

## **Rede von Dr. Gottfried Lobeck - Posttraumatische Belastungsstörung – zum Weltfriedenstag in Dresden 2019**

Die wachsende Intensität militärischer Auseinandersetzungen seit den Weltkriegen rückt eine schwerwiegende seelische Störung ins Blickfeld: die posttraumatische Belastungsstörung. Sie entwickelt sich, wenn sich die Betroffenen extremer (Todes)Gefahr ausgesetzt sehen und kein Entrinnen mehr möglich scheint. Im maximalen Stress solch eines Momentes zerfällt die Bewusstseinsorganisation: panische Flucht oder Schreckstarre, Dissoziation, partielle Amnesie, zeitweiser Verlust der situativen und persönlichkeitsbezogenen Orientierung weisen klinisch auf die stressbedingte Abwesenheit der integrativen und abständig-reflektierenden Potenz des menscheigenen Bewusstseins höherer Ordnung und damit auf das Vorherrschen von Abläufen des („animalischen“) primären Bewusstseins.

Nur am Rande sei erwähnt, dass dieses traumabedingt zeitweise Auseinanderfallen der Bewusstseinsorganisation vom Grad der Stabilität der Persönlichkeit der Betroffenen mitbedingt sein kann, etwa infolge bereits bestehender Verunsicherungen durch vorangegangene überfordernde seelische Belastungen.

Eine seelische Verletzung dieses Ausmaßes hat bei Überlebenden Folgen, die von Betroffenen dann allein oft nicht zu meistern sind, da die entsprechende Erinnerung an das Geschehen zunächst immer mit dem ganzen Ausmaß der Angst und des Schreckens in der seinerzeitigen Stärke im Gedächtnis verbleibt. Denn die an diese Erinnerung gebundene Todesangst kann oft erst über eine gezielte Psychotherapie als der Vergangenheit zugehörend entaktualisiert werden. Deswegen wird sie das weitere Leben bei jedem wie auch geartet aktuell erinnernden Anstoß mehr oder weniger mit der seinerzeitigen Wucht gewichtig belasten. Situative Anstöße können so schlimmstenfalls Flashbacks provozieren, welche die Betroffenen erneut und unvermittelt in die außerordentliche Hilflosigkeit des seinerzeitigen Traumageschehens stoßen können.

Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren in solchen Momenten belegten eine Hemmung von Sprachzentren, präfrontalen Rindenregionen bei hoch aktiven Mandelkernen (den Gehirnmeldern im Hirn). Diese Neuauflage des Grauens bei wiederum gleichzeitiger Blockierung des Bewusstseins höherer Ordnung, bei dem sich die Person wie seinerzeit überwältigender Angst hilflos ausgeliefert fühlt, belegt somit eine Funktionsänderung, die sich derart in somatischen (körperlichen) Veränderungen zeigt. Reddemann und Sachse sprechen deswegen von einer Hirnpsychosomatose.

Diese Gefahr, wir benannten sie als „Fallenmechanismus“, muss in der Behandlung sorgsam beachtet werden. Deswegen sind zu Beginn Beruhigung, Gestalten einer Schutz- und Sicherheit gewährleistenden Atmosphäre, die auch entsprechende Arzneigaben einschließen kann, zunächst im Vordergrund.

Hilfreich für die Behandlung ist es, mit dem Patienten zwei unterscheidbare Ich-Konfigurationen herauszuarbeiten: einmal das seinerzeit den Schrecken erlebende (damalige) Ich, andererseits das gegenwärtige (jetzt gleichzeitig auch quasi „von außen“ betrachtende) Ich.

Zunächst wird mit dem Patienten imaginativ die Vorstellung eines (absolut) sicheren Ortes erarbeitet und anleitend geübt, diesen in der Phantasie entstehen zu lassen, ganz nach eigenem Bedürfnis zu gestalten und einzurichten. (Das macht der Patient ganz allein, denn wäre jener dem Therapeuten bekannt, wäre er schon nicht mehr absolut sicher.) Im weiteren Vorgehen differenziert sich dieses Vorgehen so, dass das gegenwärtige Ich diesen Ort als den nun ständigen Aufenthalt für das seinerzeitige Ich bestimmt, wo es vom gegenwärtigen Ich immer angetroffen werden kann. Dieser Ablauf sollte regelmäßig dann vom Patienten allein geübt werden und in Abständen vom Behandler gegebenenfalls mit beurteilt werden.

Erst dann darf der nächste Schritt gewagt werden: die aufarbeitende Annäherung an das seinerzeitig traumatische Geschehen. Das ist dann eher die Aufgabe des gegenwärtigen Ichs, das sich vorsichtig aber wach und aktiv dem seinerzeitigen Trauma zuwendet, was über das laute Erzählen der wahrgenommenen Gefühle und Bilder während der erinnernden Annäherung geschieht. (Das seinerzeitige Ich befindet sich ja jetzt am sicheren Ort.)

Bei der Methode des begleiteten Wiedererlebens, die sich bei weniger intensiven Ereignissen, wie etwa Verkehrsunfällen empfiehlt, schildert das gegenwärtige Ich des Patienten seine Wahrnehmungen der Erinnerung während des Durchschreitens eines vordem festgelegten Zeitraumes des damaligen Geschehens. Der Behandler hört zu, interveniert nicht sondern ermuntert etwa bei Notwendigkeit lediglich kurz zu genauerem Hinschauen (eher als Versicherung des schützenden Begleitens gedacht). Zum Ende dieses Durchganges wird der Patient aufgefordert, den gleichen Weg erneut zu gehen. Jetzt gerät er tiefer ins damalige Geschehen, was beim dritten Gang noch deutlicher wird. Schließlich schildert er den Ablauf als stehe er jetzt völlig im seinerzeit traumatischen Geschehen, jetzt allerdings weitgehend mit dem wohl berührten aber nötig wachen Blick des gegenwärtigen Ichs. Wird er darauf zu nochmaligem Durchgang ermuntert, berichtet er nun eine deutliche Minderung der Spannung, es ängstige nicht mehr - ein wesentlicher Schritt zur Bewältigung gelang.

Das klingt einfach und bildet vielleicht ungenügend den Aufwand und die Sorgfalt ab, welche von Beginn an für das Gelingen der nötigen Güte in der therapeutischen Beziehung aufzubringen ist. Und gerade bei Soldatinnen und Soldaten kommt noch Wichtiges dazu. Denn Härte sich und anderen gegenüber, Anstrengungsbereitschaft und auch gewisse Leidensfähigkeit scheinen im Dienst notwendig. Befehlsgebundenheit dominiert. Da ist es leicht möglich, dass Angst, Spannung oder sensibles Reagieren sowohl vom Betroffenen als auch den Kameraden gelegentlich zu rasch als persönliche Schwäche gewertet wird, die es statt in nötiger Offenheit zu überwinden leider dann nur zu verdrängen gilt. Die dadurch bewirkte Belastung im Kontakt durch solch inneren Rückzug schwächt zwangsläufig. Es liegt auf der Hand, dass dann traumatisch Szenarien ungleich destruktiver wirken und statt nötiger Hilfe aus Scham eher stärkere Abschottung durch Verstärkung der schon bestehenden inneren Abwehrorganisation gesucht wird. Solch ein innerer Rückzug ist aus mehreren Gründen verhängnisvoll. Einmal bedarf es vom Betroffenen dann im Kontakt mit Therapeuten deutlich mehr Zeit und Aufwand, um schrittweise dieser quälenden Last beizukommen. Andererseits ist es auf diese Weise sogar möglich, dass destruktive Abwehrvarianten entstehen, die dann aggressives oder gar brutales Abreagieren am hilflosen Gegenüber bahnen.

Krieg verwüstet die Seelen. Der Vollständigkeit wegen muss auch erwähnt werden, dass Soldatinnen und Soldaten nicht nur, wie bereits angedeutet, quasi als Opfer Schaden nehmen können. Grausame, unmenschliche Exzesse, Folter, Mord und Demütigungen an den Gegnern oder gar an Zivilisten belegen schlimme Entgleisungen oder auch tragische Entwicklungen. Und wir wissen aus der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen, dass die seinerzeit verursachenden Ereignisse immer auch ein sehr hohes Maß mörderischer Wut in der Tiefe des Bewusstseins entstehen lassen. Wohl ist diese oft von der dominierenden Angst und Verunsicherung verdeckt, gleichsam in den Hintergrund verschoben. Sie verliert sich bei erfolgreicher Behandlung rasch. Unbehandelt aber kann sie bei Einsätzen alte Spannungen stellvertretend unreflektiert mit mörderischer Wucht am Opfer abreagieren lassen und so eine destruktive Entwicklung der Persönlichkeit befördern.

Auch daran sollte am Weltfriedenstag in Bezug zu Posttraumatischen Belastungsstörungen erinnert werden.