2003) Reconstructing Early Intervention after Trauma. Innovations in the Care of Survivors. London: Oxford Univ.-Press
- Rödhammer M (2002) Existenz & Unfalltrauma. Existenzanalytische Erhellung von Traumaverarbeitung am Beispiel Verkehrsunfall. Innsbruck: Univ., Psychol. Institut, unveröff. Dipl.-Arb.
- Scharfetter C (2002) Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart: Thieme, 5. neubearb. Aufl.
- Schnyder U (2005) Posttraumatische Störungen. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 493-501, 3°
- Schore AN (2001) The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. In: Infant Mental Health Journal 22, 201-269. Wiederabdruck in: www.trauma-pages.com
- Silver R, Boom Ch, Stones M (1983) Searching for Meaning in Misfortune. Making Sense of Incest. In: J Social Issues 39, 2, 81-102
- Simonet E, Daunizeau B (2002) Les prises en charge psychothérapeutique. In Lopez G, Sabouraud-Séguin A (Éds) Psychothérapie des victimes. Paris: Dunod, 55-82
- Smyth J (1998) Written emotional expression: effect size, outcome types, and moderating variables. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 174-184
- Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. Psychol Med 1997; 27: 951-959

- Stephens Ch (2002) Health benefits of the disclosure of emotions about traumatic experiences: What is the evidence and potential for therapeutic benefits? In: The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1, <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2002-1/edital.htm> 2. 4. 2005
- Stuhr U, Wirth U (1990) Die Bedeutung des Therapeuten als inneres Objekt des Patienten. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg) Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer, 54-70
- Tedeschi RG, Calhoun L (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence. In: Psychological Inquiry 15, 1-18
- Tutsch L (2000) Selbst-Distanzierung. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 624f
- van der Kolk BA, Fisler R (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. Overview and explanatory study. In: J. Traumatic Stress 8, 505-536
- van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L (1996) Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford (dt. 2000)
- Vermetten E, Charney DS, Bremner JD (2000) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 59-136
- Vetter J (2005) Mein Raum ist ein auswegloser Hinterhof. Gumpoldskirchen/Wien: [-de'A-] Lyrik-Verlag
- Wirtz U (1989) Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich: Kreuz
- Wirtz U, Zöbeli J (1995) Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen. Grenzen der Psychotherapie. Zürich: Kreuz

Anschrift des Verfassers:

DDr. Alfried Längle

Ed. Sueß-Gasse 10

1150 Wien

e-mail: alfried.laengle@existenzanalyse.org