

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung:

- Herr S. – Haftbefahrung
- Frau A. – DDR-Heimkind



Die erste Begegnung mit Herrn S., 52 Jahre alt, nach DDR-Haft frühberenteter Hausmeister

- Ort: ambulante Sprechstunde
- Anlass: Medikamentenumstellung
- Szene: zunächst kein Gespräch über die DDR-Hafterfahrungen möglich, da intrusive Erinnerungen und Vermeidungsverhalten neben sozialer Isolation dominieren.
- Diagnosen: chron. PTSD / anh. Persönlichkeitsänderung
rez. depressive Störung

Die Traumasequenz

- 1974-1976 zweijährige Haft in Bautzen mit mehrwöchiger Isolationshaft und mehrfacher Vergewaltigung durch 2 Wärter
- danach: komplexe Kontroll- und Zersetzungsmaßnahmen mit verweigerter angemessener Berufsausbildung
- 1994-1998 langjähriges Anerkennungsverfahren mit stark retraumatisierendem Charakter

Zentrale Befunde

- unkontrollierbare intrusive Bilder mit Angst-, Ekel- und Schamaffekten
- kein klares Narrativ verfügbar, Täter und Orte haben weder zeitliche Zuordnungen noch Namen noch Gesichter
- nach erfolgreicher Begutachtung in Berlin weitgehende soziale Isolation ohne sinnvolle Tagesstruktur
- negativistische Grundhaltung („... mir hilft sowieso keiner...“; „... ich werde behindert bleiben...“)

Behandlungselemente

- A. Einzelpsychotherapie über etwa 50 Stunden (modifizierte narrative Expositionstherapie)
- B. Anschließende gruppenpsychotherapeutische Behandlung über 3 Jahre in einer gemischten psychodynamischen Gruppe mit Verfolgten und nicht-Verfolgten.
- C. Teilstationäre Arbeitstherapie mit anschließender Integration auf 400-Euro Basis als Hausmeister der FH
- D. Engagement in evangelischer Selbsthilfegruppe
- E. 6-monatige Katamnesegespräche bis heute

Narrative Expositionstherapie

- für den Einsatz in Krisengebieten entwickelt
- emotionale Exposition gegenüber dissoziierten Erinnerungen mit Habituation
- Reorganisation in kohärente chronologische Narrative unter Einbeziehung der gesamten Biographie
- zentrales Trauma steht im Vordergrund und wird exemplarisch bearbeitet

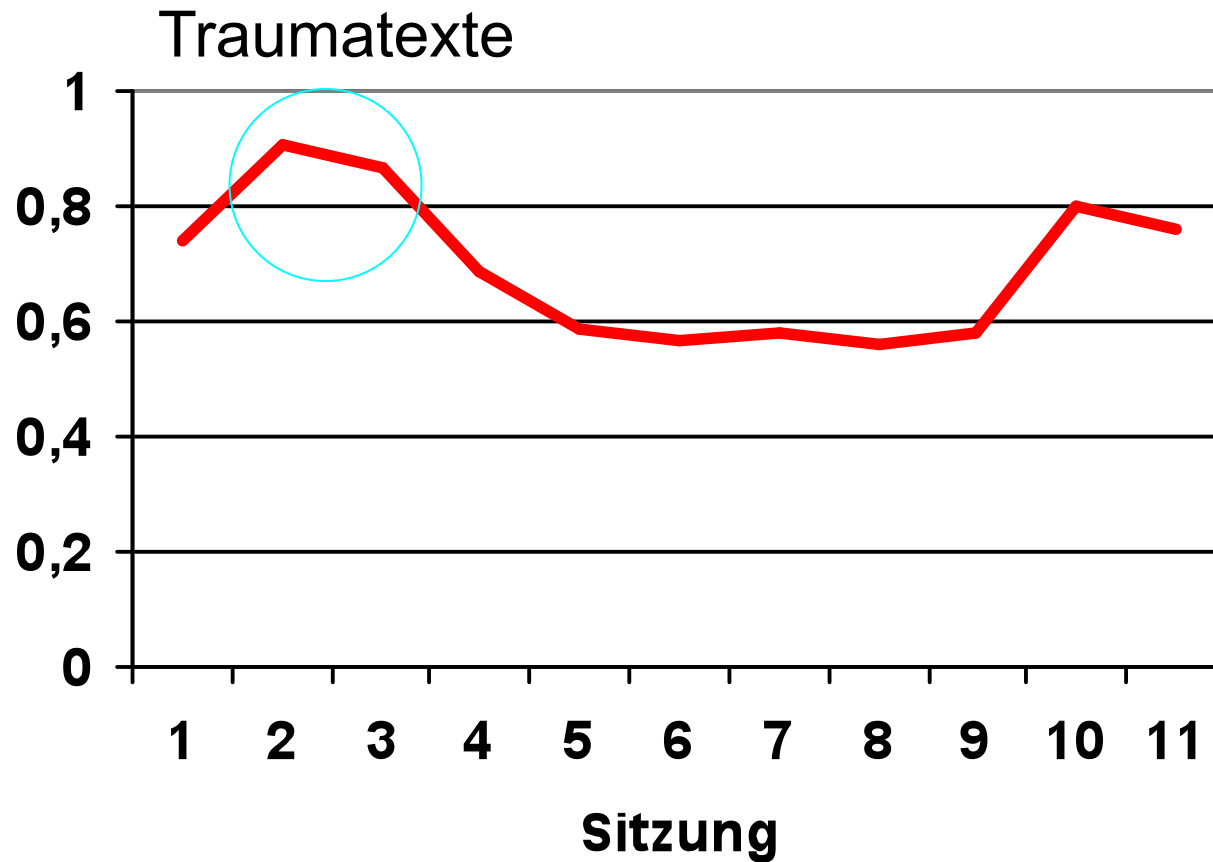
Lebensrückblicksinterventionen - Annahmen

1. Lebensbilanzannahme: Traumaerinnerungen interferieren negativ mit positiven Erinnerungen und beeinflussen zentrale Narrative
2. Traumagedächtnisannahme: Das Traumagedächtnis ist in seiner Bedeutung ungenügend strukturiert und mangelhaft in andere Erinnerungskontexte integriert
3. Sinnfindungsannahme: Es besteht eine individuelle Tendenz zur Sinnfindung insbesondere in der Verarbeitung aversiver kognitiver und emotionaler Ereignisse.

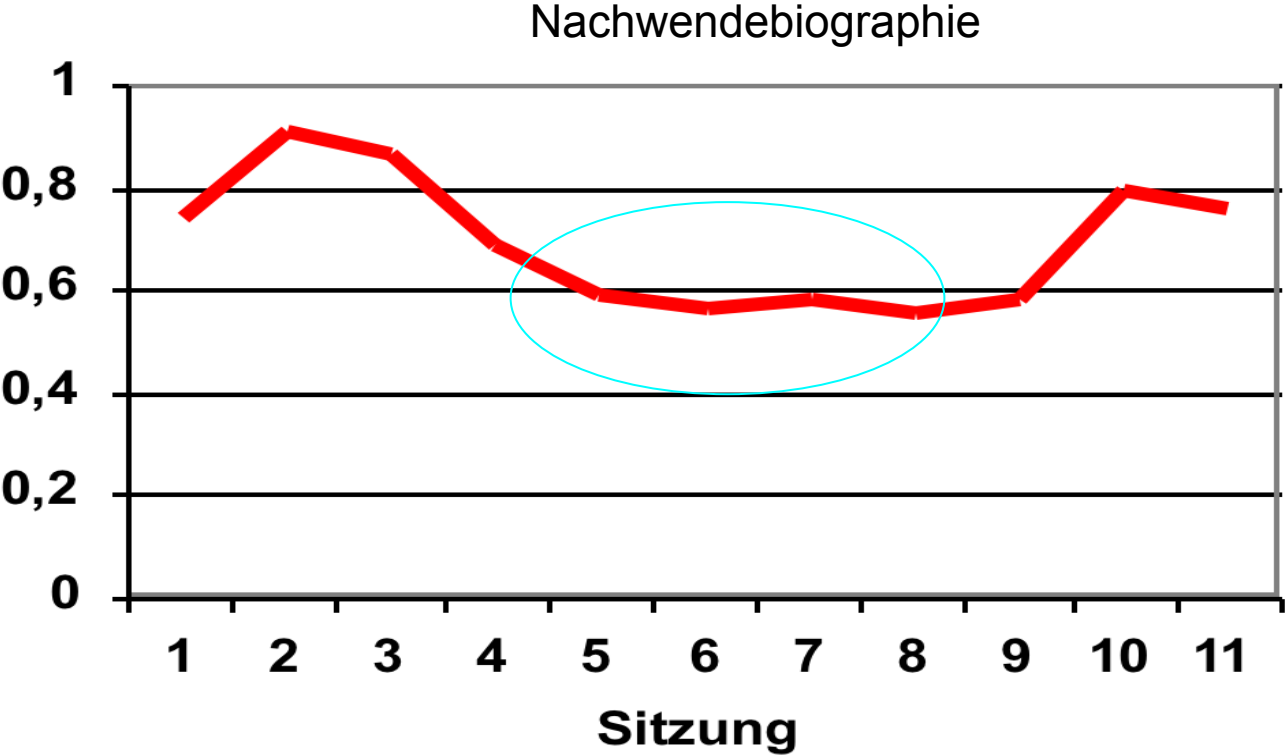
Ziele der Lebensrückblicksinterventionen

1. Bilanzierung der positiven und negativen Erinnerungen mit Verbesserung der Kontrolle über den bewußten Zugriff
2. Emotional aversiv besetzte traumatische Erinnerungen werden elaboriert und zu einem Narrativ verarbeitet.
3. Dem Erlebten kann ein (ggf. transgenerationaler und/oder individuell veränderungsrelevanter) Sinn gegeben werden.

Verlauf der Gottschalk-Gleser-Angstscores

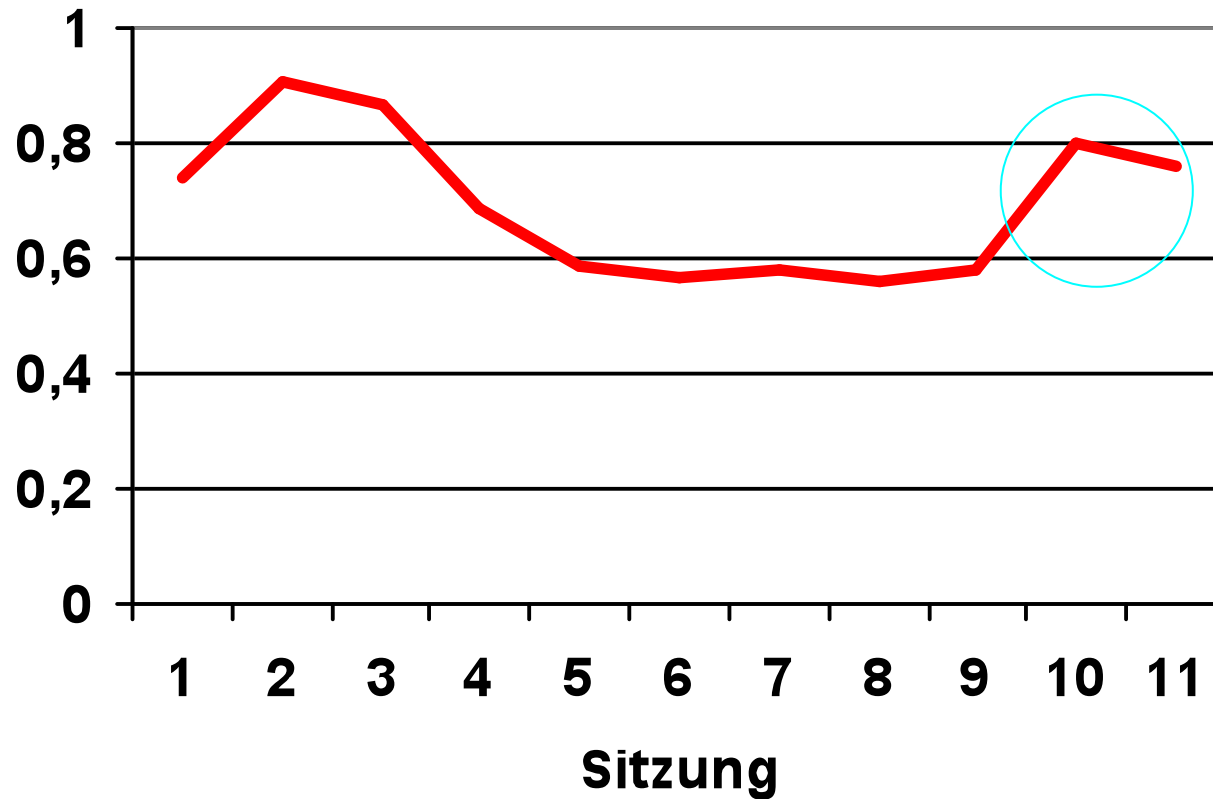


Verlauf der Gottschalk-Gleser-Angstscores



Verlauf der Gottschalk-Gleser-Angstscores

Brief an die nächste
Generation



Therapieresumee von Herrn S.

„... Es war sehr anstrengend, diese Therapie zu machen. Es ist auch nicht alles weg. Ich erschrecke mich immer noch, wenn sich mir jemand von hinten nähert und gelegentlich träume ich auch noch nachts. Ich bin aber nicht mehr allein und ich lebe wieder....“

Die erste Begegnung mit einem ehemaligen „DDR-Heimkind“: Frau A., 31 Jahre alt, Köchin

- Ort: geschlossene Akutstation der Klinik
- Anlass: Aufnahme nachts mit einer Alkoholintoxikation und suizidal
- Szene: Bad der Station, Versuche, sich mit einem Bademantelgürtel zu erdrosseln.
Dissoziativer Zustand: in einer anderen Welt, unverständliche Worte.
- Diagnosen: chronischer Alkoholismus,
schizoaffektive Störung.

Prä- peri- und postnatale Faktoren

- alkoholkrank und nikotinkonsumierende Mutter (18, ungelernt), die in sozial verwehrten Verhältnisse lebt und während der Schwangerschaft promisk lebt
- alkoholkranker und dissozialer Vater (18, Maurer), selbst in Heimen aufgewachsen, mit mehrfachen gewalttätigen Übergriffen in der Schwangerschaft
- komplizierte Geburt, hypoxischer Hirnschaden (?) mit späterem ADHS und LRS, geringe Größe und geringes Gewicht
- „unruhiges Kind“, „schreit viel“, von Beginn an vernachlässigt (Ernährung und Fürsorge)

Innere und äußere Bindungen

- kein konsistentes Bild von den beiden Eltern, sie werden mit nicht integrierten Eigenschaften beschrieben
- durch einen Wechsel von Nähe und Distanzierung gekennzeichnete Beziehung zum Bruder (+2 Jahre), der zunächst im gleichen, später in anderen Heimen aufwächst
- kaum Erinnerungen an die Heim-Peergroups („jeder kämpfte wohl ums Überleben“)
- Erzieher als kühl, distanziert, bedrohlich, repressiv und gewalttätig beschrieben
- Versuche mit Pflegeeltern scheitern 2 x
- Ehe mit Geburt eines Sohnes mit einem alkoholkranken Heimkind, das 1 Jahr später stirbt
- anschließend durch den Bruder des Mannes prostituiert

Beziehungsabbrüche bei Frau A.

1. Herausnahme aus dem Elternhaus im 1. Lebensjahr.
2. 2.-4. Lebensjahr Kinderheim
3. 1. Pflegefamilie gemeinsam mit dem Bruder, der nach 8 Wochen ins Heim zurückgegeben wird. Pflegevater ehemaliger SS-Mann, Pflegemutter „Hexe“
4. 4. Klasse: Heim für schwer erziehbare Mädchen
5. 5.-8. Klasse Kinderheim „Juri Gagarin“ in S.
6. Kurzzeitiger 2. Versuch mit einer Pflegefamilie
7. Bis zum 18. Lebensjahr Heim für schwer erziehbare Kinder in G.

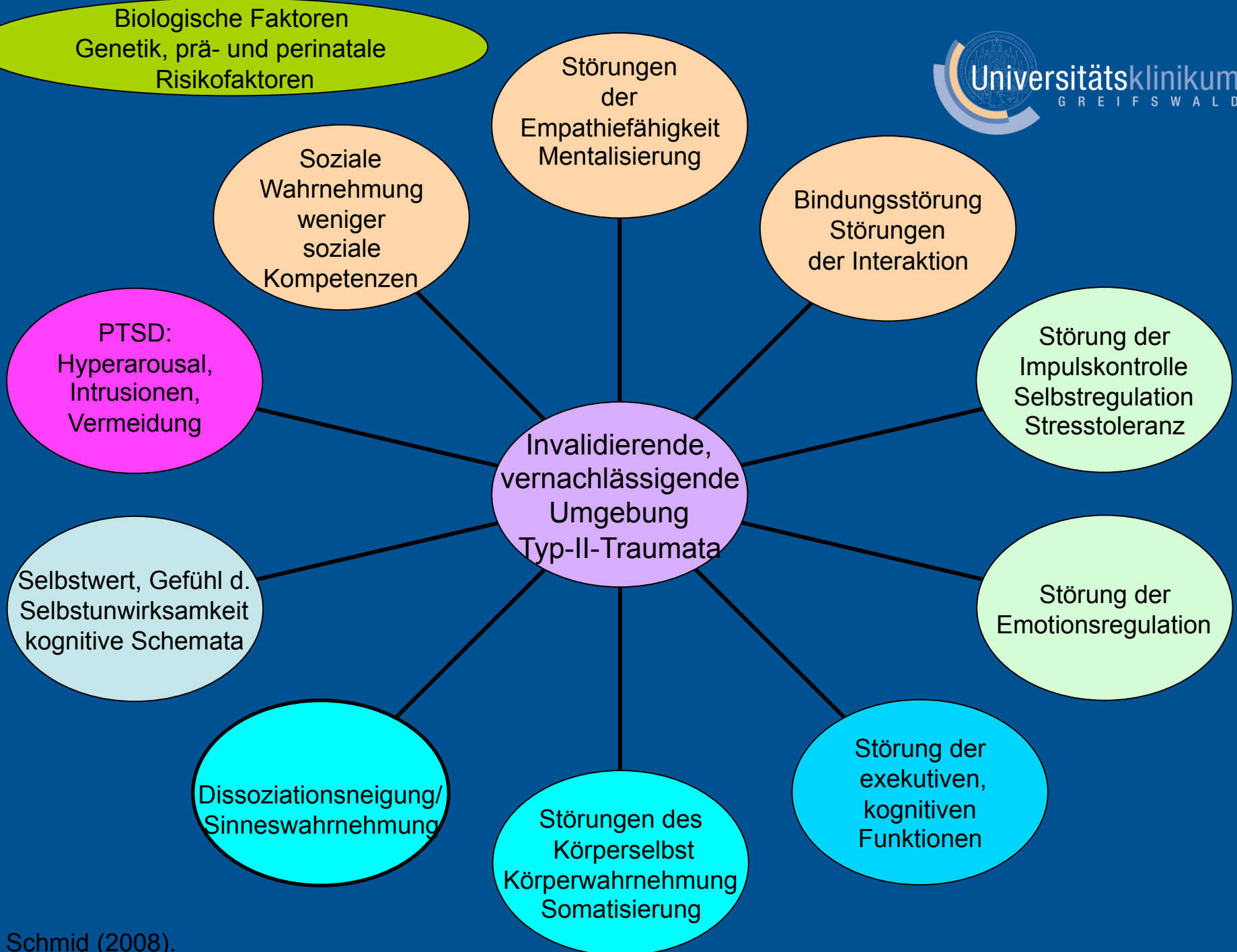
Wochenende gelegentlich bei den Pflegeeltern..

Die 4 subjektiv bedeutsamsten Traumata bei Frau A. in der realen Welt

1. Als Strafe von den Pflegeeltern entweder über Nacht in den dunklen Keller oder bei Gewittern auf dem Dachboden eingesperrt zu werden („...seitdem habe ich Angst...“).
2. Von der Pflegemutter geschlagen zu werden, wenn der Pflegevater nicht da war und Verleugnung dieser Vorfälle durch die Pflegemutter.
3. In der Schule wegen eines Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndroms und einer Lese-Rechtsschreibschwäche bestraft zu werden, „obwohl ich es nicht besser konnte“.
4. Vergewaltigung durch den Bruder des verstorbenen Mannes und Bezahlung hierfür.

Die 4 subjektiv bedeutsamsten Traumata bei Frau A. in der Heimwelt

1. Ab dem 6. Lebensjahr regelmäßiges Eingesperrtwerden in eine „Gefängniszelle“ über 48 Stunden ohne Essen und Trinken als individuelle oder kollektive Strafe, wahllos, ohne erkennbare innere Logik.
2. Massive körperliche Misshandlung durch andere Heimkinder („... die Erzieher standen manchmal lachend daneben...“).
3. Verhöhnung durch Erzieher („aus Dir wird sowieso nichts“) verbunden mit plötzlichen Gewaltübergriffen oder sexuellen Grenzüberschreitungen während der Adoleszenz (Rebellion vs. „sozialistische Persönlichkeit“).
4. Ohnmachtserfahrung („auch wenn ich mich angestrengt habe, passierte immer dasselbe“).



Frau A. heute

- Lebt heute allein, teilberentet, arbeitet als Köchin in einer psychosozialen Einrichtung
- Nach 28 stationären Entgiftungsbehandlungen seit 5 Jahren abstinent
- Keine dissoziativen Symptome mehr, die Traumatisierungen sind im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie über 10 Jahre als versprachlichte Narrative verfügbar
- Verschiedene Täter (Erzieher, Bruder des Ehemannes) wurden erfolglos angezeigt („aber die wissen jetzt endlich, das sie „Scheiße“ gebaut haben“)
- Rekonstruktion der weiteren Lebensgeschichte durch Bearbeitung der Jugendamtsakte, Kontaktwiederaufnahme mit dem Bruder
- Wichtigste subjektive Wirkfaktoren in der Therapie: „Egal was ich gemacht habe, Sie sind bei mir drangeblieben“; gemeinsam in der Gruppe Probleme bewältigen (z.B. Besuch der alten Heime), die besondere Beziehung zu meinem Sohn (Einleitung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Intervention)

Häufigkeit von nicht beachteten Kontra- indikationen bei Patienten mit PTSD (n = 127 Abbrecher)

1. Belastbarkeit und Alter: 17%
2. Instabile Symptomatik (z.B. unbeherrschbare Intrusionen, Suizidalität, Impulsivität, Halluzinationen, Wahn): 34 %
3. Instabile Komorbidität: 31 %
4. Vermischung von Täter- und Opferrollen: 11%
5. Trauma gehört zur Identität des Patienten: 7%

Nebenwirkungen nach Therapeutenangaben (n = 111 stationäre Patienten)

1. Suizidalität und Selbstbeschädigung: 28%
2. Interaktionen mit dem Täter oder signifikanten Dritten: 21 %
3. Dissoziation: 44%
4. Temporäre Verschlechterungen im Therapieprozess (Depression, Angst, psychotische Symptome): 51%

Und andere ?