



## Ihre Ansprechpartner in der Klinik

Chefarzt:	Prof. Dr. med. Rolf Meermann
Sekretariat:	Anke Voigts Tel.: 0 52 81 / 619 – 635
Posttraumatische Belastungsstörung:	Eberhard Okon, Dipl.-Psychologe Tel.: 0 52 81 / 619 – 642
Verwaltungsdirektor:	Horst Schiller, Dipl.-Kaufmann
Sekretariat:	Gundula Greve Tel.: 0 52 81 / 619 – 630
Aufnahmesekretariat:	Ute Cölven Tel.: 0 52 81 / 619 – 509
Postadresse:	Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont Bombergallee 10 31812 Bad Pyrmont
Internet:	<a href="http://www.ahg.de/Pyrmont">www.ahg.de/Pyrmont</a>
E-Mail:	<a href="mailto:pfkpyrmont@ahg.de">pfkpyrmont@ahg.de</a>
Telefonzentrale:	0 52 81 / 619 – 0
Telefax:	0 52 81 / 619 - 666

Vorwort der Herausgeber	7
Grußworte anlässlich der Tagung „Posttraumatische Belastungsstörung vom 8.10.-10.10.2001“	8
Okon, Eberhard Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung	13
Furtwängler, Jürgen Ph. Historischer Abriß der Psychotraumatologie - eine Geschichte der Kriegstraumatisierungen	19
Meermann, Rolf Combat Stress und seine kurz- und langfristigen Folgen	23
Kreim, Günter; Meermann, Rolf Präventive Aspekte bei der Personalauswahl und Schulung von KSK-Soldaten	29
Biesold, Karl-Heinz; Hahne, Hans-Heiner Präventions- und Behandlungskonzept zur Bewältigung einsatzbedingter psychischer Belastungen bei Soldaten der Bundeswehr	35
Barre, Klaus; Biesold, Karl-Heinz Therapie psychischer Traumatisierungen bei Soldaten der Bundeswehr	41
Biesold, Karl-Heinz; Barre, Klaus Auswirkungen von Streß und Traumatisierungen bei Soldaten der Bundeswehr	47
Weber, Wolfgang W. Organisation des Critical Incident Stress Managements in der Bundeswehr	53
Varn, Alexander Konzeptentwicklung und Klinische Erfahrungen zu posttraumatischen Belastungsstörungen auf dem Hintergrund der Vietnam-Veteranen	63
Grube, Achim Der Sozialwissenschaftliche Dienst der Polizei Niedersachsen	73
Hallenberger, Frank Polizeilicher Schußwaffengebrauch: Erleben und Folgen	77
Platiel, Peter Belastungen des Botschaftspersonals des Auswärtigen Amtes und Betreuungskonzepte nach Gewalterfahrung	85

# > Vorwort der Herausgeber

Im Oktober 2001 trafen sich in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont etwa 200 Teilnehmer und an die 40 Referenten, um Fragen der Diagnostik, Prävention und Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung zu diskutieren. Vor dem Hintergrund der Terroranschläge in den USA erhielt unsere Tagung ungewollt politische Aktualität.

Diese Aktualität zeigte sich an dem großen Medieninteresse, so drehte das ZDF einen Beitrag für "heute", der Hörfunk des Norddeutschen Rundfunks produzierte zwei Sondersendungen basierend auf den Ergebnissen der Tagung und Vertreter verschiedener Printmedien nutzten die Möglichkeit, mit den Veranstaltern und einigen der Referenten in Kontakt zu treten, um sich zu dem tagesaktuellen Geschehen Hintergrundinformationen zu holen.

Ebenfalls ausgelöst durch die Ereignisse am 11. September und sich daran anschließenden Überlegungen bezüglich eines Afghanistan-Einsatzes deutscher Soldaten gewann das Thema Prävention und Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Soldaten zusätzlich Interesse. Gleiches gilt für die Gefährdung von Polizeibeamten, die im Rahmen der Terrorismusbekämpfung und ebenfalls notwendiger Auslandseinsätze etwa im ehemaligen Jugoslawien einem zum Teil verwandten Gefährdungspotential ausgesetzt sind.

Gerade die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer über die Möglichkeit eines zivilmilitärischen Austausches über Posttraumatische Belastungsstörungen ermunterte uns als Veranstalter, die Inhalte in einem Band unserer Klinik-Schriftenreihe darzustellen. In diesem hiermit vorgelegten mittlerweile 11. Band der Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont finden Sie Beiträge führender ärztlicher und psychologischer Vertreter aus den Bereichen Militär und Polizei, die aus ihrem jeweils ganz speziellen Tätigkeitsfeld die Prävention und Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen beleuchten.

Wir wünschen Ihnen, daß Sie die vorliegenden Beiträge mit Gewinn lesen.

Bad Pyrmont, im Frühjahr 2002

Dipl.-Psych. Eberhard Okon  
Ltd. Psychologe

Prof. Dr. med. Rolf Meermann  
Chefarzt

# > Grußworte anlässlich der Tagung „Posttraumatische Belastungsstörung vom 8.10.-10.10.2001“

## Grußwort des VDR

Wenn wir von dem Anspruch ausgehen, daß die Rehabilitation ein den gesamten Menschen betreffendes Hilfsangebot darstellt, können Konzept, Diagnostik und Therapie nur unter einem dynamischen Aspekt gesehen werden.

So gewinnt zum Beispiel die Verhaltensmedizin als Integral zwischen den klassischen Disziplinen der Medizin und der Psychologie mit ihrem verhaltenstherapeutischen Ansatz eine zunehmende Aktualität und Wirkmächtigkeit in den Rehabilitationskliniken.

In einer Gesellschaft, die geprägt ist durch multiplurale Lebensformen und Erlebnishorizonte und durch unterschiedliche ethnische Bevölkerungsgruppen, die des weiteren geprägt ist durch massive und hoch belastende situative Anpassungsleistungen im Alltagsvollzug, drängen sich Krankheitszustände wie die sogenannten posttraumatischen Belastungsstörungen, auch in der Rehabilitation, immer stärker in den Vordergrund.

Wir sind selbst unter Umständen Zeuge von schweren Verkehrsunglücken, Gewaltausübungen und Geiselnahme. Im persönlichen Umgang mit Kriegsflüchtlings aus dem ehemaligen Jugoslawien haben wir Schilderungen grausigster Schandtaten, Verletzungen und Tötungen vernommen. Manche Asylbewerber, die Integration in unsere Gesellschaft begehren, haben in ihren Herkunftsländern Bedrohung, Inhaftierung und Folterung erleben müssen.

Die schweren und schwersten seelischen Belastungszustände in unserem eigenen zivilisierten Alltag zum Beispiel bei Bahnpersonal und Polizei geraten häufig nicht so spektakulär in unser Bewußtsein, sind jedoch ebenso tiefgreifend für den Betroffenen und behandlungsbedürftig.

Dieses Pilotseminar, welches der VDR gemeinsam mit der Psychosomatischen Fachklinik in Bad Pyrmont veranstaltet, soll Aufmerksamkeit bei sozialmedizinischen Gutachtern und Rehabilitationsmedizinern wecken und die fachkompetente Auseinandersetzung mit dieser weitgehend neuen Materie nach Kräften fördern.

Frankfurt, im August 2001

Dr. med. Winfried Hackhausen

# Grußwort des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Sehr geehrte Seminarteilnehmer,

jeder militärische Einsatz ist mit einem Risiko für Gesundheit und Leben der Soldaten behaftet. Dies gilt auch für die psychische Gesundheit.

Es ist bekannt, dass die Auseinandersetzung mit Einsatz- und Kriegserlebnissen, ihre psychische Verarbeitung und Bewältigung auch erfahrene Soldaten nicht kalt lässt, sondern zu erheblichen psychophysischen Reaktionen führen kann. Auch bei der Bundeswehr hat sich bestätigt, dass kriegs- und einsatzeigentümliche Ereignisse bei ungenügender Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse zu psychosomatischen Störungen von Krankheitswert – den Posttraumatischen Belastungsstörungen – führen können. Und genau das ist ja das Thema Ihres Fachseminars.

Mit zunehmendem internationalem Engagement hat die Bundeswehr zeitgemäße Konzepte für den Umgang mit einsatzbedingten Belastungen entwickelt, insbesondere zur Prävention vor und Intervention bei einsatzbedingten Belastungen. Auch nach einem Einsatz soll eine Reihe von Reintegrations- und Nachsorgemaßnahmen die Wiedereingliederung erleichtern und besonders belasteten Soldaten Hilfen zur Wiederherstellung und Erhaltung der psychischen Gesundheit geben. Hier sind Ärzte, Psychologen, Seelsorger und militärische Führer gemeinsam gefordert.

Besondere Bedeutung hierbei hat die Fortentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere durch Evaluierung der praktischen Erfahrungen auf dem noch recht neuen Fachgebiet der Psychotraumatologie. Es bestehen z.B. noch erhebliche Unsicherheiten über die richtigen Wege sowohl in Diagnostik und Therapie wie auch bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Wichtig erscheint mir insbesondere der Informationsaustausch zwischen Vertretern verschiedener Nationen, Körperschaften und Organisationen, die Einsatzkräfte in potenziell traumatisierende Szenarien entsenden.

Um so mehr freue ich mich, dass dieses Seminar ein Forum bietet, in dem die Erfahrungen aus all diesen Bereichen diskutiert werden können. Wir können und wollen eine Menge voneinander lernen!

In diesem Sinne wünsche ich dem Seminar einen guten Verlauf und Ihnen einen fruchtbaren Gedankenaustausch zum Wohle der uns anvertrauten Patienten.

Ihr  
**Dr. med. Karl Wilhelm Demmer**  
Generaloberstabsarzt  
Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

# Grußwort der AHG

## Der ganz normale Wahnsinn!

Unter dem Begriff "Posttraumatische Belastungsstörungen" (PTBS) sind Krankheitsmerkmale zusammengefaßt, die bei Menschen nach dem Erleben und Überleben von Katastrophen auftreten. Die häufigsten Traumata sind eine ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens, bzw. der körperlichen Integrität, ernsthafte Bedrohungen oder Schädigung der eigenen Kinder, des Partners bzw. naher Verwandter und Freunde, eine plötzliche Zerstörung des eigenen Zuhauses sowie das Mitansehen, wie andere Personen infolge von Unfällen oder körperlicher Gewalt gerade oder vor kurzem ernsthaft verletzt wurden oder starben.

Die Prävalenzraten für PTBS nach traumatischen Ereignissen werden zwischen 8% bis 13% für Männer angegeben und zwischen 20% bis 30% für Frauen. Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS wird zwischen 12% bei Frauen und 6% bei Männern geschätzt.

Zu den Ereignissen, die posttraumatische Belastungsstörungen hervorrufen, gehören

- Naturkatastrophen
- unvorhergesehene Unglücksfälle, (z.B. Autounfälle bzw. Bahnunfälle mit schweren körperlichen Verletzungen, Flugzeugabstürze, Großbrände, Zerstörung der physikalischen Umwelt)
- absichtlich verursachte Katastrophen (Anschläge, Folterungen)
- absichtlich verursachte Unglücksfälle (Anschläge im Verkehrswesen, Suizide mit Hilfe von Verkehrsmitteln)
- soziale Gewalterfahrungen (z.B. militärische Gefechte, Überfälle, Geiselnahme), sexuelle Gewalterfahrungen (sexueller Mißbrauch in Kindheit und Jugend, Vergewaltigung im Erwachsenenalter)

Manchmal gibt es begleitende körperliche Komponenten des Traumas: Verbrennungen, andere Großwunden, Amputationen, Verlust der körperlichen Integrität, aber auch geringgradige Verletzungen.

Die AHG AG hat in ihren psychosomatischen Fachkliniken bereits 1985 mit konzeptionellen Ausarbeitungen zur Behandlung von Patienten mit Gewalterfahrungen begonnen und mit gezielten Fortbildungsaktivitäten, mit Fachtagungen und mit entsprechenden klinischen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen die Professionalisierung der therapeutischen Mitarbeiter vorangetrieben. Qualifizierung und Spezialisierung sind bei der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten für PTBS unabdingbar, wenn man sich nicht mit unspezifischen Breitbandverfahren bescheiden will.

Solche Spezialisierungen verdichten sich in bezug auf folgende Behandlungsindikationen:

### Behandlungsindikationen

- Patienten als Geschädigte von technischen Katastrophen mit körperlichen Folgeschäden, die nicht mehr primär akutmedizinisch versorgt werden müssen, bzw. Patienten ohne körperliche Folgeschäden
- Patienten nach konfliktbedingten Einsätzen im Rahmen Militärischer Aktionen
- Patienten als professionelle Einsatzkräfte (Polizei, Feuerwehr, Sanitätsdienste) oder als paraprofessionelle Einsatzkräfte (DRK, THW) bei der Katastrophenbewältigung mit nachfolgenden posttraumatischen Belastungsstörungen
- Patienten mit Zuständen nach sozialen Gewalterfahrungen (Geiselnahme, Folterungen, sonst. Lebensbedrohungen)
- Patienten mit Zuständen nach sexuellen Gewalterfahrungen

Die Fachtagung umfaßt die gesamte Spannweite möglicher Primäreignisse von Gewalterfahrungen und versucht, eine Verbindung herzustellen zwischen präventiven Ansätzen, sozialmedizinischen Problemstellungen der Begutachtung, therapeutischen und wissenschaftlichen Bemühungen um eine Optimierung der Behandlungskonzepte und langfristig angelegten Nachsorgeaktivitäten. Das Aufgreifen der Thematik im Rahmen der sozialmedizinischen Weiterbildung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger VDR unterstreicht die zunehmende Bedeutung von PTBS im Krankheitsgeschehen und in der medizinischen Rehabilitation.

Ich wünsche den Tagungsteilnehmern interessante Tage und einen intensiven Erfahrungsaustausch zu einem Problembereich, dessen Brisanz nach unserer Einschätzung eher weiter zunehmen wird.

Hilden, im August 2001

**Manfred Zielke**

# Grußwort der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont

Seit 14 Jahren werden in unserer Klinik auch Patienten mit der Diagnose PTSD stationär verhaltenstherapeutisch behandelt. Der Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung wurde auf Druck von Vietnam-Veteranen bzw. deren juristischer Vertretungen 1980 in das Diagnostische und Statistische Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) aufgenommen (DSM III, 1980).

Auch 20 Jahre später ist die Diskussion um die medizinische Notwendigkeit bzw. Wissenschaftlichkeit dieser Diagnose noch nicht erloschen (vgl. z. B. Shephard 2000).

So uneinheitlich wie die verschiedenen Ursachen und Äußerungsformen dieses Störungsbildes sind auch die Behandlungsempfehlungen in der Literatur. Dabei scheint bisweilen die „Lautstärke“, mit der ein bestimmtes Einzelverfahren propagiert wird, im umgekehrten Zusammenhang zum klinischen Erfahrungshintergrund der Autoren zu stehen. Wir bevorzugen ein multimodales verhaltenstherapeutisches Breitband-Behandlungsprogramm, welches auf einer individuellen Verhaltensanalyse der spezifischen Probleme, aber auch der vorhandenen positiven Ressourcen unserer Patienten aufbaut. Wir denken, daß nur in einem komplexen psychiatrisch-psychologischen Gesamtbehandlungsplan PTSD-Patienten adäquat geholfen werden kann. Dabei ist das sogenannte „bio-psycho-soziale Modell“ mittlerweile eine triviale Grundvoraussetzung.

Über das Angebot des VDR, in unserer Klinik eine entsprechende gemeinsame Fachtagung zu veranstalten, haben wir uns sehr gefreut. Die Liste der Referenten verspricht eine dichte Arbeitsatmosphäre, hohen Informationsgewinn und lehrreiche Diskussionen.

Bad Pyrmont, im August 2001

**Rolf Meerman**

Literatur:

Ben Shephard

A War of Nerves

Soldiers and Psychiatrists 1914 – 1994

London, Jonathan Cape, 2000





Differentialdiagnostisch muß die Posttraumatische Belastungsstörung von einer Reihe Störungen unterschieden werden, die z.T. verwandte Symptome aufweisen. Zu denken ist hierbei an alle

Arten depressiver Erkrankungen inklusive der Anpassungsstörungen, an die Gruppe der Angststörungen, die dissoziativen Störungen sowie die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembe-

lastung. Bis auf Letztgenannte erfüllen die anderen Störungen nicht das klinische Vollbild gemäß der ICD-10 Kriterien, können aber vom klinischen Erscheinungsbild dem der Posttraumatischen Belastungsstörung ähneln. Für die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung muß immer das Kriterium des Traumas erfüllt sein. Bei der Art des Traumas ist dabei zu berücksichtigen, dass tatsächlich das Argument der Schwere und Bedrohung ausführlich gewürdigt wird, in der Literatur finden sich z.T. auch Versuche, Erlebnisse wie partnerschaftliche Trennungen oder Arbeitsplatzverlust als Auslöser für eine Posttraumatische Belastungsstörung zu benennen. Ob diese Ereignisse das Kriterium einer Traumatisierung erfüllen, muß zumindest ausgiebig diskutiert werden. Eine Zusammenfassung der Differentialdiagnosen finden sich in (Abb. 2.)

## › Differentialdiagnosen

Depressionen (F 32.0 – F32.8, F 33.0 – F33.9)  
Akute Belastungsreaktion (F43.0)  
Anpassungsstörung (F43.2)  
Dissoziative Störungen (F 44.0 – F 44.9)  
Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Trauerreaktion (normale Trauer als Z-Kodierung)  
Angststörungen  
organische Psychosyndrome

Abb. 2

## Menschlich verursachte Traumen („man made disasters“)

- sexuelle/ körperliche Mißhandlungen in der Kindheit
- kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- zivile Gewalterlebnisse (Geiselnahmen)
- Folter, politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ)

## Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen

- Naturkatastrophen
- technische Katastrophen
- berufsbedingte z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr
- Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle

nach Maercker, 1997

Abb. 3

## Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ I – Traumen)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- technische Katastrophen
- kriminelle Gewalterfahrungen

Kennzeichen: akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit, Überraschung

## Längerdauernde, wiederholte Traumen(Typ II – Traumen)

- Geiselhaf
- mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- wiederholte Gewalterfahrungen in Form von Mißbrauch, Mißhandlung

Kennzeichen: verschiedene Einzelereignisse, geringe Vorhersagbarkeit des weiteren Verlaufs

nach Maercker, 1997

Abb. 4

In letzter Zeit finden sich Hinweise darauf, dass es „die“ Posttraumatische Belastungsstörung nicht gibt, sondern dass die Symptomatik deutlich variieren kann, abhängig von der Art des Traumas und dessen zeitlichen Verlaufes. Für die Symptomatik, die Prognose und die Therapie der Störung ist es durchaus bedeutsam, ob es sich etwa um einmalige Unfallereignisse oder langjährige, menschlich verursachte Traumatisierungen wie etwa andauernde sexuelle oder körperliche Mißhandlung in der Kindheit, politische Inhaftierung oder Kriegserlebnisse (sog. „man made disasters“) handelt. Maercker (1997) schlägt deshalb eine Unterteilung in verschiedene Dimensionen vor, die sowohl die Ursache des Traumas als auch den zeitlichen Verlauf der Traumatisierung berücksichtigt. Er unterscheidet zwischen Traumen, die im Rahmen eines sozialen Kontextes verursacht sind, von Katastrophen, berufsbedingten und Unfalltraumen (Abb. 3).

Vom zeitlichen Verlauf her unterscheidet er kurzdauernde traumatische Ereignisse und längerdauernde, wiederholte Traumen (s. Abb. 4).

Primäre Traumatisierung beschreibt das eigene Erleben eines Traumas, sekundäre Traumatisierung findet sich bei Be-

## › Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

1. Unterworfenheit unter totalitäre Kontrolle über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) mit Beispielen wie Geiselnhaft, Kriegsgefangenschaft, Überleben von Konzentrationslagern und einiger religiöser Kulte. Weitere Beispiele sind die Opfer totalitärer Systeme im sexuellen und familiären Bereich, wie Überlebende von familiärer Gewalt, Kindesmißhandlung, sexuellem Kindesmißbrauch und organisierter sexueller Ausbeutung.
2. Veränderungen von Affektregulierung mit anhaltenden dysphorischen Verstimmungen, chronischer Beschäftigung mit Suizidideen, Neigung zu Selbstverletzungen, explosiver oder extrem unterdrückter Wut (ev. im Wechsel), zwanghafter oder extrem gehemmter Sexualität (ev. im Wechsel).
3. Veränderungen des Bewußtseins, wie Amnesie oder Hypermnesie für traumatische Ereignisse, dissoziative Episoden, Depersonalisation/ Derealisation, Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen entweder in Form intrusiver Symptome oder in Form von ständigem Grübeln.
4. Veränderungen des Selbstbildes mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Initiativverlust; Scham, Schuldgefühlen und Selbstanklage; eigener Wertlosigkeit oder Stigmatisierung; Gefühl, völlig verschieden von anderen zu sein (etwas Besonderes beispielsweise, Erleben äußerster Einsamkeit, die Überzeugung, von niemandem verstanden werden zu können oder nicht menschlich zu sein).
5. Veränderungen in der Wahrnehmung des Täters, wie ständige Beschäftigung mit ihm (z.B. auch in Form von Rachedenken); eine unrealistische Sichtweise des Täters als übermächtig (Vorsicht! Das Opfer kann die Macht des Täters unter Umständen realistischer einschätzen als der Therapeut!); Idealisierung des Täters oder paradoxe Dankbarkeit ihm gegenüber; das Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung zum Täter; Übernahme von Weltanschauung oder Rechtfertigungen des Täters.
6. Veränderung der sozialen Beziehungen mit Isolation und Rückzug, Abbruch von intimen Beziehungen, fortgesetzte Suche nach einem Retter (kann wechseln mit Isolation und Rückzug), ständigem Mißtrauen, wiederholtem Versagen beim Schutz der eigenen Person.
7. Veränderung von Stimmungslagen und Einstellungen wie Verlust von Zuversicht, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Herman, 1992, nach Fischer und Riedesser 1998

Abb. 5

obachten von der Bedrohung, Verletzung oder Tötung Dritter, etwa bei Zeugen oder Helfern.

In der Literatur werden ergänzend zur Posttraumatischen Belastungsstörung als Diagnose, wie sie derzeit im ICD-10 geführt wird, auch alternative diagnostische Konzepte diskutiert wie etwa das Victimisierungs-Syndrom nach Ochberg (1993) oder das komplexe psychotraumatische Belastungssyndrom nach Herman (1992).

Fischer und Riedesser (1998) schlagen vor, die heute bekannte Posttraumatische Belastungsstörung als basales psychotraumatisches Belastungssyndrom

(bPTBS) zu bezeichnen, um damit die Möglichkeit zu haben, auch komplexere Störungsbilder aufbauend auf diesem basalen Syndrom zu beschreiben. Bereits im ICD-10 vorhanden ist die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung.

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Abb. 5) nach Herman faßt die Symptomatik von Personen zusammen, die zusätzlich zur Symptomatik nach ICD-10 weitergehende Veränderungen erleben, das beschriebene Störungsbild findet sich häufig bei Typ II-Traumatisierten. Zusätzliche Symptome in diesem Zusammenhang sind vor allen

Dingen Veränderungen in der Affekt- und Impulsregulation, ausgeprägte dissoziative Tendenzen, ein deutlich beeinträchtigtes Identitätsgefühl, ausgeprägte interaktionelle Störungen, eine Revictimisierungsneigung sowie ein depressiv getönter allgemeiner Sinnverlust. Darüber hinaus neigen die betreffenden Patienten dazu, stark mit somatischen Symptomen zu reagieren.

Das Victimisierungssyndrom nach Ochberg (Abb. 6) beschreibt einige symptomatische Ergänzungen, die bei Patienten auftreten nach „man made disasters“, also für Menschen, die zwischenmenschliche Gewalterfahrungen gemacht haben. Hier finden sich vor allen Dingen Gefühle, täglichen Aufgaben und Verpflichtungen nicht mehr gewachsen zu sein, dies auch über die traumatisierende Situation hinaus gehend, das Gefühl einer dauerhaften Beschädigung in der Integrität der eigenen Person, Vertrauensverlust gegenüber anderen Menschen, eine reduzierte Fähigkeit im Umgang mit Ärger, die Tendenz, sich selber für den Vorfall als schuldig zu erleben sowie Tendenzen zur Täterschonung und Entschuldigung.

Die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (Abb. 7) beschreibt ein Störungsbild, das auch Aspekte interaktioneller Veränderungen nach einer Traumatisierung berücksichtigt. Hier sind insbesondere zu nennen eine feindliche und mißtrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein, Entfremdung. Bzgl. des Kriteriums der Traumatisierung wird eine so extreme Belastung gefordert, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht ausreicht. Beispiele werden genannt: Erlebnisse in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, langjährige Geiselnhaft oder Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr. Die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung kann einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeitlich folgen, kann aber auch ohne diese auftreten. Kurzzeitige Lebensbedrohungen wie etwa bei einem



## > Literatur

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften:

Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, AWMF online, AWMF-Leitlinien-Register 051/010 Entwicklungsstufe 1 + IDA, im Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/>

Bauer, M.; Priebe, S.: Psychopharmakotherapie. in: Maercker, A. (a.a.O)

Dreßing, H., Berger, M. (1991). Posttraumatische Streßerkrankungen, *Nervenarzt*, 62, 16 – 26

Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*, Göttingen: Hogrefe

Fischer, G.; Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*  
München: Reinhardt-Verlag

Frommberger, U.; Angenendt, J.; Nyberg, E.; Anders, B.; Berger, M. (1999) Differentialindikation therapeutischer Verfahren bei der PTBS, *psycho*, 25, 458 – 462

Herman, J. L. (1992): *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York

Maercker, A. (Hrsg.) (1997). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*: Berlin Heidelberg: Springer

Ochberg, F. M. (1993): *Posttraumatic therapy*. In: Wilson, J.P., Raphael, B.(Hrsg): *International handbook of traumatic stress syndroms*. New York : Plenum Press

Saigh, P.A. (Hrsg.)(1995): *Posttraumatische Belastungsstörung*. Bern: Huber





Studie psychisch bedingter Ausfälle vorzulegen. Deswegen sei der Anschaulichkeit halber an dieser Stelle einmal auf die Erinnerungen zweier berühmter deutscher Nervenärzte aus der Zeit des Ersten Weltkrieges zurückgegriffen. Max Nonne aus Hamburg erinnert sich unter der Überschrift: „Kriegsneurosen“ (Nonne, 1971):

Der Krieg brachte uns in Eppendorf gewaltige Arbeit. Wir bekamen bald traurige Bilder zu sehen von Amputierten, von durch Kopfschüsse halbseitig Gelähmten, von durch Rückenmarkschüsse an beiden Beinen, an Blase und Mastdarm Gelähmten, Epileptiker, die durch Kopfschüsse Anfälle bekommen hatten. Aber schon nach wenigen Monaten zeigte sich bei uns ein Bild, das wir früher nur ganz selten gesehen hatten – das Bild der Hysteria virilis, der „männlichen Hysterie“. Es war ein solches Bild schon von Charcot in Paris gezeichnet worden. Wir hatten damals gesagt: „So etwas kommt nur bei den Franzosen vor, in Deutschland gibt es keine Hysterie der Männer“. Jetzt sahen wir sie oft und in allen Formen. Als Stimmbandlähmung, als Stummheit, als Lähmung der oberen und unteren Extremitäten, als Zittern in den verschiedensten Formen, als Verkrampfung der einzelnen Muskeln und Muskelgruppen, als Taubheit, als Seh- und Gehstörungen, als Verrenkungen in den vertracktesten Formen....

Auch der berühmte Münchner Psychiater Emil Kraepelin war vom Reichsausschuss für Kriegsbeschädigtenfürsorge zur Mitarbeit aufgefordert worden. Kraepelin erinnert sich wie folgt (Kraepelin, 1983):

Schon damals tauchte die Frage der Kriegsneurosen auf. Wir Irrenärzte waren alle einig in dem Bestreben, der freigiebigen Rentengewährung entgegenzuwirken, weil wir dadurch ein rasches Anwachsen der Krankheitsfälle und der Ansprüche fürchteten. Trotzdem ließ sich das Unheil nicht verhüten. Namentlich, als mit der längeren Dauer des Krieges immer mehr auch minderwertige Persönlichkeiten in das Heer eingestellt werden mussten und die allgemeine Kriegsmüdigkeit zunahm, wirkte die Tatsache verhängnisvoll, dass allerlei mehr oder weniger ausgeprägte nervöse

Krankheitserscheinungen nicht nur die langfristige Überführung in ein Lazarett, sondern auch die Entlassung aus dem Heeresdienst mit reichlich bemessener Rente herbeiführen konnten. Dazu kam das öffentliche Mitleid mit den anscheinend schwer geschädigten Kriegszitterern, die auf den Strassen die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich zogen und reichlich beschenkt zu werden pflegten. Wie eine Flutwelle verbreitete sich unter diesen Umständen die Zahl derer, die durch einen „Nervenschock“, besonders aber durch „Verschüttung“ das Anrecht auf Entlassung und weitere Versorgung erworben zu haben glaubten...

Diese beiden authentischen Zitate lassen einige wesentliche psychotraumatologische Aspekte erkennen. So wird deutlich, dass die Kampfreaktionen der Soldaten durchaus als psychogen erkannt wurden, obwohl seinerzeit in der (deutschen) Medizin und Nervenheilkunde grundsätzlich eine organische Orientierung vorherrschte. So schreibt der im Ersten Weltkrieg gefallene Nervenarzt Dr. Ludwig Scholz in seinen Aufzeichnungen „Seelenleben des Soldaten an der Front“ (Scholz, 1920):

„Alle diese eigenartigen Symptome beruhen [...] nicht auf organischen Schädigungen des Nervenapparates, wie die Patienten (und anfangs übrigens auch die Ärzte – J.Ph.F.) meist steif und fest glauben, sondern sie sind seelischen Ursprungs, und zwar gewöhnlich unbewußte Produkte der Angst, unter der die Kranken leiden.“

Freilich erfuhren diese seelisch verursachten Symptome und ihre Träger, wie sich unschwer aus Kraepelins Aufzeichnungen herauslesen läßt, eine für das heutige Empfinden recht problematische Bewertung, wenn da von „minderwertigen Persönlichkeiten“ die Rede ist, die offensichtlich nur darauf aus wären, sich „das Anrecht auf Entlassung und weitere Versorgung erworben zu haben“. Auch Ludwig äußert sich zu diesen Aspekten: „Die psychologische Erklärung liegt in folgendem: Der Kranke hat dank dem erlittenen großen Schrecken eine begriffliche Abneigung gegen die Front bekommen. Die Folge davon: er möchte

heraus, fort, möglichst für immer! Wie soll er das anfangen? Einfach: er ergreift, freilich nur bildlich gesprochen, die Flucht, indem er sich vor unbequemen Zumutungen, denen er sich auch innerlich nicht mehr gewachsen fühlt, in den Hafen einer Krankheit rettet. Damit weiß er sich geborgen, – für seine Leiden ‚kann er nichts‘, er ist eben krank und niemand wird ihm hieraus einen Strick drehen. Also er simuliert, er schwindelt? Keineswegs. Seine Zuckungen, Lähmungen usw. übertreibt er vielleicht ein bißchen, im übrigen aber sind sie echt [...] Ein täuschendes Kleid, eben die Krankheit, hüllt die Furcht und Unlust ein, und der Hysteriker schauspielert vor sich selbst, ohne eine Ahnung davon zu haben, – er ist ein betrogener Betrüger...“

Die aus den hier angeführten Zitaten erkennbare Haltung gegenüber psychosomatischen Störungen im Allgemeinen und gegenüber Kampftraumata im Besonderen hat sich in der deutschen Militärpsychiatrie vor allem bei den beratenden Psychiatern des deutschen Heeres 1939 bis 1945 (und nebenbei bemerkt im Entschädigungswesen bis auf den heutigen Tag) im Großen und Ganzen fortgesetzt, wobei für die Verhältnisse in der Wehrmacht zu berücksichtigen ist, dass aus der dort praktizierten Psychiatrie Einflüsse der Freud'schen Lehre ja weitestgehend ausgeklammert blieben. Selbst da, wo während des Zweiten Weltkrieges bei deutschen Soldaten versucht wurde, psychogenen Reaktionen ansatzweise gesprächstherapeutisch abzuwehren, wurden einem Bericht von Schott (Berger, 1998) dem Soldaten drei – fatale – Alternativen „angeboten“:

„Wahrscheinlich sei seine Krankheit eine leichte nervöse Störung, die sich schnell bessern werde. Sei dies nicht der Fall, kämen folgende ‚Differentialdiagnosen‘ in Frage: Es handele sich um einen ‚Schlechtwilligen‘, der strafrechtlich verfolgt werden müßte, oder um einen ‚Geisteskranken‘, der in ‚dauernde Irrenanstaltsverwahrung‘ gehöre ...“

Dieses kurze Zitat mag belegen, dass „psychogene Reaktionen“ auch bei den Soldaten der Wehrmacht während des Zweiten Weltkrieges vor allem gegen Kriegsende, eine nicht unbedeutende

Rolle spielten, deren Erfassung und wissenschaftliche Bewertung nach heutigen Kriterien sich allerdings als äußerst schwierig erweist, wie Georg Berger in seiner vorzüglichen Studie über: „Die beratenden Psychiater des deutschen Heeres 1939 bis 1945“ herausgearbeitet hat. Diese Studie kann jedem, der sich sachlich, also frei von ideologischen Tendenzen, über die deutsche Militärpsychiatrie im Zweiten Weltkrieg informieren will, bestens empfohlen werden. Im Übrigen ist auf die durchaus fundierten, dabei indessen mit plakativen Titeln wie: „Aufrüstung der Seelen“ und: „Maschinengewehre hinter der Front“ sozialkritischen Arbeiten von Peter Riedesser und Axel Verderber hinzuweisen (Riedesser & Verderber, 1985; Riedesser & Verderber, 1996).

## Auf dem Weg zur post-traumatischen Belastungsstörung – Verhältnisse in der Bundeswehr

Unter dem Primat einer Sicherheits- und Verteidigungspolitik, die sich in der Zeit des sog. „Kalten Krieges“ ganz und gar dem Gedanken der Abschreckung verschrieben hatte, war in der Phase der Aufstellung der Bundeswehr und darüber hinaus bis in die achtziger Jahre der Gedanke an den unmittelbaren Einsatz deutscher Streitkräfte und die damit auch im Bereich der Militärpsychiatrie zu gewärtigenden Weiterungen gegenüber der friedensmäßigen Versorgung der Soldaten in den Hintergrund getreten. Soweit Aspekte einer einsatzbezogenen Militärpsychiatrie maßgeblich z. B. von Rudolf Brickenstein zur Diskussion gestellt wurden, stand im Mittelpunkt der entsprechenden Überlegungen, die sich im übrigen hauptsächlich auf WK-II-Erfahrungen stützten, der Begriff der „Panik“.

Modernere, aus dem internationalen Kontext bezogene Konzepte begannen

sich in der Bundeswehr nicht zuletzt unter Federführung der Inneren Führung von Anfang der achtziger Jahre an zu etablieren. In diesem Zusammenhang sei an die Führungshilfe: „Menschenführung unter Extrembelastung“ erinnert. Diese Konzepte orientierten sich überwiegend an der Stresstheorie und bezogen moderne psychologische und psychotherapeutische Überlegungen bereits mit ein, die sich nunmehr auf Erfahrungen im Korea- und Vietnamkrieg und vor allem auf Israelische Erfahrungen stützten.

Der entscheidende Anstoß dazu, schließlich im Anschluß an die internationalen Gepflogenheiten und Klassifikationen das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörungen in der Militärpsychiatrie und Psychologie der Bundeswehr zu etablieren, resultierte aus der neueren Auftragslage und den damit verbundenen Einsätzen der Streitkräfte. Über die Modalitäten und den Sachstand der militärpsychiatrischen und psychologischen Konzeptualisierung von Maßnahmen zur Betreuung traumatisierter Soldaten geben die nachstehenden Beiträge Auskunft.

## Literatur

Berger, G. (1998). *Die beratenden Psychiater des deutschen Heeres 1939 bis 1945*. Frankfurt am Main: Peter Lang

Ehrenreich, B. (1999). *Blutrituale – Ursprung und Geschichte der Lust am Krieg*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Ingraham, L.H. & Manning, F.J. (1980). *Psychiatric Battle Casualties: The Missing Column in a War Without Replacement*, *Military Review*, Aug. 1980, page 20 ff.

Kraepelin, E. (1983). *Lebenserinnerungen*. Berlin: Springer-Verlag.

Nonne, M. (1971). *Anfang und Ziel meines Lebens – Erinnerungen*. Hamburg: Hans Christians Verlag.

Riedesser, P. & Verderber, A. (1985). *Aufrüstung der Seelen – Militärpsychiatrie und Militärpsychologie in Deutschland und Amerika*. Freiburg im Breisgau: Dreisam-Verlag.

Riedesser, P. & Verderber, A. (1996) *Maschinengewehre hinter der Front – Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Scholz, L. (1920). *Seelenleben des Soldaten an der Front*. Tübingen: Paul Siebeck.

Shay, J. (1998). *Achill in Vietnam – Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust*. Hamburg: Hamburger Edition.

Shorter, E. (1994). *Moderne Leiden – Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.



## Combat Stress

Combat Stress  
Soldiers heart (DA COSTA 1871)  
Herzneurose  
Effort-Syndrom (LEWIS 1917)  
GOK  
Irritable Heart Syndrome  
Shell Shok  
Kriegszitterer  
Granatschock

Abb. 2

### Zum Begriff Combat Stress

(Abb. 2):

Combat Stress ist ein buntschillernder Begriff, der in der medizinischen Literatur spätestens seit dem Sezessionskrieg (1861-65) eine Rolle spielt. Da Costa (1871) hat als Arzt Soldaten im Amerikanischen Bürgerkrieg untersucht und psychovegetative Symptome und Beschwerden bei seinen

Soldaten beschrieben, die wir heute (ohne organpathologisches Korrelat) am ehesten dem Formenkreis der Herzneurose bzw. Angststörung zuordnen. In der Deutschen Literatur finden sich Begriffe wie Kriegszitterer oder Neurasthenie. Lewis hat 1917 amerikanische Soldaten in Europa im 1. Weltkrieg untersucht, von ihm stammt der Begriff des Effort-Syndroms, also Erschöpfungssyndroms. Die Sanitäter, welche Soldaten nach Verschüttungen oder Granateinwirkungen in den rückwärtigen Linien primär versorgen mußten, haben an die Verwundeten kleine Kärtchen geheftet mit einer Behandlungsdiagnose. Neben den Statistiken über die Anzahl der Brandverletzten und der chirurgisch versorgungspflichtigen oder erblindeten Patienten findet sich bei manchen dieser Karten die Diagnose GOK („God only knows“). Dies zeigt Ihnen das mangelnde professionelle Verständnis für die bizarren psychiatrischen Krankheitsbilder, die unter menschlichen Extrembelastungen, unter maximaler Todesangst entstehen können (Shephard 2000).

### Zum Begriff Streß:

Wir unterscheiden in der Streßforschung 3 Ansätze (Nitsch 1981):

- die Beschreibung der Streßauslöser, Stressoren oder Streßreize,
  - die Streßreaktion als solche und
  - die subjektive Bewertung und Verarbeitung der Streßreize, welche zur Streßreaktion führen.
- (a) Der Begriff Streß stammt ursprünglich aus der Materialforschung und beschreibt so etwas wie Belastbarkeit oder Reißfestigkeit von technischen Produkten. Neben der Qualität sind sicherlich Dauer und Intensität von Streßreizen Bedingungen, um die Reizschwelle zum Auslösen der Streßreaktion zu überschreiten bzw. die genannten Variablen moderieren das Ausmaß einer Streßreaktion.
- (b) Der 2. Ansatz bezieht sich auf die Streßreaktion im engeren Sinne, d.h. auf das, was im Erleben des Menschen, im Körper und auf der direkt beobachtbaren Verhaltensebene abläuft (Selye 1974). Aus verhaltensanalytischer Sicht werden 4 Beschreibungsebenen der Streßreaktion unterschieden:

- Kognitive Ebene
- Emotionale Ebene
- Physiologische Ebene
- Verhaltensebene

- (c) Ein 3., besonders aktueller Ansatz der Streßforschung beschäftigt sich mit der black box zwischen Auslöser und dem Ergebnis. Er beschreibt Prozesse sowohl biologischer als auch psychologischer Natur im Sinne einer subjektiven Bewertung und Verarbeitung von Streßreizen auf der Grundlage der Lerngeschichte des Organismus einschließlich genetischer Faktoren, aber auch negativer „life events“ oder Werthaltungen. Die subjektive Bewertung einer Streßsituation ist im wesentlichen abhängig vom Ausmaß der Selbstkontrolle, den eigenen Copingfertigkeiten und sozialer Unterstützung (Lazarus und Launier 1978). Gerade dieser Ansatz scheint erfolgversprechend nicht nur zum Verständ-

## Symptomwandel im traumatischen Prozeß

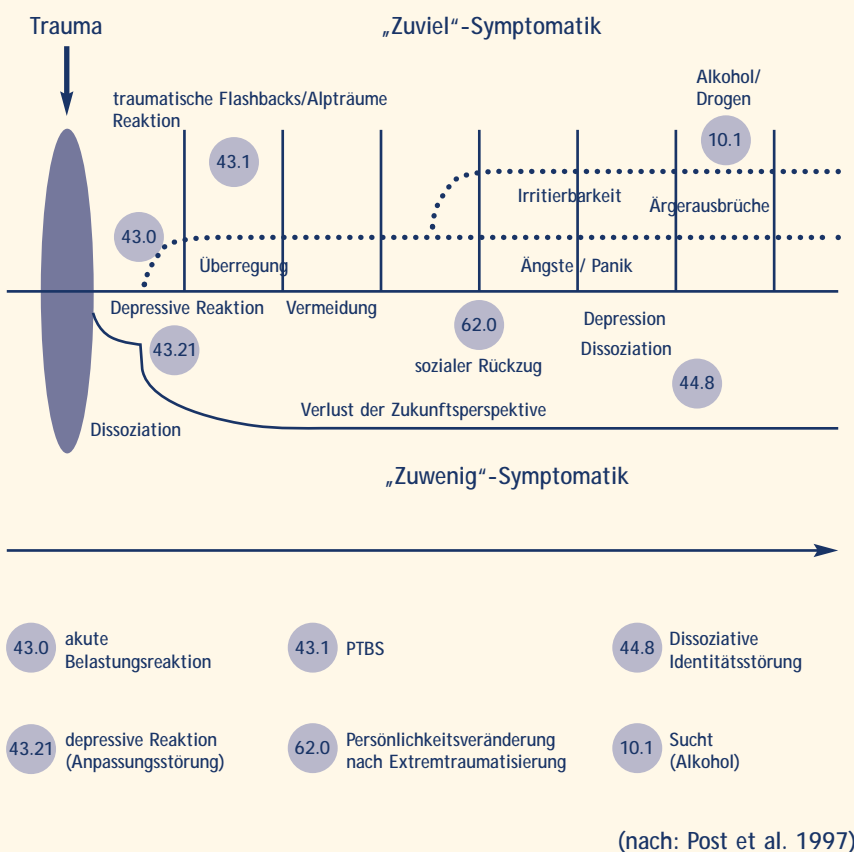


Abb. 3

## Adrenalin-Urin-Ausschüttung

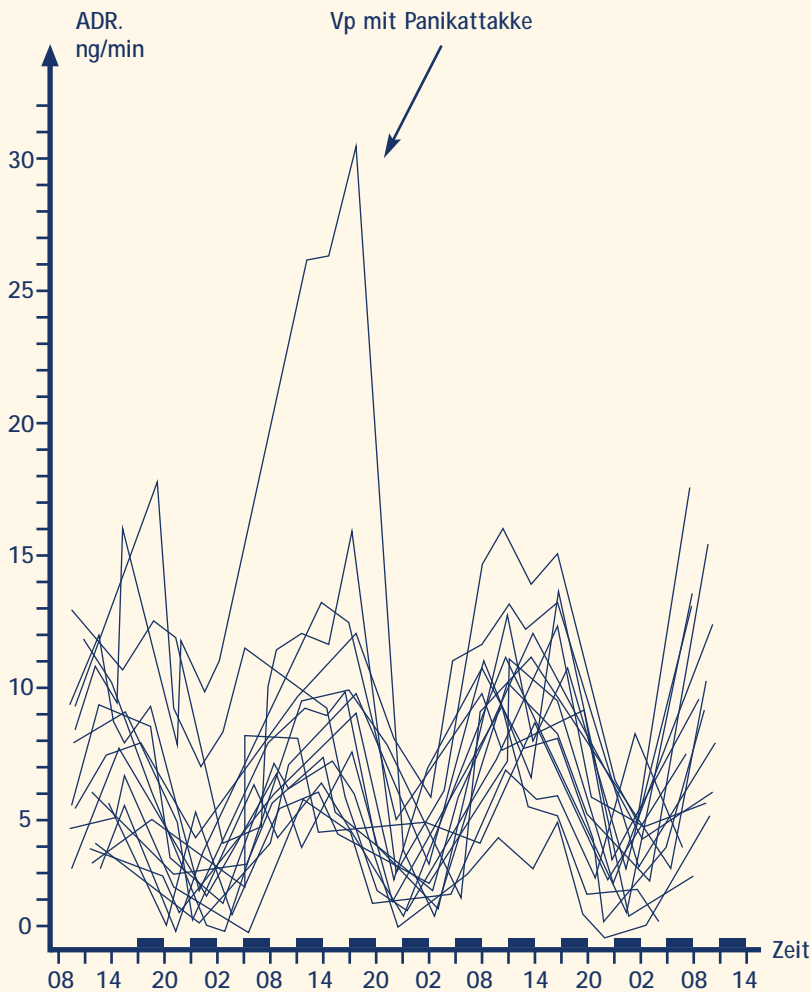


Abb. 4

nis von Streßreaktionen, sondern auch den Schlüssel für therapeutische Interventionen aller Art incl. Prävention/Prophylaxe darzustellen. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist sodann von Interesse, wie die kurz- und langfristigen Konsequenzen von Streß auf einer Zeitachse aussehen.

In Abhängigkeit vom zeitlichen Verlauf lassen sich unterschiedliche psychiatrisch klar definierte Krankheitsbilder nach dem ICD 10 beschreiben (Abb. 3).

Abb. 4 (aus LEVI 1968) zeigt die Adrenalin-Urin-Ausschüttung bei 14 Soldaten in 25 aufeinanderfolgenden 3 Stunden-Intervallen (Gefechtsübung). Man sieht deutlich eine exzessive Adrenalin-Ausschüttung bei einer Person mit akuter Panikattacke. Diese Arbeit ist medizinisch-historisch insofern bedeutsam als hier

klar der Begriff Streßreaktion mit Angstreaktion synonym gesetzt wird.

Die Streßreaktion stellt als solche zunächst eine biologisch durchaus sinnvolle ontogenetisch und phylogenetisch bedeutsame Überlebensstrategie insofern dar, als unsere Vorfahren bei maximal angstausslösenden und lebensbedrohlichen Reizen, ohne groß nachzudenken, durch die Streßreaktion in einer stereotypen Weise zur Flucht bzw. zum Angriff präpariert wurden (Bereitstellungsreaktion). Dieses ursprüngliche Streßkonzept stammt von Cannon (1939) und wird mit dem Terminus verdeutlicht „fight or flight“.

In bezug auf die subjektive Bewertung gibt es ein neueres Forschungskonzept, welches richtungsweisend für Prävention bzw. Personalauslese sein kann: das Kon-

zept der Salutogenese (Schüffel et al 1998). Salutogenese (als Antagonist zur Pathogenese) ist ein Konzept von Aaron Antonovsky, welcher dies 1987 publizierte; 10 Jahre später wurde sein Buch ins Deutsche übersetzt. Die Arbeitsgruppe um Antonovsky hat versucht, die Bedingungen herauszuarbeiten, wie die Wege der Gesundheitsentstehung und der Gesundheitsaufrechterhaltung konzeptualisiert werden: Der bedeutsamste salutogenetische Faktor ist ein Sense of coherence (Kohärenzgefühl). Er wird bereits in der Kindheit angelegt und bewirkt, dass wir sowohl mit alltäglichen Belastungen wie auch mit massiven Traumata in individual-spezifischer Weise umgehen. Kohärenz läßt sich auf drei Ebenen beschreiben:

1. Verstehbarkeit:  
Auf dieser kognitiven Ebene geht es darum, Ereignisse im Leben zu strukturieren oder als strukturiert zu erleben und auf diese Art und Weise kognitiv verstehbar und damit vorhersehbar zu machen.
2. Handhabbarkeit:  
Diese Dimension beschreibt u.a. die Hilfsquellen, die dem Individuum selbst oder durch wichtige Bezugspersonen zur Verfügung stehen, aber auch Werthaltungen und Weltanschauungen.
3. Bedeutsamkeit:  
Bedeutet die gefühlsmäßige (emotionale) Komponente, etwa mit dem Gedanken „es lohnt sich für mich und das was ich hier mache ist wichtig, wird von der Gesellschaft unterstützt, wird von der Gesellschaft mitgetragen und es hat auch für mich subjektiv eine Bedeutung und einen Wert“.

Die Combat-Streßreaktion wäre dann die kurzfristige stereotyp ablaufende Reaktion auf der physiologischen, erlebnismäßigen und Verhaltensebene nach Combat-Ereignissen, also durch Combat-Streß erzeugte Combat-Streßreaktionen.

Eine kurzfristige Folge (Abb. 5) der Combat-Streßreaktion kann übrigens auch Gesundheit (Well being) sein, das bedeutet, dass nicht zwangsläufig nach maximaler Streßbeeinwirkung ein patholo-



## › Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten

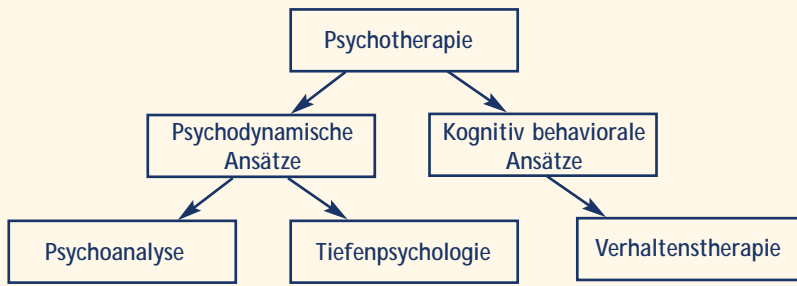


Abb. 7

## › Definition Verhaltenstherapie

### Verhaltenstherapie

Aus der Kritik an den traditionellen Formen der Psychotherapie, insbesondere der Psychoanalyse, entstandene Psychotherapieform (Eysenck London, Skinner USA, Wolpe Südafrika).

Grundlage: Lerntheorien, Definition nach Yates 1970 „Versuch, den Bereich empirischen und theoretischen Wissens, der aus der Anwendung der experimentellen Methode in der Psychologie und angrenzenden Fachbereichen (Physiologie und Neurophysiologie) hervorgegangen ist, zu nutzen, um die Genese und Aufrechterhaltung von abnormen Verhaltensmustern zu erklären; dieses Wissen sollte zur Behandlung und Prävention dieser Abnormitäten angewendet werden, Beschreibung und Heilung sollte sich ferner kontrollierter Einzelfallstudien bedienen.“

Abb. 8

## › Definition Verhaltensmedizin

„Verhaltensmedizin ist das interdisziplinäre Feld, das sich mit der Entwicklung und Integration von verhaltens- und biomedizinischem Wissen und Techniken beschäftigt, die für Krankheit und Gesundheit wichtig sind, sowie mit der Anwendung dieses Wissens und dieser Techniken auf Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation.“

(Schwartz und Weiss 1980)

Abb. 9

## › Dimension psychologischer Gesundheit (aus Lutz & Mark 1995)

Skalennummer	Skalenname	Itemanzahl	Beispielhafte Aspekte zur Skalenbeschreibung
1	Autonomie	17	Selbstverantwortlichkeit Selbstsicherheit Normenunabhängigkeit
2	Willensstärke	14	Durchsetzungsvermögen Durchhaltevermögen Entscheidungsfähigkeit
3	Lebensbejahung	8	Optimismus Lebensmut Bejahung der eigenen Persönlichkeit
4	Natürlichkeit	12	Selbstöffnung Spontaneität Flexibilität
5	Selbstreflexion	7	bewußtes Leben realistische Selbsteinschätzung dynamisches Selbstkonzept
6	Integration	10	soziale intakte Sozialbeziehungen soziales Engagement Einfühlungsvermögen
7	Sinnfindung	8	Orientierung an Lebenswerten innerer Halt konstruktive Bewältigung von Leid

Abb. 10

Abb. 8 gibt eine Definition der Verhaltenstherapie, welche insbesondere die Aspekte der Physiologie und Neurophysiologie (also den biopsychosozialen Ansatz) bereits in einer 30 Jahre alten Definition impliziert.

Das Konzept der Verhaltensmedizin (Abb. 9) wird schwerpunktmäßig in den verhaltenstherapeutischen psychosomatischen Fachkliniken in der BRD erfolgreich praktiziert. Das verfügbare verhaltenstherapeutische Know-how wird integriert mit biomedizinischem Wissen und dürfte zu einem wesentlichen Teil zur Leistungsfähigkeit, aber auch zur subjektiven Zufriedenheit der Mitarbeiter solcher Kliniken beitragen.

Erlauben Sie mir abschließend einen Hinweis auf das Konzept der Gesundheitspsychologie bzw. Präventivmedizin. Die Dimensionen psychologischer Gesundheit sollten intensiver beforscht werden. Die Abb. 10 zeigt verschiedene Dimensionen psychologischer Gesundheit, wie sie insbesondere im Bereich Personalauslese, Training, Schulung, Fortbildung von Mitarbeitern praktisch aller streßbelasteten Berufe relevant sein können.

Ich möchte mit 2 Bemerkungen schließen:

Zum einen hatte Generalarzt Neuburger bereits gestern auf die Bedeutung der zivilmilitärischen Zusammenarbeit hingewiesen und ich denke, es ist eine Selbstverständlichkeit, dass das Know-how aus Psychiatrie und Psychologie in der Bundesrepublik sowohl von niedergelassenen Psychotherapeuten als auch in den entsprechenden Psychosomatischen Fachkliniken auch zur Behandlung von Patienten mit Combat-Streß-Folgen zur Verfügung gestellt wird. Viele schwerwiegende psychiatrische Krankheitsbilder lassen sich nur unter stationären Bedingungen erfolgreich therapieren. Auch stellen die neuen Krankheitsbilder häufig gutachterliche Herausforderungen dar, die meines Erachtens nur im Rahmen einer mindestens dreitägigen stationären Verhaltensbeobachtung möglich sind (Meermann 1996). Bei den Fachkliniken ist es sicherlich wichtig, unter Qualitätssicherungsaspekten (Meermann 1995) die Spreu vom Weizen zu trennen. Fachpsychotherapie bei solch komplexen

Störungsbildern wie der Posttraumatischen Belastungsstörung benötigt fundierte psychiatrische und psychologische Kompetenz und ist nicht in unspezifischen Drei – Wochen – Kuren mit marginaler psychologischer Unterfütterung durch einige Einzelgespräche oder Entspannungsverfahren seriös zu behandeln. Gefragt sind spezialisierte Einrichtungen auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis, die unter Qualitätssicherungsaspekten (etwa dem Wissens- und Weiterbildungsstand der Mitarbeiter) dem gegenwärtigen Stand der Forschung entsprechen müssen.

Eine zweite abschließende Frage wäre, ob wir aus psychiatrisch-psychologischer Sicht mit dem Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung unter therapeutischen und gutachterlichen Aspekten eine glückliche Wahl getroffen haben. Der Begriff der PTSD wurde auf Druck von Vietnamveteranen bzw. deren juristischer Vertretungen 1980 in das diagnostische und statistische Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) aufgenommen (DSM III, 1980). Auch 20 Jahre später ist die Diskussion um die medizinische Notwendigkeit bzw. Wissenschaftlichkeit dieses

Syndroms noch nicht erloschen (Shorter 1999, Shephard 2000). Eine distanziert vergleichende Betrachtung der Syndrome, die im ICD 10 bzw. DSM IV unter der Begrifflichkeit PTSD aufgelistet werden, zeigt ein weites Spektrum verschiedenartiger seelischer Störungen, welches möglicherweise einer klaren definitiven bzw. sozialrechtlichen Klärung in Richtung Berufskrankheit oder Wehrdienstbeschädigung eher im Wege steht.

## Literatur

CANNON, W. B. (1939). *The wisdom of the body*. New York : Norton

LAZARUS, R. S. & LAUNIER, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. in: PERVIN, L. A & LEWIS, M. (Hrsg). *Perspectives in interactional psychology*, New York: Plenum

*Leaders Manual for Combat Stress Control*, U.S. Dptm of the Army 1994, Washington, DC, *Field Manual 22-51: 2-12* zit. n. WOTHE K & SIEPMANN K, *Soldaten nach militärischen Einsätzen*, in: MAERCKER A (Hrsg), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*, Springer, Berlin 1997

LEVI, L. (1968). *Sympatho-adrenomedullary and related biochemical reactions during experimentally induced emotional stress*. In: MICHAEL, R. P. (Hrsg), *Endocrinology and Human Behaviour*, Oxford Univ. Press, London, 200-219

LUTZ, R. & MARK, N. (Hrsg) (1995). *Wie gesund sind Kranke?* Göttingen: Hogrefe

MEERMANN, R. (1995). *Strukturelle Auswirkungen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung in einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik*, *Praxis Klin. Verhaltensmedizin u. Rehabilitation*, 8, 282-290

MEERMANN, R. (1996<sup>2</sup>). *Stationäre Verhaltenstherapie in der Psychosomatischen Klinik*. In: MEERMANN, R. & VANDEREYCKEN, W. (Hrsg) *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung* (231-256). Stuttgart: Schattauer

MEERMANN, R. (1998) *Aus den Anfängen der Verhaltenstherapie: Biologie- und medizinhistorische Wurzeln*. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 27, 2-9

NITSCH, J.R. (Hrsg) (1981) *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber

POST, R.M.; Weiss, S.R.B.; Smith, M.; McCann, U. (1997). *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. Editors and Conference Organizer, *Annals of the New York Academy of Science*

PUZICHA, K. J. et al. (Hrsg) (2001) *Psychologie für Einsatz und Notfall*, Bonn: Bernard & Graefe

SCHÜFFEL, W. et al. (Hrsg) (1998) *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical

SCHWARTZ, G. & WEISS, S. M. (1980). *Behavioral Medicine revisited: An amended definition*. *J. Behav. Med.*, 1, 249-251

SELYE, H. (1976) *Stress in health and disease*, Boston: Butterworth

SHORTER, E. (1999) *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin: Fest

SHEPHARD, B. A. (2000) *War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists 1914-1994*, London: Cape

YATES, A. (1970) *Behavior Therapy*. New York: Wiley









*Arbeitsberichte des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr. (2000) Bonn: BMVg PSZ II 4*

*Arbeitspapier (1997). Stressmanagement – oder: Wie bleibe ich stark? Koblenz: Zentrum Innere Führung.*

*Bestimmungen zur Methodik der Eignungsfeststellung bei Bewerbern für die Ausbildung zum Kommandosoldaten im Kommando Spezialkräfte. (1997). Bonn: BMVg.*

*Birbaumer, N., Schmidt, R. F. (1996). Biologische Psychologie. Berlin: Springer.*

*Everly, G. S., Mitchell, J. T. (1994) Human Elements Training For Emergency Services, Public Safety and Disaster Personnel. Ellicott City: Chevron.*

*Field Manual (1994). Leaders' Manual For Combat Stress Control. Washington, DC: Headquarters Department Of The Army.*

*Igl, A., Müller-Lange, J. (1998). Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Edewecht: Stumpf und Kossendey mbH.*

*Jacobson, E. (1978). You must relax. New York: McGraw-Hill.*

*Jeserich, W. (1981). Mitarbeiter auswählen und fördern. Assessment-Center-Verfahren. München: Hanser.*

*Kleinmann, M. (1997). Assessment-Center: Stand der Forschung – Konsequenzen für die Praxis. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.*

*Kreim, G.B. (2001) Eignungsfeststellung für Kommandosoldaten der Bundeswehr in: Puzicha, K.J. et al. (Hrsg.) Psychologie für Einsatz und Notfall. Bonn: Bernard & Graefe*

*Mangelsdorff, D. (1993) Psychological Support To Military Personnel: State Of The Art In The United States Of America. Reader, International Stress Workshop. San Antonio, Tx.. S.120 – 136*

*Materialien (1990). Stressbewältigung durch Selbststeuerung –Grundlagen-. Koblenz: Zentrum Innere Führung.*

*Meichenbaum, D. (1993). Application Of Stress Inoculation Training To Military Population: A Cognitive-Behavioral Approach. Reader, International Stress Workshop. San Antonio,Tx.. S. 89-113.*

*Sarges, W. (Hrsg.). (1996). Weiterentwicklungen der Assessment Center Methode. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.*

*Schuler, H., Funke, U. (Hrsg.). (1991). Eignungsdiagnostik in Forschung und Praxis. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.*

*Schuler, H., Stehle, W. (1986). Biographische Fragebogen als Methode der Personalauswahl. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.*

*SICHERHEITSREPORT (1994). Stress – was ist das. 4, 4-16. Hamburg: Verwaltungs-Berufsgenossenschaft.*

*Wottawa, H. (1983). Neuere Methoden der Analyse und Bewertung der diagnostischen Urteilsfindung und deren Anwendung auf Ausleseverfahren der Bundeswehr. Wehrpsychologische Untersuchungen Nr. 3/83. Bonn: BMVg.*



Bei Repatriierung (evacuation) in den UN-Einsätzen spielen in über 30 % psychische Probleme eine bestimmende Rolle.

## Behandlungsgrundsätze für die Combat-Stress-Reaktion

Aus allen Erfahrungen konnten die folgenden fünf – heute unbestrittenen – Grundsätze der Behandlung von Combat-Stress-Reaktion abgeleitet werden (IPES):

1. Immediacy = sofort eingreifen, Zuwarten führt zur Chronifizierung
2. Proximity = frontnah behandeln, nicht abschieben, nicht aus dem militärischen Milieu entfernen
3. Expectancy = zuversichtliche Haltung vermitteln „gute Prognose“
4. Simplicity = einfache Methoden anwenden (food, sleep, exercise, hopeful attitude)
5. Shortness = kurzes Behandlungsprogramm im militärischen Rahmen

Das Einhalten dieser Grundsätze im Sinne einer abgeschlossenen Endbehandlung ist auf jeder Ebene (Kameradenhilfe, Vorgesetztenführung, Truppenarzt, Feldlazarett) erforderlich!

Erst wenn ein solches Vorgehen in einer angemessenen Frist (4-6 Tage) keinen Erfolg erbringt, darf und sollte der Patient repatriert werden!

## Stressoren in humanitären Einsätzen

Mit welchen Belastungen (Stressoren) ist im Rahmen von Einsätzen der UN bzw. der NATO zu rechnen? Sicher sind die Soldaten solcher Missionen in der Regel keinen heftigen Krampfhandlungen wie zuletzt 1991 im Golfkrieg (Crago, 1997) ausgesetzt, dennoch bestehen gewichtige, spezifische Stressoren (Wothe, 2001):

- Antizipation von Tod und Verwundung
- Gefahr durch Geiselnahme und Gefangenschaft
- Bindung an Einsatzgrundsätze, die keine angemessene Lösung der aktuellen Situation zulassen („rules of engagement“), dadurch erforderte Passivität, Gefühle der Ungeschützttheit
- Erleben von Gräueltaten, Konfrontation mit verletzten oder toten Zivilisten, insbesondere mit Kindern
- Unsicherheit bei mangelhafter Information, unbekanntem soziokulturellem Umfeld, mangelnde Sprachkenntnisse (Sprachbarriere)
- Unsicherheit bei schnell wechselnden Lagen, sich widersprechenden

- Aufträgen, unklare Rollenzuweisung
- Gefahr durch Minen
- Trennung von Partnerin/Partner/Familie
- Einschränkung der Intimsphäre, Einschränkung der Sexualität

Bei der überwiegenden Zahl der psychischen Belastungen, die zur Beratung, zum ärztlichen oder psychologischen Gespräch oder gar zur nervenärztlichen Intervention führen, steht heute bei friedenserhaltenden Missionen nicht die akute Kampfreaktion (Combat-Stress-Reaktion) im Vordergrund, sondern vielmehr einzelne oder additiv traumatisierend wirkende Stressoren.

Eine Untersuchung des Sozialwissenschaftlichen Institutes der Bundeswehr hat 1998/99 die in Tab. 1 aufgeführten Ergebnisse bei Befragungen von Soldaten des V. Kontingent SFOR (Sarajevo/Bosnien) hinsichtlich der Stressoren bzw. konkreter Bedrohung erbracht (SOWI, in Vorbereitung).

Am meisten bedrückte die Soldaten der Hass zwischen den Bevölkerungsgruppen, die Situation der Kinder und die Bilder der Zerstörung und des Terrors. Die Häufigkeit, mit der „psychisch sehr belastende Situation“ in dieser Untersuchung in den einzelnen Dienstgradgruppen genannt wurden, war im Mittel 29,6 %. Diese Daten zeigen, dass es notwendig ist, auch bei UN-Einsätzen und NATO-peace-keeping-Maßnahmen Prävention zu betreiben und auf die Behandlung psychisch traumatisierender Belastungen und Ereignisse vorbereitet zu sein.

## Das Konzept zur Bewältigung psychischer Belastungen

Das „Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen bei Soldaten“ ist aus dem „Medizinisch-psychologischen Stresskonzept der Bundeswehr“ hervorgegangen (BMVg, 2000).

Die Grundannahmen sind, dass

- (Combat) Stress reaction eine normale Reaktion auf ein nicht normales Ereignis bzw. auf eine nicht normale, außergewöhnliche Situation ist.
- Jeder kann unabhängig von Stellung und Dienstgrad davon betroffen sein.
- Sie ist kein Anzeichen von Feigheit oder für eine Charakterschwäche oder

## Stressoren / Bedrohungen bei humanitären Einsätzen

• Minengefahr	83 %
• Versagen von Vorgesetzten in gefährlichen Situationen	46 %
• Gefährliche Situationen außerhalb des Lagers	37 %
• Unberechenbares Verhalten von Kameraden	36 %
• Unfall oder Krankheit	35 %
• Unfall mit Waffen	24 %
• Selbst Waffengewalt einsetzen zu müssen	13 %
• Aufgaben nicht gewachsen zu sein	9 %
• Bewaffnete Übergriffe auf das Lager	6 %
• Tod	5 %

Tab. 1

## Clausewitz-Zitat

„Es ist unendlich wichtig, dass der Soldat, hoch oder niedrig, auf welcher Stufe er auch stehe, diejenigen Erscheinungen des Krieges, die ihn beim erstenmal in Verwunderung und Verlegenheit setzen, nicht erst im Krieg zum erstenmal sehe; sind sie ihm früher nur ein einziges Mal vorgekommen, so ist er schon halb damit vertraut.“

Clausewitz

Abb. 1







# Therapie psychischer Traumatisierungen

bei Soldaten der Bundeswehr

Klaus Barre, Karl-Heinz Biesold

## Kurzfassung

Traumatherapie ist eine spezifische Form der Psychotherapie. Sie orientiert sich schulübergreifend am Drei-Phasen-Modell von P. Janet. Im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg werden seit 1994 Soldaten mit einsatzbedingten und einsatzunabhängigen psychotraumatischen Syndromen behandelt. Dabei wird im Rahmen eines integrativen Therapieansatzes insbesondere Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing (EMDR) als therapeutische Methode eingesetzt. Der therapeutische Ansatz wird erläutert. Auf die spezifischen Bedingungen im soldatischen Umfeld und anderen Gefahrenberufen wird eingegangen.

## Einleitung

Heute wird im Umfeld von „Gefahrenberufen“ vielerorts immer noch wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass Helfer auch mit den schrecklichsten und grausamsten Erlebnissen umgehen können, als wären sie wie Siegfried in der Nibelungensage (seelisch) in Drachenblut gebadet und daher unverletzbar. Dabei lehrt gerade der Siegfried-Mythos, dass Unverwundbarkeit für Menschen nicht zu haben ist: Trotz aller Abhärtung durch das Meistern von Notsituationen bleibt doch immer eine verwundbare Stelle. Viele Soldaten, Feuerwehrleute, Polizisten und Notfallhelfer haben diese bittere Erfahrung machen müssen, wenn die Bilder von Grauen und Entsetzen auch nachts nicht weichen wollen und die Fähigkeit, dienstlich und privat ein normales Leben zu führen mehr und mehr zerstört wird. Traumatherapie ist eine spezielle Form

der Psychotherapie, mit dem Ziel, den Erholungsprozess und die Transformation der traumatischen Erfahrung in Gang zu setzen, zu unterstützen und zu beschleunigen, wenn die natürliche Verarbeitung des Traumas (Fischer & Riedesser, 1998) steckengeblieben ist.

## Pharmakotherapie

Pharmakotherapie kann die Psychotherapie nur unterstützen und ist auf die jeweils im Vordergrund stehenden Symptome auszurichten. Posttraumatische Störungen sind pharmakotherapeutisch nur schwer zu behandelnde Erkrankungen. Ein Spezifikum zur Behandlung aller Symptome der PTBS gibt es nicht. Therapieerfahrungen liegen mit der Anwendung antidepressiv wirksamer selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) und MAO-

Hemmer Typ A, sowie Tranquilizern, Anxiolytika, Antikonvulsiva, Lithium, atypischen Neuroleptika und Opiat-Antagonisten vor. Die SSRI gelten heute als Mittel der ersten Wahl.

Der Einsatz von Psychopharmaka sollte nur bei PTB-Syndromen mit ausgeprägter klinischer Symptomatik in Betracht gezogen werden, bzw. wenn bisherige psychotherapeutische Bemühungen erfolglos geblieben sind oder eine Psychotherapie momentan nicht möglich ist.

## Psychotherapie

Das Stufenmodell von P. Janet gilt heute als Standard der Psychotherapie. Danach hat die Therapie in mehreren Schritten zu erfolgen (Abb. 1):

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Integration
- Neuorientierung











# Auswirkungen von Stress und Traumatisierungen

bei Soldaten der Bundeswehr

Karl-Heinz Biesold, Klaus Barre

## Kurzfassung

In der Abteilung Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg beschäftigen wir uns seit Beginn der internationalen Einsätze in Kambodscha, Somalia und jetzt auf dem Balkan schwerpunktmäßig mit der Diagnostik und Therapie einsatzbedingter psychischer Störungen. Dabei handelt es sich vom Erscheinungsbild und Verlauf her um vielgestaltige Krankheitsbilder. Sie äußern sich nicht nur in der Symptomatik, die in der ICD-10 als Posttraumatische Belastungsstörung beschrieben ist. Es treten zahlreiche Symptomüberlappungen, bzw. Komorbiditäten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen auf. Die differentialdiagnostischen Probleme werden erörtert und ein neurophysiologisches Modell vorgestellt.

## Einleitung

Die besonderen Bedingungen friedens-schaffender oder -sichernder internationaler Einsätze im Rahmen von UN- und NATO-Missionen stellen außergewöhnliche Anforderungen an die Soldaten der Bundeswehr. Sie werden mit Leichen und Verstümmelungen, mit Chaos und Zerstörung, unklaren Konfliktlagen, evtl. Gefangenschaft, mit fremden Kulturen, langdauernder Trennung von zu Hause, permanenter Überforderung aber auch Langeweile und Unterforderung konfrontiert. Oft und nicht zuletzt besteht die Belastung in dem Gefühl totaler Hilflosigkeit gegenüber Not und Elend im Einsatzland (Wothe, 2001; Weerts, 2001). Gesellschaftlicher Auftrag (humanitärer Einsatz) und persönliche Motivation (helfen wollen) stehen mitunter in deutlichem Gegensatz zu Einstellung und Haltung der Bevölkerung in den Hilfsgebieten. Manchmal werden die Soldaten als Besatzer gesehen oder geraten zwischen die

Fronten rivalisierender Gruppen. Nicht selten schlagen ihnen Ablehnung und Hass entgegen.

Aber auch im Heimatland treffen Soldaten der Bundeswehr oft auf Zweifel, Unverständnis, Gleichgültigkeit, ja Ablehnung ihres Einsatzes. Nicht einmal bei den eigenen Kameraden zu Hause können sie immer auf Verständnis zählen, da die ihre Arbeit in den Heimatverbänden mit erledigen mussten. Sie waren deshalb oft genug ebenfalls stark belastet, ohne dafür öffentliche Anerkennung in der Presse, Orden oder eine besondere Bezahlung zu erhalten. Und auch die eigene Partnerin oder die Familie können manchmal kaum verstehen und akzeptieren, was der Einzelne erlebt und wie sehr ihn dies verändert hat. In kurzfristigen oder länger dauernden Extremsituationen wird die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung von Menschen oft überfordert, eine intensive, überwältigende und desorganisierende Erfahrung bzw. Erleben zerstört Orientierungen und haltgebende Selbst- und Weltbilder. In der

Folge kommt es u.U. zur Entwicklung einer seelischen Störung, die sich schleichend (bei Dauerbelastung) oder akut (bei Extremerlebnissen) entwickeln kann. Sie tritt nicht selten verzögert auf und entfaltet ihre schädigende Wirkung möglicherweise auch dann weiter, wenn der Einsatz oder das schädigende Ereignis längst vorbei sind.

Im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg (BwK HH) haben wir seit 1994 kontinuierlich einen Behandlungsschwerpunkt für psychotraumatische Störungen mit einem spezifischen Therapieangebot aufgebaut. Die Behandlungserfahrungen machten deutlich, dass herkömmliche Kriseninterventionsmaßnahmen und allgemeine Psychotherapie oft nicht ausreichen, um schwer traumatisierten Menschen angemessen und wirksam zu helfen. Es war deshalb erforderlich, spezifische traumatherapeutische Kompetenz zu erwerben und im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg zu etablieren.





Unbehandelt bleiben bei ungefähr der Hälfte der PTBS-Patienten die Symptome länger als 1 Jahr bestehen, bei einem Drittel (das sind 10% aller Traumatisierten) mehr als 10 Jahre. Nach amerikanischen Untersuchungen litten noch 15 Jahre nach Ende des Vietnamkrieges sogar die Hälfte der 1 Million traumatisierten amerikanischen Soldaten unter dem Vollbild einer PTBS (Kulka, 1990).

Die klinischen Erscheinungsbilder traumabedingter Störungen sind vielfältig und gehen über die oben genannte Symptomkonstellation der „klassischen“ PTBS hinaus. Die Symptomatologie kann sich im Laufe des traumatischen Prozesses und der Verarbeitung des Traumas ändern. Nach dem zunächst vorliegendem typischen Bild einer PTBS kann dann z.B. vorübergehend eine Angstsymptomatik oder eine Depression im Vordergrund stehen oder eine Suchtproblematik auftreten. Man muss also daran denken, dass sich auch hinter zahlreichen anderen psychiatrischen Krankheitsbildern durch ein Psycho-trauma verursachte Störungen verbergen können. Die Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Störungen, insbesondere mit Depressionen, Angststörungen und Sucht, beträgt fast 90%.

Mittlerweile ist auch erwiesen, dass dissoziative Störungen, die bei 5 – 15 %

aller psychiatrischen Patienten auftreten, fast alle durch psychische Traumatisierungen verursacht sind (Fiedler, 2001).

## Neurophysiologie des Traumas

Es ist schon lange bekannt, dass psychische Traumatisierungen sowohl eine psychische als auch eine organische Genese haben (Physioneurosis) (Kardiner, 1941), was sich heute durch den Nachweis neurobiologischer und endokrinologischer Veränderungen belegen lässt. Die normale Informationsverarbeitung im Gehirn geschieht durch ständige Filterung der Hunderte Millionen von Impulsen, die pro Minute das Gehirn aus der sensorischen Peripherie erreichen. Im Thalamus erfolgt eine Wertung in wichtig und unwichtig und nur ein kleiner Teil der Informationen erreicht den Kortex bzw. das Bewusstsein. Die Zuordnung der Wichtigkeit – das Setzen der Reiter auf die Info-Karteikarte – erfolgt im Mandelkern (Amygdala). Die gefilterten Informationen werden dann in den sensorischen kortikalen Arealen modalitätenspezifisch verarbeitet, werden aber nach kurzer Zeit durch neu eintreffende Informationen überschrieben. Nur wenige wichtige Informationen werden über das „hippocampale“ Erinnerungssystem gespeichert, wo sie aber nicht mehr mit

starken Gefühlen belastet sind. Sie sind zeitlich, räumlich, inhaltlich geordnet und bilden eine „kognitive Weltkarte“ und stehen für weitere Planungs- und Entscheidungsprozesse zur Verfügung. Im Moment der Traumatisierung kommt es nun zu einer akuten Reizüberflutung des Gehirns mit massiver Aktivierung noradrenerger und corticotroper Systeme sowie endogene Opiate produzierender Systeme, die den kontinuierlichen Zustrom auch solcher eintreffender Informationen unterbrechen, die für das Überleben der erlebten akuten Lebensgefahr wichtig sind. Die Spätfolgen der Reizüberflutung und Unterbrechung des Informationsstroms – das ist die Wunde nach einer seelischen Traumatisierung – zeigen sich in Form der PTBS-Symptome. Die Informationsverarbeitungsprozesse werden blockiert. Die sensorische Information, die auch während eines traumatischen Ereignisses in der Schaltstelle des Thalamus zum Mandelkern weitergeleitet wird, bleibt im Umfeld dieses Erinnerungssystem praktisch „stecken“. Sie kann deshalb nicht in die weiteren Verarbeitungsmöglichkeiten des Hippocampus und Frontalhirns einbezogen, deshalb zu keiner „konstruktiven Erfahrung“ verarbeitet werden (van der Kolk, 2000; Hofmann, 1999).

(Abb.3)

Durch diese Blockierung wird der gespeicherten traumatischen Erinnerung keine Zeit- und Raumachse beigelegt. Der Betroffene erlebt die flash-backs nicht wie Erinnerungen, sondern wie das akute Durchleben einer noch bestehenden Gefahrensituation, verbunden mit allen dazugehörigen Ängsten, vegetativen Reaktionen und Emotionen. Für ihn ist die traumatisierende Situation nicht vorbei, sobald erinnernde Umstände fragmentierte Informationen „triggern“. Es fällt den Betroffenen deshalb so schwer, das Erlebte „hinter sich zu lassen“, es in einen biographischen Kontext einzufügen, wie man Bilder in ein Fotoalbum ordnen würde um sie anzuschauen, wenn man will. Weiterhin scheint gesichert, dass das traumatische Gedächtnis nach dem „Alles-oder-Nichts“-Prinzip arbeitet. Traumatische Erinnerungen werden niemals gelöscht. Die Zeit allein heilt keine Wunden! Der Blick auf das Erlebte kann aber spontan oder durch geeignete

## Informationsverarbeitungsblockade bei psychischer Traumatisierung

frontaler Kortex  
(sensorische und kognitive Integration)

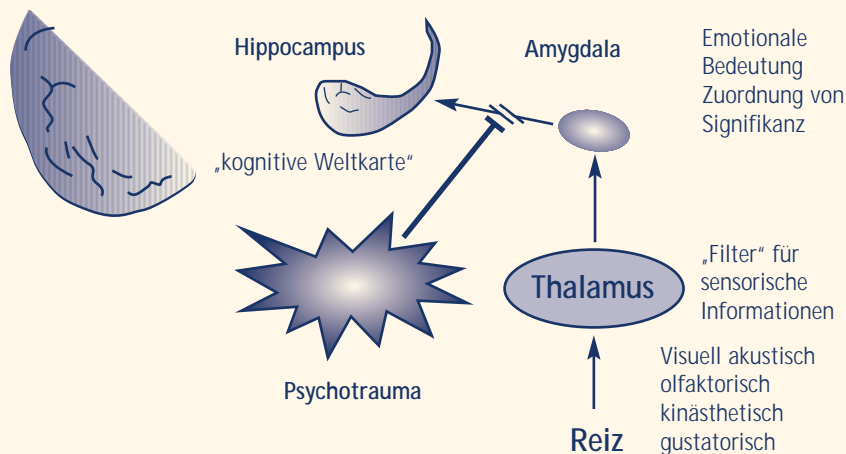


Abb. 3

therapeutische Maßnahmen in eine heilende, konstruktive Perspektive gerückt werden.

Traumaopfer zeigen auch entsprechende messbare psychobiologische Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHNA), des noradrenergen Systems (Arousals / Schlafstörungen) und der endogenen Opiate. MRT-Untersuchungen haben gezeigt,

dass chronischer Stress zu neuronalen Zelluntergängen mit einer hippocampalen Atrophie (5-26% Volumenverminderung) führt (Hippocampus = Ort komplexer Lernvorgänge: Zuordnung emotionaler Bedeutungen zu Ort und Stimuli). Unter Nutzung der Positronen-Emissionstomographie (PET) lässt sich der regionale cerebrale Blutfluss (rCBF) messen. Er zeigt bei PTBS-Patienten unter Provokationsbedingungen rechtslateral

im Gyrus cinguli und in der Amygdala eine Erhöhung und linkslateral, insbesondere in der Broca-Region eine Verminderung (Ehlert, 1999).

## Literatur

Dilling, H. & Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber.

Ehlert, U. (1999). *Psychobiologische Aspekte der PTBS*, *Nervenarzt* 70: 773-779

Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Beltz.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB (Reinhardt).

Fischer, G. & Becker-Fischer, M. & Düchting, C. (1998). *Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM)*. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Hofmann, A. (1999). *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.

Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: Hoeber

Kulka, R.A. & Schlenger, W.E. & Fairbank, J.A. et al. (1990). *Trauma and the vietnam war generation*. New York: Brunner & Mazel

Maercker A. (Hrsg.) (1997). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.

Mitchell, J. T. & Everly G. S. (1998). *Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen*. Stumpf und Kossendey, Edewecht.

van der Kolk, B.A. & Mc Farlane, A.C. & Weisaeth, L. (Hrsg.) (2000). *Traumatic stress*, Paderborn: Junfermann.

Weerts, J.M.P. (2001). *Studies on Military Peacekeepers*. In Danieli, Y. (Hrsg.) *Sharing the frontline and the back hills: international protectors and providers* (S.31-48). New York: Baywood publishing.

Wothe, K. (2001). *Belastungsfaktoren im Einsatz*. In K. Puzicha, D. Hansen & W. Weber (Hrsg.), *Psychologie für Einsatz und Notfall* (S.65-71). Bonn: Bernard & Graefe Verlag.











*BMVg – Fü S I vom 07. März 2000 – Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen bei Soldaten*

*BMVg – InSan I 1/PSZ III 4 vom April 2000 – Medizinisch-Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr (Entwurf)*

*Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). War Stress And Neurotic Illness. Paul B. Hörber New York*

*Mitchell, J.T.(1983): When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. J. of Emergency Medical Services 8(1), S 36-39*

*Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (1994). Human Elements Training for Emergency Services, Public Safety and Disaster Personnel: An Instructural Guide to Teaching Debriefing, Crisis Intervention and Stress Management Programs. Chevron Publishing Corp., Ellicott City, MD, USA*

*Everly, G.S. & Mitchell, J.T. (1997). Critical Incident Stress Management: A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention. Chevron Publishing Corp., Ellicott City, MD, USA*

*Fischer, G., Becker-Fischer, M. & Düchting, C. (1998). Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfsmodell (KOM). Hg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrheinwestfalen.. Schriftenreihe des Ministeriums*

# > Anhang 1

## Checkliste Entscheidungsfindung

(Bei mehr als vier JA-Antworten oder wenn Ziffer 10 mit ‚JA‘ beantwortet wird, ist die Anforderung eines Kriseninterventionsteams fachlich erforderlich)

	JA
1 Der Einsatz unterschied sich von der Routine, weil (Gründe:) .....	<input type="checkbox"/>
2 Unterstellte Soldaten / Beteiligte waren extremen Belastungen ausgesetzt.	<input type="checkbox"/>
3 Bei dem Ereignis hat es Verletzte / Verwundete / Tote gegeben.	<input type="checkbox"/>
4 Die Art des Geschehens / der Verletzungen war besonders traumatisierend.	<input type="checkbox"/>
5 Soldaten / Zivilisten / Kinder sind / waren vom Vorfall betroffen.	<input type="checkbox"/>
6 Rettung, Bergung und Abtransport der Betroffenen / Verwundeten / Toten / Leichenteile war besonders schwierig und belastend.	<input type="checkbox"/>
7 Es waren Angehörige zu benachrichtigen.	<input type="checkbox"/>
8 Die Soldaten haben sich jetzt, ..... Stunden nach dem belastenden Ereignis, immer noch nicht beruhigt	<input type="checkbox"/>
9 Soldaten / Unterstützungspersonal zeigt(en) sich psychisch und / oder körperlich deutlich beeindruckt.	<input type="checkbox"/>
10 Die Betroffenen wünschen eine Betreuung durch Fachpersonal.	<input type="checkbox"/>

Ich entscheide mich GEGEN eine Inanspruchnahme eines Kriseninterventionsteams,

weil: .....

## Checkliste Vorbereitung KIT-Teamleiter/Teammitglieder

.....  
 Durchführende Dst  
Az 66-55-00

.....  
 Ort, Datum  
 Tel.:  
 Fax:  
 Post:  
 Handy:

- 1 Gem. Anforderung vom ..... wird das Kriseninterventionsteam der/des ..... am ..... ab ..... die angeforderte/angewiesene Debriefingmaßnahme durchführen.
- 2 Das Kriseninterventionsteam
  - 2.1 Leiter des Teams ist : .....
  - 2.2 Co-Leiter : .....
  - 2.3 eingeteilte Peers : .....
- 3 Die Einheit wurde am ..... um ..... per Fax über die zu treffenden Maßnahmen informiert (FormBl: Checkliste Vorbereitung in der Truppe)
  - 3.1 Zahl der unmittelbar betroffenen Soldaten (Einheit, Anzahl, DstGrd, Funktionen) .....
  - 3.2 Zahl der mittelbar betroffenen Soldaten .....
  - 3.3 Verletzte/Tote (Verbleib (z.B. Krankenhaus, krank zu Hause etc.) .....
  - 3.4 Verursacher .....
  - 3.5 Ist die Trennung von Funktionsträgern/Dienstgraden erforderlich .....
  - 3.6 Angehörige .....
  - 3.7 zufällige Zeugen, Beteiligte .....
  - 3.8 Wer/wieviele Personen sind bereits wieder abgereist: ..... (Zuständigkeit) .....
  - 3.9 Einsatznachbereitung/TrArzt, BwKrhs .....
  - 3.10 MiLPf und/oder Sozialarbeiter .....
- 4 Was muss vor der Krisenintervention besprochen werden ? .....
- 5 Was muss nach der Krisenintervention besprochen/abgestimmt werden? .....
- 6 Nachbesprechung mit dem Kdr/Einheitsfhr/Arzt erforderlich .....
- 7 Übernachtung/Verpflegung .....
- 8 Sonstige Unterstützung erforderlich (Abholung etc.) .....
- 9 Bericht über die Krisenintervention (Formblatt: Bericht über ...) .....

.....  
 Unterschrift







finden sich im Amerikanischem Sezessionskrieg. Hier wurde 1876 der Begriff „soldier's heart“ (Soldatenherz) eingeführt um eine Symptomatik, die unter anderen extreme Schreckhaftigkeit, Herzrasen und Hypervigilanz umfasste, zu beschreiben, an der viele Veteranen dieses Krieges litten (Fillmore, 2001). Im allgemeinen hat man jedoch vor dem Ersten Weltkrieg psychisch bedingte Dienstunfähigkeit unter Soldaten als Feigheit oder mangelnde Disziplin beschrieben. Der starke Artilleriebeschuss, dem die Soldaten im Ersten Weltkrieg ausgesetzt waren, führte zur Überlegung, dass psychisch bedingte Dienstunfähigkeit auch aufgrund der Kampfhandlungen auftreten können. Man glaubte, dass die durch explodierende Granaten verursachte Druckwelle zu einer physiologischen Schädigung führe. Diese Schädigung, die als „Shell Shock“ bezeichnet wurde, wurde für solche psychischen Dienstauffälle verantwortlich gemacht (Glass, 1969).

Im Vergleich zum Ersten Weltkrieg nahm die Anzahl der psychisch bedingten Ausfälle während der ersten Jahre des Zweiten Weltkriegs um 300 Prozent zu, obwohl bei der Musterung drei- bis viermal mehr Männer aufgrund einer psychiatrischen Indikation abgelehnt wurden (Figley, 1978). Es gab Zeiten des Krieges, in denen mehr Soldaten aufgrund psychischer Störungen entlassen wurden als neue eingezogen (Tiffany and Allerton, 1967).

Basierend auf Arbeiten von Albert Glass (1945) wurde im Koreakrieg eine erste systematische Intervention vorgenommen. Soldaten, die wegen erhöhten Stresses zusammenbrachen, wurden sofort behandelt, um ihre Diensttauglichkeit wiederherzustellen. Dieses Vorgehen erwies sich als sehr erfolgreich. Nur 6 % aller Evakuierungen erfolgten aufgrund psychischer Störungen. Im Vergleich dazu waren es 23 % im Zweiten Weltkrieg (Goodwin, 1987).

Während des amerikanischen Einsatzes in Vietnam verzeichnete man mit 1,2 % die bisher geringste Anzahl von psychisch bedingten Ausfällen (Bourne, 1970). Man nahm an, durch psychologische Betreuung vor Ort und weitere Präventivmaßnahmen (die im einzelnen noch erläutert werden), das Problem gelöst zu haben. Als der Krieg in Vietnam mehrere Jahre anhielt, klagte eine zunehmende Anzahl von Soldaten, die seit längerer Zeit nicht mehr an kriegerischen Handlungen teilgenommen hatten, über eine ähnliche Symptomatik wie Soldaten, die aufgrund von akuten psychischen Ausfällen evakuiert wurden (Goodwin, 1987). Dieses Phänomen wurde bereits im Zweiten Weltkrieg beobachtet. Nach dessen Ende klagten manche Soldaten über Schlafstörungen, Ängste, Alpträume, Depressionen und Aggressionen. Diese Symptome traten sowohl bei Soldaten auf, die einen akuten psychischen Zusammenbruch während des Krieges erlitten hatten, wie auch bei Sol-

daten, die während des Krieges keine psychische Symptomatik gezeigt hatten. Anhand von Untersuchungen wurden solche Symptome nach fünf Jahren (Futterman & Pumpian-Mindlin, 1951) und nach 20 Jahren festgestellt (Archibald & Tud-denham, 1965). Die Anzahl der Vietnamveteranen, die über vergleichbare Symptome klagten, war jedoch wesentlich größer als bei Veteranen des Koreakrieges und des Zweiten Weltkriegs. In diesen beiden Kriegen nahm die Anzahl der psychisch bedingten Ausfälle mit der Intensität der Kampfhandlungen zu. Als diese Kriege ihrem Ende zuzugingen, nahmen die psychisch bedingten Ausfälle unter den Soldaten ab, bis sie in ihrer Häufigkeit das Niveau vor Kriegsbeginn erreichten (Goodwin, 1987). Die Anzahl der Veteranen, die unter verspäteten Posttraumatischen Belastungsreaktionen litten, war so gering, dass diese Tatsache wenig Beachtung fand. Im Gegensatz dazu nahm nach Abzug der amerikanischen Truppen 1973 aus Vietnam die Häufigkeit solcher Belastungsreaktionen unter den Soldaten drastisch zu (President's Commission on Mental Health 1978).

#### 4 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung unter Vietnamveteranen

Seit Anfang der 80er Jahre gibt es verstärkt Studien über die Auftretenshäufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriegsveteranen als auch bei der Gesamtbevölkerung. Jede dieser Studien bestätigte das Auftreten einer persistenten psychologischen Störung bei einigen Personen, die ein traumatisches Ereignis durchlebten. Die Studien divergieren jedoch sehr stark im Hinblick auf die Auftretenshäufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung, sogar bei Personengruppen, die das gleiche Ereignis durchlebten. Diese unterschiedlichen Ergebnisse sind in aller Wahrscheinlichkeit auf methodische Unterschiede zurückzuführen, wie zum Beispiel unterschiedliche Fragestellungen oder Datenerhebungsverfahren (Keane, 1990). Die National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS) von Kulka et al. (1990) dürfte die methodisch einwandfreieste Studie mentaler Störungen sein (Keane, 1990). Diese Studie hat, wie von Dohrenwend und Shrout (1981) vorge-

### ➤ Häufigkeiten für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung unter männlichen Veteranen des Vietnamkrieges (Kulka et al., 1990)

	in %	in Zahlen
Gesamtzahl der Männer, die in Vietnam Dienst taten (ungefähr)		3,14 Millionen
Veteranen, die zur Zeit an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden	15 %	479.000
Veteranen, die zur Zeit an einer partiellen Posttraumatischen Belastungsstörung leiden	11,1 %	348.540
Lebensprävalenz für die Posttraumatische Belastungsstörung	30,6 %	960.840

Tab. 1



werden. Aus diesem Grund erschien dem Soldaten das ganze Land feindlich (Goodwin, 1987).

Die amerikanischen Truppen waren für einen konventionellen Krieg ausgebildet und somit für den Vietnamkrieg nicht vorbereitet. In einem konventionellem Krieg wird ein Feind angegriffen um ein Gebiet zu erobern. In Vietnam war der Feind selten sichtbar. Die meisten Soldaten wurden Opfer von Heckenschützen und Fallen. Wegen des Fehlens einer klaren Front hatten die Soldaten das Gefühl, keine Fortschritte zu machen, sondern nur Verluste (Goodwin, 1987).

Viele Soldaten zweifelten an dem Sinn ihrer Aufgabe in diesem Krieg und an den Gründen, aus denen sie kämpfen und möglicherweise sterben sollten. Dieses stand in einem starken Gegensatz beispielsweise zu den Soldaten im Zweiten Weltkrieg, die von der Richtigkeit ihres Handelns überzeugt waren (Goodwin, 1987).

#### 5.4 Das Alter der Truppen

Das Durchschnittsalter der Truppen in Vietnam betrug 19 Jahre (Wilson, 1980). In diesem Alter durchlaufen Jugendliche das Moratorium (Erickson, 1968). In dieser Phase versucht der Jugendliche eine stabile und überdauernde Persönlichkeitsstruktur zu entwickeln. Durch den Vietnamkrieg wurde bei vielen der jungen Soldaten diese Entwicklungsphase massiv beeinträchtigt, was eine der Ursachen für später auftretende Probleme darstellt (Wilson, 1980).

#### 5.5 Fehlendes Verständnis der Zivilbevölkerung für die Veteranen

Im Zweiten Weltkrieg wurde die Zivilbevölkerung auf die heimkehrenden Veteranen vorbereitet. Man hat sie beispielsweise durch Filme (z.B. The Man In The Grey Flannel Suit, The Best Years of Our Lives, Pride of the Marines) auf mögliche Probleme der Veteranen bei der Anpassung an das zivile Leben sensibilisiert (DeFazio, 1978). Weiterhin wurden in Hotels Heimkehrerzentren eingerichtet, wo die Veteranen zwei Wochen mit ihren Familien verbringen konnten. Dies sollte die erste Anpassung erleichtern (Boros, 1973). Im Gegensatz dazu bekam die Zivilbevölkerung während des Vietnam-

krieges jeden Abend in den Sechs-Uhr-Nachrichten die Grausamkeiten dieses Konfliktes vorgeführt. Dies hat bei großen Teilen der Zivilbevölkerung zu Unverständnis, Abstumpfung und zum Teil auch Wut über diesen Krieg geführt, was die Heimkehrer auch zu spüren bekamen. Diese Abneigung der Zivilbevölkerung ging teilweise soweit, dass sie aktiv gegen diesen Krieg protestierte.

#### 5.6 Frühzeitige Entlassung als Grund für die geringe Anzahl von akuten, psychisch bedingten Ausfällen

Soldaten, die während ihrer Zeit in Vietnam Drogenprobleme oder Verhaltensstörungen zeigten, wurden wegen ihrer militärischen Untauglichkeit entlassen. Die Entlassung ging zumeist mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung einher. Soldaten, die z.B. aufgrund von Stresssymptomen zur Selbstmedikation griffen, wurden somit in den Statistiken nicht aufgeführt. Diese Praxis dürfte neben DEROS mitverantwortlich für die geringe Anzahl der akuten psychischen Ausfälle gewesen sein (Kormos, 1978).

### 6 Symptome der Posttraumatischen Belastungsreaktion unter Vietnam-Veteranen

Um eine Vorstellung davon zu erhalten, wie sich eine Posttraumatische Belastungsreaktion bei Vietnamveteranen äußert, beginnt dieses Kapitel mit der von Goodwin (1987) aufgeführten Schilderung eines Vietnamveteranen über sein Leben 10 Jahre nach dem Krieg. Nach der Schilderung werden die typischen Symptome dieser Störung, unter denen Vietnamveteranen verstärkt leiden, näher erläutert.

„Meine Ehe ist am Zerbrechen. Wir reden einfach nicht mehr. Verdamm, ich glaube wir haben niemals über irgend etwas geredet, nie. Ich verbringe die meiste Zeit zu Hause alleine im Keller. Natürlich reden wir über die Lebensmittel, die eingekauft werden sollen, oder wer das Auto volltanken soll, aber das ist auch alles. Sie versucht mir manchmal zu sagen, dass sie viel für mich empfindet, aber ich fühle mich bei solchen Gesprächen unwohl

und gehe dann. Manchmal werde ich wegen den kleinsten Dingen sehr wütend. Früher habe ich dann meine Frau geschlagen, aber in letzter Zeit schlage ich einfach gegen die Wand oder verlasse das Haus und fahre mit dem Auto einfach drauflos. Manchmal verbringe ich mit ziellosem Herumfahren im Auto mehr Zeit als ich zu Hause bin.“

„Ich habe eigentlich keine Freunde und bin in der Auswahl meiner Freunde sehr wählerisch. In dieser Welt muss der einzelne sehen, wo er bleibt, und niemand scheint sich um andere zu kümmern. Soweit es mich betrifft, fühle ich mich nicht als Teil dieser verkorksten Gesellschaft. Was mir gefallen würde, wäre ein Haus in den Bergen, weit weg von anderen Menschen. Manchmal rege ich mich so sehr darüber auf, wie die Dinge laufen, dass ich am liebsten die Verantwortlichen in die Luft sprengen würde. Ein paar mal im Jahr werde ich in Kneipenschlägereien verwickelt. Ich weiß zwar nicht warum, aber ich suche mir immer den größten Typen aus. Normalerweise werde ich dann platt gemacht. Manchmal fahre ich auch ganz verrückt und schreie herum und beschimpfe die anderen Autofahrer.“

„Ich fühle mich oft ziemlich niedergeschlagen. Das ist schon jahrelang so. Es gab Zeiten, da war ich so depressiv, dass ich den Keller nicht mehr verlassen habe. In solchen Situationen trinke ich sehr viel Alkohol. Manchmal denke ich dann an Selbstmord. Ich habe eine Pistole, die ich aus Vietnam zurückgeschmuggelt habe. Ich habe mir öfters die geladene Waffe in den Mund gesteckt. Ich habe es aber nicht geschafft abzudrücken. Ich sehe dann immer meinen Freund Smitty in Vietnam und wie sein Gehirn auf den Bunkerwänden verteilt war. Verdamm! Ich habe einfach zu hart gekämpft, um wieder heil nach Hause zu kommen. Ich kann das doch jetzt nicht einfach wegwerfen. Warum habe ich überlebt und er nicht? Es muss doch irgend ein Sinn dahinter stecken.“

„Manchmal spielen sich die Erlebnisse in Vietnam in meinem Kopf ab. Egal















































