

Mein Leben besteht nur noch aus Angst

Fallschilderung zur Posttraumatischen Belastungsstörung

Barbara Jöbstl

Anhand einer Fallschilderung wird das Bild und der Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung (=PTSD) auf dem Boden einer vorbestehenden Störung beschrieben und gezeigt, wie dadurch die Traumaverarbeitung und -integration erschwert und ein ungestörter Lebensvollzug nachhaltig behindert sein kann.

Entstehung und Verlauf einer PTSD hängen nicht nur von der objektivierbaren Traumastärke ab, sondern die individuelle Vulnerabilität der Person ist wesentlich entscheidender. Menschen mit Vortraumatisierungen und/oder vorbestehenden psychischen Erkrankungen tragen ein höheres Risiko, nach einem Trauma eine PTSD zu entwickeln, während die prätraumatische Stabilität und die Fähigkeit, individuelle Ressourcen zu aktivieren, eine protektive Wirkung entfalten, an einer PTSD bzw. Traumafolgestörungen zu erkranken. Regina, von der ich hier erzählen möchte, ist dem Trauma schutzlos ausgeliefert.

Als hysterisch verletzte Person schlittert sie in eine traumatisierende Beziehung, an deren Ende ein Mordversuch durch den Exfreund steht.

Regina entwickelt die klassischen Symptome der PTSD, die in der Folge chronifizieren, und darüber hinaus ein komplexes Störungsbild bestehend aus Angst, Depression, Dissoziation, Neigung zu suchtartigem Verhalten, Somatisierungen bis hin zu tief greifenden Persönlichkeitsveränderungen.

Die Fallschilderung sollen existenzanalytische Reflexionen über die Psycho-

Regina – Das Wichtigste aus der Biographie

Regina, 33 Jahre alt, hübsch und etwas „aufgedonnert“ in ihrem Erscheinungsbild, ist die ältere von zwei Töchtern. Ihre um 4 Jahre jüngere Schwester war von den Eltern immer bevorzugt worden. Sie selbst hätte gar nicht auf die Welt kommen sollen (ein Abtreibungsversuch war misslungen), – und wenn, dann als Junge.

Regina war ein Mädchen und – nicht gewollt. Das bekam sie von den Eltern, insbesondere von der Mutter, sehr häufig zu spüren; der Vater war aufgrund beruflicher Verpflichtungen sehr viel abwesend. Sie bekam wenig Beachtung, wurde sehr „kurz“ gehalten und früh schon für Arbeiten im Haushalt herangezogen.

Durch ein hoch angepasstes Verhalten, durch „Brav-Sein“ und der Mutter alle Wünsche von den Lippen ablesend, versuchte sie sich ihre Seinsberechtigung, etwas Beachtung, Anerkennung und Wertschätzung zu verdienen.

Die Mutter schrieb Regina die Verantwortung für ihr Wohlergehen zu, und

von ihren Vorstellungen abweichendes Verhalten wurde mit schweren Sanktionen bis hin zu Suiziddrohungen und Schuldzuweisungen, dass ihr Leben wegen Regina verpfuscht sei, beantwortet.

Als sie mit achtzehn ihren Eltern bekannt gab, dass sie schwanger sei, bekam sie eine „Watschen“.

Die Eltern zwangen sie wegen der Schwangerschaft zu heiraten, und so wechselte sie vom Elternhaus in die Ehe mit einem vermutlich narzisstisch gestörten Mann, der sich nach der Geburt des Sohnes von ihr total distanzierte, nachdem sie für ihn nicht mehr beliebig verfügbar war.

Die Ehe mutierte in eine Zweckgemeinschaft, in der Regina die alleinige Verantwortung für Kind, Haushalt und Garten zu übernehmen hatte, ihr Mann leistete einen finanziellen Beitrag, zwischen den beiden Eheleuten herrschte völlige Sprachlosigkeit.

Da sie alleine zu Hause mit dem Baby eine unerträgliche Leere befiel, ging sie ein halbes Jahr nach der Geburt wieder arbeiten, – Schichtarbeit in einer Druckerei als Hilfsarbeiterin, ei-

nen Beruf hatte sie nicht erlernen dürfen. Das Kind wurde währenddessen von den Eltern betreut.

Im Job war sie sehr beliebt wegen ihres übersprudelnden, lustigen, lebendigen Wesens, und weil man von ihr alles haben konnte. Sie ging gerne und viel weg, stand in Gesellschaft vorzugsweise im Mittelpunkt und hatte wechselnde Außenbeziehungen. Eines Tages verliebte sie sich in Josef, mit dem sie zusammen war, als Anton begann, ihr nachzustellen.

Eine histrionische Störung zeigt sich

Auf dem Hintergrund dieser Biographie entwickelte Regina eine histrionische Störung.

Sie war in ihrem eigenen Sosein nicht erwünscht, die Berechtigung für ihr eigenes Sein und der Wert ihrer Individualität ist ihr nicht zuerkannt geworden. Die Selbstfindung bzw. die Ausbildung eines authentischen ICH-Kernes hat durch die ständigen Grenzverletzungen und das Fehlen eines sie in ihrem Sosein anerkennenden, ernst nehmenden, wertschätzenden Gegenübers nicht stattfinden können.

Ein Zugang zu sich selbst, Beziehung zu sich fehlt, was sie darin behindert, in einer selbstverständlichen, sich zugewandten Art mit sich sein zu können. Ersatzweise erfolgt eine Außenorientierung, Anpassung an das Geforderte und Erwünschte, in einem auf Wirkung bedachten Inszenieren des eigenen Daseins in die Welt hinein, um damit ein Gefühl von Präsenz zu erlangen, das sie mit sich alleine nicht hat.

Regina ist also verletzt auf der Ebene der 3.Grundmotivation, in ihrem Selbstsein-Dürfen als Person, sie hat darin keine natürliche Basis und Förderung erfahren.

Regina und Anton

Anton arbeitete in der gleichen Fir-

ma. Regina kannte ihn schon lange vom Hören und Sehen, wusste, dass er geschieden war und einen Sohn hatte. Eines Tages begann er ihr auf charmante Weise den Hof zu machen. Regina lehnte ab, da sie sich zu der Zeit mit Josef, der ebenfalls verheiratet war, in einer Beziehung befand.

Antons Hartnäckigkeit führte schließlich dazu, dass sie sich erweichen ließ, auf einen Kaffee zu gehen, in der Hoffnung, dann Ruhe zu haben. Auf das hin stellte er ihr nur noch hartnäckiger nach, nötigte sie in unbeobachteten Momenten am Parkplatz der Firma mit ihm mitzufahren, beteuerte ihr überschwänglich seine Liebe, erzählte ihr, wie sich später herausstellte, Lügen über Josef und erpresste sie schließlich mit Selbstmorddrohungen dazu, mit ihm eine Beziehung zu beginnen.

Angst, Faszination und die erlebte Aufwertung durch die scheinbare Liebe (Selbstmorddrohungen) dieses attraktiven, charmanten Mannes von Welt ließen sie schließlich einwilligen.

Kurze Zeit später verliebte sich Regina in ihn und geriet zunehmend in eine Abhängigkeit.

Anton erwies sich sehr bald als Tyrann, der sie kontrollierte, ständig erpresste, ihr den Kontakt zu anderen Menschen, insbesondere Männern verbot, ihr die Art, sich zu kleiden, untersagte, der sie nötigte und begann, sie zu schlagen, wenn sie gegen seine Anweisungen verstieß.

Regina, die sich bis dahin als lebensfrohen Menschen erlebt hatte, der sich gerne schrill kleidete, schminkte und frisierete, begann ihr Äußeres zu vernachlässigen, sich sozial zurückzuziehen und in eine Lethargie zu verfallen, aus der heraus sie nur noch wie ein Roboter ihren Pflichten im Haus, als Mutter, in der Firma und als Geliebte von Anton nachkam.

Eines Tages kam sie dahinter, dass er von ihrem Konto Geld behob, und erfuhr von seiner Spielsucht. Bei Konfrontation leugnete er, geriet über Reginas Misstrauen in unbändige Wut und misshandelte sie.

Regina wurde immer verzweifelter. Es folgten mehrere Trennungsversuche, die Anton mit wiederholten Szenen von Drohungen, Entschuldigungen, Beteu-

erungen sich zu ändern, Tränen, Geschenken rückgängig zu machen verstand. Sie meinte, ihn zu lieben, glaubte seinen Beteuerungen und hatte vor allem immer wieder Mitleid mit ihm.

Allein es änderte sich nichts, im Gegenteil, seine gewalttätigen Impulsdurchbrüche wurden immer heftiger.

Ein abermaliger Trennungsversuch gelang. Regina begann, Treffen zu verweigern. Anton terrorisierte sie über einen langen Zeitraum hinweg telefonisch, bis sie eines Tages für eine Weile nichts mehr von ihm hörte.

Die Beziehung hatte sechs Jahre lang gedauert. In diesem Zeitraum begann Regina an Panikattacken und soziophobischen Ängsten zu leiden.

Die Schilderung sowohl ihrer Kindheit als auch der Beziehung zu Anton mit ihren grauenhaften Erlebnissen erfolgte auffallend emotionslos.

Reflexion

Wie ist das möglich, dass Regina in einer Beziehung so lange ausgeharrt hat, in der sie wie im Elternhaus funktionalisiert, benutzt, geformt nach dem Geschmack des anderen und missbraucht für seine Zwecke, misshandelt und gedemütigt worden ist?

Regina hat in ihrer Entwicklung ein Du gefehlt, sie ist als Person nicht gesehen worden, daher hat sie ihre eigene Mitte, ein kritisches und entscheidendes Selbstgefühl nicht entwickeln können. Das macht(e) sie zu einer leichten Beute innerer und äußerer Eindrücke und Begegnungen, und sie konnte/kann sich Übergriffen nicht abgrenzend entgegenstellen.

Was Regina im Elternhaus erfahren hat, wiederholte sich in ihren darauf folgenden Beziehungen: Entweder es war niemand zugegen, sie wurde beziehungslos sein gelassen wie in ihrer Ehe, oder sie wurde überrollt und übergangen zugunsten des anderen.

Dieses fehlende Erleben von Halt in der äußeren und inneren Begegnung spiegelte sich in ihren zu dieser Zeit auftretenden Panikattacken und soziophobischen Ängsten wider.

Mangel an Halt und Festigkeit in sich selbst, die fehlende innere Stellungnahme machten sie suggestibel, leicht zu überreden und ließ sie Antons Art,

um sie zu werben, als Bemühen um sie deuten. Sie erkannte die Übergriffigkeit und Respektlosigkeit ihrer Person gegenüber nicht.

Regina wehrte den Schmerz der Verletzungen und der fehlenden Personmitte durch ein übersteigertes „Gutsein-Wollen“, Leisten, Funktionieren und Mittelpunktstreben ab.

Antons verletzendes und übergriffiges Verhalten konnte sie zunächst nicht wahrhaben, später fiel sie in eine Erstarrung bis zum Gefühlsverlust.

Die Angst um ihr Leben entriess sie schließlich ihrer Lähmung und führte zur Beendigung der Beziehung.

Das Trauma

Regina hatte monatelang nichts mehr von Anton gehört.

Ängstliches Misstrauen ließ sie dennoch, immer wenn sie nach Hause kam, alle Gassen in der Umgebung ihres Wohnhauses abfahren, um auszuschließen, dass er ihr auflauerte.

An diesem einen Abend verzichtete sie jedoch darauf, nachdem sie von Anton einen flehentlichen Anruf erhalten hat, er sei in Kärnten, habe eine Autopanne und kein Geld für die Reparatur, sie möge ihm bitte ausnahmsweise noch einmal einen Geldbetrag auf das dortige Postamt anweisen.

Es war bereits dunkel, als Regina nach Hause kam.

Sie stellte ihr Auto ab, sperrte das Gartentor auf, ging auf die Haustüre zu, die sie soeben erreichte, als Anton plötzlich hinter dem Haus auftauchte und mit hasserfülltem Ausdruck auf sie zustürzte.

Regina erstarrte vor Schreck und blieb wie angewurzelt stehen mit dem entsetzten Gefühl von: „Jetzt ist es aus!“

Mit einer Hand den Hals im Würgegriff, mit der anderen Mund und Nase zuhaltend, drückte er sie gegen die Eingangstüre, bis sie bewusstlos war. In dem Moment kam die Nachbarin nach Hause, woraufhin Anton von Regina abließ und die Flucht ergriff.

Die Nachbarin verständigte Polizei und Rettung, unweit vom Haus wurde er aufgegriffen und inhaftiert. Bereits bei der ersten Einvernahme und so auch bei den folgenden gestand Anton seine

Mordabsicht. Regina erstattete zum ersten Mal, wenn auch mit schlechtem Gewissen, Anzeige gegen ihn. Noch lange Zeit suchte sie die Schuld für das Geschehene bei sich selbst und zeichnete ein völlig idealisiertes Bild von Anton.

Die Folgen

Eine Woche nach diesem Ereignis kam Regina, vom Hausarzt überwiesen, in meine Praxis.

Seit dem Ereignis leide sie an Schlaflosigkeit, unerträglichen Angst- und Bedrohungsgefühlen, besonders nachts, die Bilder des Erlebten spulten sich in ihrem Kopf wie ein Endlosfilm immer wieder ab.

Bis auf den Arztbesuch habe sie das Haus seit dem Geschehen nicht mehr verlassen, verbringe die meiste Zeit in ihrem Zimmer bei geschlossenen Fensterläden, wo sie tagsüber wie gehetzt hin und her gehe bei gleichzeitigem Gefühl von Erschöpfung und Kraftlosigkeit; nachts liege sie wie gelähmt, hellwach im Bett und lausche jedem Geräusch, wage es aber nicht aufzustehen und nachzusehen.

Sie fühle sich zur Zeit unfähig, sich um ihren Sohn zu kümmern, die Unterstützung der Eltern nehme sie zwar an, fühle sich aber wie abgeschnitten von der Familie und der restlichen Welt, wie betäubt.

Der Zustand sei so unerträglich, dass in den letzten Tagen Todesphantasien aufgetaucht seien.

Eine ihr vom Hausarzt nahe gelegte stationäre Einweisung habe sie abgelehnt, die Vorstellung, in einer fremden Umgebung von fremden Menschen umgeben zu sein, mache ihr Angst.

Regina erhält nun zusätzlich zur, vom Hausarzt eingeleiteten antidepressiven Therapie eine sedierende Medikation mit einem niedrigpotenten Neuroleptikum.

Damit gelingt es ihr in den Folgetagen, Schlaf zu finden und eine gewisse Distanzierung vom Geschehenen herbeizuführen.

Regina kommt zunächst zweimal wöchentlich zur Therapie, in der ersten Zeit begleitet von einer Freundin, nach etwa drei Monaten kommt sie alleine.

Das in der ersten Therapiephase kri-

senintervenierende, haltgebende, stützende, entlastende, strukturgebende Vorgehen zur Bewältigung eines jeden Tages wird nach mehreren Monaten abgelöst von einer beginnenden, vorsichtigen Konfrontation mit dem Ereignis und dessen Hintergründen.

Im geschützten, vertrauten Raum des Therapiesettings ist Regina inzwischen bereit zu sprechen und sich mit ihrer gemeinsamen Geschichte mit dem Täter auseinander zu setzen.

Ganz langsam klärt sich ihr idealisiertes Bild. Sie beginnt zu realisieren, dass er sie benutzt, missbraucht und manipuliert hatte, erkennt die Krankhaftigkeit seines Verhaltens, seiner Gewalttätigkeit, wird emotional aber noch hin und her gerissen zwischen Mitleid, noch bestehenden Zuneigung, Wut und Aggression.

Außerdem beginnt ihr zu dämmern, was sie da mit sich hat machen lassen...

Regina ist inzwischen in der Lage, den Haushalt zu führen, alleine zur Therapie zu kommen, einkaufen zu gehen, darüber hinaus jedoch dauert ihr Rückzug an.

Nach wie vor holen sie Erinnerungen, Bilder, Träume von dem Ereignis ein, die von heftigen Angstgefühlen und starken vegetativen Reaktionen begleitet sind. Nirgends fühlt sie sich sicher, überall vermutet sie Anton, an der Haustür taucht sein Bild regelmäßig wiederkehrend auf mit der Befürchtung einhergehend, dass sein nächster Versuch gelingen werde. Nachts hat sie Angst, sich in den Schlaf fallen zu lassen – er könnte auftauchen –, erst im Morgenrauen sinkt sie für wenige Stunden in einen unruhigen Schlaf. Beim leisesten Geräusch schreckt sie hoch.

Ein vom Facharzt zusätzlich verordnetes Schlafmittel und das in der Dosis gesteigerte Antidepressivum bringen nur wenig Erleichterung; eine Dosiserhöhung des Neuroleptikums toleriert Regina nicht, und ein Versuch mit einem Beruhigungsmittel schlägt ebenso fehl.

Die Ängste greifen weiter um sich, überall fühlt sie sich bedroht, zu anderen Menschen entsteht ein Gefühl der Entfremdung sowie wachsendes Misstrauen.

Die Stimmung ist zunehmend dep-

ressiv-resignativ gefärbt; sie fühlt sich ständig nervös, gereizt, ruhelos und reagiert ihrem Sohn gegenüber auf Kleinigkeiten hin mit Wutausbrüchen.

Nach jeder gerichtlichen Einvernahme verschlechtert sich die Symptomatik erheblich, und der Gedanke an die Gegenüberstellung mit dem Täter bei der Verhandlung oder gar an dessen Enthftung versetzt sie in Panik.

Die Diagnose der PTSD

Zu diesem Zeitpunkt sind etwa vier Monate vergangen.

Das Trauma als Ursache und die daraus resultierende Symptomatik zeigen nach den diagnostischen Kriterien (DSM IV, ICD 10) das Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung – und zwar einer chronischen Form, nachdem die Symptome bereits mehr als drei Monate andauern.

Es folgen nun die Definition und ein Überblick über die Symptomatologie des Störungsbildes.

Die PTSD ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, wobei dieses entweder lebensbedrohlich war oder die Gefahr einer ernsthaften Verletzung für den Betroffenen selbst oder einen anderen in sich getragen hat und mit großer Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt wurde.

Das Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen),
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung trauma-assoziiierter Stimuli),
- Emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessesverlust, innere Teilnahmslosigkeit).

Überlegungen zur Ätiopathogenese und Psychopathologie der PTSD insbesondere aus existenzanalytischer Sicht

Die bestehenden ätiopathogenetischen Konzepte (psychodynamische,

lerntheoretische, kognitive, neurobiologische Modelle) sind sich, ausgehend von unterschiedlichen Ebenen, weitgehend darin einig, dass bei der Entstehung der PTSD eine Störung der Informationsverarbeitung durch die traumatische Erfahrung und die fehlende Integration deren Inhalte eine maßgebliche Rolle spielt. Diese nicht integrierten Erfahrungen stehen so – bildlich gesprochen – für sich alleine da, abgespeichert in isolierten neuronalen Netzwerken mit fehlendem Informationsaustausch zu anderen neuronalen Strukturen, nicht integriert in innere Ordnungsschemata bzw. in den Kontext biographischer Erfahrungen. So sind sie jederzeit stimulierbar bzw. aktivierbar durch Triggerreize auf dem neurobiologischen Boden trauma-reaktiver Sensibilisierung zentraler stress-regulierender Hormon- und Transmittersysteme, was das unkontrollierte Wiedererleben der traumatischen Erfahrung mit allen vegetativen, affektiven, kognitiven, dissoziativen Begleiterscheinungen usw. zur Folge hat.

Auch darin sind sich alle Konzepte einig, dass die Vulnerabilität einer Person von der prätraumatischen Reagibilität sowie von konstitutionellen neurobiologischen und neuroendokrinen Faktoren abhängt.

Näher möchte ich darauf nicht eingehen, sondern nun vielmehr einen existenzanalytischen Verständniszugang versuchen.

- Was zeigt sich in der PTSD?
- Was bedeutet ein derartiges Trauma für das Person-Sein?

Regina war einem Mordversuch ausgesetzt, der sie um Haaresbreite das Leben gekostet hätte.

Blitzartig, aus heiterem Himmel, völlig unerwartet war ihr Leben plötzlich bedroht, durch ihren Exfreund, zu einem Zeitpunkt, wo sie sich vor ihm sicher gefühlt hatte.

Das sie ergreifende Entsetzen und die sie überwältigende Angst angesichts der hasserfüllten, von Vernichtungswunsch gezeichneten Fratze ihres Exfreundes lassen sie erstarren und nehmen ihr die Fähigkeit zu schreien oder

zu flüchten, sich in irgend einer Art zur Wehr zu setzen.

Gewaltsam bricht Unfassliches, nicht für möglich Gehaltenes von einem ihr nahen Menschen in ihr Leben herein und führt zu einer Erschütterung der Existenz bis in ihre Grundfesten.

Das ist Begegnung mit der reinen Haltlosigkeit – in der Welt und in sich selbst –, in der sich das Sein nicht mehr bergen kann.

Im Erleben spiegelt sich diese Haltlosigkeit als massive, überflutende Angst wider und als Gefühl sich aufzulösen, innerlich zu „zerbröseln“, sich verloren zu gehen.

Das Grundvertrauen in den Halt des Seins und die Fähigkeit der Person mit dem Geschehenen in einen Umgang zu kommen, es zu verarbeiten und integrieren, wird erschüttert. Sie ist sich selbst abhanden gekommen, hat daher keinen Zugang zu ihren Ressourcen und kann so dem Geschehen nichts entgegenstellen.

Auf der körperlichen Ebene resultiert daraus ein generalisierter Erregungszustand in Form seelischer und körperlicher Anspannung.

Bei der PTSD hält dieser Zustand an. Die Erschütterung, Verunsicherung, Schutzlosigkeit nach außen und innen, das Gefühl, dass jederzeit alles passieren kann, und das eigene Insuffizienz-erleben führen zu erhöhter Angst und Alarmbereitschaft. Geringe Reize, die an das Erlebte erinnern, führen zu einem Wiedererleben des Traumas mit all seinen psychischen und körperlichen Reaktionen.

Die ständig erhöhte Alarmbereitschaft zeigt sich in Form von Schlafstörungen, Reizbarkeit, erhöhter Vigilanz und Schreckhaftigkeit.

Nach außen hin entwickelt sich eine feindlich-misstrauische Haltung der Welt gegenüber, nach innen hin Hoffnungslosigkeit und Leere.

Die Person verliert ihre Wirkmächtigkeit, das Ich als Akt-Zentrum versagt, sodass eine Schutzhaltung in Form psychodynamischer Schutzreaktionen bzw. Copingreaktionen als frustrierender Bewältigungsversuch bzw. zum Gewährleisten des Überlebens die Führung übernimmt.

Viele Copings treten gleichzeitig in Aktion und führen bei einer Fixierung

zu einer Reihe von Komorbiditäten, wie wir später noch sehen werden.

Als die wichtigsten Copings finden wir bei der PTSD das Vermeiden, Flüchten, Bekämpfen und den Totstellreflex.

Wiedererleben in Form von Intrusionen und Träumen sind ein kämpferischer Versuch einer Verarbeitung.

Jegliche Reize, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden, werden vermieden. Durch sozialen Rückzug, Entfremdung, Passivierung bis hin zu Resignation und Lähmung, durch Amnesie und Dissoziation wird zwar ein Schutzwall gebaut, der die Bedrohung draußen hält, aber damit auch den Welt- und Selbstbezug stört.

Die Folgen sind: Verlust von Vertrauen, Verlust von Gefühl für das Leben und von Dialogfähigkeit; Sinnloskeits-erleben bis hin zur Suizidalität.

Durch ein Trauma in der Art und Weise wie oben beschrieben erschüttert zu werden und mit einer vorübergehenden Symptombildung im Sinne einer akuten Belastungsreaktion zu reagieren, ist noch nicht krank. Da, wo die Erschütterung nicht zur Ruhe kommt, wo eine Verarbeitung und Integration nicht gelingt, kommt es zu Chronifizierung und Komorbiditäten.

Begünstigend wirken mangelhafte Verankerung im Seinsgrund durch gestörtes Grundvertrauen und mangelndem Halt in sich selbst.

Fortsetzung der Fallschilderung

In ihrer abgekapselten Welt fühlt sich Regina relativ sicher, zu Anton hat sie Abstand gewonnen. Erstmals schleichen sich Wut- und Hassgefühle gegen ihn ein.

Inzwischen hat Josef wieder zu ihr Kontakt aufgenommen. Sie treffen sich regelmäßig, und er möchte wieder eine Beziehung.

Zu dieser Zeit verlor sich unser Kontakt, Regina hatte zuletzt Termine wiederholt nicht wahrgenommen.

Vier Monate später meldete sie sich in Panik angesichts der bevorstehenden Gerichtsverhandlung, zu der sie als Zeugin geladen war, wieder.

Die Verhandlung

Wie in Trance absolvierte Regina

ihre Zeugenaussage und verließ danach sofort das Gericht.

So wurde sie nicht Zeuge davon, wie Anton in seiner Aussage sein Geständnis des beabsichtigten Mordes widerrief und unter Tränen beteuerte, dass er nur das Gespräch mit Regina gesucht habe und ihr deshalb Mund und Nase zugehalten habe, weil sie zu schreien begonnen habe. Er zeichnete in seiner Aussage eine herzerreißende Geschichte seiner Beziehung zu Regina, die ihn als den sanften, liebevollen Liebhaber darstellte und Regina als die Furie, die Forderungen stellte und mit ihm spielte.

Die vom Staatsanwalt erhobene Klage des versuchten Mordes wird vom ausschließlich weiblichen Geschworenenrat einstimmig zurückgewiesen und als schwere Nötigung befunden. Der Angeklagte wird zu 18 Monaten teilbedingter Haft verurteilt und noch im Gerichtssaal enthaftet.

Regina hört das Urteil ungläubig und fassungslos, gleichzeitig hatte sie so etwas geahnt, da sie selbst oft genug erlebt hatte, wie Anton sie mit seiner Mitleidsmaske um den Finger gewickelt hat.

Ihr Martyrium nimmt in potenzierte Form seinen Fortgang.

Nach zehn Monaten Krankenstand hat Regina inzwischen ihren Job verloren und wird vom AMS übernommen. Es ist offenkundig, dass sie nicht arbeitsfähig ist.

Sie ist überzeugt, dass Anton versuchen wird, sie umzubringen, zumal noch eine Schmerzensgeld- und Schadenersatzklage gegen ihn läuft. Sie fürchtet weitere Verhandlungen, weitere Gerichtstermine, weitere Konfrontationen mit ihm, möchte am liebsten auf alles verzichten, nur um Ruhe zu haben.

Allein das ist nicht möglich, das juristische Geschehen nimmt seinen Lauf, es folgen erneute Einvernahmen und damit verbundene Verletzungen und Demütigungen.

Mittlerweile sind drei Jahre vergangen. Die Gerichtsverfahren sind immer noch nicht abgeschlossen, Regina lebt nach wie vor ein zurückgezogenes Leben in ihrem Haus, hat keinerlei sozia-

le Kontakte, außer zu Josef, mit dem sie wieder eine Beziehung eingegangen ist. Die Sprachlosigkeit in der Ehe dauert an.

Regina ist weiterhin arbeitslos, absolvierte auf Betreiben des Arbeitssamtes einen Berufsrehabilitationskurs über 2 Monate, den sie mit knapper Not durchhielt.

Angst- und Panikzustände begleiten sie Tag für Tag, heftige vegetative Reaktionen und Schlaflosigkeit, häufig musste sie während des Kurses den Raum verlassen und erntete bei den Kollegen Verwunderung und Unverständnis.

Im Rahmen des Kurses wurde ihr auch deutlich, dass sie kaum noch in der Lage war, sich auf ein Gespräch mit anderen einzulassen, sie fühlte sich total minderwertig und ohne jegliches Selbstbewusstsein, entfremdet von der Welt und emotional abgestumpft, misstrauisch allen Menschen gegenüber, wo sie früher zu naiv und leichtgläubig gewesen war. In unterschiedlichen Situationen erfolgte ein Wiederbeleben der traumatischen Affekte, z. B. wenn sie sich alleine mit einem Mann in einem Lift befand.

Selbst zu Josef, der sich sehr um sie bemüht, gelingt es nicht, Vertrauen aufzubauen. Wenn sie bei ihm Ähnlichkeiten oder vermeintliche Ähnlichkeiten zu Anton entdeckt, verzerrt sich Josefs Erscheinungsbild und sie sieht Anton vor sich, was unkontrollierte impulsive Affektdurchbrüche oder Fluchtreaktionen nach sich zieht, zuletzt Erstarung und Gefühllosigkeit. Verzweiflung, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit machen sich immer mehr breit. Selbstvorwürfe, dass alles so gekommen ist, und Schuldgefühle plagen sie. Um sich Erleichterung zu verschaffen, greift sie immer wieder zum Alkohol oder gibt sich unkontrollierten Essattacken hin.

Sie fühlt sich selbst wertlos, erlebt ihr Leben als sinnlos und entwickelt wieder vermehrt Suizidphantasien.

Regina hatte die Therapie wieder seit mehreren Monaten unterbrochen und meldet sich unter diesem steigenden Leidensdruck, um die Gespräche fortzusetzen.

In der Zwischenzeit hatte sie auch mit massiven gesundheitlichen Proble-

men zu kämpfen (zwei Bandscheibenvorfälle, ein Schlüsselbeinbruch und eine schwere Knieverletzung im Rahmen zweier Stürze). Im Zuge der Verletzungen wurde eine Osteoporose festgestellt.

Mein spontaner Eindruck dazu ist, dass sich die Brüchigkeit und Haltlosigkeit bis in die körperliche Substanz hinein manifestiert hat.

Zuletzt gesellten sich unerklärliche Lähmungserscheinungen des linken Armes dazu.

Reflexion

Wir sehen also, dass die Störung um sich gegriffen hat und eine komplexe Ausweitung und hartnäckige Fixierung in Copingmustern erfahren hat. Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Beziehungsgestaltung und die soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit sind nachhaltig beeinträchtigt, sodass man hier eindeutig vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprechen kann.

Auf brüchiger Basis, haltlos in ihrem Selbstsein und verunsichert in ihrem Dasein-Können trifft Regina das Trauma, der Mordversuch.

Dieser trifft sie nicht zufällig, beliebig, sondern er gilt ihr persönlich. Sie ist ausdrücklich gemeint, dieser vernichtende Übergriff durch den Exfreund bedroht also sie als Person und ihr Sein.

Sie hat dieser grausamen Erschütterung nichts Festes entgegenzusetzen, sondern diese trifft auf eine vorbestehende Erschütterung, die zu einem Beben verstärkt wird, das, immer wieder aufgeschaukelt durch trauma-assoziierte Stimuli, nicht mehr zur Ruhe kommt.

Jede Erinnerung, jede Assoziation bringt den Damm zum Brechen und lässt die Wogen der Angst hochgehen. Immer wenn sie sich als Person verletzt oder nicht gesehen fühlt, wenn sie Ungerechtigkeit erfährt, wird sie mit voller Wucht in ihrer Schutzlosigkeit getroffen, wird ihr Sein-Können in Frage gestellt und führt zu einer heftigen Wiederbelebung der traumatischen Affekte, worauf ein kopfloses Reagieren im Sinne von Copingreaktionen folgt.

Die Konfrontationen mit der Justiz, der Ausgang der Verhandlung, die Untersuchung beim Gerichtspsychiater

sind Retraumatisierungen, der flüchtige Schmerz über die Ungerechtigkeiten wird von einer Flutwelle der Angst weggeschwemmt und in der reaktiven Abwehr erstickt.

Entsprechende Situationen, Gefühle, Gedanken oder Erinnerungen sind nicht auszuhalten und werden durch ein impulsives psychodynamisches Reagieren, das wie ausgeklinkt wirkt, abgewehrt.

Die situative Informationsverarbeitung bleibt auf der Ebene der primären Emotion stecken. Das Verhalten wird von Affektivität getragen und nimmt durch fehlendes Verstehen, Stellungnehmen und damit nicht entschiedener Willensbildung und Handlung nicht Bezug auf die reale, von der Situation ausgehende Botschaft, sondern auf die im Subjekt erzeugten Affekte.

Der Zugang zur eigenen Emotionalität, ein adäquates Erleben der Situationen wird blockiert durch erhöhte Schreckhaftigkeit, Nervosität, Gereiztheit, leichte Irritierbarkeit. Die Beziehung zu sich selbst und zur Welt, die personale Dialogfähigkeit geht verloren.

Der zunehmende Rückzug führt zu geistiger und emotionaler Verarmung und Leere, die anfällig für Suchtentwicklung machen. Der Mensch fühlt sich wie ein Zuschauer im eigenen Leben (so hat es Regina einmal formuliert), er wird gelebt auf der Reaktions-ebene durch ein Programm sich wiederholender Muster.

Die PTSD mündet also bei Regina auf dem Boden vorangegangener Traumatisierungen und daraus resultierender Ich-Schwäche in eine nachhaltige Ich-Blockade mit Störung des personalen Verarbeitungsprozesses. „Begünstigend“ für eine solche Entwicklung ist, dass das Trauma durch eine andere Person zugefügt wurde.

Auf der Strukturebene zeigt sich eine Mitbeteiligung aller vier Grundmotivationen. Ein ruhiges Dasein-Können ist nicht mehr möglich, Angst macht sich breit. Das Leben-Mögen kommt abhanden, Beziehungsfähigkeit und Lebensfreude gehen verloren, Depressivität ist die Folge.

Der Selbstwert geht in Brüche, Ent-

fremdung nach innen und außen findet statt. Da ist kein Gegenüber und damit kein Dialog mehr.

So gelingt es nicht mehr, sich antwortend auf die Anfragen der Welt einzulassen, was zu Weltverschlossenheit und damit Verlust an Sinnorientierung und Zukunftsperspektive führt.

All das ist bei der akuten PTSD vorübergehender Natur, also reversibel. Das Vorhandensein guter individueller, personaler, konstitutioneller Ressourcen und dazu ein gedeihliches soziales Umfeld geben Schutz und erleichtern die Integration des Traumas.

Bei Überwiegen von Risikofaktoren, vorangegangenen Traumatisierungen, mangelhaften personalen Ressourcen, bei schlechter Selbstwirksamkeit bzw. vorbestehender Schädigung der Persönlichkeitsstruktur sind die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung, die Ausbildung von Folgestörungen und die Verfestigung zur Persönlichkeitsstörung erhöht.

Wie geht es mit Regina weiter?

Wie aus meiner Schilderung hervorgeht, hat Regina die Therapie mehrmals unterbrochen. Immer wenn sie so weit entlastet war, dass der Alltagsvortrag in ihrem eingeschränkten Rahmen möglich war, blieb sie fern und meldete sich dann wieder, wenn es ihr schlechter ging - etwa im Zuge einer bevorstehenden Gerichtsverhandlung, oder wenn sie Befunde resp. Bestätigungen für diverse Stellen brauchte. Darin zeigt sich ihre Beziehungslosigkeit zu sich selbst, das Unvermögen, sich selbst ernst zu nehmen, und im Effekt auch eine Beliebigkeit in der therapeutischen Beziehung, die in mir das Gefühl hervorrief, benutzt zu werden. Diese fehlende Kontinuität mit sich selber und die Suche nach ihrem Wohl im außen belegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung.

Ohne Vorwurf habe ich die Therapieunterbrechungen angesprochen, ihr rückgemeldet, wie sie da mit sich selbst und mit mir umgeht, habe dazu Stellung genommen, ohne zu vermitteln, dass unsere Beziehung dadurch gefährdet sei.

Diese Beständigkeit ermöglichte ihr schließlich auch zuletzt wiederzukom-

men, als ihr Leidensdruck weiterhin angestiegen war. Das anhaltende Scheitern und die zunehmende Unerträglichkeit ihrer selbst und ihres Lebens schürten Verzweiflung und Suizidalität, und sie kam mit den Worten: „So will ich nicht mehr weiter, entweder ich bringe mich um, oder ich tue was!“

In ihren Worten war eine Entschiedenheit spürbar, die ich bis dahin bei ihr noch nicht gekannt hatte. Ich hatte das Gefühl, dass sie es jetzt wirklich angehen wollte.

Es wird noch ein langer Weg werden, bis Regina Boden findet, der sie trägt, bis sie sich selbst und ihre Gefühle zu fassen bekommt, bis sie ihr eigenes Leben findet und Vertrauen in den Halt des Seins.

Wie weit das gelingen kann, steht offen.

Ich spüre, dass ich diesen Weg mit ihr gehen mag, ihr ein Gegenüber sein mag, das in beziehungsvoller Art Halt gibt und sie ernst nimmt, damit es ihr vielleicht eines Tages möglich wird, sich in ihrem Personsein, im Schmerz ihres Verletztseins zu fühlen und in Empfang zu nehmen ...

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. Jöbstl Barbara,
8047 Graz
Neudörfl 38
barbara.joebstl@aon.at*