

PRO MENTE SANA

AKTUELL **1**



TRAUMA

PRO MENTE SANA INFORMIERT

PRO MENTE SANA: SEIT 30 JAHREN SPRACHROHR FÜR PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN

„Hoffungsstrahl für psychisch Kranke“: Unter diesem Titel widmete die Zeitung „Der Bund“ in ihrer Ausgabe vom 16. März 1978 der Gründung der Stiftung Pro Mente Sana eine Sonderseite. Die Gründungsversammlung, die am 23. Februar 1978 im Alfa-Zentrum in Bern stattgefunden hatte, löste ein riesiges mediales Echo aus. 70 Zeitungen berichteten, die Tagesschau strahlte am gleichen Abend eine Reportage von drei Minuten aus.

Auf dem Weg zur Gründung spielte der Psychiater Dr. med. Paul Plattner, Direktor des privaten Nerven-sanatoriums Münchenbuchsee, eine zentrale Rolle. Er war die Lokomotive und der eigentliche Ideenschmid. Dabei wurde er unter anderem von der als sehr seriös geltenden Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft unterstützt, die sich die Schliessung von Lücken im Sozialwesen zur Aufgabe gemacht und zuvor schon Pro Juventute und Pro Senectute gegründet hatte.

Die Gründer waren der Überzeugung, dass es ein zentrales Sprachrohr für psychisch kranke Menschen in der Schweiz brauche. Sie sahen

die Aufgaben von Pro Mente Sana nicht in der Einzelfallhilfe, sondern in der Öffentlichkeitsarbeit und in der „Erreichung der Rechtsgleichheit der psychisch Kranken“. Die neu gegründete Stiftung sollte die „Eingliederung psychisch Kranker durch entsprechende sozialmedizinische Massnahmen fördern“. In den 30 Jahren seit der Gründung hat sich in der Psychiatrie der Schweiz vieles gewandelt. Und Pro Mente Sana hat sich von einem Pionierprojekt zu einer modernen Non-Profit-Organisation weiterentwickelt. Nicht verändert haben sich jedoch die Grundanliegen von Pro Mente Sana. Sie sind topaktuell – heute wie damals.

EIN FALL AUS DER RECHTSBERATUNG: IV-STELLE DARF INHALT DER BEHANDLUNG NICHT VORSCHREIBEN

Frau Erni wurde anfangs 2006 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Wenige Monate vorher hatte die IV-Stelle unter dem Titel „Schadenminderungspflicht“ von ihr verlangt, eine Psychotherapie sowie eine medikamentöse Behandlung aufzunehmen.

Frau Erni begann bei einer Psychiaterin eine Psychotherapie. Weil sie gegenüber Medikamenten skeptisch ist und die behandelnde Ärztin eine medikamentöse Behandlung nicht als angezeigt erachtete, wurde eine solche nicht durchgeführt.

Im Frühling 2007 erhielt Frau Erni einen Vorbescheid der IV-Stelle, in welchem ihr mitgeteilt wurde, dass ihre Rente auf eine Viertelsrente gekürzt werden soll. In der Begründung hiess es:

„Unsere Abklärungen haben ergeben, dass Sie der Schadenminderungspflicht nur teilweise nachgekommen sind. Zwar haben Sie eine Psychotherapie durchgeführt, eine medikamentöse Behandlung ist jedoch nicht erfolgt.“

Auf Anraten des Rechtsdienstes von Pro Mente Sana beauftragte Frau

Erni eine Anwältin, innert der angesetzten Frist von 30 Tagen Einwände gegen den Vorbescheid zu erheben.

Aufgrund der Stellungnahmen der Anwältin, der behandelnden Ärztin und einem von der IV-Stelle angeordneten Gutachten entschied die IV-Stelle schliesslich, keine Kürzung der Rente vorzunehmen.

Frau Erni hat wohl eine so genannte Schadenminderungspflicht. D.h. sie muss alles Zumutbare unternehmen, um den Schaden (hier die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit) möglichst klein zu halten. Das kann auch in einer therapeutischen Behandlung bestehen, wenn diese mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Besserung führt.

Die Festlegung des Inhalts der im Einzelfall zu verfolgenden Therapie ist aber Sache der behandelnden Ärztin und der Patientin. Dies hat das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) nach einer Intervention von Pro Mente Sana schon im Herbst 2006 festgehalten: „Ihrem Anliegen wird insofern entsprochen, als dass wir die RAD gesamtschweizerisch bereits dahingehend informieren, dass sie im Fall einer Schadenmin-

derung auf die Empfehlung oder sogar Auferlegung einer spezifischen Behandlungsmethode verzichten sollen“. (RAD sind die regionalen ärztlichen Dienste der IV-Stellen).

Da die Wirksamkeit von Medikamenten im Einzelfall von unzähligen Faktoren abhängig ist, kann auch der Einsatz einer medikamentösen Therapie nicht ohne weiteres mit einer Verbesserung des Zustandbildes und einer Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit gleichgesetzt werden.

Pikant am vorliegenden Fall ist, dass sich die Gesundheit von Frau Erni nach dem Vorbescheid derart verschlechterte, dass sie nunmehr gezwungen war, Medikamente einzunehmen, und dass ihr die IV aufgrund der Verschlechterung nun eine ganze Rente zusprechen musste. Die Intervention der IV hat gewissermassen zu einer „lose-lose-Situation“ geführt; beide Seiten haben verloren: Frau Erni geht es gesundheitlich schlechter und sie muss nun zumindest vorübergehend Medikamente einnehmen, die IV muss statt der ursprünglich vorgesehenen Dreiviertelsrente eine volle Rente bezahlen.

Christoph Lüthy, Pro Mente Sana

BITTE TERMIN RESERVIEREN: VORANKÜNDIGUNG JUBILÄUMSTAGUNG

Mehr Bewegung für die Psychiatrie
– Chancen nutzen, Veränderungen
wagen

27./28. November 2008

im Kongresszentrum Biel, Programm
erhältlich ab Ende Juni 2008

NEUER VERFASSUNGS- ARTIKEL ZUR FORSCHUNG AM MENSCHEN

Die Gesetzgebung zur Forschung am Menschen ist heute lückenhaft, uneinheitlich und unübersichtlich. Der Bundesrat hat deshalb im September 2007 einen neuen Verfassungsartikel vorgeschlagen, der dem Bund eine umfassende Zuständigkeit zur Regelung der Forschung am Menschen erteilt. Damit sollen Würde und Persönlichkeit des Menschen in der Forschung geschützt werden, gleichzeitig aber auch die Forschungsfreiheit gewahrt und die Bedeutung der Forschung für Gesundheit und Gesellschaft berücksichtigt werden. Der Verfassungsartikel liegt zur Beratung beim Nationalrat.

Pro Mente Sana hat bereits im Vernehmlassungsverfahren auf die besondere Schutzbedürftigkeit von urteilsunfähigen Personen hingewiesen und gefordert, dass für diese Personengruppe besondere Schutzvorkehrungen getroffen werden. Mit Befriedigung stellen wir nun fest, dass der Bundesrat diesem Anliegen Rechnung getragen hat. Insbesondere soll Zwangsforschung – wie von Pro Mente Sana gefordert – bereits auf Verfassungsstufe untersagt werden. Die Ablehnung, an einem Forschungsvorhaben mitzuwirken, muss auch dann beachtet und respektiert werden, wenn die betroffene Person urteilsunfähig ist. Zu begrüßen ist auch die Regelung, dass Forschungsprojekte nur dann mit urteilsunfähigen Personen durchgeführt werden dürfen, wenn gleichwertige Erkenntnisse nicht mit urteilsfähigen Personen gewonnen werden können. Es ist vorgesehen, die Grundsätze der Verfassung in

einem Bundesgesetz über die Forschung am Menschen zu konkretisieren. Mit Spannung erwarten wir den Entwurf des Bundesrates, der zurzeit noch nicht bekannt ist.

RECHTSKURSE 2008

Wir bieten dieses Jahr folgende Kurse an:

Invalidenversicherung

Mittwoch, 24. September 2008

Kursleitung: Christoph Lüthy, Rechtsanwalt

Krankenversicherung

Donnerstag, 25. September 2008

Kursleitung: Jürg Gassmann, Rechtsanwalt

Arbeitsrecht und Krankentagggeldversicherung

Freitag, 26. September 2008

Kursleitung: Aïda Stähli, Rechtsanwältin

Kosten pro Modul (inkl. Dokumentation und Pausenverpflegung):

Fr. 210.–, alle drei Module: Fr. 600.–.

Kursort:

ESPAS Berufsförderungskurs, Schulungsräume (3. Stock) Hardturmstrasse 253, 8005 Zürich
Anmeldung unter 044 563 86 00 oder auf www.promentesana.ch/veranstaltungen/kurse/rechtskurse_2008

„SOMEONE BESIDE YOU“

Die DVD „Someone Beside You“ von Edgar Hagen ist für Fr. 36.– + Porto erhältlich bei: Look Now!

Gasometerstrasse 9, 8005 Zürich
www.looknow.ch info@looknow.ch
Oder bei: Pro Mente Sana, 044 563 86 00, kontakt@promentesana.ch, www.promentesana.ch

UNSERE ZEITSCHRIFT IN NEUEM KLEID

Wie Ihnen bestimmt aufgefallen ist, hat unsere Zeitschrift Pro Mente Sana Aktuell ein neues Layout bekommen. Insbesondere die Titelseite sowie die Rückseite mit unseren Publikationen sind neu gestaltet.

30 JAHRE PRO MENTE SANA: RECOVERY-KUNSTMAL- WETTBEWERB

Schicken Sie uns Ihre selbst gemalten Bilder zum Thema **RECOVERY** in denen Sie das Thema des Gesundens, des Wachstums, der Zuversicht, des Neubeginns, der persönlichen Erfüllung, umsetzen bis zum **31. Mai 2008**. Eine auserwählte Jury (S. Bridler, Psychotherapeutin Pro Mente Sana; M. Frei, Künstler/Psychiatrieerfahrener; V. Hauri; Künstler/Juror; Ch. Ranzenhofer, Künstler/Psychiatriepflegefachmann; L. Sibillano, Co-Leiter Haus der Farbe; Ch. Straumann Bossart, Kunsttherapeutin GPK) wird aus den eingegangenen Bildern 30 auswählen und diese für eine Wanderausstellung zusammenstellen. Pro Person dürfen maximal drei Bilder (Höchstmass A2) in freier Technik eingesandt werden. Die Vernissage findet am **Freitag, 4. Juli 2008, ab 18.30 Uhr im Quartiertreff Hirslanden in Zürich** statt. Die Bilder werden dort bis am 24. August und anschliessend an verschiedenen Orten in der Schweiz zu sehen sein. Wir freuen uns auf Ihre Werke! Pro Mente Sana, Kunstmalwettbewerb, Postfach 1915, 8031 Zürich. (Für beschädigte oder verloren gegangene Bilder übernehmen wir keine Haftung).

Doch keine Angst, in der neuen Hülle finden Sie den Inhalt in gewohnter Reihenfolge, mit Ausnahme der Informationen von Pro Mente Sana, die nun ganz am Anfang des Heftes stehen. Um Ihnen die Lesbarkeit im redaktionellen Teil zu erleichtern, haben wir von drei bzw. vier Spalten auf eine zwei- bzw. dreispaltige Darstellung umgestellt.

EIN NEUES OHR FÜR DAS BERATUNGSTELEFON

Seit dem 1. Januar 2008 betreut eine neue Stimme unser Beratungstelefon. Willi Schaer bringt ein breites Psychiatriewissen mit und hat langjährige praktische Berufserfahrung als Pflegefachmann in verschiedenen Institutionen. Er betreut jeweils donnerstags das psychosoziale Beratungstelefon.



LIEBE LESERINNEN UND LIEBE LESER

Der Begriff Trauma ist heute in aller Munde. Es gibt wohl kaum ein Thema, zu dem in den letzten Jahren so viel geforscht wurde wie zum Zusammenhang von Trauma und psychischen Erkrankungen. Dank dieser Forschung verstehen wir viele psychische Erkrankungen – so zum Beispiel die Angststörungen – heute besser. Wir wissen inzwischen, dass sich traumatische Erfahrungen regelrecht in unser Gehirn „einbrennen“ können und oft zu ganz spezifischen Veränderungen im Erleben und Verhalten führen



Trauma kann definiert werden als ein bedrohliches Ereignis, das mit Gefühlen von extremer Hilflosigkeit einhergeht und bei den Betroffenen eine Erschütterung des Weltverständnisses bewirkt. Es gibt sehr verschiedene Formen von Traumata. Besonders belastend wirken die frühen Traumatisierungen, die meist nur einzelne Menschen betreffen und oft im Verborgenen stattfinden, zum Beispiel Gewalt von Seiten der Eltern oder sexueller Missbrauch in der Kindheit. Aber Traumata können auch erwachsene Menschen aus dem Gleichgewicht bringen, so etwa Folter oder Vergewaltigungen. Es gibt auch Traumatisierungen – wie der Holocaust, Kriegserfahrungen, Naturkatastrophen oder Terrorangriffe, die viele Menschen oder ganze Völker treffen. Entsprechend können auch ganze Völker unter einer Traumatisierung leiden.



Die meisten von uns werden irgendwann in ihrem Leben eine Traumaerfahrung machen, doch wir werden mehrheitlich gut damit zurechtkommen. Die Beschäftigung mit der Erfahrung von Traumatisierung zeigt daher immer auch, welche immensen Stärken und Bewältigungsfähigkeiten wir Menschen haben. Nur ein kleiner Teil aller traumatisierten Menschen entwickelt nach einer Traumatisierung eine Traumafolgestörung, die so genannte Posttraumatische Belastungsstörung. Doch auch andere psychische Erkrankungen können durch Traumatisierungen mitverursacht sein – auch das wissen wir in dieser Klarheit erst seit kurzem. Die so genannten Persönlichkeitsstörungen, zu welchen die Borderline-Erkrankung gehört, sind oft die Folge von Traumaerfahrungen. Auch Psychosen können durch Traumatisierungen mitverursacht werden. Nicht selten wirkt die als Unterstützung gedachte psychiatrische Hilfe ebenfalls traumatisierend, etwa wenn Betroffene in der Psychiatrie Gewalt- oder Zwangserfahrungen machen.



Seit einiger Zeit beginnt der Begriff Trauma zu einem Modebegriff zu werden, alles wird dann zum vermeintlichen Trauma. Neulich erzählte mir eine Klientin von ihrem „Weihnachtstrauma“. Sie meinte damit, dass sie über die Festtage gespielte Harmonie ertragen

IMPRESSUM



Herausgeberin:
Schweizerische Stiftung
PRO MENTE SANA
Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich
Tel. 044 563 86 00. Fax 044 563 86 17
E-Mail: kontakt@promentesana.ch
PC 80-19178-4

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsdatum dieser Ausgabe:
25. März 2008

Redaktion: Anna Beyme
Fachredaktion: Andreas Knuf

Titelbild: Gaby Rudolf
Bilder: Gaby Rudolf
Gestaltung: Raoul Schweizer, Zürich

Satz, Druck und Versand:
printagentur by Brüggli, 8590 Romanshorn

Bezugspreise ab 2008:
Einzelnummer Fr. 12.–
Jahresabonnement Fr. 40.–
GönnerInnenbeitrag inkl. Abonnement
Fr. 60.–

Die Zeitschrift ist ein Informationsorgan von Pro Mente Sana. Gleichzeitig versteht sie sich als Forum, in dem Gastautor/-innen ihre Meinung zu einem Schwerpunktthema unabhängig von der Meinung der Redaktion äussern.

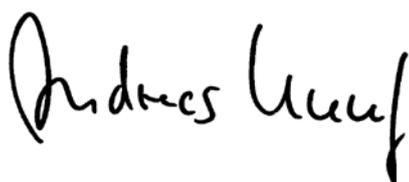
Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise:
2/08: 15. März 2008
3/08: 19. Juni 2008

musste, wo doch einige ihrer Familienmitglieder eigentlich nicht gut aufeinander zu sprechen waren. Wenn selbst alltägliche Belastungen als Trauma bezeichnet werden, wird das Leid der von schweren Traumata betroffenen Menschen nicht mehr ernst genommen. Trauma ist auch kein ganz „normales“ Thema, sondern es hat eine besondere Faszination. Es befriedigt Voyeurismus und hat eine gewisse Anziehung für Aussenstehende, trotz aller Schwere. Wenn das nicht so wäre, wären die Boulevardblätter nicht voll davon. Bei aller sinnvollen Beschäftigung mit Traumatisierungen gibt es inzwischen auch kritische Stimmen. Eine stammt von Klaus Dörner, dem bekannten deutschen Sozialpsychiater. Er merkt an, dass die meisten von Trauma betroffenen Menschen alleine mit dieser belastenden Erfahrung zurechtkommen, und dass professionelle Hilfe für sie sogar schädlich sein kann.



Dieses Heft soll Ihnen als Leser und Leserin zunächst einen Überblick über das heutige Wissen zu Traumatisierungen vermitteln: Was sind Traumata? Wie wirken sie auf unseren Organismus? Wie können sie behandelt werden? Inzwischen gibt es eine Vielfalt von Hilfsmöglichkeiten, sei dies die akute Hilfe unmittelbar nach einer erlebten Traumatisierung oder die langfristige Behandlung. Drei ganz verschiedene Erfahrungsberichte von Traumabetroffenen sollen das Erleben von Traumata für Sie zumindest ansatzweise einfühlbar machen. Auch sie zeigen: Die Folgen von Traumata sind schwerwiegend, aber nicht unüberwindbar.

Mit freundlichen Grüßen



Andreas Knuf



INHALT

- 2 Pro Mente Sana informiert

- 4 Editorial

- 6 Traumata: Ursachen, Folgen und Behandlung

- 9 Wie Traumafolgestörungen behandelt werden können

- 10 Das Trauma im Kopf – Neurophysiologie des Posttraumatischen Stress

- 12 Es ist diese Scham, diese brennend heiße Scham, die alles vernichtet

- 13 Stationäre, interdisziplinäre Behandlung von Traumafolgestörungen

- 15 Gemeinsames Erkennen, Unterschiede akzeptieren, sich gegenseitig stärken

- 16 Vom Umgang mit traumatisierten Menschen im klinischen Alltag

- 18 Ich habe die ersten Schritte zurück ins Leben gemacht

- 20 Therapie von Folter- und Kriegsopfern

- 22 Gewalt, Zwang und Demütigung: Psychiatrie als Trauma

- 24 Psychose und Psychiatrie als Trauma

- 25 Psychosoziale Nothilfe: So arbeitet das Care Team Zentralschweiz

- 28 Trauma durch Straftaten: Welche Rechte hat das Opfer?

- 29 Anlaufstellen und Informationen

- 30 Akut

- 32 Sprachrohr

- 34 Bücher

- 35 Psychiatrieszene

- 38 Selbsthilfe

- 39 La page romande

TRAUMATA: URSACHEN, FOLGEN UND BEHANDLUNG

Wodurch wird ein belastendes Ereignis zum Trauma? Wie reagieren Menschen auf Traumatisierungen und welche wirkungsvollen Hilfsmöglichkeiten gibt es? Die bekannte Traumatherapeutin Luise Reddemann erklärt den aktuellen Wissensstand der Traumaforschung und stellt die von ihr entwickelte psychodynamisch imaginative Traumatherapie vor.

Von Luise Reddemann

Die somatische Medizin bezeichnet mit „Trauma“ eine Verletzung oder Schädigung des Körpers, die auf Gewalteinwirkung (z. B. Unfälle) zurückzuführen ist. Aus psychologischer Sicht wird der Begriff für eine seelische Wunde verwendet, die durch eine Verletzung der psychischen Integrität eines Menschen verursacht wird. Während des 1. Weltkriegs beschäftigten sich viele Psychoanalytiker mit den traumatischen Folgen des Krieges, nach dem 2. Weltkrieg dehnte sich ihr Interesse überdies auf die Auswirkungen schwerer seelischer Schädigungen aus, die durch die Shoa verursacht wurden. Die Anerkennung von Kindheitstraumata liess dagegen im deutschen Sprachraum auf sich warten. Erst ab Mitte der 90er-Jahre entstand ein breites Interesse, sich mit verschiedenen Traumafolgen auseinanderzusetzen, diese anzuerkennen und den Opfern eine fachgerechte Therapie zuzubilligen.

URSACHEN VON TRAUMATISIERUNGEN

Heute werden drei Kategorien von Traumata voneinander unterschieden: *Personale Traumata* werden von Bezugspersonen verursacht. Sie wirken sich am schlimmsten aus, denn Menschen sind lebenslang, besonders aber in der Kindheit, darauf angewiesen, dass sie anderen vertrauen können. Wenn Menschen, denen wir vertrauen, uns schaden, uns verraten und verletzen, ist dies eine seelische Katastrophe.

Leider kommen solche Traumata häufiger vor als die zweite Kategorie, die *apersonalen Traumatisierungen*. Diese werden z. B. durch Naturkatastrophen oder schwere Erkrankungen verursacht. Da sie eher als „Schicksalsschläge“ verbucht und angenommen werden können, wirken sie sich in der Regel längerfristig weniger schädigend aus. Dies gilt jedoch nur mit Vorbehalt, denn wir wissen inzwischen, wie viele Menschen nach schweren Erkrankungen – etwa Krebs – eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln, obwohl es sich dabei um ein apersonales Geschehen, eben um Schicksal, handelt. Ferner werden Verkehrsunfälle, Feuer u. ä. meist eher wie Naturkatastrophen erlebt, denn als etwas, das einem von einem anderen Menschen angetan wird. Aber auch hier gibt es Übergänge.

Als *kollektive Traumatisierungen* werden seelische Verletzungen bezeichnet, die Menschen einander in einem grösseren, nicht-individuellen Kontext – z. B. einem Krieg – zufügen, die innerhalb eines Kollektivs also allen Beteiligten widerfahren. Der „Trost“, dass alle das gleiche Schicksal trifft, scheint sich in gewisser Weise schützend auszuwirken und scheint vielen Menschen zu helfen, mit der traumatischen Erfahrung besser fertig zu werden.

Diese Einteilung ist grob, sie bietet aber doch eine gute Orientierung. Es gibt jedoch immer wieder Situationen, in denen die eine Art der Traumatisierung in eine andere übergeht. Man stelle sich z. B. ein kleines Kind vor, das im Krieg seine Eltern verliert, oder Menschen, die im Rahmen des Kriegsgeschehens vergewaltigt werden. Unterschieden wird ferner zwischen einmaligen und so genannt kumulativen, sich wiederholenden und lang anhaltenden Traumatisierungen. Diese werden auch als Typ I und Typ II bezeichnet. Eine weitere Unterscheidung wird schliesslich zwischen Traumata gemacht, die eben erst stattgefunden haben (die so genannten Akuttraumata) und solchen, die schon länger zurückliegen.



TRAUMA, RESILIENZ UND VERARBEITUNG

Von Interesse ist nun, wie Traumata verarbeitet werden. Nicht jede traumatische Erfahrung wirkt sich auf Dauer schädigend aus. Viele Menschen werden mit Extrembelastung fertig, wenn sie in einem tragenden Umfeld aufgehoben sind und wenn sie über seelische Kräfte und Stärken verfügen, die ihnen helfen, mit der Belastung fertig zu werden. In den letzten Jahren ist deshalb die Frage nach der Resilienz, also der seelischen Widerstandskraft, ein wichtiges Thema der Forschung geworden.

Ein traumatisches Ereignis zeichnet sich dadurch aus, dass dabei Hilflosigkeit und Ohnmachtgefühle extremer Art sowie Panik und Todesangst erlebt werden. Vor allem bei Kindern kommt es gleichzeitig zu einer Gefühlsüberflutung. Alle unsere Erfahrungsmöglichkeiten werden in Frage gestellt und/oder ausser Kraft gesetzt. Unser Vertrauen in uns selbst und in die Welt wird zutiefst erschüttert.

Es ist also bei Weitem nicht alles, was mehr oder weniger belastet, als Trauma zu definieren. Aus fachlicher Sicht geschieht dies auch nicht. Im öffentlichen Gespräch wird der Begriff Trauma jedoch allzu leichtfertig verwendet. Damit wird die seelische Katastrophe bagatellisiert. Die Fachleute sind sich heute einig, dass Vernachlässigung, sexualisierte Gewalt und Gewalt traumatisierend wirken. Ebenso schwere Erkrankungen eines Kindes, aber auch – insbesondere psychische – Krankheit der Eltern. In den letzten Jahren wird vermehrt zu John Bowlby's Befunden aus den 50er-Jahren geforscht, wonach sich frühe unzuverlässige Bindungserfahrungen traumatisch auswirken.

SYMPTOME UND KRANKHEITSBILDER

Extrembelastungen hinterlassen Spuren im Gehirn, die dazu führen, dass betroffene Menschen über eine sehr geringe Stresstoleranz verfügen. Dies ist körperlich bedingt und kann mit psychologischen Mitteln nicht ohne Weiteres beeinflusst werden. Es wird zum einen die einfache Posttraumatische Belastungsstörung zum anderen die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung beschrieben. Darüber hinaus besteht heute kein Zweifel mehr, dass sehr viele psychische und psychosomatische Störungen durch Traumatisierungen zumindest mit verursacht sind.

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung sind die drei folgenden Kriterien charakteristisch:

Wiedererleben in Form von Flashbacks (Nachhallerlebnisse): Diese angstbesetzten Erinnerungszustände (Intrusionen), die auch in Form von Albträumen auftreten können, lösen bei den Betroffenen oft heftige körperliche Reaktionen aus – so als befänden sie sich wieder



in der traumatischen Situation. Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass solche Menschen „psychotisch“ sind. Vorübergehend ist in der Tat die Realitätskontrolle nicht oder nicht ausreichend verfügbar. Hilft man diesen Menschen aber dabei, sich bewusst zu machen, dass sie jetzt hier und in Sicherheit sind, finden sie rasch zur Realitätskontrolle zurück. Alte Menschen werden manchmal auch für „dement“ gehalten, obwohl ihre Verwirrung mit dem Wiedererleben einer traumatischen Erfahrung zusammen hängt.

Vermeidung von Situationen, Orten und Menschen, die Erinnerungen an das belastende Ereignis auslösen könnten: Auslöser („Trigger“) für Flashbacks kann im Prinzip alles sein, was zu Assoziationen (Verknüpfungen) mit traumatischen Erfahrungen führt, z. B. ähnliche Geräusche, Gerüche, ein bestimmter Geschmack, Gefühle (z. B. Hilflosigkeit, Ohnmacht) oder auch ein bestimmter körperlicher Zustand (z. B. erhöhter Puls oder Schwitzen beim Sport). Auslösesituationen sind dem Bewusstsein oft nicht zugänglich, so dass Vermeidungsverhalten nur sehr eingeschränkt vor erneuten Angstreaktionen schützt.

Anhaltende Übererregung aufgrund einer chronischen Stressreaktion mit dem Gefühl ständiger Bedrohung („traumatischer Stress“): Symptome sind Unruhe, Überwachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Erschöpfung und mangelnde Belastbarkeit. Das Selbst- und Weltverständnis sind erschüttert.

Die „einfache“ Posttraumatische Belastungsstörung ist selten, ihr Anteil beträgt etwa 20 Prozent. Häufiger ist die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, die so gut wie immer gemeinsam mit anderen Erkrankungen auftritt und deshalb oft unerkannt bleibt. Man spricht dann auch von Komorbidität. Viele Persönlichkeitsstörungen, so z.B. auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung, werden heute von vielen als eine Folge von Kindheitstraumata angesehen, wobei die sexuelle Gewalt besonders bedeutsam zu sein scheint. Aber auch Depressionen, Angst- und Panikstörungen, körperlich erlebte Krankheiten, die eine seelische Ursache haben (so genannte Somatisierungsstörungen) sowie Suchterkrankungen, können eine Folge von traumatischen Erfahrungen – insbesondere in der Kindheit – sein.

GEEIGNETE THERAPIEVERFAHREN

Bei einfacher Posttraumatischer Belastungsstörung ist die so genannte „*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*“ (EMDR, siehe dazu auch Artikel auf Seite 9) nach heutigem Wissensstand neben den Kognitiv-behavioralen Therapien die wirksamste Behandlungsmethode. Bei entsprechender innerer Stärke kann gegebenenfalls auch die prolongierte Exposition (ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Verfahren) hilfreich sein. Bei komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen empfehlen sich eher die psychodynamischen Therapien, so die „*Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie*“ (MPTT, Fischer) und die „*Psychodynamisch imaginative Traumatherapie*“ (PITT, Reddemann).

Alle diese psychotherapeutischen Verfahren gewinnen, wenn man sie durch stabilisierende Körpertherapien ergänzt, denn wie der führende amerikanische Traumaforscher Bessel van der Kolk sagt: „The body holds the score“, zu Deutsch in etwa: Der Körper vergisst nichts. Es eignen sich unter anderem Qi Gong, Feldenkrais-Arbeit oder auch Trauma verarbeitende Verfahren wie das „*Somatic Experiencing*“ nach Peter Levine oder die körpertherapeutisch orientierte Traumatherapie nach Babette Rothschild, ferner aber auch künstlerische Therapien.

Die *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)* ist eine Behandlungsform, die in den letzten 20 Jahren vor allem zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen entwickelt wurde. Sie kann aber auch bei nicht komplexen Traumafolgestörungen zur Anwendung kommen. PITT verwendet ein Resilienz-und Ressourcenorientiertes Konzept. Dabei werden auch die Krankheitssymptome als Versuche der Selbstregulation gewürdigt. So leben viele traumatisierte Menschen mit so genannten „inneren Filmen“. Ihre Vorstellungskraft ist oft besonders stark ausgeprägt und kann aktiv genutzt werden, um heilsame Bilder zu kreieren, bzw. bereits vorhandene in der Therapie und im Alltag zur Stabilisierung einzusetzen. Die Kraft innerer Bilder und Vorstellungen wird also in der PITT so oft wie möglich zum Einsatz gebracht:

Menschen wünschen sich ein gutes Leben und führen dies auch zumindest gelegentlich. So wird in der PITT auch danach geforscht, was bereits gelingt und was sich bereits als heilkräftig herausgestellt hat.

Wie in vielen anderen Traumatherapien orientiert man sich in der PITT an einem Phasenmodell, wonach zunächst eine Stabilisierung erfolgen soll, bevor man sich vertieft mit der Aufarbeitung der Traumata beschäftigt. Häufig ist Letzteres auch nicht nötig, wenn es den PatientInnen gelingt, selbsttröstende Vorstellungen zu entwickeln, wonach ihre „verletzten Anteile“ jetzt in Sicherheit sind und in ihrem Schmerz gewürdigt werden. Dabei wird von der Vorstellung ausgegangen, dass der Mensch von heute nicht genau derselbe ist wie in der (vergangenen) Lebensphase bzw. dem Zeitpunkt, als das Trauma erlitten wurde. Somit kann der Mensch von heute sich vorstellen, wie er „sein jüngeres Ich“ z. B. in den Arm nimmt, liebevoll mit ihm spricht, z. B. so: „Ich weiss, das ist sehr schlimm, was dir widerfahren ist. Ich verstehe deinen Schmerz und deine Reaktionen auf den Schmerz. Aber jetzt bist du in Sicherheit, alles ist vorbei.“ Dieses Annehmen und Trösten, ohne die leidvollen Erfahrungen bis in jedes Detail zu durchleuchten, bringt vielen Menschen so grosse Erleichterung, dass sie an einer detaillierten Traumabearbeitung dann kein Interesse mehr haben. Besteht dieses Interesse und ist ausreichende Stabilität vorhanden, erfolgt die Traumabearbeitung ebenfalls mit Hilfe von inneren Bildern. So wird z. B. mit der Vorstellung gearbeitet, dass die traumatische Erinnerung von einem inneren Beobachter bzw. einer inneren Beobachterin aus grosser Entfernung betrachtet wird. Auf das genaue Wahrnehmen folgt wiederum die Vorstellung von innerem Trost. Dem Erfinden von Bildern mit tröstlichem Inhalt kommt grosse Bedeutung zu. In der PITT wird also eine Fähigkeit gezielt genutzt, um einen Heilungsprozess in Gang zu setzen, die wir ohnehin zur Verfügung haben: nämlich unsere Vorstellungskraft, ohne die wir nichts bemerken und nichts erinnern könnten.

Manche Menschen erleben im Verlauf der Behandlung, dass sie durch traumatische Erfahrungen einen seelischen Reifungsprozess durchlaufen haben und jetzt sagen können: „Ich wäre nicht die, die ich heute bin, wenn mir dies nicht widerfahren wäre.“ Einen solchen Prozess, auch „traumatic growth“ genannt, kann man allerdings nicht erzwingen.



Luise Reddemann, Prof. Dr. med., leitete lange Jahre die Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin am Ev. Johannes-Krankenhaus in Bielefeld. Heute ist sie Honorarprofessorin für Psychotraumatologie an der Universität Klagenfurt. Sie ist eine der Pionierinnen der Traumatherapie und hat die Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) entwickelt.

WIE TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN BEHANDELT WERDEN KÖNNEN

Es gibt verschiedene therapeutische Verfahren, die bei der Behandlung von Traumafolgen hilfreich sein können. Drei davon sollen hier vorgestellt werden: Die Psychoanalytische Traumatherapie, die Körpertherapie Somatic Experiencing (SE) sowie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Von Sabina Bridler, Gaby Rudolf und Andreas Knuf

Die *psychoanalytische Traumatherapie* geht davon aus, dass die Integration traumatisierender Erlebnisse – insbesondere aus der frühen Kindheit – ein sehr komplexer Prozess ist, der Jahre dauern kann. Die Therapie umfasst nicht nur den Umgang mit überwältigenden Affekten, sondern geht auch mit Veränderungen in der psychischen Struktur der Betroffenen einher. Laut Barwinski (2006) erfolgt die Integration des Traumas in zwei Veränderungszyklen, die unterschiedliche psychische Prozesse beinhalten. Im ersten Zyklus geht es darum, die traumatische Erfahrung zu „psychisieren“, d. h. sie überhaupt erst einmal als kognitive und emotionale Erinnerung zuzulassen, Worte und Bilder dafür zu finden, bis sie nicht mehr mit überwältigenden Affekten einhergehen und ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle entwickelt wird. Im zweiten Zyklus geht es um die Erarbeitung der subjektiven Bedeutung traumatischer Situationen und um die Lösung von Konflikten, die mit diesen Erkenntnissen einhergehen. Wenn der Täter eine zentrale Bezugsperson war, wird zum Beispiel der Wunsch bearbeitet, ihn als gutes inneres Objekt zu erhalten. Dadurch werden die Verlustängste gemildert. So kommt es zu Veränderungen im Affekterleben, in der Erinnerungsfähigkeit sowie in der Abwehrstruktur der Betroffenen, die sich wiederum sowohl im Verhalten als auch im Umgang mit Erlebniszuständen und Einstellungen gegenüber dem Täter zeigen.

Somatic Experiencing (SE) nach Peter Levine ist eine körperorientierte Traumatherapiemethode, die sich Erkenntnisse aus der Beobachtung von wild lebenden Tieren zu Nutze macht. Wenn übermächtige Gefahr droht, mobilisiert der Körper – bei Mensch und Tier – Energie für den Kampf gegen oder die Flucht vor der Bedrohung. Ist beides nicht möglich, tritt eine Erstarrung ein und die Energie wird im Körper gebunden. Beim Menschen kann dies zu den typischen Traumasymptomen wie Ängstlichkeit, Gereiztheit, Flashbacks, Schlafstörungen etc. führen. Wild lebende Tiere dagegen lösen sich aus der instinktiven Reaktion des Erstarrens: Wenn die Gefahr vorüber ist, bewegen sie sich und sie ruhen sich aus, während Wellen des Zitterns ihren Körper erfassen. So wird die ursprünglich erzeugte, aber nicht verwendete Energie auf natürliche Weise abgebaut, so dass keinerlei Traumasymptome zurückbleiben. Durch die therapeutische Arbeit der SE wird der Körper von traumatisierten Menschen im Nachhinein sukzessive aus seiner Erstarrung gelöst. Dabei wird die Angst wieder spürbar, die in der Traumasituation erlebt wurde. Damit die

KlientInnen von dieser Angst nicht überflutet und somit re-traumatisiert werden, ist es therapeutisch enorm wichtig, in kleinen Schritten vorzugehen.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) wurde von der US-amerikanischen Forscherin und Psychologin Francine Shapiro entwickelt. Als sie 1987 in einem Park spazieren ging, bemerkte sie zufällig, dass bedrückende Gedanken eine andere Qualität bekamen, wenn sie ihre Augen rhythmisch nach rechts und links bewegte. Sie experimentierte mit dieser Entdeckung und entwickelte eine standardisierte Methode zur Traumabearbeitung. Die Augenbewegungen oder auch bilaterale Stimulation (Antippen beider Handrücken oder Knie mit den Händen) erleichtern das Durcharbeiten belastender Erlebnisse. Mittlerweile kann EMDR als eine der am besten empirisch validierten Therapiemethoden bei der Posttraumatischen Belastungsstörung angesehen werden, obwohl der genaue Wirkmechanismus noch ungeklärt ist. Es liegen Hypothesen vor, die durch weitere Hirnforschung überprüft werden müssen. Traumatische Erlebnisse überfluten den Reizschutz des Menschen. Die Informationen werden im Gehirn isoliert und fragmentiert abgespeichert, gleichsam „eingefroren“. Die Augenbewegungen beim EMDR stimulieren das zentrale Nervensystem und die Kommunikation der beiden Grosshirnhemisphären. Die Blockade im Nervensystem wird aufgehoben und bisher isoliert – etwa über Bilder, Geräusche, Gefühle oder Gerüche – abgespeicherte Informationen können integriert werden.

Eine zeitliche Einordnung des Ereignisses, d. h. das emotionale Verständnis, dass die Bedrohung jetzt vorüber ist, wird möglich. Neue kognitive Bewertungen wie beispielsweise „Ich kann mir heute helfen“ anstelle von „Ich bin hilflos“ werden durch neue Assoziationen zugänglich. Ähnliche assoziative Prozesse geschehen evtl. auch im REM- oder Traumschlaf. Die Augenbewegungen helfen, unbewusstes Material zu verarbeiten. Es ist die Patientin selbst oder Selbstheilungskräfte in ihr, die den Verarbeitungsprozess bewirken. Die Therapeutin wirkt wie ein Katalysator unterstützend.

.....
Sabina Bridler, Gaby Rudolf und Andreas Knuf sind PsychologInnen und arbeiten im psychosozialen Team von Pro Mente Sana.

DAS TRAUMA IM KOPF – NEUROPHYSIOLOGIE BEI POSTTRAUMATISCHEM STRESS

Stresserleben ist gekennzeichnet durch spezifische physiologische Veränderungen, die den Organismus schützen und anpassungsfähig machen. Bei traumatischem Stress gerät diese Reaktion aus dem Gleichgewicht, was langfristige Folgen auf das Gehirn haben und zum klinischen Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen kann.

von *Claudia Catani*

Die Erfahrung von Stress steht physiologisch mit der Ausschüttung von spezifischen Neurotransmittern und Hormonen in Verbindung, die die Anpassungsreaktion des Körpers auf Extrembelastungen regulieren. In einer sehr schnellen Reaktion auf ein Stress auslösendes, bedrohliches Ereignis werden bei der betroffenen Person die Katecholamine Adrenalin und Noradrenalin freigesetzt. Die Ausschüttung von Adrenalin ist in Situationen, die Gefahr beinhalten, notwendig, um Energiereserven möglichst schnell bereitzustellen und somit eine adäquate Reaktion – sie ist auch als „Alarmreaktion“ bekannt – auf die Gefahrensituation zu ermöglichen. Die primäre Aufgabe dieser Reaktion besteht darin, die quergestreifte Muskulatur bestimmter Organe mit Sauerstoff und Glukose zu versorgen, so dass der Körper insgesamt optimal darauf vorbereitet wird, möglichst schnell auf den Stress bzw. auf die Bedrohung, zu reagieren.

REGULATION ÜBER DIE STRESS-ACHSE

Auf diese schnelle Reaktion folgt eine langsame Stressantwort, die über die Hypothalamus-Hypophysennebennierenrinden-Achse (HHNA), auch als „Stressachse“ bezeichnet, ausgelöst wird. Insbesondere reguliert die HHNA die Ausschüttung des beim Menschen zentralen Stresshormons Cortisol, das zu einer Steigerung der Glukosekonzentration im Blut führt. Cortisol wird über eine Kaskadenreaktion freigesetzt, bei der zunächst im Hypothalamus der Corticotropin-Releasingfaktor (CRF) ausgeschüttet wird. Anschliessend regt CRF die Freisetzung des Adrenocorticotropins (ACTH) in der Hypophyse an, das über die Blutbahn dann die Nebennierenrinde erreicht und dort für die Ausschüttung von Cortisol sorgt. Zentral für die langfristige Antwort dieses Kaskadensystems auf Stress ist, dass ACTH und Cortisol an Rezeptoren des Hippocampus, der Hypophyse und des Hypothalamus binden. Über eine negative Rückkopplungsschleife kann dadurch der Erhalt der notwendigen Homöostase (d. h. Selbstregulation) der HHNA-Aktivität ermöglicht werden. Gerade die Aufrechterhaltung dieses Gleichgewichts und damit der Bereitschaft des Körpers, adäquat auf Stressoren zu reagieren, scheint nach chronischem oder traumatischem Stress jedoch verloren zu gehen. So belegt eine Reihe von Studien das Vorhandensein eines Hypocortisolismus bei PTBS-Patienten.

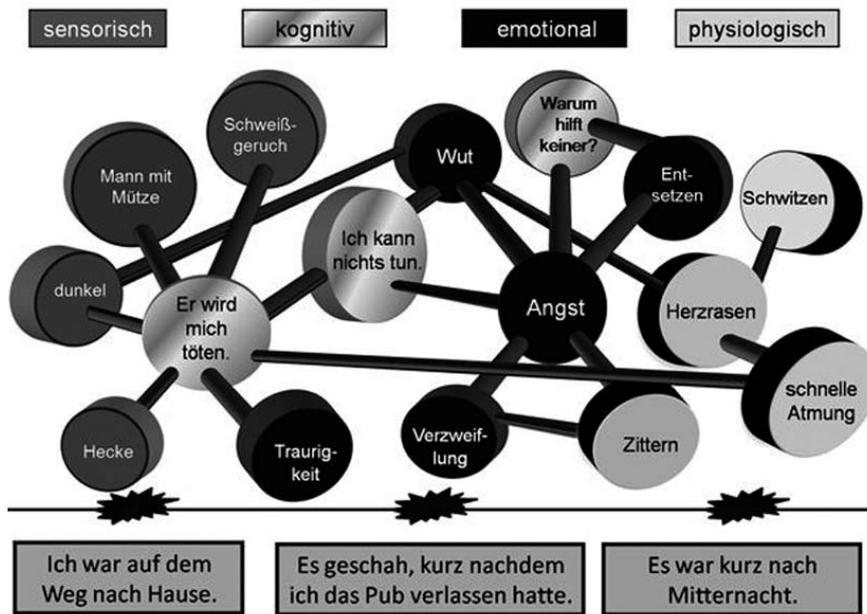
TRAUMATISCHER STRESS WIRKT AUF GEHIRNEBENE

Wenn eine Situation nicht nur stressvoll, sondern lebensbedrohlich sowie mit extremer Angst besetzt ist und somit traumatisch wirkt, hat dieses Erleben – zusätzlich zur Dysregulation der HHNA-Aktivität – langfristig schädliche Folgen auf bestimmte Regionen im menschlichen Gehirn. Auch dieser Prozess wird vermutlich durch die in der Traumasituation akut erhöhte Ausschüttung von Cortisol vermittelt. Eine Reihe von wissenschaftlichen Befunden belegt, dass insbesondere die Funktion des Hippocampus und damit die Fähigkeit, autobiographische Kontextinformationen zu speichern und abzurufen, unter extremem Stress, wie er bei einem Trauma vorliegt, deutliche Einbussen erfährt.

Auf der anderen Seite existieren bestimmte Strukturen im menschlichen Gehirn, die in Situationen mit sehr starkem Stress ihre Aktivität und Funktionsfähigkeit steigern. Das trifft beispielsweise auf die Amygdala zu, eine sehr alte Struktur im Zentrum des Hirns, die – wie man vor allem aus der Tierphysiologie weiss – eine entscheidende Rolle bei Angstreaktionen und Angstkonditionierung spielt. Die Steigerung der Amygdala-Funktion scheint mit dafür verantwortlich zu sein, dass das emotionale Gedächtnis in einer extrem stressbesetzten oder traumatischen Situation sehr gut arbeitet und somit besonders viele sensorische und emotionale Details abspeichert.

TRAUMA UND GEDÄCHTNIS

Angesichts der Tatsache, dass traumatischer Stress die Funktionsfähigkeit vor allem derjenigen Hirnregionen beeinflusst, die hinsichtlich der Regulation spezifischer Gedächtnissysteme eine zentrale Rolle spielen, ist es wenig verwunderlich, dass die meisten der aktuell gültigen Theorien zur PTBS die klinische Symptomatik der PatientInnen auf der Grundlage der Gedächtnisrepräsentation für die traumatischen Erfahrungen erklären. Zentraler Kern dieser theoretischen Ansätze ist die Annahme einer Dissoziation zwischen non deklarativen Gedächtnisinhalten („Angstgedächtnis“, „heisses Gedächtnis“) und deklarativen oder expliziten Inhalten („Autobiographisches Gedächtnis“, „Kaltes Gedächtnis“). Das autobiographische Kontextgedächtnis beinhaltet Wissen über



Beispiel für die Abbildung einer erlebten Vergewaltigung im Gedächtnis des Traumaopfers. Das sensorisch-emotionale Netzwerk (Furchtstruktur) ist vollkommen abgetrennt von den autobiographischen Gedächtnisfragmenten (unteres Kästchen).

Lebensabschnitte und spezifische Lebensereignisse im Zusammenhang mit zeitlicher und örtlicher Information. Das sensorisch-emotionale Gedächtnis, das „heisse Gedächtnis“, enthält emotionale und wahrnehmungsbezogene Erinnerungen jeglicher Modalitäten. Im Normalfall besteht das Gedächtnis für emotionale Erfahrungen, hier das Beispiel „Prüfung“, aus „kalten“ Kontexterinnerungen (z. B. „Es war der 25. September um 11 Uhr, und ich wohnte zu der Zeit in Berlin.“), die eng verknüpft sind mit sensorischen Erinnerungen (Pult im Hörsaal, Stimme des Prüfers), mit kognitiven (z. B. „Das schaffe ich nicht!“), emotionalen (z. B. Angst) sowie physiologischen Elementen (z. B. Herzrasen, schnelle Atmung, zitternde Beine). Bei einem späteren Abruf dieses Ereignisses wird die betreffende Person gleichzeitig die deklarativen und die emotional-sensorischen Elemente erinnern, die gemeinsam eine kohärente, logisch nachvollziehbare Erinnerung formen.

ENTSTEHUNG EINES „FURCHTNETZWERKES“

Bei Traumaopfern jedoch ist, aufgrund der eingeschränkten Leistung des Hippocampus, das autobiographische Gedächtnis nur unzureichend, fehlerhaft oder verzerrt abgespeichert. Die zum Trauma gehörigen emotionalen und sensorischen Elemente werden daher durch bestimmte Hinweisreize in der Umgebung aktiviert, ohne dass sie in Bezug zu relevanten autobiographischen, deklarativen Inhalten (Zeit und Ort des Geschehens) gesetzt werden können. Das Netz aus emotionalen, physiologischen und sensorischen Erinnerungen an das traumatische Ereignis bildet somit eine autonome „Furchtstruktur“, die immer und überall aktiviert werden kann, ohne in den lebensgeschichtlichen Kontext von Zeit und Raum eingebettet werden zu können. Die traumatische, angstbesetzte Erinnerung wird somit zum Geschehen im „Hier und Jetzt“, das Trauma mitsamt seinen Schmerzen, seiner Bedrohlichkeit, ist erneut präsent, und die betroffene

Person erleidet möglicherweise einen Flashback. Die oben stehende Abbildung illustriert an dem Beispiel einer Vergewaltigungsszene, wie das Opfer diese traumatische Erfahrung in seinem Gedächtnis abspeichert. Das Furchtnetzwerk ist durch eine Vielzahl von Gedächtnisitems (damit sind kleine Einheiten des Gedächtnisinhalts gemeint) geprägt, die durch starke Verbindungen miteinander verknüpft sind. Oft reicht schon die Aktivierung eines einzelnen Items (z.B. der Anblick eines Mannes mit Mütze) aus, um das ganze Furchtnetzwerk auszulösen. Das hier vorgestellte Modell wird durch eine Reihe wissenschaftlicher Befunde, insbesondere aus dem Bereich bildgebender Forschung bei PTBS-PatientInnen sowie der Tierphysiologie, gestützt. Unklar ist jedoch immer noch, warum nur einige Traumaopfer die dysfunktionale Abbildung der Traumata im Gedächtnis langfristig aufrechterhalten und eine chronische PTBS entwickeln, während viele andere die Initialsymptome überwinden, das Trauma also erfolgreich zu verarbeiten scheinen. Aus therapeutischer Sicht muss in Anbetracht der hier vorgestellten Überlegungen die Verknüpfung der losgelösten emotional-sensorischen Inhalte mit den entsprechenden autobiographischen Kontextinformationen über das traumatische Erlebnis zentraler Bestandteil der Behandlung eines PTBS-Patienten bzw. einer -Patientin sein. Durch ein solches Vorgehen kann sichergestellt werden, dass die Erinnerung an das Erlebte nicht immer wieder im „Jetzt“ bedrohlich, schmerzvoll und Angst einflößend empfunden wird, sondern seinen entsprechenden Platz in der Lebensgeschichte der Betroffenen findet.



Dr. Claudia Catani, Dipl. Psych., arbeitet derzeit als Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Psychotraumatologie an der Universität Konstanz. Einer der Schwerpunkte Ihrer Forschung liegt in der Untersuchung neurophysiologischer Korrelate der PTBS bei Opfern von Folter, Krieg und anderen Gewalterfahrungen.

ES IST DIESE SCHAM, DIESE BRENNEND HEISSE SCHAM, DIE ALLES VERNICHTET

Es gab nicht nur eines oder zwei oder einige traumatische Erlebnisse in meiner Kindheit. Meine ganze Kindheit war ein einziges Trauma. Es ist dieses wahnsinnige Entsetzen, das Grauen, das Nicht-Entfliehenkönnen vor dem Grauen. Es blieb nur Erstarrung. Ich erstarrte, weil ich keinen Ausweg wusste.

*Von Florence XY **

Es blieb nur die Erstarrung oder das Schreien. Aber dann hätte er mich umgebracht – mit den Leinen erstickt oder tot geprügelt. Ich atmete ein und hielt alles fest. Es gibt kein Entrinnen. Es gibt nur die Erstarrung und das So-Tun, als wenn mir alles egal sei.

Alles was mit Beziehungen zu tun hatte, jede Bewegung, jeder Gedanke und jedes Gefühl war sexualisiert. Bei allem ging es meinen Eltern um die sexuelle Befriedigung. In unserer Familie gab es nur Sexualität in ihrer extremsten Form.

„ICH HABE MICH DOCH UNSICHTBAR GEMACHT“

Ich habe auch ihren Hass und ihre Geilheit in ihren Augen gesehen. Das hat mir immer Todesangst bereitet. Dann musste ich mich ganz klein machen, damit sie mich nicht sehen. Aber sie haben mich trotzdem gesehen. Ich kann gar nicht verstehen warum. Ich habe mich doch unsichtbar gemacht. Offenbar habe ich dies auch nicht gut genug gemacht. Ich kann mich nicht einmal unsichtbar machen. Ich kann überhaupt nichts recht machen. Ich habe das Gesicht meines Vaters kontrolliert um zu sehen, wann es soweit war. Meine Mutter hat es jeweils auch gesehen, aber sie hat es nicht sehen wollen. Sie hat mich im Stich gelassen. Er sagt: „Du hast nur das Eine im Kopf.“ Und so habe ich nur das Eine im Kopf.

Das Wissen nichts wert zu sein, ist wie wenn man bei lebendigem Leib verfaulen würde. Dann wird mir so unbeschreiblich übel, weil der Schmerz so gross und die Trauer überwältigend ist, dass ich, um dieses Gefühl loszuwerden, das Bedürfnis habe, alle Eingeweide aus dem Leib zu kotzen. Es ist der Schmerz des absoluten Alleinseins. Wenn man absolut alleine ist, ist man wertlos.

„ICH HÄTTE TOT SEIN SOLLEN“

Ich hatte zwar Farbstifte, Rollschuhe, Schlittschuhe, aber ich habe keine Identität oder ein Gefühl des Erfülltheits entwickeln können, weil alles von meiner Mutter ohne Liebe war. Weil es verboten war zu sein. Weil ich hätte tot sein sollen. Weil ich es nicht war, hatte ich immer Schuldgefühle. Die Verurteilung meiner selbst ist das Al-

terschlimmste überhaupt. Meine allergrösste Angst ist, nicht normal zu sein. Sie sagte immer, „das Kind ist nicht normal“.

Ich will, dass sie mich gern hat. Ich will. Wenn ich mich genug quäle, dann hat sie mich gern. Wenn ich alle Schuld auf mich nehme, dann hat sie mich gern. Wenn ich mich auslösche, dann hat sie mich gern, ich lösche mich aus... Ich muss mir die Schuld geben, damit ich überleben kann. Ich nehme alle Schuld auf mich, damit meine Mutter und mein Vater frei von Schuld sind und ich sie ewig lieben kann.

„ICH BIN (K)EIN SCHLECHTES KIND“

Ich muss mich vernichten, weil ich absolut nichts taue. Meine Mutter hat dies gesagt. Meine wahnsinnige Hoffnung, dass mir doch noch jemand etwas gibt, ist die Hoffnung eines ausgebluteten Kindes, das alles gegeben und nichts dafür bekommen hat. Es hat alles gegeben: die Liebe, den Körper, das Vertrauen.

Ich mach es „grad z’leid“. Ich mache etwas, das ich nicht machen darf oder soll. Dann habe ich zwar Schuldgefühle, trotzdem ist es eine Form, Energie anwenden zu können und es gibt mir die Illusion, etwas zu haben. Es ist ein Protest gegen meine Mutter oder gegen mein beschissenes Leben. Es ist ein Versuch, aus Wut und Verzweiflung einen eigenen Willen zu haben. Es ist ein Versuch gegen die Resignation, gegen die Hoffnungslosigkeit. Ich bin (k)ein schlechtes Kind, wenn ich einen eigenen Willen habe. Ich bin nicht dumm, nicht „nicht normal“ oder durch und durch schlecht. Ich bin durch und durch verunsichert und durch und durch verletzt. Ich glaube ich bin erstarrt vor Entsetzen ob mir selber.

.....
*Florence XY (*Pseudonym) ist in ihrer Kindheit von ihrem Vater und ihrer Mutter sexuell und psychisch misshandelt worden. Heute ist sie 64-jährig und kämpft immer noch gegen anhaltend depressive Phasen. Trotzdem gibt es immer wieder Lichtstreifen am Horizont und es ist ihr ein Anliegen, mit Auszügen aus ihren Tagebüchern anderen Frauen zu vermitteln, dass sie mit ihren Erlebnissen und Gefühlen nicht allein sind und es Wege aus dem Dunkel gibt.*

STATIONÄRE, INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG VON TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN

Seit Mai 2006 bietet die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid ein bisher in der gesamten Schweiz singuläres stationäres, störungsspezifisches Therapieangebot für Menschen mit Traumafolgestörungen an.

Von Bernd Frank

Traumatische Erlebnisse sind Ereignisse, die ausserhalb der normalen Erlebniswelt der meisten Menschen liegen und das Individuum mit seinen jeweils eigenen Bewältigungsmechanismen überfordern. Die Ursachen der Traumatisierungen können im beruflichen wie im privaten Bereich liegen. Die Spezialstation für Stationäre Traumatherapie der Klinik Littenheid bietet gegenwärtig zwölf Plätze für Menschen mit Traumafolgestörungen unterschiedlichster Ausprägung an. Behandelt werden Patientinnen und Patienten nach allen Arten krimineller, familiärer, sexueller und körperlicher Gewalterfahrungen, nach Unfällen, Naturkatastrophen und nach aktiver oder passiver Kriegsteilnahme. Diese Erfahrungen sind so ungewöhnlich und belastend, dass einige Menschen damit überfordert sind, solche Erlebnisse angemessen zu verarbeiten und so in ihre Persönlichkeit zu integrieren, dass diese Ereignisse keine negativen Auswirkungen mehr auf ihr Leben haben. Nach dem Erleben von Extremsituationen kann das klinische Zustandsbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftreten. Traumatisierte PatientInnen können aber auch unter schweren dissoziativen Störungen und vielfältigen Begleiterkrankungen leiden (Essstörung, depressive Episoden, Zwangsstörungen, Angst- und Panikattacken, Suchterkrankungen).



Nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen wird für sie jeweils ein individueller Therapieplan erarbeitet. Zu den Therapieangeboten gehören eine traumadaptierte Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, eine Stabilisierungsgruppe, Bezugspersonengespräche mit Pflegefachpersonal, Kunst- und Ausdruckstherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, eine Genussgruppe sowie bewegungstherapeutische Angebote.

Im Rahmen der Behandlung sollte das Stationsmilieu so akzeptierend und stressarm wie möglich sein. Wichtig sind eine hohe Reizabschirmung sowie gute Rückzugsmöglichkeiten für die PatientInnen. Um eine hohe Personalqualifikation zu gewährleisten, sind die TherapeutInnen (ÄrztInnen und PsychologInnen) mit möglichst vielen therapeutischen Ansätzen (tiefenpsychologisch/systemisch/verhaltenstherapeutisch) vertraut und haben eine spezielle Ausbildung in Psychotraumatheorie absolviert. Das Pflegefachpersonal befindet sich in fortgeschrittener Weiterbildung zum bzw. zur TraumafachberaterIn.

VIER PHASEN DER PSYCHOTRAUMATHERAPIE

Bei der Psychotraumatheorie handelt es sich grundsätzlich um ein methodenintegratives, d.h. schulengreifendes, ressourcenorientiertes und höchst individuelles Konzept. Die neuesten umfangreichen Erkenntnisse bezüglich Bindungstheorie, Psychotraumatologie und Neurobiologie werden bei der stationären Behandlung berücksichtigt.

Jede zeitgemässe Traumatherapie umfasst vier Phasen: Der initialen Stabilisierung folgt die Ressourcenaktivierung, danach – je nach differentieller Indikation – eine (schonende) Traumakonfrontation und schliesslich die Integration und Neuorientierung. Zu Beginn jeder Behandlung geht es zunächst darum, innere und äussere Sicherheit herzustellen. Die Patientinnen und Patienten sollen Kontrolle über die Situation erlangen, ihr Selbstwertgefühl soll gestärkt werden und die Behandlung soll transparent sein. Anschliessend erfolgt eine ausführliche Psychoedukation über die klinische Symptomatik. Diese soll die PatientInnen entlasten, indem sie ihnen Zusammenhänge aufzeigt, die ihnen erlauben, die Folgen ihrer Traumaerfahrungen besser einzuordnen. („Sie leiden unter „normalen“ Symptomen aufgrund von abnormalen Ereignissen“).



Ziele der Stabilisierungsphase sind also der Aufbau von Sicherheit und Vertrauen. Dies geschieht mit Hilfe von Imaginationsübungen, Distanzierung vom traumatisch Erlebten, Verstehen und Einordnen der belastenden Symptome und einer Stärkung der Bewältigungskompetenz. In dieser Behandlungsphase, die sich über die gesamte stationäre Aufenthaltsdauer hinzieht, lernen die Patientinnen und Patienten auch, Spannungen abzubauen und Selbstschädigung zu reduzieren. Weitere Ziele sind die Abstinenz von psychotropen Substanzen, eine Verbesserung der Emotionsregulierung und eine Zunahme der Selbstfürsorge.

RESSOURCEN AKTIVIEREN, RETRAUMATISIERUNG VERMEIDEN

Die Aktivierung von Ressourcen ist nicht nur einer der wichtigsten Wirkfaktoren von Psychotherapie überhaupt, sie bietet auch hervorragende Möglichkeiten zur Verbesserung der Emotionsregulierung. Internale Fähigkeiten (Selbstvertrauen, Kreativität, Ausdauer, Geschicklichkeit, Kraft, etc.) sowie externale Ressourcen (Unterstützung durch Familie und Freunde, angenehme Tätigkeiten wie Wandern, Schwimmen, Kultivierung der Vitalität, Lieblingsorte wie Berge, Seen, Strände, etc.) werden imaginativ aufgefunden, aktiviert und verankert. Die PatientInnen erstellen mittels Unterstützung durch Kunst- und Ausdruckstherapie eine Ressourcenlandkarte, die sie während des gesamten therapeutischen Prozesses und nach Klinikaustritt zu Hause begleiten wird.

Während der Traumabearbeitungsphase wird das traumatisch Erlebte anhand spezifischer Verfahren auf möglichst allen Wahrnehmungsebenen in die individuelle Biografie integriert, wobei schonendes Vorgehen und die Vermeidung von Retraumatisierung und Affektüberflutung oberstes Gebot ist. Da ein Trauma kognitiv, emotional, viszeral und somatosensorisch (d. h. die inneren Organe und die körperliche Sensibilität betreffend)

gespeichert ist, müssen dabei alle genannten Elemente während der Traumaintegrationsphase berücksichtigt werden. In der Phase der Reintegration und Neuorientierung geht es darum, das traumatische Geschehen in die eigene Geschichte und in das Selbstkonzept zu integrieren und sich mit sich selbst zu versöhnen. Mit Unterstützung durch SozialarbeiterInnen werden private und berufliche Zukunftsperspektiven geklärt sowie eventuelle berufliche Reintegrationsmassnahmen besprochen. Weitere Bestandteile dieses Behandlungsabschnitts sind eine Sekundärprävention weiterer Traumafolgestörungen sowie die Rückfallprophylaxe. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Spezialstation beträgt ca. drei Monate, wobei in indizierten Einzelfällen bei komplex traumatisierten Menschen auch eine Intervalltherapie von zwei- oder dreimal drei Monaten durchgeführt wird.

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

Eine interdisziplinäre Kooperation zwischen ambulanten TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und HausärztInnen ist dabei von besonderer Bedeutung, da das Traumatema in seiner Breite und Vielschichtigkeit nur interdisziplinär angegangen werden kann. Die klinischen Disziplinen fokussieren Perspektiven der Psychopathologie, fehlgesteuerter Kognitionen und Emotionen. Nur im interdisziplinären Diskurs der einzelnen Fachgebiete und im Polylog der verschiedenen SpezialistInnen, aber auch der Experten-HelferInnen und der Experten-PatientInnen – also im Austausch der „doppelten Expertenschaft“ von Betroffenen und Professionellen – können die einzelnen Wissensstände so miteinander vernetzt werden, dass es zu übergeordneten transdisziplinären Erkenntnissen kommt und damit immer wieder zu neuen, erweiterten Einsichten. Bei allem Abstand zu den Selbstverständlichkeiten und Konventionen unserer „gesunden“ Welt bleibt der traumatisierte Mensch für uns eine Aufforderung, in seinem Kranksein auch eine – wenngleich radikal verschobene – menschliche Lebensform zu sehen.

Als Leitprinzip der Traumabehandlung in der Klinik Littenheid steht das lösungsorientierte Wohlergehen der Patientinnen und Patienten, die Wandlung der traumatischen Finsternis in das „Gold der Befreiung“. Vielleicht ist es im Sinne von Hilde Domin ja eines Tages möglich, die Sintflut zu überleben, aus der Löwengrube und dem Feuerofen wieder heraus zu steigen, so dass wir „immer versehrter und immer heiler... zu uns selbst entlassen werden“.



.....
Bernd Frank, Dr. med., ist Oberarzt der Spezialstation für Stationäre Traumatherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid.

GEMEINSAMES ERKENNEN, UNTERSCHIEDE AKZEPTIEREN, SICH GEGENSEITIG STÄRKEN

Nicht müde werden/sondern dem Wunder/leise/wie einem Vogel/die Hand hinhalten. Dieses Gedicht von Hilde Domin ist das Motto der Selbsthilfegruppe „Traumafolgen“, die 2007 von Patientinnen und Patienten der Klinik Littenheid gegründet wurde.

Von Rahel E. und Anju B.

Als Betroffene von Traumafolgestörungen haben wir erlebt, dass unsere therapeutische Begleitung trotz „richtiger“ Diagnose nicht ausreichend war. Dass auch langjährige Therapien keinen spürbaren Erfolg brachten, löste bei uns Verzweiflung aus und Reaktionen von Seiten der Versicherer und Arbeitgebenden verstärkten die defizitären Gefühle zusätzlich. Als PatientInnen der Spezialabteilung für Traumafolgen der Klinik Littenheid/TG lernten wir, was ein Trauma ist und uns wurde klar, dass viele unserer Probleme auf das Unverständnis unseres Umfelds, aber auch auf unser eigenes Unverständnis zurückzuführen sind. Das Spektrum der Therapieformen, das Studium von Fachliteratur sowie der Austausch untereinander – einzeln und in Gruppen – liess uns das Gemeinsame unserer Reaktionen erkennen, die uns unverständlich erschienen. Wir begriffen, dass Situationen, die uns aus dem gewohnten Leben hinaus katapultierten, meist nur Auslöserfunktion hatten und dass sich hinter diesen im Erwachsenenalter gemachten Erfahrungen, oft frühere Traumatisierungen verbergen. Die Behandlung auf der Spezialstation forderte unsere Mitarbeit und dämmte so unsere Ohnmachtsgefühle ein. Wir lernten auch, mit Körperreaktionen und Gefühlen adäquat umzugehen.

ERFAHRUNGEN AUSTAUSCHEN, VONEINANDER LERNEN

Unsere Idee, eine Selbsthilfegruppe für PatientInnen und Ehemalige der Klinik Littenheid, aber auch für weitere Interessierte zu gründen, fand beim Behandlungsteam grosse Unterstützung. Das „Team Selbsthilfe Thurgau“ bot uns Hilfe beim Aufbau unserer Gruppe und Räumlichkeiten in Weinfelden für unsere Treffen an. Wir möchten uns mit möglichst vielen Menschen mit unterschiedlichen Verarbeitungswegen austauschen, denn so können wir voneinander lernen und uns gegenseitig stützen. Unser Ziel ist deshalb, in anderen Regionen weitere Gruppen zu gründen.

In Weinfelden treffen sich monatlich zwischen sechs und 14 Personen aus der ganzen Deutschschweiz. Für manche von ihnen ist die Reise mit Angst verbunden. Bei jedem Treffen bestimmen wir eine Person, die auf Struktur und Zeit achtet und den „roten Faden“ in der Hand behält. Zunächst geht es um unsere Befindlichkeit und um Probleme in der Familie, im Freundeskreis oder am Arbeitsplatz oder z. B. auch mit der Tagesstruktur. Manchmal ist es schwierig, einen Konflikt miteinander

Ein Trauma ist die am meisten vermiedene, ignorierte, verleugnete, missverstandene und unbehandelte Ursache menschlichen Leidens.

Peter A. Levine, Traumaforscher

auszutragen. Wir haben uns bei den ersten Zusammenkünften Regeln gegeben. Dazu gehört Verschwiegenheit nach aussen, Gewaltfreiheit und gegenseitiger Respekt, damit wir uns sicher fühlen können. Da wir Retraumatisierungen vermeiden wollen, haben wir auch vereinbart, dass wir nicht inhaltlich über Traumata sprechen. Wir haben erlebt, wie unterschiedlich diese Regeln verstanden werden. So kann eine durch einen Unfall traumatisierte Person unter Umständen ein anderes Regelempfinden haben als jemand, der infolge traumatischer Erlebnisse in einem Konzentrationslager durch jedes unbekanntes Geräusch in Stress gerät.

GEGENSEITIGES VERSTÄNDNIS UND SELBSTAKZEPTANZ

Wir sprechen auch über Wut, Scham, Panik und Angst, lernen Unverständliches über uns selbst in Worte zu fassen und erfahren Verständnis von Anderen, die durch die gleiche Hölle gegangen sind. Durch das Akzeptieren der Anderen finden wir zu einer Selbstakzeptanz. Wichtig sind uns auch der Humor und das Lachen. Wir haben Mitglieder mit sehr unterschiedlichem Traumahintergrund: Menschen mit Entwicklungs- und Bindungstraumata, Kriegs- und Folteropfer, Unfallgeschädigte und Gewaltbetroffene jeglicher Art. Wir sind Männer und Frauen aus der Schweiz, Deutschland, dem Balkan und aus Lateinamerika. So erfahren wir die Unterschiedlichkeit von Kultur und Wertung. In nächster Zukunft planen wir die Gründung eines Vereins, der im Bereich Prävention und Öffentlichkeitsarbeit wirken soll.

Kontaktadresse: traumafolgen@bluewin.ch



Rahel E. und Anju B. sind Traumabetroffene und haben die Selbsthilfegruppe „Traumafolgen“ mitbegründet.

VOM UMGANG MIT TRAUMATISIERTEN MENSCHEN

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen stellt Fachleute vor besondere Herausforderungen. Da die traumatischen Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung wieder belebt werden, ist ein zentrales Thema das Wahren von Grenzen: der eigenen genauso wie derjenigen der Patientin oder des Patienten.

Von Hans Holderegger

Das Trauma ist vielfach als Seelenmord bezeichnet worden: als eine schreckliche und unfassbare Erfahrung, die das Leben der Betroffenen grundlegend verändert. Traumatisierte Menschen berichten oft davon, wie sie mit einem Schlag aus der ihnen bisher vertrauten Welt gefallen sind. Was sie erlebt haben, ist kaum mitteilbar und droht ständig neu in ihr aktuelles Leben einzubrechen. Das Urvertrauen in die Welt und in die Unverletzlichkeit der eigenen Person ist zerbrochen.

Wie individuell verschieden traumatische Schicksale und ihre Verarbeitung sein können und wie allgegenwärtig das Trauma in der menschlichen Gesellschaft ist, zeigt sich nicht nur im klinischen Alltag, sondern auch in vielen Zeugnissen der menschlichen Kultur. Das Schicksal vieler berühmter Heldinnen und Helden der Literatur ist geprägt von traumatischen Erfahrungen, die sie zu Verzweifelten, Resignierten, zu Verbrechern, Verrückten oder Helden, zu Genies oder sogar zu Weisen gemacht haben. Hamlet und Ophelia, Faust und Gretchen, Grenouille oder Nathan der Weise sind bekannte Beispiele dafür.

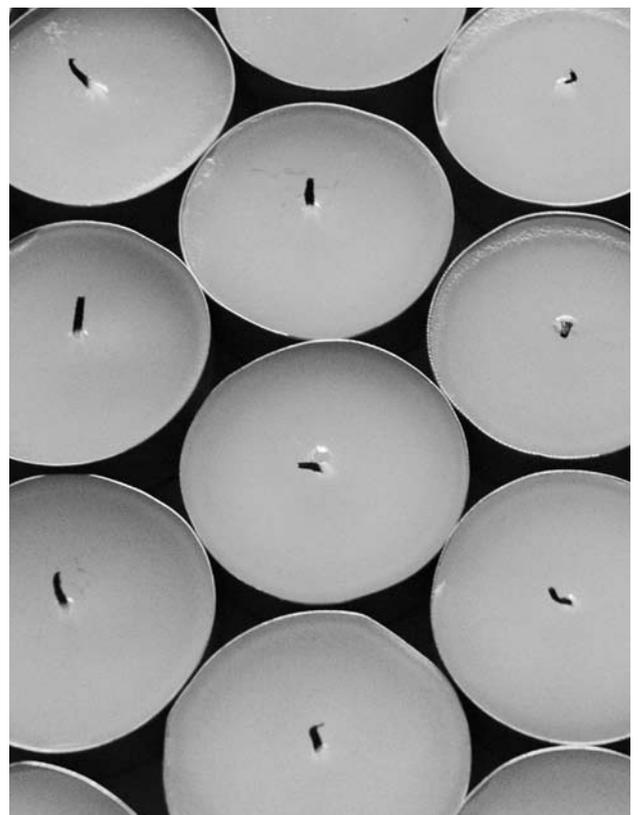
AKUTE UND FRÜHE TRAUMATA

Es gibt also eine Vielzahl von traumatischen Schicksalen und vielfältig sind auch die individuellen Möglichkeiten der Traumaverarbeitung, so dass man sich im beruflichen Umgang mit traumatisierten Menschen immer wieder neu orientieren muss. Akut traumatisierte oder retraumatisierte Menschen benötigen vor allem das, was sie verloren haben: ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, von Schutz und Zuversicht. Sie fühlen sich von inneren Bildern verfolgt und sind oft überempfindlich auf äussere Einflüsse, da ihr Reizschutz, ein unsichtbares Netz, das sie bisher getragen hat, zerrissen wurde. Unaufdringliche Präsenz und Verfügbarkeit, das Respektieren der von den PatientInnen signalisierten Grenzen und eine angemessene Einfühlung in deren Situation ermöglichen es ihnen, ihre Selbstheilungskräfte zu entwickeln und Situationen zu vermeiden, die eine Retraumatisierung hervorrufen könnten.

Ein angemessenes Ritual von Alltagsbeschäftigungen und sozialen Begegnungen können eine beruhigende innere Strukturierung fördern, wenn sie für die PatientInnen kein Bedrohungspotential enthalten und ihren Ängsten Rechnung tragen.

In vielen Institutionen geht es für Fachpersonen aber nicht nur um den Umgang mit akut traumatisierten Menschen, sondern auch um die Begegnung mit PatientInnen, deren psychische Beeinträchtigung auf ein verborgenes, frühes Trauma zurückzuführen ist. Es ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten immer deutlicher geworden, dass viele bekannte psychische Erkrankungen, wie z. B. die Borderline-Erkrankungen, schwere Depressionen, Zwangsstörungen oder Suizidalität einen traumatischen Ursprung haben, der oft weit zurück in die kindliche Erfahrung reicht.

Die Symptomatik solcher psychischer Erkrankungen ist in vielen Fällen also Ausdruck verschiedener Möglichkeiten der seelischen Traumaverarbeitung, sie ist ein Zeugnis davon, in welcher Art die PatientInnen ihr Trauma bisher verarbeitet haben. Und es ist auch für nicht therapeutisch tätige Fachpersonen hilfreich zu verstehen, wieso die tägliche Begegnung mit solchen PatientInnen manchmal auch sehr schwierig und belastend sein kann, einmal abgesehen von der Bürde, die schon die Einfühlung in ein schlimmes Schicksal mit sich bringen kann.



DIE VERSTRICKUNG MIT DEM TÄTER, DER TÄTERIN LÖSEN

Ein grosses Problem in der längerfristigen Verarbeitung eines Traumas ist nicht nur die Wiederbelebung der inneren Vitalität, die durch den traumatischen Einbruch zerstört wurde, sondern die Trennung von der traumatisierenden Person, die in unseliger Art und Weise mit der eigenen Person verstrickt ist. Es ist sehr schwierig, dieses paradox erscheinende Problem verständlich zu machen, das Problem, dass der Täter oder die Täterin so heftig in die traumatisierte Person eingedrungen ist – und das ist nicht nur im sexuellen Sinne gemeint – dass sie sie kaum mehr los wird, dass wichtige Bereiche des Selbstempfindens sogar von ihnen besetzt sind.

Alle psychischen Störungen und Krankheitsbilder, die ihren Ursprung in traumatischen Erfahrungen haben, sind von dieser unseligen Verschmelzung von TäterIn und Opfer geprägt und der therapeutische Umgang mit dem Trauma hat auch mit der Identifizierung mit dem Täter zu tun, mit der Auflösung dieser fatalen Verstrickung und der Schwierigkeit der PatientInnen, sich vom Täter oder von der Täterin, die nicht selten sogar Familienmitglieder sind, zu trennen. Es ist vielleicht hilfreich, dass man sich dieser Zusammenhänge auch als nicht therapeutisch tätige Fachperson im täglichen Umgang mit PatientInnen bewusst ist, damit man lernt, das oszillierende Nebeneinander von Opfer und Täter zu verstehen und sich, wenn nötig, entsprechend abzugrenzen und zu schützen.

UMGANG MIT „TRAUMATISIERENDER“ ÜBERTRAGUNG

Es braucht aber noch eine weitere Erläuterung, was die primäre Verarbeitung des Traumas betrifft, eine Erläuterung, die verständlicher macht, warum das Trauma – auch in historischen Abläufen – immer wieder weitergegeben wird: Da das traumatische Erleben ursprünglich nicht verarbeitet werden konnte, wird es weitergegeben, d.h. in anderen Menschen wiederbelebt. Wir nennen diesen Vorgang in der klinischen Arbeit eine „traumatisierende“ Übertragung. Gemeint ist damit eine Wiederbelebung der Traumatisierung in umgekehrten Rollen. Der Patient bzw. die Patientin inszeniert das Verhalten des Täters oder der Täterin und konfrontiert den Therapeuten oder die Therapeutin mit den Gefühlen des hilflosen, traumatisierten Kindes. In dieser projektiven Wiederbelebung des Traumas, die der ursprünglichen Tragik der Traumatisierung natürlich nie wirklich gleichkommen kann, steckt eine therapeutische Chance, auf die ich hier nicht weiter eingehen kann (Holderegger 1993*).

Diese vereinfachte Darstellung eines komplexen Verarbeitungsvorgangs sollte nicht zu Missverständnissen und Fehleinschätzungen zwischenmenschlicher Vorgänge führen. Doch mindestens ein fragmentarisches Erfassen solcher Prozesse ist notwendig, wenn man



verstehen will, wie schwierig und belastend der Umgang mit traumatisierten PatientInnen sein kann und wie wichtig es auch für diese PatientInnen ist, dass man in der Begegnung mit ihnen lernt, sich vor traumatisierenden Situationen zu schützen und die eigenen Grenzen zu wahren.

Ein solcher Schutz sollte auch von Seiten der betreffenden Institutionen unterstützt werden. Wenn z. B. Folteropfer von ihren Erlebnissen berichten, kann es sinnvoll sein, wenn man sich diese Schilderungen zu zweit anhört, damit man sie nachher zusammen verarbeiten kann. Fachpersonen, die in Kontakt mit Kindsmisbrauch, mit Kinderpornographie oder anderen besonders belastenden Situationen kommen, sollten institutionell geförderte Möglichkeiten der Verarbeitung ihrer schockierenden Wahrnehmungen haben. Einzel- und Gruppen-Supervisionen ermöglichen es, schwierige Erfahrungen auszutauschen und sich immer wieder darüber klar zu werden, was mit der eigenen Person im Umgang mit traumatisierenden Situationen geschieht. Aber vergessen wir bei dem Hinweis auf die erwähnten Schwierigkeiten und Gefahren nicht, dass wir es mit Menschen zu tun haben, die oft auch unseren Respekt verdienen, weil sie mit traumatischen Lebenssituationen zurecht gekommen sind, die unseren Erfahrungshorizont übersteigen, und die dadurch oft auch ein bemerkenswertes Mass an Kreativität und Lebensweisheit gewonnen haben.

(* Holderegger, H.: Der Umgang mit dem Trauma. Stuttgart 1993; Klett Cotta. 3. Aufl. 2003.)



Hans Holderegger, Dr. phil., ist Psychoanalytiker in eigener Praxis und Dozent am Freud-Institut Zürich. In Büchern und Aufsätzen hat er sich vor allem mit der beziehungsorientierten, analytischen Traumatherapie, mit der Verbindung zwischen Literatur, Kunst und Tiefenpsychologie sowie mit neueren Ideen zur Organisation des Seelenlebens beschäftigt.

ICH HABE DIE ERSTEN SCHRITTE ZURÜCK INS LEBEN GEMACHT

Ich war sechseinhalb Jahre in Gefangenschaft und erlitt dort schwere Folter. Nach meinem Freispruch kam ich in die Schweiz. Mein Bruder und mein Psychiater unterstützten mich dabei, hier Fuss zu fassen. Noch immer kämpfe ich gegen meine Ängste, aber ich hoffe, dass ich eines Tages wieder ein normales Leben führen kann.

*Von Ani**

An einem bestimmten Punkt meines Lebens dachte ich, dass ich meine Familie entlasten und vor Belästigungen schützen könnte, wenn ich mein Heimatland verlasse und für längere Zeit weit weg gehe. Ich musste aber erkennen, dass genau diese Entscheidung mein Leben zerstörte. Ich sehe erst jetzt den grossen Schaden, den mir dieser Weg gebracht hat und ich frage mich, weshalb ich das nicht schon damals bemerkt hatte. Das Land, dessen Aussenpolitik mir damals sehr gefiel, verhaftete uns und warf uns ins Gefängnis. Jene Zellen waren Zellen des Todes. Nach viermonatiger körperlicher Folter (es wurden auch besondere psychische Foltermethoden angewendet) musste ich erkennen, wie in diesem unordentlichen Land ordentlich und systematisch gefoltert wird. Es war wirklich beeindruckend, dass in diesem unorganisierten Land eine solche Ordnung und Systematik möglich war.

Wir wurden immer morgens zwischen 9 und 10 Uhr zur Folter gebracht, die dann bis 12 Uhr dauerte. Während der Mittagspause herrschte Ruhe im Gefängnis, bis 17 Uhr wurde aus klimatischen Gründen nicht „gearbeitet“. Gegen 17 Uhr begannen die Vorbereitungen zur Weiterführung der Folter und bald zerrissen erneut Schreie die Ruhe. Die Folter dauerte bis um Mitternacht, jeder Tag glich dem anderen. Oft wünschte ich mir, die Zeiger der Uhr mögen zwischen 12 und 17 Uhr stehen bleiben. Mit Angst und klopfendem Herzen wartete ich auf das Kommende. Später kam ich in ein anderes Gefängnis, wo die Zellen noch viel schlechter waren: Kleiner, ohne

Licht, mit Eisentüren. Das Essen wurde uns durch kleine Öffnungen in der Eisentüre in die Zelle gereicht. Unsere Lage in diesen Todeszellen verschlimmerte sich ständig, es gab täglich Durchsuchungen.

ICH KONNTE NICHT HOFFEN

Wir warteten, lebten unter der Erde. In den ersten fünf oder sechs Monaten meiner Gefangenschaft sah ich nie den Himmel. Als ich zum ersten Mal wieder hinaus gebracht wurde, blendete das Licht meine Augen. Im ersten Moment konnte ich meine Augen nicht öffnen, ich war nicht fähig zu stehen und versuchte mich an den Wänden zu halten, um mich aufzurichten. Diesen Moment kann ich nicht vergessen. Der Himmel war endlos und blau. Ich fragte mich, ob wohl meine Lieben im gleichen Moment diesen Himmel anschauten. Ich dachte immer, dass ich mich aus dieser Hölle nie würde befreien können. Nach viereinhalb Jahren wurde ich zur Staatsanwaltschaft gebracht. Meine Kameraden waren voller Hoffnung. Nach all den Jahren dachten sie: Das Gericht öffnet uns eine Türe und es wird bewiesen, dass wir unschuldig sind. Man wird uns mit einer kleinen Strafe freilassen. Ich konnte nicht hoffen.

Erst nach sechseinhalb Jahren wurde ein Urteil gesprochen, nachdem ich fünf Jahre ohne jeden Prozess in Gefangenschaft verbracht hatte. Mir wurde mitgeteilt, dass ich freigelassen werde. Ich konnte es nicht glauben und



dachte, so lange ich in diesem Land bin, bin ich nicht frei. Schliesslich war ich dann aber doch am Flughafen. Die Warterei war endlos. Bei mir waren Polizisten und eine Person von der Menschenrechtskommission, die mich über die bevorstehende Reise informierte. Sie sagten mir, ich solle zuletzt ins Flugzeug einsteigen. Meine Angst wurde noch tausendmal grösser. Ich verbarg meine zitternden Hände, meine Beine wollten mich nicht mehr tragen. Ich war der Ohnmacht nahe und wollte nur noch ins Flugzeug einsteigen, ohne zurückzublicken. Meine Angst hielt an, bis ich am Flughafen Zürich meinen Bruder erblickte. Ich unterhielt mich im Flugzeug mit einem Mitpassagier, um mich zu versichern, wohin ich überhaupt fliege. Endlich traf ich auf ein Familienmitglied, meinen Bruder, der mich abholen kam. Ich atmete tief durch, es gab keine Polizisten, niemand verhörte mich.

ICH WAR VERZWEIFELT UND HATTE SUIZIDGEDANKEN

Die Menschen, die mich eine Woche später besuchten, machten Witze darüber, wie ich dieser Hölle entrinnen konnte, die wie die Hölle von Saigon gewesen war. Sie sagten mir, ich sähe gut aus. Ich wusste, dass man mir äusserlich nichts ansah, ich hatte viel zugenommen, aber psychisch ging es mir schlecht. Ich wollte niemanden sehen, zog mich zurück und verliess während der ersten zehn Tage mein Zimmer nie. Ich war verzweifelt und hatte Suizidgedanken. Ich überlegte mir die ganze Zeit, wie ich mich umbringen könnte. Aber ich hatte Angst vor dem Sterben und brachte nicht den Mut auf, Hand an mich zu legen. Mein Bruder redete mir schliesslich zu und ermunterte mich, wieder raus zu gehen, etwas zu unternehmen, einen Deutschkurs zu machen. Er meldete mich bei einem Deutschkurs der Asylorganisation an, der aber erst sechs Monate später begann. In der Zwischenzeit nahm er mich mit zum Sport. Wir joggten im Wald und machten Gymnastik. Das tat mir sehr gut, auch dann der Deutschkurs. Ich lernte andere Menschen kennen, ging wieder mehr unter Leute. Mit dem Deutschlehrer machten wir einmal pro Woche einen Ausflug, bei dem wir die Stadt und die Umgebung besser kennen lernten. So baute ich allmählich wieder ein soziales und kulturelles Leben auf.

ES BEFREITE MICH, ÜBER MEINE GEFÜHLE ZU SPRECHEN

Ich sagte mir, dass ich unter die Menschen gehen und Kontakt haben soll, die Sprache lernen muss, aber das alles fiel mir nicht immer leicht. Meine Stimmung schwankte stark und ich wollte mich wieder zurückziehen. Immer wieder verspürte ich die Neigung, mich zu verschliessen. Auch die Termine bei meinem Arzt wollte ich manchmal wieder absagen. Wenn ich dann trotzdem hinging, fühlte ich mich danach aber erleichtert und hoffnungsvoller. Ich erlebte, dass es mich befreite, offen zu sprechen, über meine Gefühle zu reden.



Nun hoffe ich, dass ich in Zukunft 50 bis 60 Prozent arbeiten und, wie andere Menschen auch, für meinen Lebensunterhalt aufkommen kann. Ich denke, dass mich eine Arbeit oder eine Beschäftigung von meinen Gedanken und Sorgen ablenken würde. Ich möchte noch weitere Deutschkurse machen, um meine Sprachkenntnisse zu verbessern. Auch möchte ich mich weniger zu Hause einschliessen, geselliger werden, am Leben wieder teilnehmen. Ich möchte meine Ängste loswerden, die Müdigkeit überwinden, wieder ein normales Leben führen können. Vielleicht nicht im gleich schnellen Rhythmus wie manche andere Menschen, aber doch so, dass ich zufrieden sein kann. Manchmal habe ich das Gefühl, schwach zu sein, aber ich denke, ich habe die ersten Schritte zurück ins Leben gemacht.

.....
*Ani (*Pseudonym, Name der Redaktion bekannt), Jahrgang 1965, früher im Journalismus tätig, seit 2003 in der Schweiz, ist beim Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer in Zürich in Behandlung (siehe auch Artikel auf Seite 20).*

THERAPIE VON FOLTER- UND KRIEGSOPFERN

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Folter- und Kriegsopfern erfordert in der Regel einen interdisziplinären Behandlungsansatz. Zur Vielfalt und Komplexität der Symptome kommen oft psychosoziale Probleme im Zusammenhang mit Migration und Integration hinzu.

Von Thomas Maier

Untersuchungen zeigen, dass mindestens zehn Prozent der Flüchtlinge in westlichen Ländern durch Krieg, Folter und Vertreibung in klinisch relevantem Ausmass psychisch (meist auch physisch) traumatisiert sind. Die Behandlung dieser als Folter- und Kriegsopfer bezeichneten Menschen ist auf dem Hintergrund des Asyl- und Flüchtlingswesens zu sehen und spielt sich nicht in einem ruhigen und stabilen Umfeld ab. TherapeutInnen sind – ausser mit den medizinisch-psychotherapeutischen Problemen im engeren Sinne – gleichzeitig immer mit gesellschaftlichen, rechtlichen und ökonomischen Schwierigkeiten ihrer PatientInnen konfrontiert.

Folter- und Kriegsopfer stellen keine homogene PatientInnengruppe dar. Die festgestellten Diagnosen gehen in der Regel über die traumatypischen Hauptdiagnosen (z.B. PTSD) hinaus und umfassen Anpassungsstörungen, depressive, dissoziative und somatoforme Störungen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitspathologien. Die PatientInnengruppe der Folter- und Kriegsopfer ist aus psychiatrischer Sicht nicht durch eine umschriebene Diagnose, sondern gerade durch eine Kombination von verschiedenen Symptomen und Syndromen gekennzeichnet, die sich auf dem Hintergrund der Traumatisierung sowie der aktuellen Lebensumstände entwickeln. Die Behandlung und Rehabilitation dieser PatientInnen erfordert daher den Einsatz verschiedener Disziplinen des medizinisch-therapeutischen Systems sowie weiterer Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen, Rechtsdienste, LaienhelferInnen, Religionsgemeinschaften, PädagogInnen etc.

KEINE „GEWÖHNLICHEN“ TRAUMATA

Krieg und Folter sind als besondere Formen der Traumatisierung anzusehen, die sich nicht nur graduell, sondern qualitativ von „gewöhnlichen“ Traumata mit Todesgefahr wie z.B. Unfällen, Naturkatastrophen oder bösartigen Krankheiten unterscheiden. Solche Erfahrungen lösen weit mehr aus als Angstgefühle und „Überreizungen des Nervensystems“, denn sie erschüttern elementare Überzeugungen und Sicherheiten, ja negieren die Möglichkeit und den Sinn menschlichen Zusammenlebens überhaupt. Die Reduktion der Folgeerscheinungen auf ein medizinisch-psychotherapeutisches Problem ist daher in gewisser Weise inadäquat, kann aber den Betroffenen dennoch nicht nur zu therapeutischer Hilfe, sondern auch zu genereller sozialer und zwischenmenschlicher Resonanz verhelfen, die für den Prozess der Rehabilitation unabdingbar ist.

Wegen des geringen ökonomischen, sozialen und politischen Gewichts von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen, ist das Interesse des öffentlichen Versorgungssystems an der Behandlung von Folter- und Kriegsopfern nach wie vor gering. Die spezifische und umfassende sozialmedizinisch-psychotherapeutische Behandlung dieser PatientInnen findet daher in vielen Ländern – so auch in der Schweiz – mehrheitlich ausserhalb der Regelversorgung statt. Das heisst nicht, dass nicht ein Grossteil der Folter- und Kriegsopfer dennoch im Rahmen des öffentlichen Versorgungssystems auftaucht, allerdings können diese PatientInnen dort oftmals nur ungenügend versorgt werden und es kommt eher zu einer Chronifizierung und Verfestigung der Beschwerden. Wesentliche unabdingbare Bestandteile der angemessenen Behandlung, insbesondere z.B. Dolmetscherkosten, werden vom öffentlichen Versorgungssystem nach wie vor nicht übernommen und verhindern selbst bei professioneller Organisation eine Kosten deckende Behandlung dieser PatientInnen.

INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG

Die Psychotherapie von Folter- und Kriegsopfern unterscheidet sich nicht fundamental von der Psychotherapie mit anderen PatientInnengruppen. Insofern gibt es nicht *die* Psychotherapie für Folter- und Kriegsopfer. Bewährt hat sich vielmehr die Kombination und Integration verschiedener Verfahren und Techniken. Wichtige Grund-



lagen für die Behandlung von Kriegs- und Folteropfern kommen aus dem Bereich spezifischer Traumatherapien, die auf dem Hintergrund der Einführung der PTSD-Diagnose ab 1980 entstanden sind und sich laufend weiter entwickeln. Dazu gehören kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren, die im Kern die therapeutische Exposition „in sensu“ (d.h. die Reizkonfrontation in der Vorstellung) gegenüber dem traumatischen Erlebnis als wirksam ansehen. Es gibt entsprechende spezifische für Flüchtlinge und Kriegsoffer entwickelte Behandlungsverfahren wie z.B. die Narrative Exposure Therapy (NET). In dieses Verfahren werden Elemente der schon länger bekannten Testimony Therapy integriert, die den Wert eines – auch schriftlich niedergelegten – Zeugnisses über die erlebten Traumata hervorhebt. Da neben den eigentlichen posttraumatischen Symptomen wie erwähnt sehr oft weitere Störungen zum Beschwerdebild gehören (darunter chronische Schmerzen, Depression, Suizidalität, Substanzmissbrauch, emotionale Instabilität, Dissoziation, Reizbarkeit und Beziehungsprobleme), orientiert sich die Behandlung primär an den vorliegenden Symptomen und bedient sich der Therapieverfahren, die sich in der Behandlung der jeweiligen Störungen bei anderen PatientInnengruppen bewährt haben. Zu berücksichtigen sind bei der Wahl des therapeutischen Vorgehens unbedingt die Wünsche und Vorstellungen der PatientInnen sowie die kulturelle Angemessenheit des gewählten Verfahrens.

Neben verschiedenen Modalitäten der Einzeltherapie haben sich auch Gruppentherapien sowie verschiedene nicht sprachliche Verfahren bewährt, vor allem auch weil das sprachgebundene therapeutische Einzelsetting oft nicht ideal ist. Dies ist insbesondere auch dann der Fall, wenn soziale Probleme oder somatische Beschwerden für die PatientInnen im Vordergrund stehen. Nicht wenige traumatisierte MigrantInnen leiden stärker unter den aktuellen Lebensschwierigkeiten als unter früher erlebten Verletzungen. Interventionen auf sozialer, materieller oder rechtlicher Ebene tragen sehr viel zur Stabilisierung bei, manchmal mehr als die psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne.

TherapeutInnen von Folter- und Kriegsoffern haben mit einigen weiteren charakteristischen Problemen zu tun:

- Sehr oft ist für die Therapie der Einsatz von DolmetscherInnen unumgänglich. Das hat den Vorteil, dass neben sprachlichen auch kulturelle und gesellschaftliche Kontextinformationen vermittelt werden können. Die Rekrutierung von geeigneten, kompetenten und konstant abkömmlichen DolmetscherInnen ist allerdings schwierig und aufwändig, je nach erforderlicher Sprache manchmal unmöglich. Die Bezahlung der DolmetscherInnen wird von den Krankenkassen nicht übernommen.
- Kriegs- und Folteropfer geben oft somatische und/oder somatoforme Beschwerden als Hauptsymptome an, da das Versorgungssystem darauf schneller und aktiver reagiert. In der Regel haben Opfer von Krieg und Folter tatsächlich verschiedene körperliche Pro-



bleme, die allerdings nur aus einem interdisziplinären Blickwinkel angemessen verstanden und behandelt werden können.

- Das laufende Asylverfahren beeinträchtigt eine Psychotherapie, da die PatientInnen sich nicht in Sicherheit fühlen, bzw. tatsächlich nicht in Sicherheit sind. Ausserdem hat der Gesundheitszustand von AsylbewerberInnen – teilweise vermeintlich, teilweise tatsächlich – einen Einfluss auf den Entscheid der Asylbehörden. Manchmal werden ärztliche Befunde als Indikatoren für die Glaubwürdigkeit der Angaben herangezogen, und vorhandene Gesundheitsstörungen können als Argumente für eine Aufnahme im Zielland geltend gemacht werden.
- MigrantInnen werden als gesellschaftliche Gruppe bergewöhnt, häufig offen angefeindet und dienen als Projektionsfläche für verschiedene politische und soziale Konflikte. Sie leben in materiell knappen Verhältnissen und haben keine politische, soziale oder ökonomische Macht.



.....
Thomas Maier, Dr. med., leitet seit 2003 das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer Zürich, das vom Schweizerischen Roten Kreuz und der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich betrieben wird. Aktuelle Buchveröffentlichung: Thomas Maier, Ulrich Schnyder (Hrsg.), Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoffern. Bern 2007: Hans Huber Verlag.

GEWALT, ZWANG UND DEMÜTIGUNG: PSYCHIATRIE ALS TRAUMA

Psychiatrie war nicht mein Ursprungsproblem. Psychiatrie war aber auch nicht Teil der Lösung. Im Gegenteil fügte sie dem Ursprungsproblem ein neues Problem hinzu, das jenes sogar lange überlagerte und dadurch noch schwerer zugänglich machte.

Von Peter Weinmann

Ich möchte vom unerfreulichsten meiner zehn unerfreulichen Aufenthalte in der Psychiatrie berichten, um meine Erfahrungen mit den repressiven Strukturen der Psychiatrie zu veranschaulichen. Im Juni 1997 wurde ich zum siebten Mal zwangsuntergebracht, und zwar in der Klinik in Völklingen/Saar. Nach ein paar Tagen beschlossen die PsychiaterInnen, mich vorbeugend dreimal täglich für je zweieinhalb Stunden ans Bett zu fesseln. Als Begründung wurde mir fünf Jahre später vom damaligen Chefarzt schriftlich kurz mitgeteilt, ich hätte eine Krankenschwester angegriffen. Meines Wissens erfolgte die erste „Fixierung“ jedoch als Reaktion bzw. Sanktion nach einem ersten Fluchtversuch. Meine schriftliche Nachfrage dazu blieb unbeantwortet.

An Armen und Beinen festgebunden, erhielt ich jeden Tag dreimal – morgens, mittags und abends – Neuroleptika, über einen zentralen Herzvenenkatheter. Nach Beendigung der Infusionen blieb ich jeweils weitere zwei Stunden ans Bett gefesselt. Zum Ausscheiden von Kot und Urin wurde eine Hand losgebunden und mir wurden Bettpfanne und Urinflasche gereicht, auch in Anwesenheit von BesucherInnen. Ich wurde genötigt einzunässen, wenn das Personal keine Zeit hatte, mir eine leere Urinflasche zu bringen.

FLUCHT VOR DEMÜTIGENDER „THERAPIE“

Dieser demütigenden „Therapie“ konnte ich mich nach ein paar Tagen durch Flucht entziehen. Die Polizei wurde eingeschaltet, um intensiv nach mir zu fahnden. Bekannte trugen mir zu, dass an allen Orten, an denen ich mich seinerzeit für gewöhnlich aufhielt, regelmässig Polizei-beamtInnen nach mir suchten. („Nur weil jemand paranoid ist, heisst das nicht, dass er nicht verfolgt wird“). Auf die telefonische Zusage der Stationsärztin hin, dass auf die vorstehend beschriebene Art der „Behandlung“ in Zukunft verzichtet würde, begab ich mich aus einem sicheren Versteck heraus freiwillig in diese Klinik zurück. Kaum hatte ich die Station betreten, wurde ich gezwungen, mich ans Bett fesseln zu lassen und die gleiche „Therapie“ ging weiter. Nach Tagen gelang mir erneut die Flucht.

Einen Tag später wurde ich im Behandlungszimmer des zweiten Saarbrücker Psychiaters, den ich um Hilfe ersuchte, von der Polizei festgenommen und wiederum

nach Völklingen zurückgebracht. Damals intervenierte für mich erfolgreich ein befreundeter Rechtsanwalt, den ich während meiner Flucht bevollmächtigen konnte. Er erstattete Strafanzeige wegen Körperverletzung und aller weiteren in Betracht kommenden Straftatbestände. Aufgrund seines Engagements wurde der Unterbringungsbeschluss aufgehoben, und ich konnte diese Klinik Anfang Juli 1997 verlassen.

ABSPALTUNG, ABSTUMPFUNG, ERSTARRUNG

Um mit solchen Erlebnissen einigermaßen überleben zu können, war meine Reaktion in den 90er-Jahren, das Geschehene von mir abzuspalten, gefühlsmässig abzustumpfen, zu erstarren. Liebevoller Beziehungen zum Leben, zu Menschen, waren nicht möglich. Mein davor lebhaftes sexuelles Interesse am anderen Geschlecht ging gegen Null, ebenso dasjenige an anderen alten Leidenschaften wie Fussball, Musik, Literatur und Politik. Ich verbrachte viel Zeit im Bett, sah viel fern, rauchte viele Zigaretten und trank viele Biere. Im Traum wurde ich manchmal in die Psychiatrie gebracht und misshandelt, aber nie so drastisch wie in der Wirklichkeit.

Den Pfleger, der mich in Völklingen regelmässig pflichtbewusst und mit äusserster Sorgfalt gefesselt und an die Schläuche angeschlossen hatte, habe ich – Jahre später in der Saarbrücker Altstadt – ein Mal wieder gesehen. Während in meinem Körper Unmengen von Stresshormonen pulsten und ein Schauder den nächsten meinen Rücken herunter jagte, lächelte dieser Mensch mich an und winkte freundlich. Ich war fassungslos, aber liess es dabei, ihn lange mit erigiertem Mittelfinger zurück zu grüssen und meine wirklich nette Begleitung kurz dazu aufzuklären.

MISSHANDLUNG, OHNMACHT, KAPITULATION

Psychiatrie prägte zehn Jahre lang mein Leben, ab 1989, mit dem Ende meines ersten Hochschulstudiums. Die Widersprüche und die Zerrissenheit, die ich durch meine Biographie und die damit verbundenen gesellschaftlichen Umstände mitbrachte, waren nicht mehr lebbar. Gefühle von Verlorenheit, Wurzellosigkeit und fehlendes

Urvertrauen bestimmten diese Zeit. Veränderte Bewusstseinszustände, so genannte „Psychosen“, waren die Lösungsversuche meines Unterbewusstseins aus der als unerträglich erlebten Realität. Zwang und Gewalt in der Psychiatrie verstärkten die Ursprungsprobleme und nötigten mich, ein Muster immer wieder zu wiederholen: Es begann mit Aufbruch, Offenlegung und Ausbruch von guten Gefühlen und von Ängsten. Dadurch störte ich andere Menschen. Es wurden die Polizei und/oder die Psychiatrie eingeschaltet. Dort erlebte ich Ohnmacht, Demütigung und Misshandlung, Widerstand und Kapitulation, das „Runterspritzen“ mittels hochdosierter Neuroleptika und anschliessend jeweils eine monatelange postpsychiatrische Depression.

Statt Gefühle in einem geschützten Rahmen wiedererlebbar, aufarbeitbar, integrierbar und dadurch die Lebenskrise überwindbar zu machen, setzte die Psychiatrie mir gegenüber ihr biologistisches Behandlungskonzept mit Gewalt durch. Anstatt mich mit der Rückgewinnung meines fehlenden Urvertrauens in diese Welt beschäftigen zu können, stand für mich viele Jahre lang individueller Widerstand in der Psychiatrie im Vordergrund.

„WAFFENSTILLSTAND“ MIT DER KLINIK

Im Jahr 2000 konnte ich meine Strategie ändern und über eine Behandlungsvereinbarung einen „Waffenstillstand“ mit der örtlichen psychiatrischen Klinik abschliessen. Durch mein Engagement in der saarländischen Psychiatrie-Erfahrenen-Selbsthilfe (LVPE Saar e.V.) konnte ich meinen Widerstand gegen Zwang und Gewalt in der Psychiatrie auf eine strukturelle Ebene anheben.

Lange Zeit hatte ich psychiatrische Psychopharmaka infolge meiner schlechten Erfahrungen in der Psychiatrie grundsätzlich abgelehnt. Erst mit der Jahrtausendwende begann ich, Psychopharmaka selbstbestimmt und sinnvoll einzusetzen, um symptomorientiert und kontrolliert akute Krisenphasen lebbar zu machen. Von Matthias Seibt aus Bochum, Psychopharmaka-Berater des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE e.V.), lernte ich mit Erfolg den kurzzeitigen Umgang mit Bedarfsmedikamenten gegen unerwünschte Bewusstseinsveränderungen, die Klinikaufenthalte nach sich ziehen könnten.

HARTNÄCKIGKEIT, EIGENSINN UND GLÜCK

Ich brauchte lange, um mich von den traumatischen Erlebnissen zu erholen. Schutzräume boten dabei die Selbsthilfearbeit und eine Wohngemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, die von aufgeschlossenen PsychologInnen hilfreich ambulant begleitet wurde. Langsam, ängstlich und vorsichtig – angesichts drohender neuer traumatischer Erfahrungen mit Psychiatrie – begann ich ab 2002, Erlebnisse, Ziel und Bedeutung meiner „Psychosen“ aufzuarbeiten. Es gelang mir unter zu Hilfenah-



me einiger innerer und äusserer Ressourcen, die Inhalte in ein grosses Ganzes – sowohl meine Person als auch die Welt und das Leben selbst betreffend – zu integrieren. Der Beitrag der Psychiatrie zu diesem Prozess war sehr gering, nicht vorhanden oder negativ.

1999 war ich zum letzten Mal als Patient in einer psychiatrischen Klinik untergebracht. Seit 2002 habe ich keine psychiatrischen Psychopharmaka mehr genommen. Beruflich und privat lebe ich mittlerweile das Leben, das ich gerne leben möchte. Von 2000 bis 2006 habe ich auf einer bezahlten Halbtagsstelle die Selbsthilfearbeitsstelle Psychiatrie-Erfahrener in Saarbrücken geleitet. Seit April 2006 bin ich als Sozialarbeiter und Projektleiter im Saarländischen Tageszentrum Psychiatrie-Erfahrener für selbstbestimmte Alltagsgestaltung (STaPE) in Saarbrücken tätig, eine derzeit in Deutschland noch einzigartige Krisenhilfeeinrichtung. Das STaPE ist mit öffentlichen Geldern finanziert, erbringt „Hilfen für erwachsene seelisch behinderte Menschen in Form von Leistungen zur selbstbestimmten Alltagsgestaltung“ und wird von Psychiatrie-Erfahrenen geleitet.

Dank Hartnäckigkeit, Eigensinn und Glück – als Patient habe ich mit Psychiatrie nichts mehr zu tun.



Peter Weinmann, Diplom-Biologe, hat evangelische Theologie und Sozialpädagogik studiert, leitet das Saarländische Tageszentrum Psychiatrie-Erfahrener für selbstbestimmte Alltagsgestaltung (STaPE) in Saarbrücken und ist im Projektbeirat „Beschwerdestellen in der Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP).

PSYCHOSE UND PSYCHIATRIE ALS TRAUMA

Frühe Traumatisierungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken erheblich. Dies gilt auch für psychotische Erkrankungen. Bei Menschen mit Psychosen können Traumatisierungen überdies auch Folge der Krankheit und deren Behandlung sein.

Von Ingo Schäfer

Zwischen traumatischen Erfahrungen und psychischen Erkrankungen bestehen enge Zusammenhänge. So ist für die meisten psychischen Störungen gut belegt, dass vor allem frühe Traumatisierungen, wie sexuelle oder körperliche Gewalt in der Kindheit, die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens deutlich erhöhen. Dies gilt auch für psychotische Erkrankungen, auch wenn sie in entsprechenden Untersuchungen lange nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Entsprechend dieser Zusammenhänge finden sich bei Menschen mit psychischen Erkrankungen hohe Raten früher Traumatisierungen. So war ein Drittel bis die Hälfte aller PatientInnen mit psychotischen Erkrankungen sexuellen oder körperlichen Übergriffen in Kindheit und Jugend ausgesetzt. Gerade bei Menschen mit Psychosen können Traumatisierungen jedoch nicht nur eine Ursache, sondern auch die Folge der Erkran-

Beeinträchtigungsgefühlen verbunden sind. Inzwischen wurde deutlich, dass beides – belastende Erfahrungen im Rahmen der Behandlung, aber auch die Symptomatik selbst – bei vielen Betroffenen zu Beschwerdebildern führen, die auch in der Folge anderer traumatischer Erfahrungen auftreten. Dazu zählt insbesondere die so genannte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

PSYCHOSE UND POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Gerade in Bezug auf die Psychose-Symptomatik wurde zunächst kontrovers diskutiert, inwieweit sie als Trauma, das zu einer späteren PTBS führen kann, wirklich in Frage kommt. Eindrucksvolle Fallbeschreibungen von PTBS-Beschwerden nach abgeklungenen Psychosen und die Ergebnisse einer wachsenden Anzahl von Untersuchungen zum Thema lassen dies jedoch inzwischen fraglos erscheinen. Diese Studien ergaben, dass 11 bis 52 Prozent aller Untersuchten die diagnostischen Kriterien für eine PTBS erfüllten. Die grosse Spannweite dieser Ergebnisse scheint einerseits damit zusammen zu hängen, dass manche Untersuchungen nur Erfahrungen im Rahmen der Behandlung, andere dagegen auch das Psychoseerleben selbst berücksichtigten. Aber auch weitere Unterschiede, wie z. B. der Zeitpunkt der Befragung, scheinen zu den unterschiedlichen Häufigkeiten beizutragen. So fand eine Studie bei ersterkrankten PsychosepatientInnen, dass vier Monate nach der akuten Episode 46 Prozent die Diagnose einer PTBS erfüllten und ein Jahr später diese Zahl auf 35 Prozent gesunken war. Die Symptomatik bezog sich dabei überwiegend auf Zwangsmassnahmen im Rahmen der Behandlung und nur zu einem geringeren Teil auf die psychotische Symptomatik. Im Gegensatz dazu fanden andere Untersuchungen, dass Psychosesymptome eine deutlich grössere Bedeutung für die nachfolgende PTBS hatten, als Therapieerlebnisse.

Welche praktische Bedeutung haben nun diese auch als „postpsychotische PTBS“ bezeichneten Beeinträchtigungen? Zum einen scheinen sie zumindest bei einer Untergruppe von Betroffenen zu einem ungünstigeren Verlauf der Psychose beizutragen und deren Heilung zu behindern. So können Alpträume die häufig bei Psychosen auftretenden Schlafstörungen weiter verschlimmern; Vermeidungsverhalten kann sozialen Rückzug weiter verstärken und Symptome der vegetativen Übererregung können die Konzentrationsfähigkeit weiter verschlech-



kung und ihrer Behandlung sein. Offensichtlich ist dies im Falle von Zwangseinweisungen, die mit Gewalt einhergehen, oder von psychiatrischen Zwangsmassnahmen wie etwa Fixierungen oder Zwangsmedikationen. Auch der Aufenthalt auf einer geschlossenen Station, zusammen mit anderen, teilweise schwer erkrankten oder aggressiven PatientInnen, kann als hochtraumatisch erlebt werden und mit weiteren Gewalterlebnissen verbunden sein. Aber auch die Psychose-Symptomatik selbst kann traumatisierenden Charakter haben, etwa im Fall von stark ängstigenden Halluzinationen, denen sich die Betroffenen hilflos ausgeliefert fühlen, oder bei wahnhaften Erlebensweisen, die mit Verfolgungs- und

tern. Zum anderen existieren zwischen den Symptomen der Psychose und denen der PTBS auch deutliche Überschneidungen, die eine sorgfältige Diagnostik notwendig machen und dazu beitragen, dass sie offensichtlich bei vielen Betroffenen in der Praxis unerkannt bleibt. Eine besonders gefährdete Gruppe bilden dabei die 30 bis 50 Prozent aller Personen mit psychotischen Störungen, die bereits in früheren Lebensabschnitten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. Da frühere Traumatisierungen häufig zu einer erhöhten Empfindlichkeit für die Auswirkungen weiterer traumatischer Erfahrungen führen, muss davon ausgegangen werden, dass frühe Traumatisierungen neben der Schwere der Psychose-symptomatik und dem Bewältigungsstil in Bezug auf die psychotische Erfahrung einen besonderen Risikofaktor für die Entstehung einer postpsychotischen PTBS darstellen. Gerade bei dieser Gruppe von Betroffenen können auch andere Aspekte der Behandlung (re-)traumatisierend wirken, die in ihrer Intensität nicht ausreichen, um zur Entwicklung einer PTBS zu führen. Hier können sich im Rahmen der Behandlung Muster wiederholen, die sexuell missbrauchte oder körperlich misshandelte Personen bereits in früheren traumatischen Situationen durchleben mussten. Dazu zählt unter anderem das Ungleichgewicht an Macht und Information zwischen TherapeutIn und PatientIn, das Ignorieren der eigenen Bedürfnisse, die nicht mit den eigenen Empfindungen übereinstimmende, von aussen diktierte Realität sowie reale Einschränkungen der eigenen Autonomie und das Gefühl, hilflos und ausgeliefert zu sein.

THERAPEUTISCHE ANGEBOTE „TRAUMASENSIBLER“ GESTALTEN

Aufgrund der grossen Häufigkeit traumatischer Erfahrungen in den Biografien schwer psychisch erkrankter Menschen und der Gefahr einer (Re-)Traumatisierung durch die Behandlung wäre zunächst zu fordern, dass therapeutische Angebote unabhängig vom jeweiligen Setting „traumasensibler“ gestaltet werden. Dies bedeutet, wesentliche Grundprinzipien des Umganges mit traumatisierten Menschen zu berücksichtigen und in den Alltagsroutinen zu verankern. Grundsätzlich benötigen Betroffene mit ihren Erfahrungen von Ohnmacht, Angst und Isolation ausreichend äussere und innere Sicherheit. Häufig fällt es ihnen schwer, Vertrauen zu fassen, auch in therapeutischen Beziehungen. Betroffenen muss deshalb in allen Phasen der Behandlung ausreichend Sicherheit und Kontrolle vermittelt werden. Dazu kann gehören, noch expliziter zur Übernahme von Eigenverantwortung bei Therapieentscheidungen einzuladen oder Grenzsetzungen und Rückzug im therapeutischen Setting besser zu ermöglichen. Weiter muss die Gefahr potenzieller Retraumatisierungen im Rahmen von Zwangsmassnahmen und medizinischen Untersuchungen konsequent minimiert werden. Eine traumasensible Behandlung beinhaltet auch, systematisch Gesprächsangebote zu traumatischen Erfahrungen zu machen und mögliche Beschwerden in der Folge besser zu erkennen. Wichtig



erscheint deshalb eine angemessene Fort- und Weiterbildung zu Traumatisierungen und dem Umgang damit, für alle in der Psychiatrie Tätigen. Von der „traumasensiblen“ Behandlung, sind „traumaspezifische“ Angebote zu unterscheiden, die Elemente beinhalten, die sich in der Traumatherapie bewährt haben. Mit verschiedenen traumatherapeutischen Ansätzen, z.B. imaginativen Verfahren, liegen inzwischen auch bei PatientInnen mit psychotischen Störungen positive Erfahrungen vor. Auch mit kognitiv-behavioral orientierten Therapieverfahren wurden bereits positive Ergebnisse bei PsychosepatientInnen mit PTBS-Symptomen berichtet. PatientInnen mit frühen und komplexen Traumatisierungen können besonders von integrativen Therapieprogrammen profitieren, die einen Schwerpunkt auf Stabilisierung und den Aufbau von Copingstrategien setzen. Diese und andere innovative Verfahren sollten dringend weiter auf ihre Eignung für die Therapie traumatisierter Menschen mit Psychosen überprüft werden, um deren besonderen Bedürfnissen in Zukunft besser gerecht zu werden.

Literatur beim Verfasser.



.....
Ingo Schäfer, Dr. med., ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

PSYCHOSOZIALE NOTHILFE: SO ARBEITET DAS CARE TEAM ZENTRALSCHWEIZ

Nach Katastrophen, Unfällen und anderen belastenden Ereignissen ist oft in der Zeitung zu lesen: „Das Care Team war im Einsatz“ oder: „Angehörige wurden vom Care Team betreut.“ Wie sieht diese Nothilfe konkret aus und nach welchen Grundsätzen wird sie geleistet?

Von Maja Wyss

Seit dem Flugzeugabsturz vor Halifax und dem Attentat in Zug, ist die Arbeit von Care Teams ein öffentliches Thema. Auch in Fachkreisen wird sie immer wieder kontrovers diskutiert, wobei vor allem die Methode des „Debriefing“ in Frage gestellt wird. Diese Diskussion soll in diesem Artikel nicht aufgenommen werden, denn für die Arbeit „an der Front“ ist sie unerheblich, da sich die Interventionsmethoden längst geändert haben. Die folgenden Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, ich schreibe als Mitglied des Care Teams Zentralschweiz über unsere Art, die Aufgaben der psychosozialen Nothilfe zu lösen.

Das Care Team Zentralschweiz arbeitet nach den Richtlinien des Nationalen Netzwerkes Psychologischer Nothilfe (NNPN). Dieses Netzwerk ist eine vom Bundesrat eingesetzte ständige Fachgruppe, die den Bereich psychologische Nothilfe für die Organisationen des Bundes und die Partner des Koordinierten Sanitätsdienstes abstimmt. Die vom NNPN erstellten Richtlinien bilden die Grundlage für einheitliche Einsätze und Ausbildungsstandards. Die Mitglieder des Care Teams Zentralschweiz arbeiten alle auf freiwilliger Basis, d. h. unentgeltlich. Das Care Team ist multiprofessionell: Laien (Care Giver) und Fachpersonen (NotfallpsychologInnen, NotfallseelsorgerInnen) arbeiten miteinander im Team. Ein Care Team sollte auch multikulturell zusammengesetzt sein. Ist dies nicht möglich, wird kompetente Unterstützung angefordert, wenn Betroffene aus anderen Sprach- und Kulturkreisen begleitet werden sollen.

WER HAT ANSPRUCH AUF PSYCHOSOZIALE BETREUUNG?

Betroffene, Angehörige, Mitarbeitende oder ZuschauerInnen können vom Care Team Hilfe in Anspruch nehmen. Diese wird unmittelbar nach einem belastenden Ereignis oder nach ein paar Tagen (bis max. 14 Tage danach) angeboten. Die psychosoziale Betreuung ist ein Angebot, das angenommen werden kann, aber auch abgelehnt werden darf. Menschen reagieren und verarbeiten belastende Ereignisse unterschiedlich. Viele Faktoren beeinflussen diesen Prozess. So spielt es z. B. eine Rolle, ob jemand schon andere belastende Ereignisse erlebt hat und wie diese verarbeitet wurden. Menschen, die in schwierigen Lebensphasen stecken, werden durch ein belastendes Ereignis eher aus der Bahn geworfen als

solche, die vor dem Ereignis gut eingebettet waren in Familie, Beruf und Freundeskreis. Psychosoziale Nothilfe wird vom Care Team nach folgenden Ereignissen geleistet: Naturkatastrophen (z. B. Hochwasser 2005), Bränden, Verkehrs-, oder Betriebsunfällen oder nach unerwarteten Todesfällen (z. B. Herzstillstand, Kindstod, Suizid).

Das Care Team Zentralschweiz ist über eine zentrale Telefonnummer während 24 Stunden an 365 Tagen zu erreichen. Diese Notrufnummer ist allen Menschen zugänglich. Sie wird von Privatleuten wie auch von Firmen oder Blaulichtorganisationen gewählt. Die Notfallnummer wird in der Zentralschweiz von Telefon 143 betreut. Eingehende Einsätze werden an den Pikettdienst (Care Giver aus dem Care Team) weitergeleitet.

DER EINSATZ KURZ NACH DEM BELASTENDEN EREIGNIS

Bei der Betreuung unmittelbar nach einem Ereignis sind Betroffene in Sicherheit zu bringen. Dazu gehört es, Leute aus einer Gefahrenzone zu begleiten und für Wärme und Trockenheit zu sorgen. Care Giver sorgen für das körperliche Wohl der Betroffenen. Sie sind mit einem Rucksack ausgerüstet, in dem sich Getränke und Esswaren, eine Wärmedecke, ein trockenes Kleidungsstück, Taschenlampe, Sackmesser und Schnur sowie, falls Kinder dabei sind, auch Spielsachen befinden.

Betroffene wollen Informationen. Unter den Care Givern ist deshalb immer eine Person, die für den Kontakt mit den anwesenden Blaulichtorganisationen zuständig ist. Sie holt so die Informationen ein, die an Betroffene oder Angehörige weiter gegeben werden dürfen. Richtige Informationen sind wichtig, auch dann, wenn der Inhalt hart zu verarbeiten ist.

Wenn Betroffene z. B. ihre Angehörigen informieren möchten, organisieren Care Giver die Infrastruktur und unterstützen die Betroffenen bei der Suche nach der passenden Wortwahl. Bei Bedarf fahren sie Betroffene oder Angehörige nach Hause oder zum Arzt bzw. zur Ärztin. Care Giver haben Geduld: Ein Einsatz unmittelbar nach einem Ereignis kann Stunden dauern, ohne dass in dieser Zeit viel getan werden kann. Stundenlanges Warten heisst, mit den Betroffenen auszuhalten.



Care Giver unterstützen, ohne sich aufzudrängen. Sie halten sich im Hintergrund und sind bereit, wenn sie gebraucht werden. Sie hören zu, ohne ihre eigenen Erlebnisse und Gedanken mit einzuflechten. Tröstende Worte gibt es selten nach einem Ereignis – ganz einfach, weil es in diesem Moment oft keinen Trost gibt.

Eine weitere Aufgabe der Care Giver liegt darin, Betroffene, Angehörige und Bekannte dazu zu motivieren, selbst aktiv zu werden. Es ist wichtig, dass sie die Kontrolle wieder übernehmen, denn dies bedeutet, einen Schritt in Richtung Normalität zu tun.

Professionelle Fachkräfte des Care Teams begleiten z. B.: PolizistInnen bei der Überbringung von Todesnachrichten, Angehörige ins Leichenschauhaus, Betroffene an den Ort des Ereignisses

CARE EINSÄTZE NACH MEHREREN TAGEN

Anders gestaltet sich ein Einsatz, wenn das Ereignis schon Tage zurückliegt. Manche Menschen haben im ersten Augenblick nach einem Ereignis das Gefühl, dass sie selber damit zurechtkommen. Sie lehnen eine psychosoziale Betreuung ab. Das ist in Ordnung. Manchmal zeigen sich erst nach Abklingen des Schockzustands unerwartete Reaktionen. Sie können beunruhigend sein und Ängste auslösen.

Es können unterschiedliche Reaktionen auftreten wie z. B. Schlaf- oder Appetitstörungen, Schweissausbrüche, immer wiederkehrende Bilder, Geräusche oder Gerüche (Flashbacks), Herzrasen, Angstausschübe, Konzentrationsschwierigkeiten oder auch Wut. Ein Merkblatt, in dem diese Reaktionen beschrieben sind, wird an Betroffene oder auch an Angehörige abgegeben. Denn wenn sie darüber informiert werden, dass solche Reaktionen

eine normale Antwort auf ein nicht normales Ereignis darstellen, wirkt sich dies meist beruhigend aus.

Care Giver helfen auch bei der Suche nach persönlichen Ressourcen, die den Verarbeitungsprozess unterstützen. Damit diese wirksam eingesetzt werden können, müssen sie dem bisherigen Leben entstammen: Sport z. B. ist nur dann eine Ressource, wenn er von den Betroffenen auch vor dem belastenden Ereignis betrieben wurde. Da die Familie, Freunde oder Bekannte auf dem Weg zurück in die Normalität wichtig sind, sind Care Giver auch beim Aktivieren und Knüpfen von sozialen Verbindungen behilflich.

Betroffene, die länger als einen Monat unter Reaktionen leiden, werden an TraumatherapeutInnen weiter verwiesen. Die Diagnose, ob eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, ist frühestens nach einem Monat möglich und wird von spezifisch ausgebildeten TherapeutInnen oder PsychiaterInnen gestellt.

Die Begleitung in Care Einsätzen beinhaltet einfache und praktische Aufgaben. Zum grossen Teil können Laien diese Aufgaben übernehmen. Gefordert sind starke Persönlichkeiten, die diskret sind, Ideen haben, praktisch veranlagt sind, organisieren können und es auch aushalten können, im Hintergrund zu warten. Die Aufgabe fordert. Zufriedenheit gibt die Tatsache, dass mit wenig viel erreicht werden kann.



.....
Maja Wyss, Psychologin FSP, ist Vorstandsmitglied des Care Teams Zentralschweiz.

TRAUMA DURCH STRAFTATEN: WELCHE RECHTE HAT DAS OPFER?

Opfer von Straftaten haben Anrecht auf Beratung, Information und Begleitung durch eine anerkannte Opferhilfestelle. Die Tätigkeit der Opferhilfe stützt sich auf das schweizerische Opferhilfegesetz.

Von Jürg Gassmann



Fassungslosigkeit, Entsetzen, Wut, Sprachlosigkeit: Das sind Gefühle, die bei den Opfern von Raubüberfällen, Drohungen, schweren Verkehrsunfällen, häuslicher Gewalt und Sexualdelikten zurückbleiben. Davon betroffene Personen und ihre Angehörigen erleben, dass eine Straftat ihre persönliche Integrität verletzt,

sie aus den gewohnten Bahnen wirft und häufig gravierende familiäre, berufliche und finanzielle Probleme zurücklässt. Eine rasche und unbürokratische Hilfe kann entlastend wirken und eine sekundäre Traumatisierung verhindern, die dem Opfer durch das Strafverfahren erwachsen kann.

Das Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten, das seit 1.1.1993 in Kraft steht, garantiert, dass Personen, die unmittelbar in ihrer körperlichen, sexuellen oder psychischen Integrität verletzt worden sind, Hilfe erhalten. Die nahen Angehörigen des Opfers können im Wesentlichen die gleichen Rechte beanspruchen wie das Opfer selbst. Die Hilfeleistungen können auch dann beansprucht werden, wenn der Täter nicht ermittelt werden konnte oder nicht schuldhaft gehandelt hat. Auch bei Straftaten, die im Ausland verübt wurden, können in der Schweiz wohnhafte Personen grundsätzlich nach der Rückkehr Opferhilfe in Anspruch nehmen.

OPFERHILFESTELLEN

Das Opfer und seine Angehörigen haben das Recht, sich direkt an eine Opferhilfestelle ihrer Wahl zu wenden. Erstattet das Opfer einer Straftat Anzeige bei der Polizei, so wird es von dieser auf das Angebot der Opferhilfe aufmerksam gemacht. In der Regel ist es sinnvoll, sich an eine Beratungsstelle des Wohnkantons zu wenden, da diese die örtlichen Hilfsangebote am besten kennt. Neben den allgemeinen Beratungsstellen gibt es in verschiedenen Kantonen Beratungsstellen, die auf Kinder und Jugendliche oder auf Frauen spezialisiert sind. In einzelnen Kantonen besteht auch ein spezifisches Angebot für Männer. Eine Liste der Beratungsstellen findet sich im Internet unter: www.opferhilfe-schweiz.ch

Ist es ratsam, eine Strafanzeige zu erstatten? Welche Therapeutin ist geeignet? Die Opferhilfestelle beantwortet solche und ähnliche Fragen. Sie leistet selbst medizinische, psychologische, materielle oder juristische Hilfe oder lässt diese Hilfeleistungen durch Dritte erbringen. Die direkt von den Beratungsstellen erbrachten Leistungen sowie die Soforthilfe von Dritten sind kostenlos. Wenn es die finanzielle Lage des Opfers rechtfertigt, kann die Beratungsstelle auch die Kosten für eine längerfristige Hilfe Dritter ganz oder teilweise berappen, also zum Beispiel die Arzt-, Anwalts- und Verfahrenskosten übernehmen.

VERFAHRENSRECHTE UND ENTSCHÄDIGUNG

Das Opferhilfegesetz enthält verschiedene Regelungen, die dem Schutz der Persönlichkeit des Opfers und seiner Rechte dienen. So darf sich das Opfer von einer Vertrauensperson zu Befragungen durch die Polizei begleiten lassen. Bei Sexualdelikten hat es das Recht, sich durch eine Person des gleichen Geschlechts vertreten zu lassen. Es kann sich am Strafverfahren beteiligen und hat dabei Gelegenheit, finanzielle Ansprüche gegen die Täterschaft geltend zu machen. Falls die Täterschaft oder ein anderer Kostenträger, zum Beispiel eine Versicherung, nicht oder nur ungenügend für den entstandenen Schaden aufkommt, besteht die Möglichkeit, finanzielle Leistungen beim Kanton geltend zu machen. Eine Entschädigung wird ausgerichtet, wenn das Einkommen des Opfers einen bestimmten Grenzbetrag nicht übersteigt. Eine Genugtuung kann unabhängig vom Einkommen beansprucht werden, setzt jedoch voraus, dass schwere Betroffenheit oder besondere Umstände vorliegen. Die finanzielle Forderung muss innert zwei Jahren nach der Straftat bei der zuständigen kantonalen Behörde eingereicht werden. Danach besteht kein Anspruch mehr.



Jürg Gassmann, Rechtsanwalt, ist Zentralsekretär von Pro Mente Sana.

ANLAUFSTELLEN UND INFORMATIONEN

ANLAUFSTELLEN

■ **Traumastation d. Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Littenheid**
9573 Littenheid TG
Oberarzt Bernd Frank
Tel. 071 929 60 60 (Zentrale)
www.littenheid.ch

■ **Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer Zürich**
Psychiatrische Poliklinik
Culmannstrasse 8, 8091 Zürich
Tel. 044 255 49 07
www.psychiatrie.usz.ch/german/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/FolterKrieg/
Hier finden sich unter anderem PatientInneninformationen über PTSD in acht verschiedenen Sprachen.

■ **Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK**
Freiburgstrasse 44a, 3010 Bern
Tel. 031 390 50 50
www.redcross.ch
ambulatorium.miges@redcross.ch

■ **Sprechstunde für Psychotraumatologie am Kinderspital Zürich**
PD Dr. phil. Markus Landolt
Tel. 044 266 73 96
www.kispi.uzh.ch/af/Kinderspital/Psychosomatik/Liaison/Psychotraumatologie_de.html

BÜCHER/LITERATUR

■ Luise Reddemann & Cornelia Dehner-Rau. **Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen.** Stuttgart 2004: Trias Verlag. Fr. 33.–
Leicht verständlicher Ratgeber für Betroffene, mit vielen Selbsthilfe- und Therapietipps.

■ Andreas Maercker & Rita Rosner (Hrsg.) **Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend.** Stuttgart 2006: Thieme Verlag. Fr. 50.90
Überblick über Therapiemethoden zur Behandlung der PTSD.

■ Peter Levine. **Trauma-Heilung. Das Erwachen des inneren Tigers.** Essen 1998: Synthesis Verlag. Fr. 36.40
Gute Einführung in die Entstehung und Behandlung von Traumata, auch für Betroffene und Angehörige geeignet. Vom Begründer des Somatic Experiencing (SE).

■ Hausmann, Clemens. **Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards.** Wien 2005: Facultas. Fr. 61.30

■ Thomas Meier & Ulrich Schnyder (2007). **Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern.** Bern 2007: Hans Huber. Fr. 50.90

■ Ulrich Sachsse (Hrsg.) **Traumazentrierte Psychotherapie.** Stuttgart 2004: Schattauer. Fr. 90.90
Sehr empfehlenswertes Übersichtsbuch zur Traumatherapie. Konkret mit anschaulichen Interventionen.

■ Hans Holderegger. **Der Umgang mit dem Trauma.** Stuttgart 2003: Klett-Cotta. Fr. 44.90
Das Buch richtet sich an Fachpersonen und gibt aus der Praxis stammende wertvolle Anregungen. Wie umgehen mit Gefühlen, die im Behandlungsprozess bei den Behandelnden selbst ausgelöst werden?

■ Ursula Wirz. **Seelenmord. Inzest und Therapie.** Zürich 1991: Kreuz Verlag. Fr. 27.50
Ein einfühlsam geschriebenes Buch über das Trauma des Inzest, geschrieben für Betroffene, Angehörige und Fachleute. Ein Klassiker.

SELBSTHILFE

■ **Auskunft über lokale Selbsthilfegruppen zum Bereich Traumatisierung erhalten Sie bei der Stiftung KOSCH:**
Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz
Laufenstrasse 12, 4053 Basel
Tel. 0848 810 814

INTERNET

■ www.psychotraumatologie.ch
Institut für Psychotraumatologie Zürich. Umfangreiche Informationen zu Traumathemen.

■ www.mas-psychotraumatology.uzh.ch
Postgraduierter Studiengang „Master of Advanced Studies in Psychotraumatology“ der Universität Zürich.

■ www.institut-psychotrauma.ch
Institut für Psychotrauma Schweiz, Debriefing-Kurse und andere Fortbildungen. Umfangreiche Liste von Debriefern.

■ www.psychotrauma.ch
Zürcher Fachstelle für Psychotraumatologie. Zusammenschluss von PsychotherapeutInnen, die einen Notfalldienst, Psychotherapie, Beratung und Schulung anbieten.

■ www.iip.ch
Zentrum für Psychotraumatologie und Psychotraumatheorie, Psychotherapie-Fortbildung – Supervision. Schweizer EMDR-Institut.

■ www.notfallseelsorge.ch
Adressliste nach Kantonen.

■ www.nnpn.ch
Homepage des Nationalen Netzwerks psychologische Nothilfe, das bei Unfällen und Katastrophen aktiv wird.

■ www.luise-reddemann.info
Informationen zur Psychodynamisch-Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann.

■ www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-010.htm
Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

■ www.thieme-connect.com/ejournals/toc/psychotrauma/1225
Mehrere Jahrgänge der Zeitschrift „Psychotraumatologie“ sind gratis online abrufbar.

KRITISCHES ZUR FORDERUNG „ARBEIT STATT SOZIALHILFE ODER RENTE“

Sozialpolitik wird heute von Forderungen wie „Arbeit statt Sozialhilfe“ und „Integration statt Renten“ geprägt. Was plausibel und fortschrittlich tönt, wird auch zum Abbau sozialer Unterstützung benutzt. Ein Buch klärt auf.

Von Christoph Lüthy

Sibylle Prins, eine engagierte Psychiatrie-Erfahrenere aus Deutschland, hat an der Tagung 2007 von Pro Mente Sana zum Thema Recovery (Gesundungswege) betont, es sei für das Wohlbefinden von Betroffenen wichtig, dass sie über politische Vorgänge, die ihre Situation beeinflussen, etwas wissen. Ich möchte Ihnen an dieser Stelle von einem Buch berichten, das die jüngsten Veränderungen in der Sozialpolitik in den USA, Niederlanden und Grossbritannien erklärt. Wieso soll das für uns in der Schweiz akut sein? Was in den letzten 25 Jahren in diesen Ländern passierte, ist heute für die IV-Bezügerinnen und Sozialhilfebezüger in der Schweiz aktuell.

Kurt Wyss beschreibt in seinem Buch „Workfare“ eine Veränderung in der Sozialpolitik, die gegen 1980 begann und darin besteht, dass den Bedürftigen Arbeit – statt Sozialhilfe oder Rente – gegeben werden soll. Diese Veränderung, die auch durch den Slogan „Workfare statt Welfare“ (Arbeitsbeschaffung statt Wohlfahrt) gekennzeichnet ist, wird von den unterschiedlichsten politischen Kräften gestützt: neokonservativen, neoliberalen und sozialdemokratischen à la Tony Blair in England oder Gerhard Schröder in Deutschland (so genannt „New Labour“).

Alle drei Kräfte gehen vom selben Vorurteil aus, dass BezügerInnen von Sozialhilfe und ein erheblicher Teil von IV-RentnerInnen nicht arbeiten wollen, obwohl sie könnten. Dies ist deshalb ein Vorurteil, weil es die Vertreter von Workfare nicht belegen und weil es diverse Forschungsergebnisse gibt, die das Gegenteil zeigen: Die von Erwerbslosigkeit Betroffenen versuchen alles, um wieder aus der Erwerbslosigkeit und aus dem stigmatisierenden Sozialleistungsbezug herauszukommen. Darüber hinaus macht eine Mehrheit der Personen, die Anrecht auf Sozialhilfe hätte, von diesem gar keinen Gebrauch (S. 86f. des Buches).

Kurt Wyss: **WORKFARE. Sozialstaatliche Repression im Dienst des globalisierten Kapitalismus.** Zürich 2007: edition 8, 160 S., Fr. 24.–.

Samstag, 31. Mai 2008, 10 bis 13 Uhr, Zürich:
Diskussion mit Kurt Wyss und Christoph Lüthy über die Themen des Buches „Workfare“. Auskunft/Anmeldung: ch.luethy@promentesana.ch oder an: Pro Mente Sana, z. H. C. Lüthy, Hardturmstrasse 261, 8031 Zürich

Die Gegenmassnahmen, die die Workfare-Anhänger propagieren, um die Erwerbslosen wieder zur Arbeit zu bringen, sind:

- Kürzungen der Leistungen bzw. Ausschluss davon (neokonservative Linie)
- Statuierung einer Gegenpflicht: Keine Sozialhilfe ohne Teilnahme an Arbeitsmassnahmen (neoliberale Linie)
- Verpflichtung zur Weiterbildung und Einführung des Supported Employment, das heisst Wiedereingliederung durch Begleitung am Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft (New Labour-Linie)

Weil ein Teil der Betroffenen die Teilnahme an Arbeitsmassnahmen, die Weiterbildung sowie das Supported Employment nicht durchhalten kann oder will, führen auch die neoliberale und die New Labour-Linie in vielen Fällen zu Leistungskürzungen oder -ausschluss. Empirische Untersuchungen zeigen nun, dass Workfare nicht dazu führt, dass Sozialhilfebezügerinnen und IV-Rentner vermehrt wieder erwerbstätig werden können (S. 114f.). Im Gegenteil, die Verarmung und gesundheitliche Verwahrlosung der betroffenen Gruppen nehmen zu (S. 90ff.). Die offizielle Politik gesteht das aber nicht ein.

Vor diesem Hintergrund kommt Wyss zum Schluss, dass es bei dieser Politik gar nicht wirklich um die Integration von SozialhilfebezügerInnen und RentnerInnen geht. Es gehe vielmehr darum, denjenigen, die noch im Arbeitsprozess stehen, vor dem Verlust des Arbeitsplatzes Angst zu machen und sie so zur Annahme schlechterer Arbeitsbedingungen bereit zu machen.

Es liegt eigentlich auf der Hand, dass die massenhafte Wiedereingliederung von BezügerInnen von Sozialhilfe und IV-Renten nicht gelingen kann. Bundesrätin Doris Leuthard rechnet selber mit einer zukünftigen Sockel-arbeitslosigkeit in der Schweiz von 3,2 Prozent bzw. 125 000 Menschen (NZZ 15./16. Dez. 2007). Wie sollen da SozialhilfebezügerInnen und IV-RentnerInnen noch Platz im Arbeitsmarkt haben? Eigentlich sind es strukturelle Gründe, dass wir so wenig bezahlte Arbeit für diese Leute haben – soweit sie gesundheitlich überhaupt arbeiten könnten. Workfare sorgt aber dafür, dass die Betroffenen das Gefühl erhalten, sei seien selber daran Schuld, dass sie den Weg zurück in die Arbeit nicht schaffen und deswegen Leistungskürzungen in Kauf nehmen müssen. So bleibt der Makel an ihnen hängen. Das diskriminiert!



Illustration: Kurt Wyss. Die Zeichnung, die den Buchumschlag schmückt, zeigt Charlie Chaplin, der im Film „Modern Times“ am Fließband immer schneller sinnlose Schrauben anziehen muss.

WENIG MISSBRAUCH

Um dieses Gefühl der eigenen Schuld bei den Betroffenen und in der öffentlichen Meinung zu erreichen, ist der Missbrauchsvorwurf von zentraler Bedeutung, also der Vorwurf, die LeistungsbezügerInnen könnten arbeiten, wenn sie nur wollten. In England ordnete die Regierung Blair 1997 die Überprüfung von 442 000 Dossiers von IV-Renten-BezügerInnen an, um herauszufinden, ob die Bezugsberechtigung zu Recht bestehe. Bei knapp 5 000 Personen – also 1,1 Prozent aller BezügerInnen – kam die Verwaltung zum Schluss, sie hätten die Rente zu Unrecht bezogen. Die ganze Überprüfungsaktion wurde daraufhin ohne weitere Erklärung eingestellt (S. 123f).

Ein ähnliches Bild in der Schweiz: Gemäss dem Vorsteher der IV im Bundesamt für Sozialversicherung belaufen sich die unrechtmässig ausbezahlten Leistungen der IV auf 300 bis 400 Millionen, wobei der grösste Teil auf Fehler der Versicherung zurück zu führen sei, nicht auf ein Verschulden der Versicherten (NZZ vom 18.12.07). Er geht davon aus, dass ein Prozent der Rentenbezüger betrügerisch vorgegangen sind (Tages-Anzeiger vom gleichen Datum). Oder der Verantwortliche für IV-Missbrauchsfälle im Kanton Aargau erklärt: „Von Tausenden Missbrauchsmeldungen waren im vergangenen Jahr zwei gerechtfertigt“ (Beobachter 23/2007 S. 11). Der Missbrauchsvorwurf trifft auf eine verschwindend kleine Zahl zu. Aber wichtiger ist der Vorwurf selber

als die Frage, ob ihm eine Tatsache entspricht. Mithilfe des Vorwurfs wurden z.B. die Verschärfungen der 5. IVG-Revision politisch möglich gemacht.

„WENIGER IV-RENTEN“ FÜHRTE ZU „MEHR IV-RENTEN“

In den Niederlanden wurde in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts eine ähnliche IV-Sparpolitik betrieben, wie sie jetzt in der Schweiz im Zuge der 5. IVG-Revision nachgeahmt wird: mehr Ablehnungen und Reduktion von bestehenden Renten. Mitte der 90er-Jahre hatte die holländische Invalidenversicherung noch nie so wenige Neu-bezügerInnen von IV-Renten und so viele Austritte aus der IV. 1999 war es dann schon wieder umgekehrt: Die Zahl der zugesprochenen Renten war höher als je zuvor.

Was war geschehen? Kurt Wyss geht davon aus, dass vielen Menschen, die wegen einer chronischen Krankheit auf eine IV-Rente angewiesen gewesen wären, diese verwehrt wurde. Diese Menschen waren daraufhin gezwungen, die Workfare-Mühlen der Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe zu durchlaufen, ohne jede Chance, wieder eine Stelle zu finden. In dieser Zeit dürfte sich die Lage der Betroffenen sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht derart verschlechtert haben, dass man ihnen nach einer unnötig verlängerten Leidenszeit, in der die Sache nur verschlimmert wurde, doch noch eine Rente zusprechen musste (S. 96).

UND WIR FACHLEUTE?

Auch kritische Fachleute sind nicht frei vom Missbrauchsvorwurf oder dem Vorurteil, dass eine breite Wiedereingliederung der SozialhilfebezügerInnen und IV-RentnerInnen möglich sei. Wir müssen uns kritisch durch diese Themen hindurch arbeiten. So unterzieht Wyss etwa auch das Prinzip des Supported Employment anhand einer englischen Studie einer kritischen Sichtung. Der Befund der Forscher: Supported employment, so wie es von vielen sozialen Organisationen angeboten werde, verhindere die Entwicklung von Arbeiten, die den Fähigkeiten der Betroffenen entsprechen. Es sei zu sehr an den real vorhandenen Stellen orientiert, statt an der Gestaltung von sozialen Räumen, die den Menschen mit Behinderung ermöglichen, so zu sein wie sie sind (S. 128ff.).

Kurt Wyss, 1959, ist Soziologe mit eigenem Büro für Sozialforschung in Zürich.



Christoph Lüthy, Rechtsanwalt, ist Mitarbeiter bei Pro Mente Sana.

Wendezeit

Nun ist die Wendezeit gekommen
 Und zwar meine Wendezeit
 Zeit zum studieren
 Zeit zum Abschied nehmen
 Zeit zu sich selber zu finden
 Zeit zum ehrlich sein
 Zeit zu Leben
 Zeit zu Sterben

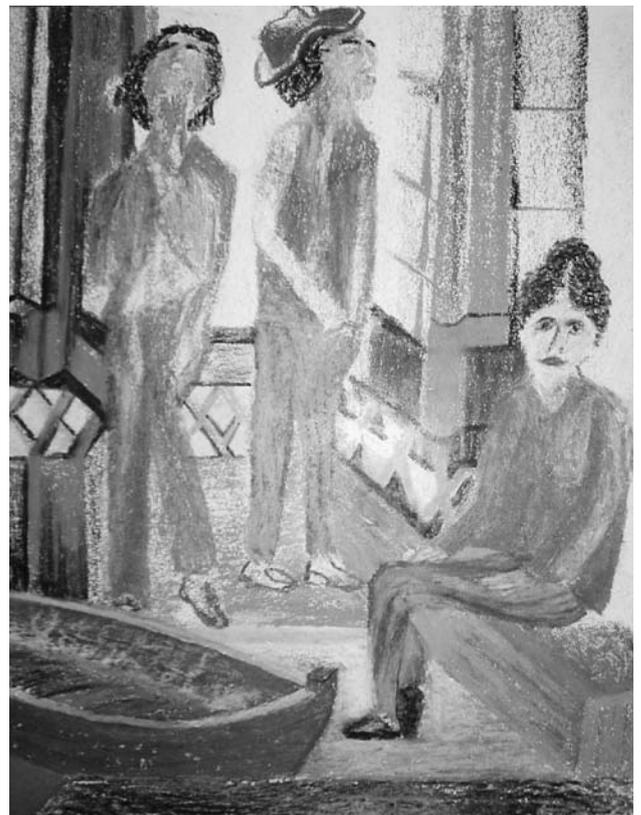
Nun ist die Wendezeit gekommen
 Und zwar meine Wendezeit
 Zeit um lieb gewordenen Menschen zu danken
 Zeit zu erleben
 Zeit zu spüren
 Zeit zum neu anfangen
 Zeit um Altes hinter sich zu lassen
 Zeit zu schreiben

Nun ist unsere Wendezeit gekommen
 Und zwar unsere Wendezeit
 Zeit uns zu lieben
 Zeit um in eine gemeinsame Zukunft zu gehen
 Zeit uns zu verstehen
 Zeit zu schweigen
 Zeit um zärtlich zu sein
 Zeit um nie mehr auseinander zu gehen

Es ist niemand hier
 Nur ich bin hier
 Mit einem Ich voller Leere
 Mit einem Gefühl der Traurigkeit
 Niemand ist hier, der mich
 Meinem Ich beraubt

Es ist niemand dort
 Nur ich bin dort
 Mit einer blutenden Seele
 Mit einem unendlichen Schmerz
 Niemand ist dort, der mich
 Meiner Seele beraubt

Es ist so tief, dass niemand hier
 Oder dort sein könnte
 So bin ich jetzt
 Mit einem unerträglichen
 Einsamen Ich
 Mit einer unerträglich
 Einsamen Seele
 Nur, bin ich hier?



Etwas in mir ist erloschen
 Etwas in mir ist tot
 Etwas in mir wird nie wieder sein
 Wie früher

Etwas in mir schmerzt
 Etwas in mir blutet
 Etwas in mir wird nie wieder
 Lebendig sein
 Etwas in mir blüht
 Etwas in mir leuchtet
 Etwas in mir ist noch
 Lebendig

* * *

Heute scheint die Sonne
 Es wärmt mich sehr
 Heut ist der Himmel blau
 es lässt mich hoffen
 Obwohl der Weg lang ist
 Obwohl es oft stürmt
 Heut hab ich gelacht
 Es freut mich sehr
 Heut hab ich geglaubt
 Es hält mich fest
 Obwohl ich oft nicht mehr kann
 Obwohl ich noch traurig bin

Einen geliebten Menschen verlieren
 Ist wie das Rauschen des Meeres vermissen
 Einen geliebten Menschen durch eigene Schuld
 zu verlieren
 Ist wie sich selber das Messer in den Bauch zu stossen
 Einen geliebten Menschen gehen sehen
 Ist wie das Dunkel in der Nacht
 Von einem lieben Menschen Abschied nehmen
 Ist ein bisschen Sterben

Die Gedichte stammen aus dem Buch „Wendezeit“ von Simone Luginbühl-Siggen. Sie ist 37-jährig, seit 20 Jahren psychiatrieerfahren und lebt zusammen mit ihrem Mann und zwei Hunden in Köniz im Kanton Bern. Sie ist Anthroposophin und hat im Buch „Wendezeit“ ihre ganz persönliche Geschichte mittels Texten, Tagebuchaufzeichnungen, Gedichten und Briefen verarbeitet.



Corado Vacchi ist 60-jährig, hat eine Ausbildung an der Kunstgewerbeschule absolviert und malt seit sieben Jahren regelmässig im Malatelier Wolf in der Säule in Zürich. In seiner Freizeit treibt er auch gerne Sport und fotografiert.

BÜCHER

DIE IV – EINE KRANKEN- GESCHICHTE

Monika Bütler (Universität St. Gallen, HSG), Katja Gentinetta (Avenir Suisse). Zürich 2007: Verlag NZZ Libro. 248 Seiten. Fr. 29.-

Der think tank von Avenir Suisse, der Ideologieträgerin liberalen Gedankenguts, hat sich durch die obgenannten Autorinnen – sie werden im Buch nicht weiter vorgestellt – nun auch zum Zustand und Ausblick der Invalidenversicherung (IV) geäußert. Gleich zu Beginn des Buches dankt man der Schweizerischen Volkspartei (SVP), dass sie mit der Debatte zum Thema „Scheininvaliden“ die Basis zur nun Gesetz gewordenen 5. IVG-Revision gelegt habe. Schlagwortartig wird festgehalten, dass die ökonomischen und gesellschaftlichen Veränderungen aufgrund der Globalisierung, der Medikalisierung nicht gesundheitlicher Probleme sowie der Individualisierung, aus der IV ein Auffangbecken gemacht hätten. Das Misstrauen gegenüber psychisch beeinträchtigten Menschen erscheint mir dabei eklatant, besonders dann, wenn ich Satzteile lese wie „IV-Renten aufgrund psychischer und anderer (!) schwierig objektivierbarer Leiden [...]“. Die Doktrin heisst Ausgaben senken und wiedereingliedern. Ist eine Person nicht eingliederungsfähig, soll sie wenigstens zu Bürgerpflichten angehalten werden, um staatliche Unterstützung zu erhalten. Um die „Anreize“ zum Arbeitserwerb zu verbessern, soll auch über die Herabsetzung der Grundbedarfe in verschiedenen Sozialwerken nachgedacht werden. Damit vergrößere sich die Motivation zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Dass etwa das Lohnniveau auf den untersten Einkommensstufen zu tief sei, steht nicht auf der Traktandenliste von Avenir Suisse. Mein Prädikat: nicht empfehlenswert.

Aida Stähli

PSYCHOSEN VERSTEHEN

Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis. Reinhard Lütjen. Bonn 2007: Psychiatrieverlag. Fr. 34.90.

Empowerment, Ressourcenorientierung, „Recovery und eine Psychiatrie für die Person“ – das sind ermutigende Konzepte und Begriffe, welche die Suche nach einem neuen Zugang zu psychisch erkrankten Menschen spiegeln. Sie alle wollen die betroffene Person als Subjekt ins Zentrum stellen. Doch Worte verlieren leicht ihre verändernde Kraft, sie laufen Gefahr, leere Hülsen zu werden, wenn Bedeutung und Konsequenzen unklar bleiben. Reinhard Lütjen geht deshalb der Frage nach, was es heisst, den Menschen als Subjekt zu verstehen, ihn „immer als subjektiven Deuter und Bewältiger seiner je individuell erfahrenen Welt“ zu sehen, auch dann, wenn uns seine Sicht völlig unverständlich erscheint oder wir sie als destruktiv wahrnehmen.

Nach einer ersten knappen Darstellung subjektorientierter Überlegungen aus Philosophie, Psychologie, und Sozialwissenschaften und einer kurzen Diskussion der „post-modernen“ Infragestellung des Konzepts menschlicher Willensfreiheit durch Philosophie und Hirnforschung schildert er in je einem Kapitel „Theorieentwürfe“, die sich auf das Wesen psychotischer Erfahrung beziehen.

Er wählt in „durchaus subjektiver Auswahl“ die Zugänge fünf sehr unterschiedlicher Autoren (Laing, Ciompi, Mentzos, Wulff, Bock) mit ihren existentialistischen, affektlogischen, psychoanalytischen, ethnopsychiatrischen und anthropologischen Orientierungen. Diese Darstellungen sind präzise und klar geschrieben. Die Lektüre dieses Teils ist dennoch anspruchsvoll, sie macht aber auch Lust, längst Gelesenes wieder hervorzuholen und

Unbekanntes genauer anzuschauen. Es gibt keine fertigen Antworten, aber viele Anstösse zum weiterdenken. Vor allem wird deutlich, wie sehr die eingangs genannten Konzepte und ein subjektorientiertes Psychose- und Psychiatrieverständnis zusammenhängen.

Lütjen schlägt anschliessend die Brücke zur Praxis und entwirft ein Modell subjektorientierter Kategorien mit dem Anliegen, einen gemeinsamen „Sprachschlüssel“ zu finden, mit dem sich psychoseerfahrene Menschen und „Profis“ auf gemeinsame Erkundung begeben können. Er diskutiert, was eine subjektorientierte Haltung in der konkreten Praxis, zum Beispiel beim Arbeiten mit personenzentrierter Hilfeplanung, Psychoedukation im Dialog, aber auch im Umgang mit „Unfreiwilligkeit“ bedeuten kann. Und die psychoseerfahrenen Menschen selbst? Im Buch sind sie durch die Geschichte von Herr A. und Frau V. vertreten. An uns liegt es, inwieweit wir sie in gemeinsamen Erkundungen als Mitforschende einbeziehen.

Wie ein roter Faden durchzieht die Darstellung aller oben genannten Autoren ein Grundverständnis von Psychose gleichermassen als Scheitern und Bewältigungsversuch der Herausforderung, das Leben als eigenständiges Individuum und in Gemeinschaft mit anderen zu führen. Wenn ich „die andere Person wie ‚meinesgleichen‘ betrachte, ihren Erlebnissen dieselbe Begründetheit zugestehe, wie ich es für mich selbst in Anspruch nehme“, dann stehe ich ihr gleichermassen als Person, als Teil dieser Gemeinschaft gegenüber, so wie sie für mich Teil der Gemeinschaft ist, der ich in meinem Subjekt-Sein gegenüberstehe. Subjektorientierung ist so weder Methode noch Technik, sondern Grundhaltung in einem offenen Prozess.

Thomas Rüst

INFORMATION IN KÜRZE

WINTERTHUR: 12 NEUE BEHANDLUNGS- PLÄTZE FÜR JUGENDLICHE

Mit der neuen psychiatrischen Adoleszenzstation in der Klinik Schlossthal in Winterthur behebt der Kanton Zürich einen Kapazitätsengpass. Bislang mussten Jugendliche oft in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden, weil die vorhandenen Stationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPD) in Zürich überfüllt waren. In Winterthur stehen nun zwölf Behandlungsplätze für 14- bis 18-jährige Jugendliche aus dem ganzen Kanton Zürich zur Verfügung – und zwar während 24 Stunden. Das Behandlungskonzept sieht drei Schwerpunkte vor: Krisenintervention – bei akuter Selbstgefährdung; Jugendliche mit externalisierenden Störungen – etwa Suchtmittelkonsum und gestörtes Sozialverhalten; und schliesslich allgemeine akut-

psychiatrische Behandlung von Jugendlichen. Die Aufenthaltsdauern variieren von drei Tagen bis zu zwölf Wochen. Die Kosten für den Betrieb der Spezialstation betragen 2,1 Millionen Franken jährlich.

HERISAU (AR): NEUES BÜNDNIS GEGEN DEPRESSIONEN

Weil Appenzell Ausserrhoden die höchste Suizidrate der Schweiz aufweist, startet die Regierung zum 100-Jahr-Jubiläum des Psychiatrischen Zentrums Appenzell ein „Bündnis gegen Depression“. Zusammen mit Basel, Innerrhoden und Bern liegt die Suizidrate bei rund 25 pro 100 000 EinwohnerInnen. Das Schweizer Mittel beträgt 19. Psychosen und vor allem Depressionen sind die häufigsten Ursachen von Selbsttötungen. Als erster Ostschweizer

Kanton will Ausserrhoden jetzt nach dem Muster ähnlicher Projekte in den Kantonen Bern und Zug in den kommenden Jahren die Bevölkerung für Anzeichen und Behandlung von Depression sensibilisieren. Die Krankheit soll entstigmatisiert, die Früherkennung gefördert und die Psychiatrie mit HausärztInnen, Beratungsstellen, Kirchen, Gemeinden und Arbeitgebenden vernetzt werden. Scham und Schuldgefühle verhindern zu oft, dass Betroffene rechtzeitig Hilfe suchen.

Die Gründe der Erkrankung liegen weitgehend im Bereich der Hypothesen: Mobbing, Stress, Vereinsamung in der appenzellischen Streusiedlung gehören demnach zu den möglichen Auslösern. Das Projekt „Bündnis gegen Depression“ könnte auch zu einer vertieften Untersuchung der Krankheitsursachen führen. Mit einem Veranstaltungszyklus soll der Bevölkerung Schwellenangst vor der Psychiatrie genommen

ANZEIGE



Sunnehus

Ökumenisches Kur- und Bildungszentrum
9658 Wildhaus

Dem Leben Raum geben

Im Sunnehus steht der Mensch im Zentrum. In einer Atmosphäre des Geborgenseins, menschlicher Beziehung und fachlicher Betreuung finden Sie ein ganzheitliches Kurangebot, das sich nach Ihren individuellen Bedürfnissen richtet.

- ◆ Medizinische Betreuung
- ◆ Gespräche und Behandlungen mit Einbezug von Sinn- und Seinsfragen
- ◆ Atem- und Empfindungsübungen
- ◆ Massagen, Wickel, Sprudelbäder, Finarium
- ◆ Kreative Entfaltungsmöglichkeiten
- ◆ Familiäre Atmosphäre in ruhiger Umgebung
- ◆ Bio-Vollwertküche mit KNOSPE-Zertifikat
- ◆ Sonnenterrasse mit herrlicher Aussicht

Telefon: **071 998 55 55**
Homepage: **www.sunnehus.org**

Ziele setzen:
Pflege, Bildung, Management



Weiterbildungszentrum für
Gesundheitsberufe

"Ambulant vor stationär"

Diesen Slogan in der psychiatrischen Versorgung nehmen wir ernst und bieten dazu für Pflegenden laufend Kurse an:

Borderline – Unerklärbar? Unbehandelbar?
16.04.08 (1 Tag)

Pflegediagnostik in der psychiatrischen Pflege
21.04.08 (2 Tage)

Männer und Gesundheit – ein Thema für die Pflegepraxis?
15.05.08 (1 Tag)

Patientenedukation – Psychoedukation
03. + 18.06.08 (2 Tage)

Begleitung psychisch kranker Menschen durch die Spitex
09. + 10.06.08 (2 Tage)

Auskunft: Johanna Stutz, Telefon 062 837 58 75

WE'G Mühlemattstrasse 42
CH-5001 Aarau **www.weg-edu.ch**
Telefon +41(0)62 837 58 58
Fax +41(0)62 837 58 60
E-Mail info@weg-edu.ch

werden. PatientInnen und Personal des Psychiatrischen Zentrums Appenzell (PZA) arbeiten bei über 30 Anlässen mit Partnerorganisationen und Kulturschaffenden zusammen. Organisiert werden Ausstellungen, Lesungen, Theater, Filme sowie Fachtagungen.

.....

SÜDHALDE-PREIS 2008: EINLADUNG ZUR PROJEKT- EINGABE

Kennen Sie Pflegepersonen, die sich in der Betreuung von psychisch Kranken in der Schweiz in besonderer Weise verdient gemacht, sich für die Verbesserung der Pflegequalität erfolgreich eingesetzt oder sich um die Hebung der beruflichen Eigenständigkeit bemüht haben?

Solche Projekte werden seit 1984 jährlich mit der Südhalde-Preis ausgezeichnet. Der mit Fr. 5000.- dotierte Förderungs- und Anerkennungspreis kann an Einzelpersonen, Gruppen oder Institutionen verlie-

hen werden. Der Südhalde-Preis 2007 ging an das Psychiatriezentrum Münsingen/BE.

InteressentInnen werden gebeten, die Ausschreibungsbestimmungen anzufordern und ihre Projektunterlagen in deutscher Sprache bis spätestens 30. April 2008 an folgende Adresse zu richten:

Südhalde, Berufsschule für Gesundheits- und Krankenpflege
"Südhalde-Preis", Südstrasse 115,
8008 Zürich.

.....

HOHE KOSTEN FÜR PSY- CHIATRISCHE UND NEURO- LOGISCHE ERKRANKUNGEN

Psychiatrisch-neurologische Erkrankungen belasten das Schweizer Gesundheitswesen mit 16 Prozent der Gesamtkosten. Die Ausgaben dafür betragen jährlich 15 Milliarden Franken oder über 2000 Franken pro EinwohnerIn. Damit verursachen psychiatrisch-neurologische Krankheitsbilder weitaus mehr Kosten

als jede andere Krankheitsgruppe, wie Forscher der Universität Zürich in der ersten umfassenden Berechnung zeigen. Depression ist mit einem Kostenanteil von 30 Prozent die teuerste neuropsychiatrische Erkrankung.

Wulf Rössler und Matthias Jäger zufolge ist jährlich jeder fünfte Einwohner der Schweiz von einer neuropsychiatrischen Erkrankung betroffen. Am häufigsten sind Angsterkrankungen mit 710 000 Fällen während Migräne mit 630 000 Fällen die häufigste neurologische Erkrankung ist. Trotz ihrer Häufigkeit verursachen diese Erkrankungen relativ geringe Kosten (durchschnittliche Kosten für Angsterkrankungen 2700 Franken, für Migräne 1700 Franken). Hirntumore und Multiple Sklerose kosten dagegen viel (112 000 Franken, 68 000 Franken), obwohl sie eher selten sind. Depressionen und bipolare Erkrankungen (früher manisch-depressiv benannt) sind sowohl häufig als auch kostenintensiv (11 000 Franken, 17 000 Franken) und damit die teuersten psychiat-



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

DAS Eingliederungsmanagement

Qualifizieren Sie sich mit diesem Diploma of Advanced Studies DAS-Programm in Case Management, Coaching, Eingliederungsrecht und Personalentwicklung.

Eingliederungsmanagement ist ein Interventions- und Beratungsansatz. Er hat das Ziel, Integrations- und Reintegrationsprozesse in Unternehmen und Organisationen zu fördern und zu unterstützen. Im Mittelpunkt steht sowohl die berufliche (Re-)Integration ins Erwerbsleben, als auch die soziale und gesundheitliche Integration von Personen die auf Grund von Krankheit oder Unfall beeinträchtigt sind.

In diesem praxisorientierten Diplomlehrgang erwerben Sie Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen im Eingliederungsmanagement als betriebliche Integrationsstrategie.

Beginn und Dauer

4. September 2008, 16 Monate

Information und Anmeldung

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten
Ursina Ammann, Kurskoordination
+41 62 311 96 27
ursina.ammann@fhnw.ch

www.fhnw.ch/sozialarbeit/weiterbildung

rischen Erkrankungen. Insgesamt verursachen psychiatrische Erkrankungen 78 Prozent der Gesamtkosten, neurologische und neurochirurgische Erkrankungen nur 22 Prozent.

Die Gesamtkosten psychiatrisch-neurologischer Erkrankungen in der Schweiz betragen 15 Milliarden Schweizer Franken, wobei indirekte Folgekosten der Erkrankungen wie Arbeitsausfall und Frühpensionierung 50 Prozent der Kosten ausmachen. Die direkten Kosten für stationäre und ambulante Behandlung betragen 30 Prozent. Die medikamentöse Therapie verursacht nur zwei Prozent der Gesamtkosten.

Die Kosten werden wahrscheinlich noch unterschätzt, da für einige Erkrankungen und Kostenfaktoren nur unzureichende Daten vorliegen.

BALSTHAL (SO): NEUE SOZIALTHERAPEUTISCHE WOHNGEMEINSCHAFT

Die sozialtherapeutische Wohngruppe Haus Magnolia richtet sich an psychisch Beeinträchtigte und an Menschen mit Suchtproblemen ab 18 bis 50 Jahren aus unterschiedlichen Lebens- und Wohnsituationen. Für den Eintritt sollten diese die Bereitschaft mitbringen, über ein soziales Training den Weg in die Arbeitswelt zu finden und auch selbstständig zu wohnen.

Die Wohngemeinschaft bietet Platz für mindestens zehn Personen (Frauen und Männer), welche unter einer psychischen Einschränkung leiden. Sie bietet einerseits Wohnraum, andererseits die individuelle Betreuung der BewohnerInnen und somit ein Umfeld, in dem sich Freizeitgestaltung und Beschäftigung sinnvoll miteinander verbinden lassen. Hierbei steht die Beziehungsgestaltung im Vordergrund.

Es wird von langfristigen Aufenthalten der BewohnerInnen ausgegangen. Die Wohngruppe kann aber auch eine sinnvolle Alternative zu einem Klinikaufenthalt in Krisensituationen oder für ein „Time-out“ von zugewiesenen Personen aus anderen Institutionen sein.

VERANSTALTUNGEN

DAS WINDHORSE MODELL

Grundkurs in Zürich:
Do 22. Mai, 19 bis 22 Uhr, Sa 24. Mai, 10 bis 17 Uhr, Do 5. Juni, 19 bis 22 Uhr, Sa 21. Juni, 10 bis 17 Uhr.

Anmeldung bis 13. Mai 2008 an:
windhorse Zürich, Verein zur Förderung psychischer Gesundheit und der Bewältigung schweren psychischen Leidens.
044 272 36 13 (V. Bärzfuss)
079 351 79 89 (J. Litschig)
windhorse.zh@for.ch
www.windhorse.ch

PROFAMILLE-KURS

Die Angehörigen-Vereinigung VASK Aargau bietet im Frühling ein Informationsprogramm für Angehörige von Schizophreniekranken an. Der achttägige Kurs beginnt am 24. April 2008 um 18.30 Uhr in der Klinik Königsfelden in Brugg und ist speziell auf die Situation der Familie zugeschnitten. Er vermittelt Wissen, Kenntnisse und Fertigkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität der ganzen Familie.

Infos und Anmeldung:
Tel. 055 410 16 68
angela.foellmi@swissonline.ch
www.vaskaargau.ch

PSYCHISCHES TRAUMA – KÖRPERLICHES LEIDEN

10. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie vom 22. bis 25. Mai 2008 in Basel.

Informationen unter:
www.trauma2008.ch
oder Tagungssekretariat
Tel. 061 265 56 13
info@trauma2008.ch.

MINDMATTERS

Einführungskurs am 4. und 5. April 2008 von 9.15 bis 16.45 im Romerohaus in Luzern.

MindMatters ist ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen (5. – 10. Klasse) www.mindmatters-schule.de. Der Einführungskurs in Programm und Materialien richtet sich an Lehrpersonen der 5. – 10. Klassen und an Fachpersonen von Stellen für Gesundheitsförderung und Prävention. Anmeldung bis 1. März 2008.

Kontaktadresse:
RADIX
Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention
Edith Lanfranconi
lanfranconi@radix.ch
www.gesunde-schulen.ch

BRENNPUNKT „PSYCHIATRISCHE PFLEGE“

Kongress vom 24. und 25. April 2008 in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen.

Die psychiatrische Pflege ist im Aufbruch und Umbruch. Die Konferenz Pflegedienstleitungen Psychiatrischer Institutionen KPP will im Rahmen des Kongresses Orientierung und Ausblick anbieten.

Nähere Informationen, Tagungsprogramm und Anmeldeformular unter: www.stgag.ch

Kontaktadresse:
Ärztliches Sekretariat
Psychiatrische Klinik Münsterlingen
Postfach 154
CH-8596 Münsterlingen
Organisation / Auskunft:
Regula Lüthi
E-Mail: regula.luethi@stgag.ch

SELBSTHILFE

GESUNDHEIT IST ANSTECKEND

Menschen mit psychischer Erkrankung können auch wieder genesen. Diese Botschaft vermitteln rund 20 von Pro Mente Sana ausgebildete Peers in Gruppenveranstaltungen. Die Peers besuchen mit ihrem Angebot Selbsthilfegruppen, interessierte ad-hoc-Gruppen, Wohngemeinschaften und Institutionen. Das Angebot richtet sich an Betroffene. Weitere Informationen sind auf der Homepage von Pro Mente Sana oder unter www.recovery-projekt.ch erhältlich. Bei Fragen, oder wenn Sie Peers für eine Veranstaltung einladen möchten, wenden Sie sich an Pro Mente Sana, Gaby Rudolf, Tel. 044 563 86 05, E-Mail: g.rudolf@promentesana.ch

GESUNDHEIT IST ANSTECKEND – ZUM ZWEITEN

Sie haben Psychiatrieerfahrung und möchten an einer von Peers geleiteten Gruppe „Gesundheit ist ansteckend“ teilnehmen? Pro Mente Sana bietet diese Möglichkeit für Betroffene jeweils donnerstags an drei Abenden an:

15. Mai, 29. Mai und 12. Juni.

Zeit: 18 bis 20 Uhr

Ort: Geschäftsstelle von Pro Mente Sana, Hardturmstrasse 261, Zürich
Die Teilnahme ist kostenlos.

Bitte melden Sie sich nur an, wenn Sie alle drei Abende besuchen können.

Anmeldung bei: Pro Mente Sana, Tel. 044 563 86 00

Weitere Informationen:

Pro Mente Sana, Gaby Rudolf,
Telefon 044 563 86 05

ZWEI NEUE SELBSTHILFEGRUPPEN IM THURGAU

Eine Selbsthilfegruppe kann eine Möglichkeit sein, Unterstützung zu finden, damit die Hoffnung auf

Besserung lebendig bleibt. Dies gilt nicht nur für Menschen, die selber von einer Krankheit betroffen sind. Das Selbsthilfezentrum Thurgau baut deshalb eine Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen mit Depression auf.

Eine zweite Selbsthilfegruppe im Aufbau wendet sich an Menschen mit Angst- und Panikanfällen. Nahestehende Personen verstehen die unbegründete panikartige Angst mit heftigen körperlichen Reaktionen wie Herzrasen oder Schweissausbrüche nicht immer. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann dazu beitragen, die Isolation zu verringern.

Interessierte wenden sich an das teamselbsthilfethurgau
Freiestrasse 4
8570 Weinfelden
Tel. 071 620 10 00
info@selbsthilfe-tg.ch

FÖRDERLICHT

Förderlicht ist gedacht als Selbstförderungsplattform für psychiatriereeferne Menschen mit höherer Bildung (Matura, Hochschule, etc.) und bietet ihnen einen Treffpunkt bzw. Begegnungsort in Zürich. Das Projekt, das sich als Keimzelle eines landesweiten Kontaktnetzes oder gar Netzwerks versteht, bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, gemeinsam kulturelle Veranstaltungen zu besuchen (Kinovorstellungen, Lesungen, Theateraufführungen, Museen, Ausstellungen etc.) und Freizeitaktivitäten wie etwa Spazieren oder Wandern zu pflegen. Das Ziel dabei ist, die psychische Gesundheit der Teilnehmenden zu fördern und ihre persönlichen Ressourcen zu stärken.

Interessierte melden sich direkt bei den InitiantInnen:
F. Matthias Peter und
Nadine C. Stöckli, Tel. 079 200 77 12
flomats@gmx.ch

PSYCHOSE-SEMINARE

Mit dem Psychose-Seminar wird auf „neutralem Boden“ die Möglichkeit eines gleichberechtigten Austausches zwischen Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen geschaffen. Ziel ist, die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Gruppen zu respektieren und durch den Erfahrungsaustausch voneinander zu lernen.

Weitere Informationen und Anmeldung bei folgenden Kontaktpersonen:

Baden (AG):

Rita Neuburger, Tel. 056 641 24 44

Basel:

Diana Barth, Tel. 061 281 01 03

Alice Frick, Tel. 061 601 36 47

Bern:

Helga Constantin, Tel. 032 322 50 35

Heidi Uhlmann, Tel. 033 222 71 63

Chur (GR):

Elvira Camenisch, Tel. 081 633 15 25

Liselotte Dürr, Tel. 081 413 73 48

Genf:

Ass. Romande Pro Mente Sana,
Nathalie Narbel, Tel. 022 718 78 43

Liechtenstein (FL):

Barbara Bargetze,
Tel. 00423 268 39 48

Oltén (SO):

Monika Zaugg, Tel. 062 293 29 09

Renata Derendiger, Tel. 062 212 84 20

Schaffhausen:

Arnold Frauenfelder, Tel. 052 632 12 20

Hedwig Schweizer, Tel. 052 670 04 86
oder 052 672 39 90

Solothurn:

Annette Lanser Tel. 032 627 14 75

Monika Zaugg Tel. 062 293 29 09

St.Gallen:

Cornelia Schuhwerk,

Tel. 071 888 06 62

Vask Ostschweiz,

Tel. 071 866 12 12

Weinfelden (TG):

Eleonore Klar, Edith Göhringer,

Tel. 071 686 40 37

Winterthur (ZH):

Sibylle Schröder, Tel. 052 266 28 87

Zürich:

Esther Emmel, Tel. 044 422 70 59

Jakob Litschig, Tel. 079 351 79 89

LA SECTION ROMANDE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE SOCIALE LANCE UN CONCOURS AVEC LE SOUTIEN DE PRO MENTE SANA SUISSE ROMANDE.

LA SSPS, UNE SOCIÉTÉ ACTIVE ET INDISPENSABLE

La Société suisse de psychiatrie sociale (SSPS), société de professionnels issus de divers domaines de la santé mentale, défend, depuis plusieurs décennies, la prise en considération de la dimension sociale de la maladie. Elle s'engage pour la création de structures de soins centrés sur le patient et souhaite inclure dans ses débats et ses réflexions les usagers, leurs proches et, autant que possible, le corps social.

OBJECTIFS DE LA SECTION ROMANDE DE LA SSPS

La SSPS, et en particulier sa section romande, a pour objectifs:

- de chercher à contribuer au développement des traitements socio-psychiatriques;
- d'offrir des opportunités d'échange et de réflexions à toutes les personnes travaillant dans le domaine de la psychiatrie sociale en Suisse romande;
- de favoriser la formation continue dans le domaine de la psychiatrie sociale;
- de représenter et de faire connaître la psychiatrie sociale en favorisant les approches interdisciplinaires;
- d'encourager des programmes de recherche dans le champ de la psychiatrie sociale.



ACTIVITÉS DE LA SECTION ROMANDE

Ces dernières années, la section romande de la SSPS a organisé des journées de débat sur des thèmes variés dont la contrainte en psychiatrie, le rétablissement, la 5e révision de l'assurance invalidité, la qualité des sites internet médicaux ou l'intégration des pairs et des proches dans les soins, par exemple. Chaque problématique a été abordée sous différents angles, par des conférenciers issus de diverses pratiques et venant de pays différents.

Le 23 mai 2008, la section organisera sa journée annuelle sur le thème „Santé mentale et travail“. La section romande encourage la participation des usagers des soins, de leurs proches et des associations qui les représentent afin de susciter un débat plus large que celui qui prévaut habituellement.

La section romande a également pris des positions sur des thèmes de politique sociale. Elle s'est, par exemple, exprimée publiquement contre la 5e révision de la loi sur l'assurance invalidité, en insistant sur la gravité de la levée du secret médical, sur le fait que la responsabilité des processus d'intégration ou de réadaptation professionnelles incombera de manière unilatérale aux assurés. Elle était également d'avis que les sanctions préconisées à l'égard des assurés qui ne collaboreront pas assez efficacement à leur réinsertion pénaliseront injustement les malades psychiques dont les difficultés de coopération ne relèvent pas d'une mauvaise volonté, mais d'une maladie. Enfin, si la section romande de la SSPS a salué le principe de détection et d'intervention précoces, elle a con-

sidéré que sa mise en œuvre risque de susciter de nombreux problèmes éthiques, juridiques et pratiques. Or, étant donné que cette loi a été approuvée par le peuple, la section observera ses effets et se déclare prête, dès maintenant, à recueillir des informations sur ses succès ou ses dérives.

Enfin, la section romande de la SSPS soutient l'initiative populaire en cours „Pour la protection face à la violence des armes“, en raison du risque accru de suicide avéré par la détention d'armes à domicile.

UN CONCOURS D'IDÉES OU DE PROJETS LANCÉ EN 2008

La section romande de la SSPS, avec le soutien de Pro Mente Sana Suisse romande, organise actuellement un concours d'idées ou de projets touchant au domaine de la santé mentale. Afin d'encourager les initiatives innovantes dans le domaine de la santé mentale et de ses rapports avec la réalité sociale actuelle, ce concours se propose de récompenser de 5000 frs un projet conceptualisé, en voie de réalisation ou déjà réalisé, qu'il s'agisse d'un projet de terrain, d'un document écrit, audio ou vidéo.

Le délai pour le dépôt des candidatures a été fixé au 1er mai 2008. Le prix sera remis lors de la journée de la section romande de la SSPS, le 23 mai 2008 à Yverdon-les-Bains. Vous pouvez obtenir le règlement de ce concours à l'adresse: www.sgsp.ch/sectro.htm ou par téléphone au 027 721 08 08.

Nathalie Narbel

PUBLIKATIONEN BESTELL-LISTE

ANZAHL RATGEBER VON PRO MENTE SANA

Seelische Krise – was tun? (2007)	gratis
Psychiatrische Klinik – was kann ich selber tun (05)	gratis
Psychotherapie, Psychopharmaka (2005)	gratis
Was Angehörige für sich tun können (2006)	gratis
Fragen rund um Arbeit und Versicherung (2005)	gratis
Selbstbestimmt leben (2006)	gratis
Borderline, die Krankheit verstehen und Hilfe finden (2004)	Fr. 10.00
Kinder psychisch kranker Eltern (2005)	Fr. 10.00
Psychopharmaka: Information für einen selbstbestimmten Umgang (2007)	Fr. 10.00

ANZAHL DVD

Recovery – wie die Seele gesundet von Dieter Gränicher	Fr. 30.00
Vom Wahn zum Sinn, Film über Dorothea Buck von Edgar Hagen	Fr. 45.00
Diagnose Borderline	Fr. 45.00
Someone beside you von Edgar Hagen	Fr. 36.00

ANZAHL PUBLIKATIONEN ANDERER INSTITUTIONEN

Depression – Kurzinformation	Fr. 2.00
Psychisches Anderssein – Schizophrenie, 2003	Fr. 2.00
Wenn Dein Vater oder Deine Mutter psychische Probleme hat... Für Jugendliche v. 12 bis 18 J.	Fr. 3.00
Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme haben... Wie geht es dann den Kindern?	Fr. 3.00
Wenn Dein Vater oder Deine Mutter in psychiatrische Behandlung müssen... Mit wem kannst Du dann eigentlich reden? Für Kinder v. 8 bis 12 J.	Fr. 3.00
«Es ist normal, verschieden zu sein!» Verständnis und Behandlung von Psychosen	Fr. 5.00
Verzeichnis Fremdsprachiger PsychotherapeutInnen, 2006	Fr. 20.00

ANZAHL EINZELNUMMERN PRO MENTE SANA AKTUELL

08/1	Trauma
07/4	Die IV nach der 5. Revision: Eingliedern! Aber Wie?
07/3	Migration – Seele in der Fremde
07/2	Bipolare Störungen: Leben in Extremen
07/1	Straffällige Menschen und psychische Erkrankung
06/4	Das Stigma psychischer Krankheit überwinden
06/3	Kreativität – Sprache der Seele
06/2	Jugendliche zwischen Krise und Selbstfindung
06/1	Gewalt und Zwang vermeiden
05/4	Suizid und Suizidprävention
05/3	Liebe, Lust und Partnerschaft
05/2	Psychiatrische Hilfe zu Hause
05/1	Wieder gesund werden
4/04	Angehörige: hilflos und stark
3/04	Schizophrenie heute
2/04	Psychotherapie – wie sie hilft
1/04	Schritte zur beruflichen Integration
4/03	Spiritualität in der Psychiatrie – ein Tabu?
3/03	NutzerInnenorientierte Psychiatrie
2/03	Angst und Panik: Wege aus der Enge
1/03	Biologismus: Stirbt die Seele aus?
3/02	Selbsthilfe – eine Bewegung im Aufbruch
1/02	Depression: Den eigenen Weg finden
4/01	Psychisch krank und arm
3/01	Persönlichkeitsstörungen

Einzelpreis 2008 Fr. 12.00

Einzelpreis 2004 bis 2007 Fr. 10.00

Einzelpreis 2001 bis 2003 Fr. 9.00

DAS NÄCHSTE HEFT ERSCHEINT ZUM THEMA

«Ernährung und Bewegung» Ende Juni

WEITERE THEMEN 2008

Recovery, Zwangsstörungen

ABONNEMENT PRO MENTE SANA AKTUELL



Pro Mente Sana aktuell Abonnement Fr. 40.00 / Ausland Fr. 50.00 (pro Kalenderjahr 4 Nummern)

WERDEN SIE GÖNNERIN VON PRO MENTE SANA! Mit Ihrem Beitrag ermöglichen Sie uns, die Anliegen psychisch kranker Menschen wirkungsvoll in der Öffentlichkeit zu vertreten. Als GönnerIn erhalten Sie unsere Zeitschrift Pro Mente Sana aktuell.

Pro Mente Sana aktuell Gönner-Abonnement Privatperson Fr. 60.00/Jahr

Pro Mente Sana aktuell Gönner-Abonnement GönnerIn juristische Person Fr. 100.00/Jahr

Name/Vorname oder Institution:	Abo-, Gönner-, Adress-Nr.:
Abteilung/z. Hd.:	
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:
Datum	Unterschrift:

Bestellen bei: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich, kontakt@promentesana.ch
Telefon 044 / 563 86 00, Telefax 044 / 563 86 17, aktuelle Bestell-Liste: www.promentesana.ch