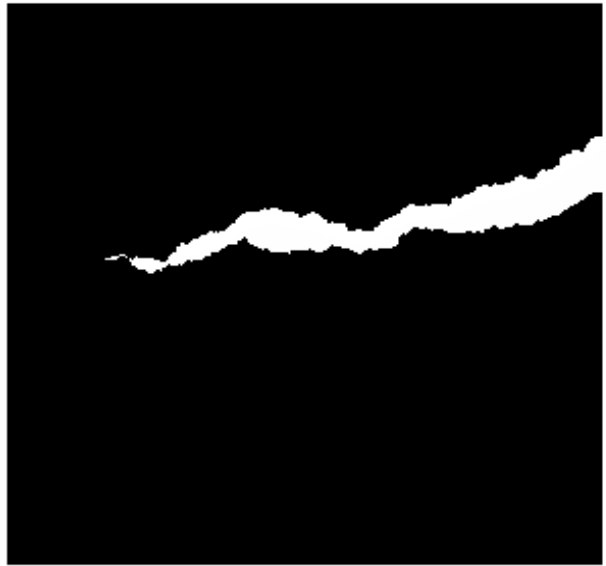


**OPFERHILFE**



**BERATUNGSSTELLE**

**ARBEITSBERICHT**

**HAMBURG – SEPTEMBER 2000**

**NEUE ANSÄTZE IN DER  
AMBULANTEN TRAUMATHERAPIE  
FACHTAGUNG APRIL 2000**

---

## **Impressum**

Herausgegeben von

Opferhilfe Hamburg e.V.  
Paul-Neumann-Platz 2-4  
22765 Hamburg  
Telefon 040/38 19 93  
Fax 040/389 57 86  
e-mail: OHHamburg@aol.com  
www.opferhilfe-hamburg.de

Mit Beiträgen von

Peter Giese  
Julia Kloth  
Gerda Krause  
Jutta Reinberger  
Hermann Schrand

Geschrieben und gestaltet von

Sigrid Thetz  
Brigitte Lütge  
Christine Herrmann

Umschlagsgestaltung

Brigitte Reinhardt Design

Druckerei

Gebr. Braasch GmbH

---

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort

## Arbeitsbericht

■ Das Team der Opferhilfe .....	02
■ Forderungen von 1998 - Was ist daraus geworden? .....	03
■ Finanzen .....	06
■ Statistik .....	07
• Geschlechterverteilung	
• Altersstruktur	
• Betroffenheit	
• Zugangswege	
• Deliktstruktur	
• Anzeigeverhalten	
• Zeitpunkt der Meldung	
■ Aktuelle Entwicklung: .....	12
• Firmengründung: Training & Beratung nach Gewalt	
• Homepage	
• Renovierung	
■ Runder Tisch gegen häusliche Männergewalt .....	13

## Dokumentation der Fachtagung: Neue Ansätze in der Ambulanten Traumatherapie

■ Einleitung .....	16
■ Vorträge .....	18
• Posttraumatische Belastungsstörungen: Stand des Wissens über effektive Therapien A. Maercker .....	18
• Konzeptuelle Überlegungen und therapeutische Haltungen in der ambulanten Traumatherapie unter Berücksichtigung von imaginativen Techniken und EMDR L. Reddemann .....	24
■ Arbeitsgruppen .....	28
• EMDR .....	28
• Identifikation - Distanzierung - Zeugenschaft .....	30
• Stationäre Therapie - ambulante Therapie .....	31
• Was brauchen Kinder zur Verarbeitung von Gewalterfahrungen? .....	33
• Traumatisierung durch noch andauernde Gewaltdynamik .....	34
■ Resümee und Ausblick .....	36
Literaturliste .....	38



## VORWORT

Wenn wir auf die letzten beiden Jahre, 1999 und 2000, zurückblicken, ist die Arbeit der Opferhilfe-Beratungsstelle - wie in allen Jahren davor - wesentlich durch die finanziellen Rahmenbedingungen bestimmt. Seit Gründung der Beratungsstelle 1986 steht der Kampf um die finanzielle Absicherung immer im Vordergrund. Mal gelang es uns, Kürzungen in letzter Minute zu verhindern, mal mußten wir herbe Rückschläge hinnehmen. So z. B. 1996 eine Kürzung unserer Förderung um 30 %, die bis heute weiter besteht. Die Einschränkung an Arbeitskapazität bedeutete, daß wir seitdem Teile unseres konzeptionellen Angebotes nicht mehr bereitstellen können (z. B. psychotherapeutische Gruppen). Eine Erleichterung - trotz dieser Einschränkungen - verschaffte uns ein Beschluß der Bürgerschaft im Dezember 1998, unser Budget für die Zeit bis Ende 2001 zu garantieren. Damit haben wir endlich einmal - zumindest für diesen Zeitraum - Planungssicherheit gewonnen.

Diese Planungssicherheit haben wir dafür genutzt, unsere Arbeit weiter zu professionalisieren und zu optimieren. Um unser Behandlungs- und Beratungskonzept kontinuierlich zu verbessern, haben wir uns ausführlich mit den neuesten Erkenntnissen und Methoden der Behandlung von traumatisierten Menschen auseinandergesetzt. Ein Ergebnis dieses Prozesses war die Idee, im April 2000 eine Fachtagung zu dem Thema „Neue Ansätze in der ambulanten Traumatherapie“ zu veranstalten, deren ausführliche Dokumentation den zweiten Teil dieses Heftes darstellt. Die Fachtagung sollte darüber hinaus auch der Vernetzung von ambulantem und stationärem Bereich dienen.

Die Vernetzung weiter voranzutreiben ist ein integrativer Bestandteil unserer Arbeit und war auch Antrieb für ein weiteres Projekt, das wir initiiert haben. Die Opferhilfe hat einen „Runden Tisch“ ins Leben gerufen zum Thema Gewalt in Ehe und Partnerschaft, dem Arbeitsschwerpunkt unserer Beratungsstelle. Ziel ist, die bisherigen Bemühungen von Polizei, Justiz, Frauenhäusern und Beratungseinrichtungen besser aufeinander abzustimmen und dadurch zum Wohle der von Gewalt betroffenen Frauen und Kinder zu einem optimierten Vorgehen zu kommen.

Unser Hauptarbeitsgebiet ist und bleibt natürlich die Beratungsarbeit. 1999 haben sich wieder mehr als 600 neue Ratsuchende an die Opferhilfe-Beratungsstelle gewandt, um Rat und Unterstützung zu erhalten. Die große Mehrzahl dieser Frauen und Männer sind Opfer von (meist schwerer) Gewalt geworden.

Seit 1986, der Gründung der Beratungsstelle, haben fast 6000 Gewaltopfer Hilfe und Unterstützung bei uns erhalten. Damit sind wir, unseres Wissens, die am stärksten frequentierte Opferberatungsstelle der Bundesrepublik, die sowohl Frauen als auch Männern offensteht. Im krassen Gegensatz dazu steht jedoch unsere außergewöhnlich schlechte Personalausstattung mit 2,5 Stellen im Beratungsbereich.

Wir hoffen, daß sich die politischen Absichtserklärungen, Opferschutz zu stärken, auch bei unserer finanziellen Ausstattung bemerkbar machen.

## ARBEITSBERICHT

### Das Team der Opferhilfe

Unser Team besteht aus fünf Teilzeit-Diplom-PsychologInnen (auf 2,5 Stellen) und einer Teilzeit-Verwaltungskraft - zeitweise erhalten wir Unterstützung durch eine Büropraktikantin. Wir sind schon seit vielen Jahren gemeinsam in der Opferhilfe-Beratungsstelle tätig (zwischen 14 und 3,5 Jahren). Diese Konstanz sehen wir als Ausdruck einer hohen Arbeitszufriedenheit und einer guten Arbeitsatmosphäre an. Beides sind wichtige Voraussetzungen, die schwierige psychotherapeutische Arbeit auf Dauer leisten zu können.

Über diese lange Zeit der gemeinsamen Tätigkeit hat sich in unserem Team viel Kompetenz und Wissen angesammelt, wovon besonders unsere Ratsuchenden profitieren. Außerdem stärkt diese Erfahrung auch unser politisches Engagement für Opfer von Straftaten. Unsere Arbeitsteilung entspricht unseren Fähigkeiten und Neigungen und ermöglicht eine gezielte Professionalisierung.

Das Angebot der Beratungsstelle beinhaltet psychologische Beratung und Kurzpsychotherapie (in Einzel-, Paar- und zeitweilig auch in Gruppengesprächen).

Wir haben folgende Arbeitsschwerpunkte:

*Dipl.-Psych. Peter Giese:*  
Leitung, Geschäftsführung, Außenvertretung, Organisation, Männerberatung

*Dipl.-Psych. Gerda Krause:*  
Stellv. Leitung, Außenvertretung, Frauenberatung/Psychotherapie und Paarberatung

*Dipl.-Psych. Jutta Reinberger:*  
Frauenberatung/Psychotherapie

*Dipl.-Psych. Hermann Schrand:*  
Männerberatung/Psychotherapie und Paarberatung

*Dipl.-Psych. Julia Kloth:*  
Frauenberatung/Psychotherapie, Gruppen (in Planung)

*Sigrid Thetz:*  
Verwaltungsfachangestellte

*Brigitte Lütge:*  
Verwaltungsfachangestellte, Urlaubsvertretung

*Christine Herrmann:*  
Büropraktikantin

### Approbation

Nach jahrzehntelangen berufspolitischen Auseinandersetzungen wurde 1998 das Psychotherapeutengesetz verabschiedet. Dieses Gesetz regelt berufsrechtliche Fragen, den Titel des Psychotherapeuten, die Gleichstellung der psychologischen Psychotherapeuten mit den ärztlichen Kollegen sowie sozialrechtliche Übergangsbestimmungen für die Kassenzulassung. In der Übergangsregelung zur Approbation wurde sowohl eine theoretische Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren als auch psychotherapeutische Praxis in einem bestimmten Umfang gefordert. Alle KollegInnen im Beratungsteam haben die Approbation erhalten und damit den Titel „**Psychologische/r PsychotherapeutIn**“ und sind somit zur Ausübung von Psychotherapie gesetzlich berechtigt.

## ■ Forderungen von 1998 - Was ist daraus geworden?

In unserem Arbeitsbericht von 1998 haben wir eine Reihe von Forderungen erhoben:

1. Opferhilfe muß eine staatliche Regelaufgabe werden.
2. Gleichbehandlung von psychischen und körperlichen Folgeschäden nach Straftaten bei der Entschädigung nach dem Opferentschädigungsgesetz.
3. Abschaffung der jährlichen Haushaltsberatungen für Zuwendungsempfänger zugunsten von längerfristigen Finanzierungszusagen.
4. Opfer haben - analog der Resozialisierung des Täters - ein Recht auf Unterstützung bei der Reintegration in den Alltag.

Wie hat sich die Situation für Opfer von Gewalt seitdem verändert, wie geht es Opfern heute? Diesen Fragen soll erneut nachgegangen werden, damit unsere Forderungen nicht etwa dem Vergessen anheim fallen.

Hamburgs Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) für 1999 weist zwar einen Rückgang der Gewaltkriminalität aus, allerdings wurden auch im letzten Jahr über 10.000 Menschen Opfer von vollendeten oder versuchten Gewaltdelikten. Die PKS gibt zudem nur einen Überblick über die angezeigten Straftaten. Das Ausmaß an Gewalt ist also wesentlich größer. So hat von den Ratsuchenden, die zu uns kommen, weniger als die Hälfte die Straftat zur Anzeige gebracht. Die nicht angezeigten Gewalttaten, das sogenannte Dunkelfeld, erscheint jedoch in keiner Statistik.

Opfer von Gewalt brauchen zur Reintegration in den Alltag in einer ganzen Reihe von

Fällen professionelle psychotherapeutische Unterstützung, um eine Chronifizierung der Symptome zu verhindern. Wo können Opfer diese Hilfe bekommen? Der Zugang zu niedergelassenen PsychotherapeutInnen ist durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz sicher erleichtert worden, weil PsychotherapeutInnen jetzt ohne den Umweg über einen Arzt aufgesucht werden können. Das Gesetz hat jedoch nichts daran geändert, daß sich niedergelassene PsychotherapeutInnen oft in der Traumabearbeitung nicht kompetent fühlen und in der Regel nicht kurzfristig Termine anbieten können.

Viele Opfer brauchen zudem keine langfristige Psychotherapie, sondern sofortige Krisenintervention, die unbürokratisch gewährt wird durch ein niedrigschwelliges Angebot mit sofortiger Terminvergabe. Dies ist nur in einer Krisenberatungsstelle wie der Opferhilfe zu leisten, die über spezielle Fachkompetenz der Traumabehandlung verfügt. Wir können diesen Standard allerdings nicht mehr immer gewährleisten, weil unsere personelle Ausstattung mit 2,5 Stellen einfach zu gering ist. Solche speziellen Opferberatungsstellen sind bundesweit nur selten zu finden, und die wenigen bestehenden Einrichtungen in ihrer Existenz immer wieder gefährdet. So droht z. B. der erst vor zwei Jahren eröffneten Opferberatungsstelle in Rostock die Schließung. Und auch das „Musterländle“ Hessen kürzte die Finanzmittel für seine vier Beratungsstellen in diesem Jahr rigoros.

Da die Erfüllung einer so wichtigen gesellschaftlichen Aufgabe wie der Opferhilfe nicht vom aktuellen Kassenstand der öffentlichen Hand abhängig gemacht werden kann, bleibt unsere Forderung bestehen:

**Opferhilfe muß eine staatliche Regelaufgabe werden.  
Opferhilfe-Beratungsstellen müssen angemessen personell  
ausgestattet sein.**

Auch weiterhin gibt es in der Bundesrepublik Deutschland keine nennenswerte staatliche Entschädigung für Opfer von Gewalttaten. Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) kommen nur in den seltensten Fällen (nämlich bei einer durch das Versorgungsamt festgestellten Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 oder mehr Prozent) den Opfern direkt zugute. So wurden laut Bericht des Versorgungsamtes Hamburg 1999 in 20 Fällen Rentenzahlungen an Opfer neu bewilligt, in 5 Fällen kam es zu Zahlungen an Hinterbliebene. Auch wenn die Relationen nicht ganz stimmen, heißt das, daß es bei über 10.000 (PKS Hamburg 1999) angezeigten Gewaltdelikten in 0,2 % der Fälle zu einer laufenden Zahlung an das Opfer durch das Versorgungsamt kommt. Daß dieses Gesetz so wenig Wirkung in der Praxis zeigt, liegt u. E. daran, daß psychische Verletzungen bzw. Folgeschäden bei der Begutachtung durch die Versorgungsämter immer noch keine angemessene Beachtung finden.

Andererseits wissen wir aus vorliegenden Studien (vgl. BAURMANN, M.C. / SCHÄDLER, W.: Das Opfer nach der Straftat, 1991), daß bei 80 % der Gewaltopfer psychische Schäden im Vordergrund stehen, körperliche Verletzungen nur bei 10 %. Die Versorgungsämter müßten endlich den heutigen Stand der Forschung zur Kenntnis nehmen, der belegt, daß traumatische Ereignisse, wie Opfer einer Gewalttat zu werden, schwere psychische Folgeschäden hervorrufen können. Des weiteren müßte es zu einer Umkehr der Beweislast im Verfahren kommen. Nicht das Opfer sollte nachweisen müssen, daß seine heutigen psychischen Beeinträchtigungen auf die Gewalttat zurückzuführen sind, sondern das Versorgungsamt sollte belegen, daß schon vor der Tat eine psychische Störung vorlag. Wenn es nicht zu einer veränderten Praxis des OEG kommt, läuft dieses Gesetz weiterhin völlig an den Bedürfnissen von Gewaltopfern vorbei.

**In der Praxis des Opferentschädigungsgesetzes sollten psychische Folgeschäden bei Gewaltopfern mehr Beachtung finden. Es sollte die Umkehrung der Beweislast zugunsten der Gewaltopfer erfolgen.**

Im Zuge der Haushaltsberatungen der Bürgerschaft für das Jahr 1999 hat es eine für uns erfreuliche Entwicklung gegeben. Das Parlament hat mit den Stimmen der Regierungskoalition SPD/GAL beschlossen, der Opferhilfe e. V. „bis zum Ende der Legislaturperiode Bestandssicherung zu gewährleisten“. Das bedeutet, daß unsere Mittel bis zum Ende des Jahres 2001 nicht noch weiter gekürzt werden. Wir sind zwar seit 1996 eine auf ein Minimum zurechtgeschrumpfte „Spar-Beratungsstelle“, aber unser Bestand bis 2001 ist sichergestellt.

Im Gegenzug zur Bestandssicherung haben wir mit unserem Zuwendungsgeber, der Justizbehörde, eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen, nach der der Umfang der von uns zu leistenden Arbeit und die von uns zu dokumentierenden Daten festgelegt wurden. Für uns keine eigentliche Neuerung, weil wir nach unserem Selbstverständnis in unseren Arbeitsberichten stets ausführlich darüber berichtet haben, wofür wir unsere Fördermittel verwendet haben.

**Unserer Forderung nach Abschaffung der jährlichen Haushaltsentscheidungen zugunsten mehrjähriger Finanzierungsvereinbarungen wurde also entsprochen. Wir hoffen, daß die positiven Erfahrungen mit einem garantierten Budget Verwaltung und Politik ermutigen, auch in Zukunft längerfristige Vereinbarungen mit der Opferhilfe abzuschließen.**



In den letzten Jahren haben die Bemühungen, Opfer von Straftaten zu unterstützen oder ihre Belastungen im Strafverfahren zu reduzieren, Früchte getragen.

Zusätzlich zu dem am Landgericht/Amtsgericht Hamburg bestehenden ZeugInnenbetreuungsraum gibt es jetzt weitere bei den Amtsgerichten Altona und Harburg. Beim Familiengericht sind für sogenannte „Problemscheidungen“ zwei sozialpädagogische Familienhelferinnen eingestellt. Wir halten diese Angebote für sinnvoll, stellen als Freier Träger doch auch überrascht fest, daß die Justiz intern innerhalb eines Jahres 3 Stellen schaffen kann, während wir seit Jahren darum kämpfen müssen, daß wir unsere 2,5 Stellen behalten.

Eine weitere Neuerung ist der Einsatz von Videotechnik im Strafverfahren. Dadurch wird die Vernehmung von kindlichen oder besonders gefährdeten Zeugen in einem Raum außerhalb des Gerichtssaales möglich. Täter und Opfer treffen nicht aufeinander. Ob dieses Verfahren wirklich opferfreundlicher ist als andere bisher schon vorhandene Möglichkeiten, wie der Ausschluß des Angeklagten während der Aussage der (Opfer-)ZeugInnen, darüber findet z. Zt. noch eine kontroverse fachliche Diskussion statt. (vgl. KAVEMANN, B.: Mehr Schutz durch Videotechnik? Prävention 6/1999).

Es wurden erhebliche Mittel investiert, um in den Gerichten die technischen Voraussetzungen zu schaffen. Tatsache ist jedoch, daß dieses Verfahren bisher in Hamburg in keinem einzigen Verfahren genutzt wurde (Stand 3/2000). Handelt es sich bei diesem Gesetz um eine Fehlinvestition?

Genutzt wird jedoch die Möglichkeit, schon die Vernehmung bei der Polizei (speziell beim LKA 42, dem Sonderdezernat für Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung) auf Video zu dokumentieren. Dem Opfer könnte damit eine Aussage in der

gerichtlichen Hauptverhandlung erspart werden. Ob ein Gericht von dieser Möglichkeit bisher Gebrauch gemacht hat, ist uns nicht bekannt.

Auch die Polizei hat ihre Anstrengungen, bürger- und opferfreundlicher zu werden, verstärkt. So machen bürgernahe Beamte Besuche bei Betroffenen und in der Polizeidirektion Süd widmet sich eine Beamtin ausschließlich der Opferbetreuung. So sehr wir die vermehrte Opferorientierung der Polizei begrüßen, beobachten wir doch auch mit gewisser Sorge, daß sich PolizeibeamtInnen auf ein Gebiet begeben, für das sie nicht ausgebildet sind. Viel lieber sähen wir es, wenn es „Opferschutzbeauftragte“ bei der Polizei gäbe, die die polizeilichen Maßnahmen darauf überprüften, ob sie „opferfreundlich“ sind bzw. wie sie es werden könnten.

Diese Bemühungen der letzten Jahre, die Belastungen im Ermittlungs- und Strafverfahren für Opfer von Gewalt zu reduzieren, begrüßen wir sehr. Dieser Ansatz muß konsequent weiterverfolgt werden.

Und nicht zuletzt sei noch das Vorhaben eines „Gewaltschutzgesetzes“ der Bundesregierung erwähnt. Bisher liegt erst ein Referentenentwurf vor, doch hoffen wir, daß es im Deliktbereich der häuslichen Gewalt zu einer Reihe von Verbesserungen für die betroffenen Frauen kommt, insbesondere was Schutzvorschriften, die Zuweisung der ehelichen Wohnung und die Wegweisung des gewalttätigen (Ehe-)Mannes betrifft. Immer noch ungenügend bleibt jedoch die psychosoziale Unterstützung nach der Straftat. Professionelle Hilfe durch Beratungsstellen wie der Opferhilfe sind nicht regelhaft vorgesehen. Wir fordern daher weiterhin:

**Opfer haben - analog der Resozialisierung des Täters - ein Recht auf Reintegration in den Alltag.**



## ■ Finanzen

Die Justizbehörde ist Zuwendungsgeber der Opferhilfe-Beratungsstelle. Damit steht und fällt mit der öffentlichen Förderung das Bestehen der Beratungsstelle. Unsere aktuelle finanzielle Situation wird daher von dem schon erwähnten Bürgerschaftsbeschluss geprägt, der Opferhilfe-Beratungsstelle eine Bestandsgarantie bis zum Ende des Jahres 2001 zu gewähren.

Um mehr Transparenz herzustellen, was der Zuwendungsempfänger für die Zuwendungen an Leistungen erbringt, hatte die Bürgerschaft die Behörden ersucht, mit den Zuwendungsempfängern detaillierte Leistungsvereinbarungen abzuschließen. Auch wenn Ansätze von leistungsabhängiger Finanzierung damit in die öffentliche Finanzierung Einzug halten, handelt es sich weiterhin um einen einseitigen hoheitlichen Akt der Behörde, bei dem alle Macht auf Seiten des Zuwendungsgebers liegt.

Wir haben schon immer unsere Arbeit dokumentiert und auch zahlenmäßig den Nachweis geführt, wofür wir die öffentlichen Mittel verwendet haben. Obwohl wir prinzipiell also keinerlei Bedenken hatten, unsere Zahlen offenzulegen, brauchte es doch fast eineinhalb Jahre, bis sich Behörde und Beratungsstelle auf diesem für beide Seiten noch neuen Terrain einer Leistungsvereinbarung einigen konnten. Im Dezember 1998 war diese Vereinbarung dann endlich unterschriftsreif. Wir haben jetzt erstmals auf der Grundlage dieser Leistungsvereinbarung den Verwendungsnachweis für das Haushaltsjahr 1999 geführt und sind gespannt auf die ersten Erfahrungen damit. Auch wenn diese Leistungsvereinbarung zumindest eine gewisse Ankopplung von Beratungsleistung an Geldzahlungen beinhaltet, so macht sie doch die Einseitigkeit auch dieser Vereinbarung deutlich. In der Leistungsvereinbarung sind Mindestleistungen festgeschrieben, die bei einer Unterschreitung zu einer Leistungskürzung führen würden. Im umgekehrten Fall, wenn wir diese Mindestgrößen erheblich überschreiten würden, wären jedoch keine Mehrleistungen von Seiten der Behörde vorgesehen. Von einer leistungsgerechten Regelung sind wir also noch sehr weit entfernt. Neben der Förderung durch die Öffentliche Hand sind Bußgeldzuweisungen der Gerichte eine

weitere Finanzierungsquelle der Opferhilfe-Beratungsstelle. Leider sind wir nicht die einzige Organisation, die sich darum bemüht. So ist die Tendenz zu verzeichnen, daß sich immer mehr gemeinnützige Einrichtungen darum bemühen, das Bußgeldaufkommen aus Straftaten dagegen seit Jahren stabil bzw. leicht rückläufig ist. Dabei wären Bußgeldzuweisungen an eine Einrichtung, die Opfer von Straftaten unterstützt, unseres Erachtens besonders sinnvoll. Stellen sie doch eine Art „Wiedergutmachung der Tat“ und eine mögliche Auseinandersetzung mit den Tatfolgen für das Opfer durch den Täter dar. Was könnte es für eine sinnvollere Strafe bzw. Auflage geben, als eine Bußgeldzahlung einer Opferschutz- bzw. Opferhilfsorganisation zukommen zu lassen? Diese Sichtweise hat sich bisher noch nicht weiter durchgesetzt. Allerdings sollen nach Aussage der Justizsenatorin Frau Dr. Peschel-Gutzeit Bußgeldzuweisungen zukünftig verstärkt Opferhilfeeinrichtungen zukommen. Spenden spielen in unserer Finanzierung nur eine geringe Rolle. Das hat sicher damit zu tun, daß Opfer als Konfliktverlierer in einer „Siegengesellschaft“ keinen besonders hohen Stellenwert haben. Trotzdem gibt es eine Reihe von Firmen, die uns - zum Teil schon seit vielen Jahren - regelmäßig finanziell unterstützen und damit einen wichtigen Beitrag in der Gesamtfinanzierung leisten. Besonders freuen wir uns über Spenden von (ehemaligen) Ratsuchenden. Wir möchten an dieser Stelle uns noch einmal ganz ausdrücklich bedanken bei der Bürgerschaft für ihre Bestandsgarantie, bei Richterinnen und Richtern für die Zuweisung von Bußgeldern und bei den Firmen und Hamburger Bürgerinnen und Bürgern, die uns durch Spenden unterstützen. Ohne diese konzertierte Unterstützung wäre unsere Arbeit nicht mehr möglich.

## ■ Statistik

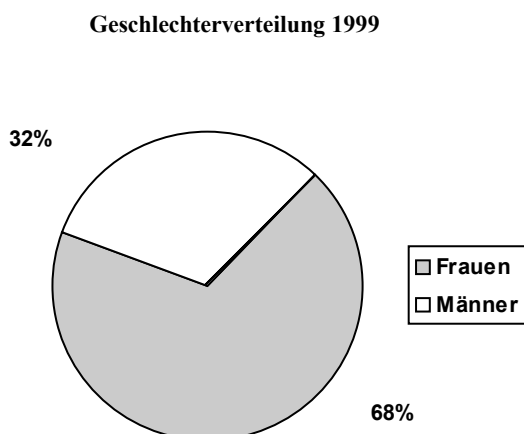
Auch in diesem Arbeitsbericht möchten wir unsere Tätigkeit zahlenmäßig ausführlich darstellen. Wir beziehen uns dabei auf das Jahr 1999.

Die Nachfrage nach Beratung ist unverändert hoch und hat sich bei über 600 neuen Ratsuchenden im Jahr stabilisiert (1998: 621; 1999: 602).

Seit 1986, der Gründung der Beratungsstelle, haben fast 6.000 Gewaltopfer Hilfe und Unterstützung bei uns erhalten.

### Geschlechterverteilung

Die Beratungsstelle wird überwiegend von Frauen frequentiert. Jedoch hat sich in den letzten Jahren der Anteil männlicher Ratsuchender kontinuierlich erhöht. Jetzt sind rund ein Drittel der Ratsuchenden Männer, zwei Drittel Frauen.



Wir führen diesen Anstieg männlicher Ratsuchender mit darauf zurück, daß wir seit Jahren Männer auch als Gewaltopfer ansprechen. Im öffentlichen Bewußtsein

werden beim Stichwort Gewalt Männer oft nur als Täter gesehen. Es ist zwar richtig, daß etwa 80 % der Tatverdächtigen männlich sind, es sind allerdings auch mehr als 70 % aller Opfer von angezeigten Gewaltdelikten Männer. Diese Tatsache findet häufig keine Beachtung.

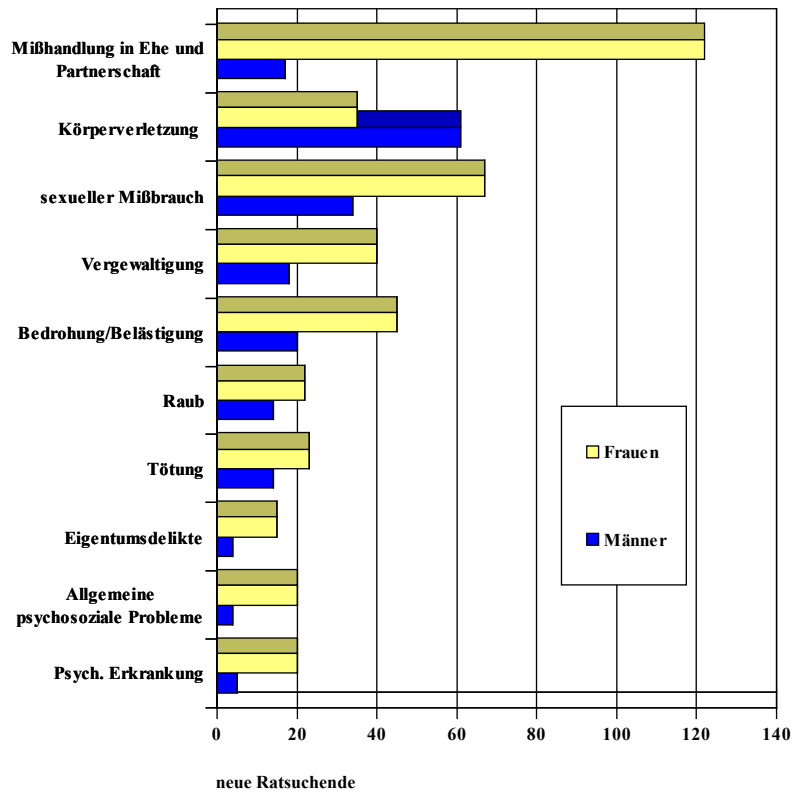
### Deliktstruktur

Im vergangenen Jahr kam fast jede dritte Frau wegen Mißhandlung in Ehe oder Partnerschaft zu uns. Dieser Deliktbereich ist schon seit vielen Jahren unser Beratungsschwerpunkt. Auch jeder dritte Mann ist Opfer einer Körperverletzung geworden, allerdings meist durch Fremdtäter. Mit zahlenmäßigem Abstand sind dann die nächstgrößeren Deliktgruppen - bei Frauen wie Männern gleichermaßen - sexueller Mißbrauch, Bedrohungen und Vergewaltigung. Die Zahlen zu sexuellem Mißbrauch sind bei den Frauen schon seit Jahren rückläufig. Wir erklären uns dies mit der zunehmenden Zahl von Beratungsstellen, die zu diesem Thema arbeiten. Bei den Männern dagegen hat sich die Anzahl der direkt Betroffenen kontinuierlich erhöht. Da die Opferhilfe die einzige Beratungsstelle ist, die ein Angebot für Männer als Opfer sexueller Gewalt macht, beobachten wir hier die gewachsene Bereitschaft von Männern, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Auffallend war der stetige Anstieg bei den Tötungsdelikten in den letzten Jahren, der bei männlichen Ratsuchenden schon einen Anteil von über 7 % ausmacht. 1999 sind in den 37 Fällen Überlebende eines Tötungsversuchs und Angehörige der Mordopfer zahlenmäßig gleich stark vertreten. Die Arbeit in diesem Deliktbereich ist oft sehr zeitintensiv und langwierig, so daß dadurch erhebliche Beratungskapazitäten gebunden werden.

Eigentumsdelikte spielen nach wie vor nur eine sehr geringe Rolle.

**Deliktstruktur 1999**



Mehr als 90 % aller Ratsuchenden sind Opfer von Kriminalität geworden. Die verbleibenden Ratsuchenden fragen entweder wegen allgemeiner Lebensprobleme an oder leiden an einer psychischen Erkrankung.

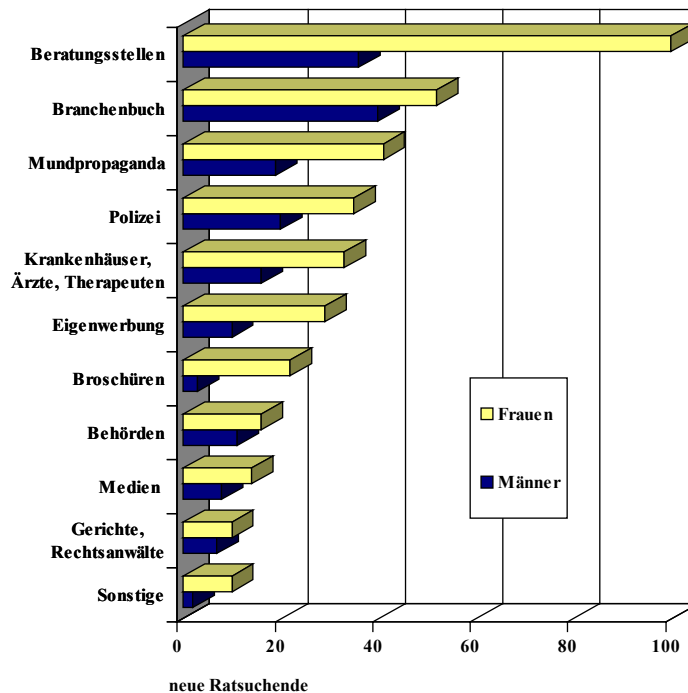
Diese Zahlen verdeutlichen, daß es uns gelungen ist, das Beratungsprofil und unsere Zielgruppe deutlich zu definieren und in unserer Öffentlichkeitsarbeit klar darzustellen.

**Zugangswege**

Wie Ratsuchende zu uns finden, ist für uns von großer Wichtigkeit, weil unser Beratungskonzept auf einer Komm-Struktur basiert. Das bedeutet, daß die Ratsuchenden selbst entscheiden, ob bzw. wann sie zu uns kommen. Diese Entscheidungsfreiheit setzt jedoch voraus, daß unser Beratungsangebot auch bekannt ist. Über intensive Öffentlichkeitsarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen versuchen wir daher, unsere Angebote publik zu machen. Frauen und Männer finden auf unterschiedlichen

Wegen zu uns. Während mehr als jede vierte Frau (27 %) über andere Hilfsorganisationen an uns verwiesen wird, kommt knapp jeder vierte Mann (ca. 23 %) über das Branchenbuch zu uns, bei den Frauen sind dies nur 14 %. Über andere Hilfsorganisationen finden etwa 19 % der männlichen Ratsuchenden zu uns. Männer wählen also bevorzugt Zugangswege, bei denen sie nicht andere fragen müssen, während es Frauen leichter fällt, um Hilfe zu bitten.

## Zugangswege 1999



Für Männer und Frauen gleichermaßen weitere wichtige Zugangswege sind mit jeweils ca. 10 % Anteil Empfehlungen durch ehemalige Ratsuchende, Polizei, medizinische Einrichtungen, Flyer der Beratungsstelle oder Veranstaltungen, an denen wir beteiligt waren.

In den letzten Jahren haben sich durch eine intensive Zusammenarbeit die Vermittlungen von Ratsuchenden durch die Polizei und den „Weißen Ring“ an uns verdoppelt. Für diesen Vertrauensbeweis möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

## Altersstruktur

Nach wie vor sind rund 70 % aller Ratsuchenden jünger als 40 Jahre. Dabei ist mittlerweile die Altersgruppe der 31 bis 40jährigen zahlenmäßig am stärksten vertreten. Sehr zugenommen hat die Gruppe junger Erwachsener, jede(r) zehnte Ratsuchende ist 1999 jünger als 20 Jahre gewesen (1997: 6,7 %). Die Altersstruktur unserer Klientel spiegelt die Zahlen der

Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) wieder. Opfer von Gewaltkriminalität sind in erster Linie Jugendliche und junge Menschen. Ältere Menschen (60 Jahre und älter), die oft eine hohe Kriminalitätsfurcht haben, werden nur selten Opfer von Gewalt. Sie sind bei uns auch nur mit weniger als 3 % vertreten.

## Betroffenheit

Knapp zwei Drittel aller Ratsuchenden waren in den letzten Jahren direkt von einer Straftat betroffen, also Opfer im eigentlichen Sinne. Ein knappes Viertel der Anfragen kamen von Angehörigen von Opfern, wobei Männer leicht überproportional vertreten sind. Diese Zahlen haben sich in den letzten beiden Jahren stabilisiert. Der relativ hohe Anteil von Angehörigen zeigt, wie Angehörige ähnlich stark, wenn auch in anderer Form, unter den Auswirkungen der Tat leiden. Auch für sie ist die gewohnte Sicherheit plötzlich und völlig unerwartet verlorengegangen. Nichts ist mehr wie vorher. Viele Angehörige sind daher sehr ver-

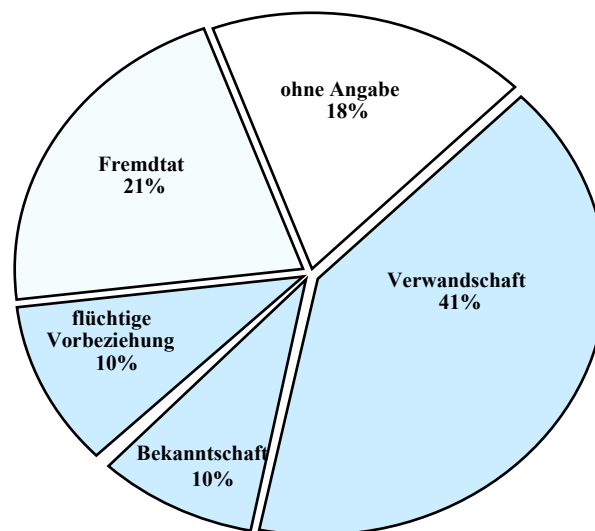
unsichert, wie sie sich dem Opfer gegenüber verhalten sollen. Seit Jahren konstant, mit rund 11 %, sind Anfragen von Institutionen vertreten. Hier holen sich MitarbeiterInnen unterschiedlicher Einrichtungen Rat und Unterstützung im Umgang mit Gewaltopfern im Sinne von Fachberatungen oder sie setzen sich mit ihrer eigenen Unsicherheit mit diesem Thema auseinander. Unter dem Aspekt der Vernetzung haben wir uns schon immer für eine angemessene Versorgung von Opfern „vor Ort“ ausgesprochen. Opfern muß überall angemessen begegnet und geholfen werden, nicht nur in Spezial-Beratungseinrichtungen.

## Täter-Opfer-Beziehung

Bei nahezu drei Viertel aller Fälle handelt es sich um Beziehungstaten. Bei jeder zweiten Straftat waren Täter und Opfer sogar miteinander verwandt. Gewalttaten spielen

sich erfahrungsgemäß in erster Linie zwischen Menschen ab, die einander kennen, daher ist dieser Anteil durchaus zu erwarten.

Täter-Opfer-Beziehung 1999



Die Anzeigenbereitschaft hängt eng mit der Täter-Opfer-Beziehung zusammen. Je näher Täter und Opfer miteinander in Beziehung stehen, desto geringer ist die Bereitschaft des Opfers, die Tat zur Anzeige zu bringen.

Insgesamt etwas weniger als die Hälfte (rund 45 %) aller Ratsuchenden hatten Strafanzeige erstattet, bevor sie sich bei uns meldeten.

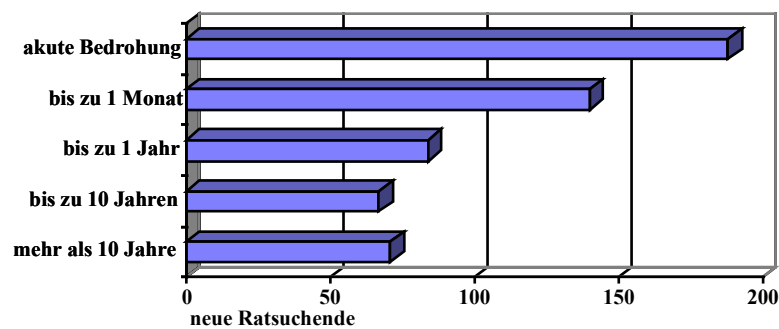
## Zeitpunkt der Meldung

Die Opferhilfe-Beratungsstelle ist eine Kriseninterventions-Einrichtung. Um zu überprüfen, ob wir diesem Anspruch auch gerecht werden, haben wir im letzten Jahr erstmals die Zeit erfaßt, die zwischen der Tat und der Meldung in der Opferhilfe verstrichen ist.

Über ein Drittel der Ratsuchenden wenden sich in einer akuten Gefahrensituation an die Beratungsstelle. Meist handelt es sich um Gewalt in Ehe und Partnerschaft oder

um Bedrohungsstaten. Ein Viertel der Ratsuchenden meldet sich innerhalb eines Monats nach der Tat bei uns. Das bedeutet, daß rund 60 % unserer Klientel sich in akuter Krise an uns wendet. Bei etwa 15 % der Neuanmeldungen liegt die Tat bis zu einem Jahr zurück. Häufig sind dies Ratsuchende, die merken, daß sie mit den Tatfolgen doch nicht alleine fertig werden können. Bei anderen versagt das soziale Umfeld weitere Unterstützung, beispielsweise weil Angehörige sich völlig überfordert fühlen.

Zeitpunkt der Meldung 1999



Bei jedem achten Ratsuchenden lag die Tat bis zu 10 Jahre zurück, ähnlich hoch ist der Anteil bei mehr als 10 Jahren. Bei diesem Viertel aller Ratsuchenden haben sich dann Symptome und Probleme über die Jahre chronifiziert.

Auch wenn die Tat schon längere Zeit zurückliegt, ist oft eine akute Krise Anlaß, die

Opferhilfe aufzusuchen. Sei es, daß Ratsuchende durch einen Vorfall im persönlichen Umfeld oder z. B. durch einen Fernsehbericht an eigene Opfererfahrungen erinnert werden, oder daß sich die Probleme so aufgetürmt haben, daß alle Vermeidungsstrategien nicht mehr greifen und die Betroffenen jetzt weder ein noch aus wissen.

Deutlich wird anhand der Zahlen, daß die Opferhilfe-Beratungsstelle eine Krisenberatungseinrichtung ist. Entsprechend haben wir unser Angebot darauf ausgerichtet, eine möglichst schnelle Terminvereinbarung für persönliche Beratungsgespräche zu gewährleisten. Wir können wegen unserer ungenügenden Personalausstattung allerdings diesen notwendigen Standard nicht immer halten.

## ■ Aktuelle Entwicklung

### Firmengründung: Training & Beratung nach Gewalt

Alle praktizieren outsourcing - wir auch. Um eine klare Trennung zwischen kostenloser Beratung für Privatpersonen und kostenpflichtigen Angeboten für Firmen herbeizuführen, haben wir den Bereich der „gewerblichen Kunden“ ausgegliedert und dafür die Gesellschaft des Bürgerlichen Rechts „Training & Beratung nach Gewalt“ gegründet.

Drei KollegInnen der Opferhilfe-Beratungsstelle (Peter Giese, Julia Kloth und Gerda Krause) bieten, organisatorisch getrennt von der Beratungsstelle, Menschen, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit z. B. durch Raubüberfälle, Unfälle oder Rettungseinsätze traumatisiert wurden, psychotherapeutische Unterstützung an.

Die psychosozialen Folgen von Raubüberfällen am Arbeitsplatz können entscheidend vermindert werden, wenn die Betroffenen umgehend kompetente Unterstützung erhalten. Die angebotene notfallpsychologische Betreuung besteht aus zeitnahen Krisengesprächen vor Ort und einer psychotherapeutischen Versorgung im Anschluß. Daneben bietet „Training & Beratung nach Gewalt“ praxisnahe Trainings für Führungskräfte und Ersthelfer sowie Seminare z. B. zum Thema Traumaverarbeitung, Akutversorgung, Mobbing, Gewalt in der Ehe und Partnerschaft usw. an.

Falls Sie weitere Informationen über die krisentherapeutische Versorgung oder über unser Seminarangebot wünschen, können Sie

„**Training & Beratung nach Gewalt**“ unter Tel. 040/41 35 14 97 erreichen.

Homepage:  
<http://www.opferhilfe-hamburg.de>

Das Zeitalter der Informationsgesellschaft hat auch vor uns nicht haltgemacht. Wir haben eine sogenannte „Baustelle“ für eine homepage eingerichtet, d. h. wir beschäftigen uns mit der Ausgestaltung unserer homepage und stellen die Informationen nach und nach ins Netz.

Die homepage soll als niedrigschwelliges Informationsmedium für Ratsuchende und für Professionelle dienen, die sich über unsere Arbeit und unser Angebot informieren wollen. Wir freuen uns über Ihren Besuch auf unserer homepage. Für Kommentare und Tips zur Gestaltung sind wir besonders dankbar.

### Renovierung

Wir bauen nicht nur virtuell - auch real. Im Herbst letzten Jahres mußten wir die Beratungsstelle für einige Tage schließen, da die Räume der Beratungsstelle renoviert wurden. Eine schöne Umgebung erhöht nicht nur unser Wohlbefinden als MitarbeiterInnen. Eine harmonische Atmosphäre hat auch positive Auswirkungen auf die Menschen, die häufig nach einer lebensbedrohlichen Situation zu uns kommen. Sie sollen sich wenigstens während der Beratung in unseren Räumen sicher und wohl fühlen können.



## ■ Runder Tisch gegen häusliche Männergewalt

\*Der endgültige Name des Runden Tisches stand bei Drucklegung noch nicht fest.

Im Mai 1999 hat die Opferhilfe-Beratungsstelle zu einem „Runden Tisch“ zum Thema Gewalt in Ehe und Partnerschaft eingeladen.

Das Ziel ist, nach dem Kieler Vorbild des „Kieler-Interventions-Konzeptes, KIK“ und des „Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt, BIG“ auch in Hamburg ein Interventionsprojekt zu gründen. Das Projekt soll dazu beitragen, die Rahmenbedingungen für den Schutz betroffener Frauen und Kinder zu verbessern und ihre Rechtsposition auszubauen (z. B. Zuweisung der gemeinsamen Wohnung). Ebenso notwendig ist, daß Täter eindeutig geächtet (z. B. durch polizeiliche Ingewahrsamnahme) und durch zivilrechtliche Maßnahmen und strafrechtliche Sanktionen in die Verantwortung genommen werden. Ein koordiniertes Vorgehen aller beteiligten Stellen soll die Situation für die Betroffenen und die MitarbeiterInnen der Institutionen transparenter und effektiver gestalten.

Der Schritt zur Gründung des Runden Tisches erschien uns notwendig, da Gewalt im häuslichen Umfeld immer noch als Privatangelegenheit angesehen und zu wenig öffentlich geächtet und strafrechtlich verfolgt wird. So müssen bisher mißhandelte Frauen und deren Kinder i. d. R. die gemeinsam bewohnte Wohnung verlassen, um Schutz zu finden. Der mißhandelnde Partner kann meist unbehelligt wohnen bleiben. Strafrechtliche Konsequenzen für den Täter erfolgen in der Praxis selten, weil das öffentliche Interesse bei der Strafverfolgung oftmals verneint wird und mißhandelte Frauen aus Angst vor weiteren Übergriffen des Täters zivilrechtliche Schritte scheuen. Die Täter, die nicht zur Verantwortung gezogen werden, fühlen sich somit weiter im Recht.

Da ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt unserer Einrichtung seit der Gründung vor 14 Jahren die psychotherapeutische Begleitung von Frauen, die Opfer von Gewalt in Ehe und Partnerschaft geworden sind, ist, werden wir ständig mit diesen Problemen konfrontiert. Die individuelle psychologische Unterstützung kann nicht

ausreichen, wenn gesellschaftspolitische, juristische und soziale Aspekte eine Rolle spielen.

Dieses komplexe Thema haben in der Vergangenheit schon andere Gruppierungen im In- und Ausland aufgegriffen und neue Lösungen gefunden.

Schon 1981 haben sich in Duluth (USA) unter dem Namen „Domestic Abuse Intervention Project (DAIP)“ Einrichtungen auf kommunaler Ebene sowie private Träger auf ein koordiniertes Vorgehen in Fällen häuslicher Gewalt geeinigt. Das Duluth-Projekt gilt allgemein als ein Modell für den Umgang mit Gewalt in der Familie. In Deutschland entstand in Berlin 1994 aus der Frauenbewegung heraus das „Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt (BIG)“. BIG wurde als Modellprojekt gefördert und über seine zahlreichen Veröffentlichungen bekannt. Die Modellförderung für BIG wurde für weitere zwei Jahre verlängert. Das „Kieler-Interventions-Konzept (KIK)“ wurde 1995 durch die Initiative des „Landes-Rates für Kriminalitätsverhütung in Schleswig-Holstein“ gegründet. Das Projekt wird inzwischen auf das ganze Land Schleswig-Holstein ausgeweitet.

In Österreich wurde 1996 ein sehr fortschrittliches Gesetz zum Umgang mit gewalttätigen Männern im häuslichen Umfeld eingeführt. Dieses Gesetz ermöglicht es der Polizei, gewalttätige Männer sofort, für mehrere Tage aus der gemeinsamen Wohnung und deren Umgebung zu entfernen.

In Hamburg gestaltete sich die politische Situation zunächst schwieriger. Die Ansätze der verschiedenen Interventionsprojekte wurden bisher fast ausschließlich in feministischen Zusammenhängen diskutiert. So befaßte sich eine Unterarbeitsgruppe des „Arbeitskreises Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ seit längerem mit den Vorgehensweisen der bestehenden Interventionsprojekte. Das Senatsamt für die Gleichstellung ging einen anderen Weg und

veröffentlichte im März 1999 die Ergebnisse zweier Forschungsaufträge zum Thema häusliche Gewalt (Mediation bei Gewaltstraftaten und Konfliktregelung bei Gewaltstraftaten in Paarbeziehungen). Im Anschluß daran wurde vom Senatsamt ein weiteres Forschungsvorhaben begonnen, das die Praxis von Mediation bei häuslicher Gewalt in Zusammenarbeit mit der Justiz untersucht.

Das Ziel der Opferhilfe-Beratungsstelle und der am Runden Tisch beteiligten Projekte ist die Verwirklichung eines umfassenderen Konzeptes. Es geht um eine grundsätzliche Verbesserung der Rahmenbedingungen für mißhandelte Frauen und um eine breite öffentliche und juristische Ächtung von Männergewalt. Es sieht so aus, als ob es der Opferhilfe-Beratungsstelle Hamburg gelungen wäre, den Stein ins Rollen zu bringen. Inzwischen haben sieben Treffen des „Runden Tisches“ stattgefunden, an denen VertreterInnen von ca. 30 Projekten in freier Trägerschaft und VertreterInnen von BAGS, Jugendamt, Justiz, Polizei und dem Senatsamt für die Gleichstellung teilgenommen haben. Um eine gleichberechtigte Situation zu schaffen, werden Entscheidungen im Konsensverfahren getroffen. Der erste Schritt, die sehr unterschiedlichen Auffassungen über den Namen und die Definition von Aufgaben und Zielen des Runden Tisches zu diskutieren und zu vereinheitlichen, nimmt viel Zeit in Anspruch. Wir gehen davon aus, daß im Interesse der betroffenen Frauen und Kinder hier eine gute Lösung gefunden wird. Sehr ermutigend ist, daß sich die VertreterInnen der Justizbehörde, des Senatsamtes und der Polizei und einiger freier Träger sehr engagiert an der Ausgestaltung des Projektes beteiligen.

Wir sehen es schon jetzt als einen Erfolg an, daß zwischen BehördenvertreterInnen und VertreterInnen sehr unterschiedlicher Projekte ein intensiver Diskussionsprozeß entstanden ist.

Um die Arbeitsinhalte für die unterschiedlichen Fragestellungen zu diskutieren wurden folgende Arbeitsgruppen gegründet:

- Arbeitsgruppe Koordination/  
Geschäftsführung
- Arbeitsgruppe Zivilrecht
- Arbeitsgruppe Frauen
- Arbeitsgruppe Kinder
- Arbeitsgruppe Männer.

Als weitere Arbeitsgruppen sind geplant: Frauen mit Behinderungen, Polizei, sowie Strafrecht.

Erste Arbeitsergebnisse legte bisher die Arbeitsgruppe Zivilrecht vor. In dieser Arbeitsgruppe wurde unter Leitung der zuständigen Mitarbeiterin der Justiz an einer Stellungnahme des Landes Hamburg zu einem „Referentenentwurf zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung“ mitgewirkt.

Nach der Festlegung des genauen Auftrages und Namens des Runden Tisches wird der nächste Schritt die Festlegung einer Organisationsstruktur und die Installierung eines Kooperations- und Entscheidungsgremiums sein. In diesem Entscheidungsgremium sollen VertreterInnen der Behörden und Delegierte der freien Träger über verbindliche Maßnahmen und Vereinbarungen beraten und abstimmen.

Unsere Aktivitäten erhielten politischen Rückenwind durch den „Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“ vom Dezember 1999. Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Dr. Bergmann, spricht sich für ein Gesamtkonzept aus, das eine enge Zusammenarbeit von Bund und Ländern voraussetzt. In diesem Aktionsprogramm sollen sowohl Gesetzesinitiativen hinsichtlich des Straf- als auch des Familien- und Zivilrechts folgen. Ausdrücklich wird betont, daß eine Kooperation zwischen staatlichen Institutionen und nicht-staatlichen Hilfsangeboten gewünscht wird.

Wir hoffen, daß es nicht nur bei guten Vorschlägen bleibt, sondern, daß es auch in Hamburg eine tatkräftige politische Unterstützung für ein Interventionsprojekt bei häuslicher Männergewalt geben wird.

**DOKUMENTATION DER FACHTAGUNG:  
NEUE ANSÄTZE IN DER AMBULANTEN TRAUMATHERAPIE**



## ■ Einleitung

An die Opferhilfe-Beratungsstelle wenden sich fast ausschließlich Menschen, die Opfer von Gewaltkriminalität geworden sind. Ein großer Anteil unserer KlientInnen leidet aufgrund traumatischer Ereignisse unter einer akuten Belastungsreaktion oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Unsere Einrichtung übernimmt sowohl die Akutversorgung bzw. Krisenintervention kurze Zeit nach einem Trauma, als auch psychotherapeutische Kurzbehandlung von Menschen, bei denen das Trauma schon länger zurückliegt und die unter den chronifizierten Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer Persönlichkeitsveränderung aufgrund traumatischer Ereignisse in der Kindheit leiden. Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt in der Diagnostik, der Krisenintervention und der psychotherapeutischen Kurzzeitbehandlung.

Parallel zu der wissenschaftlichen Diskussion beschäftigen wir uns im Rahmen unserer praktischen therapeutischen Arbeit mit Problemstellungen und Fragen wie z. B.:

- Welche Konzepte der Akutversorgung von Traumatisierten sind sinnvoll und effektiv (z. B. Debriefing-Diskussion)?
- In welchen Fällen ist eine aufdeckende therapeutische Arbeit indiziert und wann sollte ausschließlich stabilisierend gearbeitet werden?
- Wann ist der richtige Zeitpunkt für ein mit dem Trauma konfrontierendes Vorgehen?
- Wann besteht die Gefahr von Retraumatisierungen durch unfachgemäße Traumakonfrontation?
- Wie unterscheiden sich die einzelnen Psychotherapiemethoden bei PTBS in ihrer Wirksamkeit?

- Wie ist die langfristige Wirksamkeit von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) einzuschätzen?

Angeregt durch die zahlreichen Neuveröffentlichungen im Bereich Traumaforschung und -therapie in den letzten Jahren, haben wir uns im BeraterInnenteam (im Rahmen einer internen Fortbildung) mit den neueren Forschungsergebnissen und Traumatherapieansätzen auseinandergesetzt. Im Anhang finden Sie eine Literaturliste der Autorinnen und Autoren, die uns besonders angeregt haben.

Um unser Wissen zu vertiefen und um mit anderen KollegInnen über die neuen Ansätze in Austausch zu kommen, haben wir uns entschlossen, die Fachtagung: „Neue Ansätze in der ambulanten Traumatherapie“ auszurichten. Die Tagung war zunächst als Gemeinschaftsveranstaltung des Kinderschutzzentrums und der Opferhilfe-Beratungsstelle geplant. Aus Zeitgründen mußte das Kinderschutzzentrum auf eine Mitarbeit bei der Organisation der Tagung verzichten. Wir möchten uns ganz herzlich bei Frau Cordula Stucke für die wertvollen Hinweise und Tips für die Ausrichtung der Tagung bedanken. Besonderer Dank gilt den Sponsoren der Veranstaltung, dem Verein Dunkelziffer und dem Senatsamt für die Gleichstellung.

Unser Wunsch war, durch den direkten Austausch und die Diskussion mit den VertreterInnen neuerer Ansätze vertiefende Einsichten für die praktische therapeutische ambulante Arbeit zu erhalten. Außerdem lag uns daran, diese Erkenntnisse mit Kolleginnen und Kollegen zu diskutieren und dadurch die kollegiale Vernetzung zu verstärken.

## Vorträge

Wir waren sehr erfreut, den Leiter der Ambulanz für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Dresden, Herrn PD Dr. Dr. A. Maercker und Frau Dr. med. L. Reddemann, die Leitende Ärztin der Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, Bielefeld, für die einflussreichen Vorträge gewinnen zu können. Das Konzept der Tagung war es, unterschiedliche Ansätze vergleichend nebeneinander zu stellen.

Herr **Dr. Dr. Maercker** vertrat die Forschungsseite und den Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie und stellte in sehr anschaulicher Weise die aktuellen Psychotherapiewirksamkeitsstudien und die Arbeit der Traumaambulanz in Dresden vor.

Frau **Dr. L. Reddemann** trug sehr praxisnah das ressourcenorientierte Konzept der psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie der Psychosomatischen und psychotherapeutischen Klinik, Bielefeld, vor. In ihrem Vortrag standen die praxisrelevanten Fragen der Behandlung unter Berücksichtigung von imaginativen Techniken und EMDR im Vordergrund.

## Arbeitsgruppen

Am Nachmittag sollte sowohl eine vertiefende Auseinandersetzung mit den neuen Ansätzen stattfinden, als auch ein Forum für den Austausch von Hamburger KollegInnen ermöglicht werden. Wir hatten TherapeutInnen aus Hamburg gebeten, ihre Therapieansätze vorzustellen.

Dipl.-Psych. **Irene Kraushaar-Wiedemann**, Dr.med. **Peter S. Wiedemann** und

Dipl.-Psych. **Julia Rasch** führten in die Methode des EMDR ein. Dipl.-Psych. **Renate Ritter** bearbeitete aus psychoanalytischer Sicht mit der didaktischen Methode des Psychodrama die möglichen therapeutischen Haltungen der TherapeutIn bei sexuellem Mißbrauch. Dipl.-Psych. **Astrid Nadolny** führte in die Arbeit der Borderline-Station des Klinikum Nord ein und trug somit zu der Vernetzung von niedergelassenen TherapeutInnen mit dem stationären Bereich bei. Dipl.-Psych. **Cor-dula Stucke** und Dipl.-Psych. **Andrea Wulf-Eggert** vom Kinderschutzzentrum Hamburg thematisierten die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Kindern. Dipl.-Psych. **Julia Kloth** und Dipl.-Psych. **Gerda Krause** stellten das psychotherapeutische Vorgehen der Opferhilfe-Beratungsstelle bei anhaltender Gewalt in Partnerschaften vor.

Wir möchten uns an dieser Stelle sehr herzlich bei den Referentinnen und Referenten für ihre engagierte Teilnahme an unserer Tagung und dem zur Verfügungstellen ihrer Vortrags- bzw. Arbeitsgruppenmanuskripte bedanken. Durch diese Bereitschaft war es uns möglich, die folgende Dokumentation der Tagung zu erstellen.

Sie finden im folgenden eine Zusammenfassung der Vorträge von Dr. Dr. A. Maercker und Dr. L. Reddemann sowie Kurzprotokolle der fünf Arbeitsgruppen.

## ■ Vorträge

### Posttraumatische Belastungsstörungen: Stand des Wissens über effektive Therapien

Andreas Maercker, Julia Müller

(Aufsatz in Anlehnung an das Vortragsthema)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist immer noch eine vergleichsweise „junge“ Diagnose. Dieses Jugendalter von 19 Jahren - nach Aufnahme in das damalige DSM-III von 1980 gerechnet - ist äußerst produktiv, betrachtet man die internationale Forschungsliteratur zur PTBS. In den führenden englischsprachigen psychiatrischen Fachzeitschriften übertreffen Veröffentlichungen zur Epidemiologie, Pathogenese und Therapie der PTBS derzeit zahlenmäßig die der anderen psychischen Störungsbilder. Dies sieht in der deutschsprachigen Fachliteratur und Forschungslandschaft (noch) anders aus, denn hier sind Publikationen zur PTBS eher selten (MAERCKER, 1999).

Die PTBS ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein charakteristischer Symptome nach traumatischen Erlebnissen. „Traumatische Erlebnisse“ oder „Traumata“ werden im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV, 1994) als „potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“, beschrieben.

Die vielen Einzelsymptome bzw. -beschwerden der PTBS lassen sich drei Hauptsymptomgruppen zuordnen (vgl. HERMAN, 1992; MAERCKER, 1997):

1. Intrusionen/unbeabsichtigtes Wiedererleben des Traumas, z. B. durch Gedanken, Bilder oder Träume.
2. Vermeidung/Betäubung: Die Betroffenen sind ständig (meist erfolglos) bemüht, die sich aufdrängenden Erinnerungen an das

Trauma abzuschalten, z. B. durch Vermeidung von Orten, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Damit assoziiert ist ein Gefühl der Betäubung, wie das Gefühl der Entfremdung von anderen sowie allgemeiner sozialer Rückzug.

3. Erhöhtes Erregungsniveau: Geringere Toleranz gegenüber körperlichen Belastungen (als Reaktion auf ein Trauma), die sich in Symptomen wie Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhte Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit äußert.

Bei der Untersuchung großer Gruppen von Trauma-Opfern wurde übereinstimmend bestätigt, daß immer wieder die gleichen Symptome aus den drei Symptomgruppen gefunden werden. Dies ist unabhängig von der Traumaart, d. h., ob bei den Betroffenen die PTBS durch Naturkatastrophen, Kriminalität, Vergewaltigung oder ein anderes traumatisches Ereignis ausgelöst wurde.

#### Epidemiologie

Die Verbreitung der PTBS hängt von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse ab. Zumindest für einen Teil der Traumen ist es offensichtlich, daß sie in verschiedenen Weltregionen oder politischen Regionen in ihrer Häufigkeit variieren. Es gibt Regionen mit häufigen Naturkatastrophen (z. B. auch einige Teile der USA) und Länder, in denen politische Gewalt und Folterungen politischer Gegner an der Tagesordnung sind.

Bei den epidemiologischen Angaben zu PTBS muß man zwischen älteren Zahlen (80er Jahre) und neueren Zahlen (90er Jahre) unterscheiden. Die Prävalenzraten der neueren internationalen Studien (z. B. KESSLER et al., 1995; BRESLAU, DAVIS, ANDRESKI & PETERSON, 1991) liegen deutlich höher als die der früheren Untersuchungen. In den älteren epidemiologischen Untersuchungen wurden Lebenszeitprävalenzen für PTBS von 1-2 % gefunden (DAVIDSON et al., 1991; HELZER et al., 1987). Die größte neuere Untersuchung in den USA (NATIONAL COMORBIDITY STUDY; KESSLER et al., 1995) fand eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 % mit einem starken Geschlechtsunterschied (bei Frauen 10,4 %, bei Männern 5,0 %). Eine neue Untersuchung in Deutschland (PERKONIGG, KESSLER, STORZ & WITTCHEN, 1999) beschränkte sich auf Jugendliche und junge Erwachsene (14-24 Jahre). Sie fand eine Lebenszeitprävalenz von 2,2 % bei Frauen und von 0,4 % bei Männern.

Der Unterschied zwischen den älteren und den neueren epidemiologischen Studien wird hauptsächlich auf die Senkung der Dunkelziffer durch eine vertrauenswürdigeren Befragungsmethode zurückgeführt. Für die Unterschiede zwischen der PTBS-Prävalenz in Deutschland und in den USA können mehrere Faktoren diskutiert werden, z. B.:

- weniger Naturkatastrophen,
- erschwerter Zugang zu Waffen bzw. geringere soziale Gegensätze in Deutschland.

Die häufigsten Traumata in den genannten Untersuchungen sind körperliche Gewalt oder Gewaltandrohungen, schwere Unfälle sowie das Zeugesein von Unfällen oder Gewalt. Diese häufigsten Traumata sind allerdings nicht zugleich diejenigen, nach denen sich am häufigsten eine PTBS herausbildet.

In absteigender Reihenfolge ergibt sich folgende Liste der drei pathologisierendsten Traumata in den zitierten Untersuchungen:

den, die nach dem Trauma resultierten und in denen sich die Betroffenen gegenüber der

- Vergewaltigung (enge Definition, ohne sexuelle Belästigung),
- Kriegsteilnahme (nicht nach Soldat oder Zivilist unterschieden),
- Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch in der Kindheit.

Es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß sich aus epidemiologischen Daten immer nur Wahrscheinlichkeitsangaben ergeben. Auch im Falle eines „weniger“ pathogenen Traumas kann sich das volle Symptombild einer PTBS herausbilden.

## Inanspruchnahme von Psychotherapie

Psychische Problemkonstellationen: Offene, verdeckte und stille Leiden

Patienten mit traumatischen Erlebnissen und einer Posttraumatischen Belastungsstörung finden nur sehr selten den Weg zu einem Psychotherapeuten und berichten von einem „offenen“ Leiden, wie z. B. der anhaltenden Trauer darüber, daß ihnen durch das Trauma einer politischen Inhaftierung „die schönsten Jahre“ des Lebens gestohlen wurden (MAERCKER, 1998).

Sehr viel häufiger sind „verdeckte“ Leiden: Dazu können eine Reihe von körperlichen Beschwerden zählen, wie plötzliche, panikartige Herzschmerzen oder anhaltende Magen- bzw. Verdauungsbeschwerden. Zum Beispiel haben ehemals politisch Verfolgte und Inhaftierte, die ausschließlich körperliche Symptome geltend machen, oft erleben müssen, daß kein Arzt oder Gutachter einen Zusammenhang zwischen diesen körperlichen Beschwerden und der Haft sieht. Und in der Tat sind in den meisten Fällen diese seelischen Reaktionen die Bindeglieder zwischen den traumatischen Hafterlebnissen und den vermeintlichen körperlichen Haftschäden.

Die „stillen“ Leiden sind hingegen am häufigsten anzutreffen. Darunter können alle die negativen psychischen Veränderungen und Beeinträchtigungen verstanden wer-

Zeit vor dem traumatischen Erlebnis unterscheiden. „Still“ sind diese Leiden oft auch,

weil mit ihnen Resignation verbunden ist und die Überzeugung „das muß ich jetzt mein Leben lang tragen, da kann mir keiner helfen“.

Zu den „stillen“ psychischen Veränderungen bzw. einer herabgesetzten Lebensqualität gehören:

- Konzentrationsmangel durch sich aufdrängende belastende Erinnerungsbilder,
- Schlafstörungen: Ein- und Durchschlafstörungen, nächtliches Aufschreien und Durchgeschwitzt-Sein,
- wenig erholsamer Schlaf durch belastende (Erinnerungs-)Träume oder Alpträume,
- einige Dinge können nicht mehr gemacht werden (d. h. Ausbildung von Ängsten oder Phobien): Menschenmengen oder Verwandtenfeiern werden vermieden, enge dunkle Räume werden vermieden, Filme oder Kino wird vermieden,
- depressive Gedanken, weil einem das eigene Leben unwiderruflich beschädigt erscheint,
- extreme Einsamkeitsgefühle,
- erhöhte Reizbarkeit und Wutneigung

u. v. a.: Alle diese Symptome können sich noch Jahrzehnte nach einem Trauma zeigen.

Zu den typischerweise anzutreffenden depressiven Gedanken gehören - wie die psychologische Forschung gezeigt hat - eine Reihe grundsätzlicher Enttäuschungen (JANOFF-BULMAN, 1993). Dauerhaft ist das spontane Vertrauen in die meisten anderen Menschen erschüttert. Ebenso nachhaltig ist das grundlegende Sicherheitsgefühl in Frage gestellt, welches die meisten Menschen normalerweise haben, ohne daß sie sich dessen besonders bewußt sind: Die Betroffenen erwarten fast jederzeit neue schlimme Geschehnisse und Enttäuschungen für sich und ihre Angehörigen. Ebenso ist das Selbstvertrauen bzw. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten beschädigt, da z. B. die „innere Spannkraft“ fehlt. Viele der Betroffenen sind zudem „moralische Rigoristen“, sie können die kleinste Ungerechtigkeit nicht mehr ertragen. Wenn sie eine Ungerechtigkeit bemerken, können sie dann allerdings selbst oft zum „Extremisten“ werden und andere Menschen weit über das Ziel

hinausschießend ungerecht behandeln.

Was spricht gegen das Aufsuchen eines Psychotherapeuten?

Mehrere Gründe scheinen in der Praxis dagegen zu sprechen, daß die Betroffenen professionelle psychotherapeutische Hilfe aufsuchen. Diese Gründe lassen sich grob in äußere (gesellschaftliche) und innere (individuelle) einteilen.

Zu den äußeren (gesellschaftlichen) Gründen zählen die schlechten Erfahrungen, die viele Betroffene mit Ärzten, Psychologen oder Vertretern anderer Hilfsprofessionen gemacht haben. Manche Patienten berichten von einzelnen früheren Kontakten, z. B. mit einem Nervenarzt. Dieser Kontakt sei allerdings sehr enttäuschend gewesen: Entweder sei nur ein Medikament verschrieben worden, oder der Arzt habe sehr bald gezeigt, daß er das Schicksal eines traumatisierten Patienten nicht nachvollziehen kann oder - noch enttäuschender - der Arzt habe das Schicksal heruntergespielt. In diesen Fällen fühlen sich Hilfesuchende nicht verstanden und ihre Resignation wächst noch weiter. Ein anderer äußerer Grund kann die verwirrende Vielfalt von psychotherapeutischen und nervenärztlichen Orientierungen sein: Oft ist nicht vorherzusehen, ob man mit Medikamenten, mit Gesprächen oder mit weiteren Methoden behandelt wird. Innerhalb der Psychotherapie gibt es die Psychoanalyse nach Sigmund Freud, die sich eher auf die Kindheit eines Menschen orientiert, die Hypnosetherapie oder neuere Formen wie die Verhaltenstherapie - woran soll man sich als „Hilfesuchender“ orientieren?

Zu den inneren (individuellen) Gründen zählt in erster Linie das Problem, sich



selbst einzugestehen, daß man Hilfe von außen her braucht - auch von außerhalb der Familie und des Freundeskreises. Möglicherweise denkt man als Betroffener, daß auch andere Menschen resigniert, verbittert und durch traumatische Erlebnisse beschädigt sind und kommt zu dem Schluß „die Psychotherapeuten sind für die Menschen da, denen es noch schlimmer geht als mir“.

Viele Betroffene befürchten zudem, daß eine Therapie die „alten Wunden wieder aufreißen wird“, die man doch seit Jahr und Tag selbst zu verschließen sucht. Der letztgenannte Punkt spielt auch innerhalb der Therapie eine entscheidende Rolle und kann zu einem vorfristigen Therapieabbruch führen.

Dieses konsistente Muster, keine Psychotherapie aufzusuchen, ist allen Betroffenen traumatischer Ereignisse gemeinsam. Dabei scheinen traumatisierte Menschen interessanter Weise in den Wochen direkt nach dem Trauma für Psychotherapie weit aufgeschlossener zu sein als in späteren Jahren, wenn sie in der Zwischenzeit allein gelassen wurden.

Ein letzter Grund ist noch zu erwähnen: Einige Betroffene bleiben beim Punkt der finanziellen Entschädigungswünsche und -forderungen stehen. Sie sehen ihr durch das traumatische Ereignis immer noch beeinträchtigtes Leben und möchten dafür finanziell entschädigt werden. Die Frage bleibt allerdings bestehen, ob man nicht (einen Teil) dieser Beeinträchtigungen lieber lindern bzw. heilen sollte als sich darauf einzustellen, daß diese dauerhaft bestehen bleiben.

## Evidenz-basierte Therapien

Im folgenden wird erstens ein kurzer Überblick über den Stand des Wissens zu empirisch-validierten Therapieformen der PTBS gegeben. Dieser Überblick stützt sich auf eine umfassende neuere Metaanalyse sowie auf einige neue kontrollierte Therapiestudien. Zweitens werden einige Entwicklungs-

und Innovationslinien skizziert, die sich aus dem rasanten Tempo der PTBS-Forschung für die Psychotherapie dieser Störung ergeben (vgl. MAERCKER, 1999).

Wie sehen die Therapieformen und die Ergebnisse der neuesten Metaanalyse (VAN ETTEN & TAYLOR, 1998) im Einzelnen aus? Generell läßt sich feststellen, daß bisher eine ganze Reihe verschiedener Therapieformen für die PTBS-Behandlung angewendet wurden. Die am häufigsten in kontrollierten Studien untersuchten Therapieformen gehören entweder direkt zur Verhaltenstherapie (z. B. In-sensu-Konfrontation, In-vivo-Konfrontation), zur kognitiven Therapie bzw. zu kognitiv-behavioralen Kombinationen (z. B. Stress-Inokkulations-Training: SIT) oder wurden entscheidend aus ihnen heraus entwickelt (z. B. EMDR, dt.: Augenbewegungs- und Desensibilisierungs-Verarbeitungstherapie).

Nach der behavioralen Konzeptualisierung verursacht das Erleben eines Traumas eine konditionierte Furcht- oder Angstreaktion in Bezug auf traumarelevante Stimuli.

Vermeidung und Rückzug von den traumarelevanten Stimuli wird in der Zeit nach der Traumaeinwirkung negativ (d. h. durch das Ausbleiben negativer Konsequenzen) verstärkt. Eine Habituationsreaktion wird dadurch verhindert. So bildet sich ein Symptombild heraus, das von weiteren Angstaktivierungen (Intrusionen), Vermeidung und ängstlichem Hyperarousal gekennzeichnet ist. Die behaviorale Theorie im engeren Sinne erklärt jedoch nicht hinreichend die Spontaneität der Intrusionen sowie das sog. Numbing (allgemeiner emotionaler Taubheitszustand).

Die kognitiv-behavioralen Theorien der PTBS betonen die Erwartungen und Bewertungen der persönlichen Bedeutung des Traumas. Bekannte Ansätze sind beispielsweise das Modell der emotionalen Verarbeitung nach Foa (FOA & ROTHBAUM, 1997) sowie ähnliche Modelle (z. B. CHEMTOB et al., 1988, STEIL, EHLERS & CLARK, 1997). In diesen Konzeptualisierungen werden veränderte kognitiv-emotional-physiologische



Netzwerke bzw. Veränderungen der persönlichen Bedeutungszuschreibungen als Faktoren der Aufrechterhaltung der Störung beschrieben. Weitere Ansätze stellen bestimmte, typisch nach einem Trauma veränderte kognitive Schemata in den Mittelpunkt der Therapie, wie z. B. Sicherheits- und Intimitätsüberzeugungen (NISHITH & RESICK, 1997).

Wie sieht nun die neueste verfügbare Metaanalyse der Behandlung chronischer PTBS (VAN ETTEN & TAYLOR, 1998) konkret aus? Sie umfaßte 39 Therapiestudien mit insgesamt 61 Behandlungsbedingungen. 19 Behandlungsbedingungen waren psychopharmakologisch, 13 verhaltenstherapeutisch-kognitiv, 11 EMDR, nur 3 weitere betrafen andere Psychotherapiemethoden (jeweils einmal Entspannung, Hypnose und psychodynamische Therapie). Die 13 verhaltenstherapeutisch-kognitiven Behandlungen setzten sich aus 10 Konfrontationstherapien (auch Exposition oder Flooding) sowie 2 Streß-Inokkulationstrainings- und einer Angst-Management-Therapie zusammen.

Im Ergebnis dieser Metaanalyse zeigte sich, daß die psychologischen Therapien signifikant geringere Abbrecherraten hatten als die Pharmakotherapien (14 % vs. 32 %). Außerdem fand sich, daß die psychologischen Therapien auch in der Symptomreduktion effektiver waren als die Pharmakotherapien.

Innerhalb der Psychotherapieformen waren die Verhaltenstherapien und die EMDR-Methode den anderen Methoden überlegen, unterschieden sich aber in ihrer Wirksamkeit nicht voneinander. Sowohl für die verhaltenstherapeutische Konfrontation als auch für EMDR ergaben sich zu Therapieende bei den PTBS-Fragebogenwerten Effektstärken von ca. 1.25. Das heißt, einem durchschnittlichen Patienten ging es nach Therapie besser als 90 % der Patienten zu Therapiebeginn. In den 4-Monats-Katamnesen betrug diese Effektstärke für die Verhaltenstherapie 1.63 und für die EMDR-

Methode noch 1.33. Die Effektstärke von 1.63 bedeutet hier, daß es einem Patienten nach der Therapie besser geht als 95 % der Patienten vor der Therapie.

Im Folgenden soll über neuere Entwicklungs- und Innovationslinien auf dem Gebiet der PTBS-Therapie berichtet werden, die hauptsächlich nach dem Abschluß der Datensammlung für die VAN ETTEN & TAYLOR-Metaanalyse entstanden. Zur Evaluation kognitiver Therapien: MARKS et al. (1998) veröffentlichten eine kontrollierte Therapiestudie, in der sie ausschließlich kognitives Restrukturieren mit ausschließlicher Konfrontation (in-sensu und in-vivo), eine kombinierte kognitive und Konfrontationsbedingung sowie eine Kontrollbedingung verglichen. Das kognitive Restrukturieren wurde mit Beck'schen Methoden durchgeführt, jede kognitive bzw. verhaltenmäßige Konfrontation mit den Traumaaerlebnissen wurde ausgeschlossen. Im Ergebnis zeigten sich gleichermaßen positive Veränderungen für die kognitive, die Konfrontations- und die kombinierte Bedingung. Für die PTBS-Symptomatik ergaben sich für alle drei Bedingungen Effektstärken von 1.0 bis 2.0 direkt nach der Therapie, die nach 6-Monaten Katamnese auf 1.2 bis 2.9 stiegen. Damit war eine Gleichrangigkeit des rein kognitiven Vorgehens mit der bisher etablierten In-sensu-Konfrontation belegt.

TARRIER et al. (1999) verglichen ebenfalls eine rein kognitive Behandlungsbedingung (nach Beck'schen Methoden, sowie in Anlehnung an das Konzept der typischen posttraumatisch veränderten kognitiven Schemata nach Resick) mit einer In-sensu-Konfrontationstherapie. Auch hier fand sich kein statistischer Erfolgsunterschied zwischen beiden Therapieformen: Beide erreichten gute Therapieerfolge, die Effektstärken für einzelne Erfolgsmaße lagen allerdings niedriger bei 0.6-1.3. Zusammengenommen zeigen beide Studien, daß auch rein kognitive Therapieformen - ohne therapeutische Konfrontation mit dem Trauma geschehen - effektiv sind.

Einen guten Überblick über die aus diesen Ergebnissen abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen nach Traumatisierung sowie Kontraindikationen gibt die „Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung“ im Internet bei der „Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften“ AWMF online (Adresse zur Zeit.: [www.uni-duesseldorf.de/AWMF/](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/)).

Nach den Ergebnissen der Therapieforschung bewähren sich einige Muster therapeutischer Vorgehensweisen. Diese werden von ganz verschiedenen Therapieschulen benutzt, wenn auch unter jeweils anderen Bezeichnungen (HERMAN, 1992). Bewährte Interventionen in den verschiedenen Therapiephasen mit Traumaopfern sind demnach

- Psychoedukative Aufklärung und Informationen,
- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung,
- Trauma-Konfrontation und -Synthese: Vorstellungsbildungen und Wiedererleben der traumatischen Erlebnisse und geschützte Konfrontation, kognitive Techniken, z. B. für Selbstkontrolle und Selbstmanagement,
- Ressourcenarbeit: Besprechen der Vorher-Nachher-Bilanzen nach dem Trauma und Herausarbeiten der Stärken des Patienten.

## Ausblick

Zur Entwicklung neuartiger Therapieformen: Seit längerem gibt es die Annahme, daß sich das therapeutisch angeleitete Schreiben über das Trauma (*writing assignment*) als therapeutisch wirksam erweist. Einzelbefunde gab es dazu u.a. von GREENBERG & STONE (1992), LANGE et al. (1997) und PENNEBAKER et al. (1990). In einer Metaanalyse hat SMYTH (1999) die Ergebnisse zu diesen „Schreibtherapien“ zusammengefaßt, wobei allerdings auch nicht-klinische Stichproben bzw. Stichproben mit Personen, die als Zielgröße z. B. schwere Arbeitsprobleme haben, zusammengefaßt

wurden. Im Ergebnis zeigte sich, daß die Effektstärken für diese einzelne Therapieintervention im mittleren Bereich von 0.33-0.68 liegen. Dieses Ergebnis erreicht eine vergleichbare Höhe wie andere Psychotherapieerfolge bei anderen Störungen, auch wenn es geringer ist, als die Ergebnisse der oben genannten kognitiv-behavioralen Therapien (welche allerdings ja nicht nur eine einzelne Intervention umfassen). Es ist verständlich, daß aufgrund dieser vielversprechenden Ergebnisse einige Therapieforscher am zielgerichteten Einsatz dieser Intervention in der PTBS-Therapie arbeiten (z. B. LANGE, 1997).

Als weitere Innovationslinie in der PTBS-Therapie soll der „konstruktiv-narrative“ Ansatz von MEICHENBAUM (1994) genannt werden. Er setzt ebenfalls an der therapeutischen Wirkung des Berichtens über das Trauma an. Im Mittelpunkt stehen die spontanen Berichte der Patienten und ihre für diese Berichte gewählten Metaphern, Sinnbezüge und Bewältigungserfolge. Anders als bei der Konfrontationsmethode und dem „Schreiben über das Trauma“ zielt die Therapie also nicht auf das posttraumatische Vermeidungsverhalten der Patienten, sondern setzt - im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes - an den von den Patienten bisher gezeigten Bewältigungsintentionen und persönlichen Sinnsystemen an. Die empirische Überprüfung des „konstruktiv-narrativen“ Ansatzes steht allerdings noch aus.

Bei den oben berichteten guten Effektstärken für rein kognitive Therapien bzw. „Schreibtherapien“ ist durchaus zu erwarten, daß dieser Therapieansatz seine Wirksamkeit erweist und eine sinnvolle Ergänzung des Therapiemethodenspektrums darstellt. In Dresden wird zur Zeit ein ähnlicher Therapieansatz („Life-Review-Therapie“), der eigentlich aus der Therapie von Altersdepressionen stammt, für PTBS-Patienten adaptiert und in Behandlungen eingesetzt und untersucht (MAERCKER, SCHNEIDER & KAHLER, 1999).



## Konzeptuelle Überlegungen und therapeutische Haltungen in der ambulanten Traumatherapie unter Berücksichtigung von imaginativen Techniken und EMDR

Dr. Luise Reddemann

(autorisierte Zusammenfassung des Vortrages)

Vielen Dank für die Einladung. Ich freue mich, hier zu sein und Ihnen etwas erzählen zu dürfen, hauptsächlich über die Behandlung von Menschen mit komplexen posttraumatischen Störungsbildern. Da gibt es einige Besonderheiten, denn dieses Klientel ist besonders vulnerabel. Wir haben über die Jahre, seit 1985, herausgefunden, daß es wichtig ist, mit dieser Klientel besonders achtsam zu arbeiten, sodaß das Leiden möglichst gering gehalten wird.

### Phasen der Traumatherapie

Wir arbeiten nach einem integrativen Ansatz mit einem psychodynamischen Verständnis. Im Bereich der Interventionen arbeiten wir eher kognitiv, mit Imaginationen. Imaginative Arbeit gibt es sowohl in den tiefenpsychologischen - psychodynamisch wäre international der gängige Begriff - Richtungen, wie auch in der Verhaltenstherapie.

Zu den Phasen der Traumatherapie gehört ein Arbeitsbündnis, die therapeutische Beziehung, zweitens die Stabilisierung. Drittens die Traumakonfrontation oder die Arbeit am Trauma und schließlich viertens die Integration und der Neubeginn.

### Arbeitsbündnis und therapeutische Beziehung

Jede Therapie beginnt damit, ein Arbeitsbündnis herzustellen. Bei Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung sollte man besonders viel Wert darauf legen, das Arbeitsbündnis immer wieder neu zu sichern. Dazu gehört für mich auch der Umgang mit der therapeutischen Beziehung.

Wir haben uns über die Jahre Gedanken dazu gemacht, wie man die therapeutische Beziehung optimal nutzen kann. Von Haus aus Psychoanalytikerin, komme ich aus einer modernen psychoanalytischen Tradition, die davon ausgeht, daß sich in der therapeutischen Beziehung alles reinszenieren sollte. Ich bin der Meinung, daß eine solche Reinszenierung innerhalb der therapeutischen Beziehung in Bezug auf traumatische Erfahrungen weder sinnvoll noch hilfreich ist.

Einige von Ihnen haben vielleicht die etwas provozierende Arbeit von Herrn Sachsse und mir, ob die Psychoanalyse für Traumapatienten Gift sei, gelesen. Auf jeden Fall halten wir die klassische und die mit der Beziehung arbeitende Psychoanalyse für Traumatisierte nicht für das reine Gold.

### Stabilisierung

Wir schlagen folgendes Vorgehen vor: die Therapeutin, der Therapeut und die erwachsenen Anteile des Patienten arbeiten zusammen. So können die erwachsenen Anteile lernen, sich um das verletzte Kind oder die verletzten Kinder oder die verletzten jüngeren Ichs zu kümmern.

Das gilt jetzt nicht nur für Multiple Persönlichkeiten, denn wir alle haben mehrere erwachsene Anteile (Mutter, Ärztin, Geliebte etc.).

Wir versuchen, die Regression innerhalb der therapeutischen Beziehung gering zu halten. Übertragungsverzerrungen sprechen wir sofort an, nach dem Motto: „Sie verwechseln mich!“ Die Regression findet innerhalb des

Patientensystems statt und wird dort mit Hilfe des Konzeptes „innere Bühne“ bearbeitet. Die Patientin wird von Anfang an eingeladen, uns eine Rückmeldung zu geben, ob sie sich mit dem, was wir sagen und tun, genügend sicher fühlt. Die Falle ist natürlich, daß die Patientin ggf. will, daß wir dafür sorgen, daß das Kind sich sicher fühlt. Aber es ist letzten Endes Aufgabe der Patientin selbst, dafür zu sorgen. Es ist sehr wichtig, Ressourcen zu aktivieren und zu fördern, wobei wir davon ausgehen, daß immer Ressourcen in der Patientin vorhanden sind.

### Stabilisierung am Beispiel von Imaginativer Therapie und EMDR-Therapie

Jetzt habe ich mir ja zur Aufgabe gemacht, Ihnen etwas über imaginative Therapie und EMDR-Therapie zu erzählen, ich möchte daher immer auf beides Bezug nehmen.

Wie sie wissen, gibt es beim EMDR ein Protokoll mit acht Schritten. Ich möchte dieses EMDR-Protokoll vergleichen und in Bezug setzen zu der Traumatherapie im allgemeinen, wie wir sie verstehen.

Der erste Schritt in der EMDR-Therapie ist die Anamnese und Behandlungsplanung. Dem setze ich als allgemeines Prinzip entgegen, ein Arbeitsbündnis aufzubauen und die Traumagenese zu erheben. Je komplexer traumatisiert die Patientin ist, um so vorsichtiger sollte erhoben werden, da stets das Risiko besteht, zu retraumatisieren. Bei Komplextraumatisierten besteht die Gefahr im Gegensatz zu Monotraumatisierten, daß beim Erzählen eines Traumas zehn andere Traumata aktiviert werden und die Patienten überflutet sind von Material. Die Anamnese sollte von Anfang an problemorientiert sowie ressourcenorientiert erhoben werden. Psychoanalytisch gesprochen heißt das, Sie machen ein Beziehungsangebot: „Ich als Therapeutin bin an Ihren Ressourcen orientiert und nicht nur an Ihren Problemen!“. Wenn Sie sich in den ersten Stunden nur für die Probleme interessieren, haben Sie auch ein Beziehungsangebot gemacht und das prägt die Menschen. Die Patientin lernt das eine oder das andere von uns.

Im EMDR-Protokoll folgt nun der Punkt Stabilisierung und Vorbereitung. Dazu wird die Übung „Innerer sicherer Ort“ vorgeschlagen. Unseres Erachtens ist diese Übung nicht ausreichend, es müssen mehr innere Ressourcen aktiviert werden, vor allem die Fähigkeit zu innerem Trost. Bevor die Patientin nicht wirklich in der Lage ist, sich selbst zu trösten, sollte keine Traumaexposition stattfinden. Viele Kolleginnen und Kollegen und wir am Anfang unserer Arbeit auch, denken, es sei unsere Aufgabe zu trösten. Wir sehen die Patienten, wenn es hochkommt 100 Minuten, was ist mit dem Rest der Woche? Die Patientin muss in der Lage sein, sich in der restlichen Zeit selber zu trösten.

Das Erarbeiten der negativen und positiven Kognitionen aus dem EMDR-Protokoll sollte man, finde ich, bei jeder Traumaaarbeit machen, egal wie Sie konfrontieren. Für besonders wichtig halte ich das Erlernen von Affektkontrolle. Da gibt es diverse Techniken. Wir finden eine imaginative Technik ganz schön, bei der man sich ein Reglersystem vorstellt und sich mit Hilfe des Reglers langsam erlaubt, die Gefühle hoch- oder herunterzuregulieren. Eine weitere Methode sind Distanzierungstechniken, eine uralte Meditationstechnik ist der sogenannte „Innere Beobachter“. Dies ist ein neutraler Beobachter, der ausschließlich registriert, ohne zu bewerten. Über diese Funktion verfügt jeder Mensch, aber es ist gut, dies zu üben, damit man es zur Verfügung hat, insbesondere bei der Traumaexposition.

Wie kann durch Imaginationen innerer Trost etabliert werden? Es gibt drei Möglichkeiten: erstens das Innere Team, hier in Hamburg gibt es ja Herrn Schulz von Thun, der darüber ein Buch geschrieben hat. Wir verstehen das Innere Team ein bißchen anders, dazu gehören die Person, die zehn Jahre jünger ist, als ich heute bin,



der Teenager, ein Kind zwischen zwei und vier Jahren, dann das Wesen vor der Zeugung und die ganz alte Person, die ich einmal sein werde oder auch andere Ichs. Zweitens gibt es „Innere Helfer“. Das ist eine Imagination von hilfreichen Wesen aus Märchen und Mythen. Es kommt darauf an, daß im Erleben der Patienten diese innere hilfreiche Gestalt wirklich total liebevoll und akzeptierend und unterstützend ist, so wie Menschen niemals sein können. Wir sind auf dieses Konzept auch deshalb gekommen, weil wir es ja bei dieser komplex traumatisierten Klientel mit Menschen zu tun haben, die uns mit diesem sogenannten Phänomen der Spaltung konfrontieren, also was man dann der Borderline-Symptomatik zuschreibt. Wir sind übrigens mit dieser Diagnose sehr vorsichtig, vergeben sie fast nie.

Drittens gibt es das Konzept der „Idealen Eltern“. Eltern, die nicht real existieren, sondern sich auf der inneren Bühne genau in der idealen Weise um das verletzte Kind kümmern, wie das Kind es gebraucht hätte.

Ich habe Ihnen nun einige wichtige Elemente der Stabilisierungsphase genannt. Die Stabilisierungsphase kann von einigen Sitzungen bis zu Wochen und Monaten dauern.

Wir denken, daß man keine Traumakonfrontation machen sollte, bevor nicht die Patientin über ein Minimum an Fähigkeiten verfügt, sich innerlich zu trösten, ihre Affekte zu kontrollieren, und sich positive Kognitionen erarbeitet hat.

## Traumakonfrontation

Im weiteren Protokoll des EMDR wird das Trauma bewertet: „Wie belastend ist das für mich, wenn ich jetzt daran denke?“ Danach geht man über zum Prozessieren und Desensibilisieren. Darunter versteht man im EMDR, daß man den schlimmsten

Teil des Traumas erarbeitet mit den dazugehörigen Gefühlen, Gedanken und Körpersensationen. Es folgt die Aufforderung: „Folgen Sie meinem Finger mit den Augen!“. In der Regel wird ein Set von 24 Hin- und Herbewegungen gemacht und dann gefragt: „Was ist jetzt?“. Danach wird die Patientin eingeladen, zu berichten, was sich dadurch verändert hat. Immer wenn auf einer der vier Ebenen Bild, Wort, Körpererleben, Gefühl eine Veränderung stattfindet, wird die Patientin eingeladen, dabei zu bleiben.

Falls die Gefühle zu heftig werden und die Patientin stark dissoziiert, ist die ganze Traumaexposition umsonst. Dissoziiert sie so viel, daß sie ein bißchen Abstand herstellt, ist es okay. Andernfalls sollte man eine Pause machen, die Patientin kann sich am sicheren Ort ausruhen. Bei uns hat sich bewährt, die inneren Helfer mit in die Szene hineinzunehmen. Wir haben herausgefunden und erprobt, daß der Innere Beobachter das EMDR mitmacht: Der Beobachter schaut durch die Augen und folgt der EMDR-Behandlung. Alle erlebenden Teile gehen an den sicheren Ort. Wir haben bisher gute Erfahrungen mit dieser Technik gemacht. Es findet wirklich eine Integration statt. Es ist bei meinen Patienten bisher noch nicht nötig gewesen, mit einer normalen EMDR-Sitzung nachzuarbeiten.

Eine andere Möglichkeit wäre, die Screentechnik anstelle von EMDR anzuwenden oder die Screentechnik-Elemente in die EMDR-Sitzung miteinzuflechten, das geht auch.

Screentechnik heißt, sich ein Geschehen auf einer Leinwand zunächst distanziert vorzustellen. Im zweiten oder dritten Durchgang würde dann eine Verschmelzung stattfinden zwischen dem erlebenden Teil von damals und dem Ich von heute. Die Screentechnik ist gerade für Anfänger mit das sicherste. Das Problem beim EMDR ist, daß die Affekte unglaublich heftig sein können. Ich kenne kein Verfahren, wo die Affekte so heftig sind. Heftig und schnell. Allerdings ist es auch etwas Gutes, da es in

der Regel schnell vorbei geht. Unsere Empfehlung lautet, das letzte Drittel der Sitzung sollte für den Inneren Trost der Patientin verwendet werden. Sie sollte den Behandlungsraum gefaßt und erwachsen wieder verlassen. Dies gilt sowohl für stationäre als auch ambulante Therapie, vielleicht für letztere sogar noch mehr.

## Nachbefragung, Integration und Neubeginn

Der nächste Punkt im EMDR-Protokoll ist die Nachbefragung am nächsten Tag oder im Laufe der nächsten Woche. Jede Traumakonfrontation erfordert im Grunde genommen eine Neuorganisation des Gesamtsystems Patientin, Familie, Beruf. Wie hat sich der Mensch im Alltag neu organisiert? Dies bedeutet, daß erstmal das Trauma integriert wird, betrauert wird, akzeptiert wird. Schwierig ist, damit umzugehen, daß oft schon die nächsten Traumen ins Bewußtsein drängen. Viele Patientinnen haben einen Drang: „Ich will da durch“, und wollen möglichst schnell eine Traumasitzung nach der anderen machen. Ich habe

damit keine guten Erfahrungen gemacht, die Patienten brauchen viel Zeit. Was man bearbeitet hat, muss ausreichend betrauert werden.

Am Ende des Protokolls möchte ich Ihnen gerne noch einen schönen Spruch von jemandem, den ich sehr mag, sagen. Möglicherweise hat es damit zu tun, daß wir Landsleute sind. Ich finde es eine sehr hilfreiche Devise für Traumaaarbeit, daß da, „wo die Gefahr ist, auch immer das Rettende wächst“ (nach Hölderlin).

Meine Haltung zur Traumatherapie ist, daß „das Rettende“ in der Person wächst und daß ich dazu da bin, es zu unterstützen, zu ermutigen, nicht, es zu pflanzen oder zu säen. Vielleicht kann ich begießen und die Patientin ermutigen, selber dafür zu sorgen, daß gute Wachstumsbedingungen in ihr entstehen, um dieses Rettende wachsen zu lassen. Aber „Rettendes“ ist immer auch da.

Vielen Dank, jetzt haben wir noch Zeit für Fragen.

## ■ Arbeitsgruppen

### Praxiserfahrungen mit EMDR bei Traumapatientinnen in einem integrativen Therapiekonzept.

Irene Kraushaar-Wiedemann, Julia Rasch, Dr. Peter. S. Wiedemann

EMDR - Eye movement desensitization and reprocessing - ein komplexes Behandlungsverfahren, das sakkadische Augenbewegungen und andere bilaterale Stimulation verwendet - hat sich in der Behandlung Post- bzw. Psychotraumatischer Belastungsstörungen als effizient erwiesen. EMDR kann in alle bekannten Therapieansätze und Verfahren integriert werden.

EMDR zählt zu einer neuen Generation von Therapieverfahren, die neurowissenschaftlich begründbar sind.

Vielfältige Einsatzmöglichkeiten des Behandlungsverfahrens bei unterschiedlichen Indikationen wurden dargestellt. Akute und auch lang zurückliegende traumatische Situationen, aber auch Angstblockaden in laufenden Psychotherapieprozessen bei unterschiedlichen Diagnosen sind mit gutem Erfolg mit EMDR behandelbar.

Dabei kommt es oft zu einer Vertiefung des psychotherapeutischen Prozesses, Symptomfixierungen können gelockert und Konflikte auf der strukturellen Ebene der Bearbeitung zugänglich werden.

Wesentliche Voraussetzung für eine Behandlung mit EMDR stellt eine gute äußere und innere Stabilisierung des Patienten dar, so daß genügend Belastungstoleranz für die Bearbeitung des re-aktivierten traumatischen Materials besteht.

### Informationsverarbeitung nach einem traumatischen Ereignis

Eine Dysfunktion unterschiedlicher Hirnstrukturen und Entkoppelung wichtiger Funktionsbereiche der beiden Hemisphären des Gehirns werden für die Symptome der Psychotraumatischen Belastungsstörungen verantwortlich gemacht. Die reguläre Informationsverarbeitung ist unterbrochen. Die Information bleibt praktisch in Strukturen der Informationsverarbeitung stecken.

Das TRAUMA ist **verschlossen** in der Amygdala. Signale starker Emotion (Angst, Terror, Wut) bleiben unverarbeitet, **in isolierter neurobiologischer Stase**. Es kommt zu Kontrollverlusten und Hilflosigkeit. Der Neo-Cortex ist unfähig mediativ zu intervenieren.

Bilaterale Funktionsstörung der Hippocampusinformation führt zu **amnestischen Störungen**. Verringertes Hippocampusvolumen bei chronischer PTBS (um 5 - 25 %) scheint mitverantwortlich zu sein für die kontinuierliche Dissoziation und Mißinterpretation von Informationen in Richtung einer (lebensgefährlichen) Bedrohung, für die andauernde Fragmentierung von Erfahrungen.

Traumatische Erinnerung ist in einzelne Sinnesqualitäten **fragmentierte Erinnerung** (VAN DE KOLK u. a. 1995) und in



den Strukturen der rechten Hemisphäre gespeichert. Im EEG ist die Phasen-Beziehung beider Hemisphären asynchron, ein integratives Verarbeiten der Erinnerung ist nicht möglich.

## Implikationen für die Therapie

Zentral scheint das Unvermögen, Informationen symbolisch zu verarbeiten. Traumatisierte können nicht reden wie in der traditionellen Psychotherapie.

**"Talking alone is not enough! Work with what is in your body!"**  
(VAN DE KOLK).

Aus Trauma-Erfahrung soll Erinnerung werden, die in das gegenwärtige Leben integriert ist.

Weil traumatische Erfahrungen zu Veränderungen auf psychischer, physischer und neurophysiologischer Ebene führt, muß der Körper in die Behandlung miteinbezogen werden.

- (Re-)Synchronisierung der Hemisphären, Harmonisieren des Vegetativen Nervensystems, Integration der Strukturen des Limbischen Systems, Beschleunigung des Verarbeitungsprozesses der Wahrnehmungen. Erinnern, erleben, einordnen, ganzheitlich verstehen können.

Am „Institut für körperorientierte Psychotherapie“ setzen wir für den Heilungsprozess alternierende Stimulation kombiniert ein, somatosensorisch, taktil, auditiv und optisch:

- Bei Psychotrauma, PTBS: Integrative Hörtherapie, **EMDR**, Körperpsychotherapie.
- Bei Depressionen: Integrative Hörtherapie, Lichttherapie, Körperpsychotherapie.

Entängstigung wird möglich auf nicht intrusive Weise, die die Konfrontation mit dem traumatischen Geschehen vermeidet (Gefahr der Retraumatisierung). Es gilt, den Übergangsraum vor der Sprache zu entfalten, traumaunabhängige Emotionen zu erforschen, Körperwahrnehmungen zuzulassen, zu differenzieren, Erregung zu modulieren, Frieden zu finden im Körper und symbolischen Ausdruck durch Malen, Stimme, Tagebuch-Schreiben und „Empowerment-Strategien“ (Selbstermächtigung).

Wenn es gelingt, die Erinnerungen wieder zuzulassen, eine beobachtende Distanz gewinnen zu lassen zu dem traumatisierenden Ereignis (desensitization), dafür eine Sprache zu finden, sich anderen verstehbar mitzuteilen, ist eine entscheidende Wegstrecke des Heilungsprozesses erreicht.

## Identifikation - Distanzierung - Zeugenschaft

Renate Ritter

Aus der Rollentheorie des Psychodramas kennen wir Positionen wie: „das Handeln des einen ist das Handeln des anderen“, aus dem Systemischen Denken ist es uns vertraut, Handlungsabläufe nicht zu interpunktieren, sondern einen zirkulären Ablauf wahrzunehmen: Kausalzusammenhänge werden als Konstruktionen betrachtet. Diese Neutralität erspart es uns, zu unterscheiden und zu differenzieren, z. B. die aggressive Aggression des Angreifers von der defensiven Aggression des Opfers. Standpunkt und Benennung werden vermieden.

Aber gerade, wenn Verwirrung den Täter schützt und das Opfer über innen und außen unklar werden läßt, sind Überlegungen zur therapeutischen Rolle wichtig:

Wenn nämlich das Böse als gutes wahrgenommen werden soll, um damit dem Täter zu helfen.

Wenn es um den Versuch geht, so sein zu wollen, wie der Täter einen braucht, um ihm und damit sich selbst zu helfen.

Wenn es um den Versuch geht, den Täter zum Lieben zu bewegen.

Wenn das Opfer sich Mitschuld gibt, sich nicht abgrenzen und den eigenen Erregungsbeitrag nicht erkennen und dulden kann.

Identifikation und Distanzierung sind immer wiederkehrende Bewegungen in der Therapeutin. Für die emanzipatorische

Entwicklung und Bearbeitung scheint aber noch eine andere Position von Bedeutung zu sein: vor allem untersucht haben wir daher den Begriff der Zeugenschaft: Zeugnis geben, eine sachverständige, eine teilnehmende Zeugin zu sein.

Ein Eintreten als teilnehmende Zeugin, bezeugte Realität, wie sie in der Beziehung spürbar wird als Anerkenntnis der inneren Wahrheit: hier geht es um einen anderen Sachverhalt als justitiable Wahrheiten. Bezeugt wird, was die Therapeutin selber spürt und wahrnimmt, was dies in ihr selbst bewegt und wie sie damit zurechtzukommen sucht, als eine mögliche klärende Reaktion. Es werden Verwirrung aber auch z. B. Loyalität bezeugt als anwesend, die Dinge werden nach ihrer Zugehörigkeit zu Täter und Opfer geschieden und getrennt. All dies ist in Wirklichkeit zu bezeugen, zielt auf die Bekräftigung innerer Wahrheit.

Danach beginnt allerdings die Trauer und endlich, wie es im Rollenspiel im Seminar einer der Teilnehmer erlebte: schließlich auch die Freude, daß die Dinge zurechtgerückt sind, sich am richtigen Ort befinden und daß das Leben weiter geht.

Dieses Seminar handelte also nicht von den Patientinnen, nicht von technischen Interventionsideen, sondern vom Nachdenken über die innere Haltung der Therapeutin.

## Konzeptionelle Überlegungen zur Verbindung und Grenze zwischen ambulanter und stationärer Therapie am Beispiel der Borderline-Station des Klinikum Nord

Astrid Nadolny

Das Ziel der Arbeitsgruppe bestand darin, eine Netzwerkbildung zwischen stationärer und ambulanter Therapie zu initiieren.

### Indikation

Die Borderline-Station nimmt schwerst persönlichkeitsgestörte Patienten auf, z. T. mit mehreren verschiedenen Diagnosen. Es handelt sich um Patienten, die in einem frühen Entwicklungsstadium überflutenden Traumatisierungen ausgesetzt waren und deshalb keine stabilen Ich-Grenzen bilden konnten. Es gibt im wesentlichen drei **Zugangsbeschränkungen**. Von vornherein nicht aufgenommen werden Patienten mit

- einer Minderbegabung,
- Suchtverhalten,
- Chronifizierung.

Es werden vorwiegend junge Patienten ab 18 Jahre aufgenommen, bei denen die Erkrankung noch nicht allzu stark chronifiziert ist. Das Durchschnittsalter liegt bei 35 Jahren.

Akute Suizidalität ist kein Ausschlußkriterium.

### Kapazität

Die offene Station verfügt über achtzehn Betten. Im Durchschnitt befinden sich zwölf Frauen und sechs Männer auf der Station. Die Wartezeit liegt zur Zeit für Frauen bei einem knappen Jahr, für Männer bei einem Vierteljahr.

### Behandlungsdauer

Die stationäre Behandlung auf der Borderline-Station dauert im Durchschnitt ein Jahr (¼Jahr „Ankommen“, ½ Jahr Therapie

im engeren Sinn, ¼ Jahr Orientierung nach außen). Die Patienten sind bei der Entlassung meistens so weit, daß sie nach Möglichkeit in ambulante Psychotherapie oder eine sozialtherapeutische Betreuung gehen können. Es ist jedoch schwierig, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. Es gibt bislang nur wenige Praxen, mit denen eine engere Zusammenarbeit besteht.

### Aufnahmemodus

Die Patienten werden zu einem Vorgespräch eingeladen. Die Kostenzusage der Krankenkasse muß vor der Behandlung geklärt sein.

### Behandlung

Wie sieht die Arbeit auf der Station aus?

Das Konzept sieht vor, Behandlung und Tagesablauf auf den einzelnen Patienten abzustimmen.

Es gibt Hausregeln wie auf anderen Stationen auch, wobei den Mitarbeitern hier bewußt ist, daß schwer gestörte Patienten mit Drogenproblemen und Eßstörungen Schwierigkeiten haben, sich an Regeln zu halten.

Gemäß seinem Krankheitsbild wird ein Borderline-Patient seinen Behandlungsvertrag ständig brechen. Das bietet immer wieder die Möglichkeit, dies als Konflikt zu thematisieren und miteinander ein soziales Vokabular zu entwickeln.

Die Mitarbeiter verstehen ihre Arbeit als Übersetzungsarbeit, damit der Patient aus der manipulativen Handlungssprache (Verhalten) in die Wortsprache (Reflexion und Kritik) kommt. Dies erfordert eine Langzeitbehandlung mit viel Geduld von Seiten der Behandler, aber auch der Patienten.



Das Zusammenleben auf der Station ist „gläsern“. Das Team, d. h. Therapeuten und Pflegepersonal, arbeitet im Einklang nach demselben Konzept. Der Patient trifft auf gleiche Regeln und Grenzen, wird am Ende auf sich selbst zurückgeworfen und lernt, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen.

Als gezieltes therapeutisches Angebot finden von Anfang an Einzelgespräche mit jedem Patienten statt. Wenn sich eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut hat, kann es auch Gruppengespräche geben.

Es gibt mehrere Gruppen nur für die Borderline-Station, das sind die Gesprächsgruppe, Rollenspielgruppe, Ergotherapie, verschiedene Formen von Körperwahrnehmungsgruppen und Musiktherapie. Zusätzlich gibt es andere Gruppen, die auch von anderen Stationen belegt werden.

Alle Therapeuten haben einmal in der Woche eine zweistündige Teambesprechung, in der Fälle durchgesprochen werden.

Der Entlassungstermin wird mit den Patienten abgestimmt. Kriterien dafür sind:

- Agierverhalten ist deutlich geringer,
- Patienten haben gelernt, Wünsche zu äußern, sich verbal mit anderen und damit reflexiv mit sich selbst auseinanderzusetzen,
- Entlassungswunsch beim Patienten.

## Ergebnis der Arbeitsgruppe

Als erfreuliches Ergebnis der Arbeitsgruppe äußerten mehrere TeilnehmerInnen den Wunsch nach einem Forum, auf dem Behandlungs- und Versorgungsfragen ausgetauscht und diskutiert werden können. Vorrangiges Ziel dieses Forums sollte sein, die Kooperation in Bezug auf Traumapatienten zu erleichtern. Diesem Wunsch entsprach Frau Nadolny, indem sie zukünftig die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe einmal im Monat auf die Borderline-Station einlädt.

## Was brauchen Kinder zur Verarbeitung von Gewalterfahrungen?

Andrea Wulf-Eggert, Cordula Stucke

### Erfahrungen aus der Arbeit des Kinderschutzzentrums Hamburg

Aspekte der Beratung, der Einzel- und Gruppentherapie mit traumatisierten Kindern und die Besonderheit der Elternarbeit

1. Die Situation von Kindern unterscheidet sich grundsätzlich von der Erwachsener.
2. Unterschiedlichkeiten der Art der traumatisierenden Erlebnisse der Kinder und der Umstände der Offenbarung müssen erkannt und berücksichtigt werden.
3. Umstände der Kontaktaufnahme zu Hilfsinstitutionen, deren Selbstverständnis, Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung sind zu berücksichtigen. Wir gehen davon aus, daß Eltern/Bezugspersonen vom Gewaltrauma ihres Kindes vielfach ebenfalls traumatisch betroffen sind.

#### 4. Was brauchen das traumatisierte Kind und seine Bezugspersonen zur Verarbeitung von Gewalterfahrungen?

- 4.1 Wahrnehmung des Ausmaßes und der Bedeutung der Traumatisierungen; Akzeptanz, Unterstützung, Halt, Verständnis  
Kind                      Eltern

4.2 Möglichkeit, sich mit dem Geschehenen/ Erlebten auseinandersetzen zu können.  
Kind                      Eltern

4.3 Wiederherstellung von Sicherheit und „Normalität“ im Alltag.  
Kind                      Eltern

4.4 Bewältigung von sekundären Implikationen des Geschehenen (ärztlichen Untersuchungen, psychologischen Gutachten, familienrechtliche bzw. Strafverfahren, etc.).  
Kind                      Eltern

4.5 Erweiterung des Blickwinkels vom unmittelbar traumatisierenden Geschehen auf die gesamten Beziehungserfahrungen und Entwicklungsperspektiven.  
Kind                      Eltern

Bitte wenden Sie sich bei Interesse nach vertiefender Information direkt an das

#### **Kinderschutzzentrum Hamburg**

Emilienstr. 78  
20259 Hamburg  
Tel.: 040-491 00 07  
Fax: 040-491 16 91

## Traumatisierung durch andauernde Gewaltdynamik Behandlung von Frauen, die akut durch ihren (Ex-)Partner mißhandelt, vergewaltigt, bedroht werden

Julia Kloth, Gerda Krause

### Erfahrungen aus der Arbeit der Opferhilfe-Beratungs- stelle.

In dieser Arbeitsgruppe wurde ein therapeutischer Ansatz für Frauen, die akut in einer traumatisierenden Situation leben, vorgestellt. Aus fachlicher Sicht ist Psychotherapie mit dem Ziel, traumatische Erfahrungen aufdeckend zu behandeln an dieser Stelle kontraindiziert. Das therapeutische Vorgehen beinhaltet demnach andere Ziele, die im folgenden dargestellt werden. Die Arbeitsgruppe befaßte sich mit drei Bereichen:

1. Themen und Konflikte, die die Klientin belasten
2. Entwicklung und Verlauf von Gewalt in Partnerschaften
3. Aspekte der Interventionen

### Erste Themen sind in der Regel:

- die akute Bedrohung und Gefahr,
- ein Wechsel zwischen generalisierter Angst bzw. Panik und Verdrängung der Gefahr
- und komplexe soziale, finanzielle und juristische Probleme.

#### **Folgende Themen werden von der akuten Krise verdeckt:**

- Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der akuten, häufig auch chronischen Traumatisierungen,
- eine durch Ambivalenz geprägte Paardynamik,
- psychodynamische Phänomene von Selbstwertproblemen, Schuld-, Schamgefühle, Depressionen etc.,
- gesellschaftlich strukturelle Bedingungen, die Gewalttaten von Männern gegen Frauen begünstigen.

Aus zahlreichen Schilderungen von Frauen und Paaren, die die Opferhilfe aufgesucht haben, ergibt sich ein Bild, wonach sich Streit und Gewalt mit harmonischen zärtlichen Pha-

sen abwechseln. In einer Beziehung baut sich Gewalt langsam auf, die Frequenz und die Intensität der Übergriffe steigt. Dies erzeugt eine starke Spannung und Dynamik. Als Erklärungsansätze für diese Entwicklung in einer Partnerschaft wurden soziologische, paardynamische und systemische Ansätze angesprochen.

Interventionen lassen sich in die akute Phase der Krisenintervention und in die Phasen der längerfristigen Beratung und weiterführenden Psychotherapie gliedern.

Während der **Krisenintervention** gilt die erste Priorität der Stabilisierung und dem Schutz der Frau.

Mit strukturiertem Vorgehen und der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen werden Schutzmöglichkeiten mit der Klientin erarbeitet. Es geht um das Entwickeln von praktisch umsetzbaren Handlungsmöglichkeiten. Ein weiterer Aspekt ist die Auseinandersetzung mit den sozialen, finanziellen und juristischen Problemen. Die Schwierigkeiten werden erhoben, sortiert und die Klientin motiviert, ihre Ressourcen zu nutzen. Ziel der Therapeutin ist, sich ein Bild über die Gefährlichkeit der Situation und die Handlungskompetenzen der Klientin zu machen. Gleichzeitig wird während der Krisenintervention eine Reflexion über die Lebenssituation, die Ambivalenz zum Partner und die eigene Selbstwahrnehmung angestrebt.

Das typische Übertragungsgeschehen zwischen Therapeutin und Klientin ist geprägt durch den Beziehungsaufbau, die Hilfewünsche und die Ambivalenz der Klientin gegenüber der Therapeutin. Die Therapeutin ihrerseits erlebt eine Mischung aus Sorge um die mißhandelte Frau, aber auch Unverständnis

für deren Verhalten oder Aggressionen als typische Gegenübertragung.

In der **längerfristigen Beratung** gilt die Priorität weiterhin der Stabilisierung und Entscheidungsfindung der mißhandelten Frau. Typische Themen der Reflexion sind eigene Grenzen erkennen, wahrnehmen und dem Partner gegenüber vertreten, das Verstehen der Paardynamik, der Schuldgefühle, eine Auseinandersetzung mit Schamgefühlen und Selbstwertdefiziten. Die grundsätzliche Frage, mit welcher Perspektive die Klientin leben möchte, zieht sich durch die gesamte Beratung - Bindung oder Trennung?

In der Gegenübertragung wird jetzt die „Gefahr von gegenseitiger Enttäuschung“ wirksam. Oft sind die Geschlechtsrollenbilder und Vorstellungen von Partnerschaften auf Seiten der Therapeutin mit den Vorstellungen

der Klientin kaum vereinbar. Spürt die Klientin dies, fühlt sie sich häufig im Stich gelassen. Wird die ratsuchende Frau während der Beratung weiterhin mißhandelt, bedroht oder erlebt sie erneute Phasen der Bindung zum Partner, erfordert dies bei der Therapeutin ein hohes Maß an Toleranz, Geduld und Zurückhaltung der eigenen Gegenübertragung.

Eine **weiterführende Therapie** wird angestrebt, wenn die Klientin geklärte Lebensverhältnisse entwickelt hat. Im Verlauf einer Psychotherapie liegt der Schwerpunkt weniger auf der Handlungsebene als vielmehr in der Reflexion der eigenen Persönlichkeit, der Biographie und der eigenen Rollenbilder. An dieser Stelle könnte je nach Stabilität der Klientin eine therapeutisch angeleitete Rekonstruktion und Verarbeitung der traumatischen Gewalterfahrungen möglich und sinnvoll sein.



## ■ Resümee und Ausblick

Wir waren sehr angenehm überrascht, auf welche große Resonanz unsere Fachtagung „Neue Ansätze der ambulanten Traumatherapie“ gestoßen war. Die Veranstaltung war schnell ausgebucht, wir mußten leider zahlreichen Interessierten absagen.

Von vielen TeilnehmerInnen erhielten wir die Rückmeldung, daß Vorträge und Workshops als anregend und bereichernd für die therapeutische Arbeit angesehen wurden.

Wir freuen uns sehr darüber, daß unsere Fachtagung einen kleinen Beitrag zur Auseinandersetzung mit neuen Entwicklungen der Traumatherapie und damit auch zu einer weiteren Professionalisierung der therapeutischen Arbeit leisten konnte.

Für uns, als VeranstalterInnen, haben sich inzwischen einige unserer ursprünglichen Problemstellungen gelöst, andere haben sich verändert, weitere Fragestellungen sind hinzugekommen.

Wir beschäftigen uns verstärkt mit dem Ansatz von Reddemann und Sachsse und wenden die imaginativen Verfahren vermehrt in unserer täglichen Arbeit an. Ressourcenorientiertes Vorgehen und Stabilisierung sowie Krisenintervention standen schon immer im Vordergrund unserer Arbeit. Für die aufdeckende Traumaarbeit bei schwer und frühen Traumatisierungen erscheint uns ein längerfristiger therapeutischer Prozeß notwendig.

Um selbst Erfahrungen mit der Methode des EMDR machen zu können, haben inzwischen zwei MitarbeiterInnen unserer Einrichtung mit einer EMDR-Fortbildung begonnen. Wir setzen EMDR z. Z. bei einmaligen abgegrenzten Traumen zur Traumabearbeitung ein, wenn die Ich-Struktur dies zuläßt. Bei komplexen Traumen bzw. bei instabilen KlientInnen erscheint uns dieses

Vorgehen im Rahmen der Opferhilfe-Beratungsstelle nicht indiziert.

Die Auseinandersetzung mit anderen Fragen, z. B. dem Konzept der Akutversorgung bei einmaligen Traumen, ist noch nicht abgeschlossen. Wir versuchen dem Rechnung zu tragen, daß zu diesem Thema durch das schnelle Voranschreiten der Forschung viele neue Erkenntnisse vorliegen, die noch weiter erprobt werden müssen. Durch die regelmäßige Teilnahme an fach-spezifischen Tagungen aktualisieren wir ständig unser Wissen über den Stand der Forschung.

Die sog. Debriefing-Debatte macht deutlich, daß eine regelhafte Traumakonfrontation auch bei abgegrenzten Traumen in der Akutversorgung nicht indiziert ist, da es hier auch zu Symptomverschlechterungen kommen kann, wenn der normale Verarbeitungsprozeß gestört wird. In mehreren Forschungsvorhaben in der BRD und im Ausland wird an der Frage gearbeitet, durch welche Indikatoren die Herausbildung einer PTBS voraussagbar und eine psychotherapeutische Behandlung notwendig ist. Unbestritten bleibt, daß in jedem Fall eine Psychoedukation, d. h. eine Aufklärung über die möglichen Folgen eines traumatischen Ereignisses sinnvoll ist.

Neben den bereits bestehenden Fragestellungen sind auch neue Themen hinzugekommen: So die Frage nach der psychotherapeutischen Behandlung von Unfallopfern. Nicht erst seit Eschede ist deutlich, daß ein schwerer Unfall auch zu einer Herausbildung einer Posttraumatische Belastungsstörung führen kann. Die Opferhilfe-Beratungsstelle beschäftigt sich mit der Frage, welche Behandlungsansätze für Unfallopfer angemessen und hilfreich sein könnten. Opfer von Unfällen sind zur Zeit eine Gruppe von Traumatisierten, die nirgends eine regelhafte therapeutische Unterstützung finden.



Neben diesen konzeptuellen Fragen stellen wir Überlegungen an, die Wirksamkeit unserer eigenen therapeutischen Arbeit zu beforschen (zu lassen), um somit die Effektivität unseres therapeutischen Handelns zu überprüfen. Dazu gehört auch die Beschäftigung mit der Optimierung der Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. der diagnostischen Voraussage einer PTBS.

Bei diesen beiden letztgenannten Themen, der Behandlung von Unfallopfern und der Frage eines Forschungsprojektes, stehen wir noch am Anfang der Diskussion.

Wir werden in der nächsten Dokumentation über die Ergebnisse unserer weiteren inhaltlichen Auseinandersetzung und über unser Konzept berichten.

## LITERATURLISTE DER ANGEFÜHRTEN AUTORINNEN

BAURMANN, M.C., SCHÄDLER, W. (1991):

Das Opfer nach der Straftat, BKA-Forschungsreihe, 1991

EHLERT-BALZER, Martin (1996):

Das Trauma als Objektbeziehung, Forum der Psychoanalyse (1996, 12)

EHLERT-BALZER, Martin, LORKE Beate (1988):

Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion, Psyche (1988, 42)

FISCHER, Gottfried, RIEDESSER, Peter (1998):

Lehrbuch der Psychotraumatologie, Ernst Reinhardt Verlag

HIRSCH, Mathias (1993):

Schuld und Schuldgefühle des weiblichen Inzestopfers als Beispiel von Integrations- und Identifikationsschicksalen traumatischer Gewalt, Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis (1993, VIII, 3)

HOFMANN, Arne (1999):

EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome, Thieme Verlag

KAVEMANN, B. (1999):

Mehr Schutz durch Videotechnik?: Prävention 6/1999

MAERCKER, Andreas (1997):

Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung, Springer Verlag

REDDEMANN, Luise, SACHSSE, Ulrich (1997,1998):

diverse Artikel über die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie, Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie, insbesondere die Ausgaben 3/97 und 2/98, Schattauer Verlag

SACHSSE, Ulrich (1997):

Selbstverletzendes Verhalten, Psychodynamik-Psychotherapie, Vandenhoeck & Ruprecht

VAN DER KOLK, BURBRIDGE, SUZUKI (1998):

Die Psychologie traumatischer Erinnerungen, Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, Streek-Fischer (Hg): Adoleszenz und Trauma, Vandenhoeck & Ruprecht

Wir bedanken uns ...

... bei allen, mit denen wir in den letzten Jahren zusammengearbeitet oder kooperiert haben oder die unsere Arbeit direkt oder indirekt unterstützt und gefördert haben.

... bei den RichterInnen und StaatsanwältInnen und dem Bußgeldsammelfonds für die Zuweisungen von Bußgeldzahlungen, die es ermöglichten, unser Beratungsangebot überhaupt aufrechterhalten zu können.

... bei den Firmen und Privatpersonen, die durch Spenden unsere Arbeit unterstützt haben.

... besonders für das Engagement und die angenehme Zusammenarbeit mit unseren Vorstandsmitgliedern Konstanze Görres-Ohde, Monika Schorn, Martin Conrad und Hans-Gerd Heidel.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter  
der Opferhilfe-Beratungsstelle

OPFERHILFE



**BERATUNGSSTELLE**

PAUL-NEVERMANN-PLATZ 2 - 4  
22765 HAMBURG  
TELEFON 040 - 38 19 93  
TELEFAX 040 - 389 57 86

**SPENDENKONTO: HASPA BLZ 200 505 50 KONTO-NR. 1268 115 944**

E-MAIL: [mail@opferhilfe-hamburg.de](mailto:mail@opferhilfe-hamburg.de)  
[www.opferhilfe-hamburg.de](http://www.opferhilfe-hamburg.de)