

Aus der Praxis: Affektive Störungen als Traumafolgeerkrankungen?

Der „Analoge Lebenslauf“ als Technik der Differenzialdiagnostik und ressourcenorientierten Intervention

Practical Experience: Affective Disorders as Consequences of Trauma? The „Analog Curriculum Vitae“ as Differential Diagnostic Technique and Resource Oriented Intervention

Helga Kernstock-Redl

Themenschwerpunkt Affektive Störungen

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird dargestellt, wie wichtig die biographische Anamnese bei affektiven Störungen für die Differenzialdiagnostik in Richtung einer Traumafolgesymptomatik ist. Denn das beeinflusst die Planung der Behandlungsschritte. Eine spezielle grafische Form kann dem dazu notwendigen „Lebenslauf“ eines/r Patienten/in einen vollkommen neuen Stellenwert geben. Er wird zu einer Ressourcen- und Traumalandkarte, dient der Dokumentation und wirkt als vielseitig nutzbare Intervention.

Abstract

This article shows the importance of the biographical anamnesis with affective disorders for the differential diagnostics, concerning the symptoms following trauma. It influences the planning of the various steps of the treatment plan. A special graphic form can give the necessary „curriculum vitae“ of a patient a completely new significance. It becomes a resource- and trauma-map, serves the documentation and is a multifaceted intervention.

1. Traumaspezifische Differenzialdiagnostik zur Behandlungsplanung

Bei einigen Menschen, deren Symptomatik als affektive Störung diagnostiziert wird, finden sich in der Biographie als traumatisch zu bewertende Katastrophen oder schwerwiegende Entwicklungstraumata. Eine affektive Symptomatik kann dann unter Umständen als eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere Traumafolgeerkrankung verstanden werden.

Doch spannenderweise wird bei Menschen mit eindeutiger PTBS-Diagnose eher gezielt nach Komorbiditäten

gesucht als umgekehrt. So betonen die AWMF-Leitlinien zur PTBS: „Es soll beachtet werden, dass komorbide Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind.“ (AWMF-S3, 2012a, S. 27). Die AWMF-Leitlinien zur Depressionsbehandlung erwähnen hingegen die Diagnose PTBS bzw. weitere Traumafolgeerkrankungen nicht explizit, obwohl viele andere Komorbiditäten und deren Einfluss auf die Behandlung ausführlich erörtert werden (s. AWMF-S3, 2012b, Langform). Auch Schmidt (2009) schreibt zum Beispiel: „Insgesamt war eine Posttraumatische Belastungsstörung in unserer Stichprobe (Anm.: bipolare Störung) doppelt so häufig wie die Lebenszeit-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung nach aktueller Studienlage. Angesichts dessen ist es alarmierend, dass bei keinem der teilnehmenden Patienten zuvor die Diagnose einer PTBS gestellt wurde. Hier besteht Forschungsbedarf, um eine gezieltere Behandlung und Krankheitsprophylaxe für bipolar erkrankte Menschen auf den Weg zu bringen.“ (Schmidt, 2009, S. 49).

Vielleicht liegt es am 6-Monate-Kriterium des ICD-10 für die PTBS-Diagnostik, vielleicht ist Trauma als ursächlicher Faktor auch noch immer zu wenig anerkannt. Natürlich betont die Autorin: „Da es sich um eine retrospektive Bewertung der Traumatisierung handelte, darf keine Kausalität hergestellt werden.“ (Schmidt, 2009, S. 49). Doch Erfahrungen von PraktikerInnen zeigen: „Die PTBS zeigt eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen, anderen Angststörungen, Substanzmissbrauch, Somatisierungsstörungen sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei etwa einem Drittel der Personen mit PTBS besteht eine Risikokonstellation durch eine vorbestehende psychische Störung. Bei 2/3 der Fälle entstehen komorbide Störungen sekundär zur PTBS.“ (Psychiatrie Charité, Universitätsmedizin Berlin, 2013). Auch die Forschung bestätigt im Wesentlichen solche Zusammenhänge. Ein Überblick zur aktuellen Studienlage dazu findet sich in der AWMF-S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (2012a).

Das Wissen über ein psychisches Trauma als eigentliche Ursache einer aktuellen affektiven Störung ist meiner klinischen Erfahrung nach ein ganz wesentliches Kriterium für die Behandlungsplanung: Es „zeichnet sich im Zuge einer Traumabehandlung oftmals ab, dass die beschriebenen sekundären Störungen nicht mehr behandlungsbedürftig sind, sobald die Behandlung der PTBS Fortschritte macht. Daher ist es günstig, mit der störungsspezifischen Behandlung der Hauptdiagnose, also der PTBS, zu beginnen – es gilt die Devise: PTBS first! (Boos, 2005, zit. nach Jacobs & de Jong, 2007, S. 14).

Das frühe „Enttarnen“ einer affektiven Symptomatik als Folge bzw. Bewältigungsversuch ganz im Sinne der trauma- oder traumakompensatorischen Schemata nach Fischer und Riedesser (2009) – bekommt damit auch für mich mit meiner systemischen und damit eher Diagnose-kritischen Grundhaltung einen hohen Stellenwert: Denn seit ich traumaspezifische Behandlungsmethoden gelernt habe, kann ich mich (ganz in Sinne des integrativ-differentiellen Behandlungsansatzes) entscheiden, ob ich den systemischen Weg einschlage oder mit einer klassischen Traumabehandlung beginne. Für eine solche Diagnose braucht es natürlich eine entsprechende biographische Anamnese.

2. Die biographische Anamnese im klinischen Kontext: Ein notwendiges Übel?

Als verlorene Zeit – so können die Standard-Fragen nach wichtigen Lebensereignissen von den PatientInnen im Kontext einer stationären Aufnahme-prozedur erlebt werden: „Das hab ich doch schon so oft erzählt ...“. Es ist im Empfinden vieler Befragten ein notwendiges Übel, denn auf ähnliche Fragen in den verschiedenen Settings (Zuweisung, ambulantes Erstgespräch, Aufnahme Station, ärztliches, psychologisches und Pflegeplanungs-gespräch) erzählen sie die immer gleichen Geschichten. Der Effekt einer solchen Wiederholung ist übrigens nicht unerheblich. Denn die Antworten, Details und darin verpackten subjektiven Krankheitstheorien (s. Studien von Henriette Löffler-Stastka) werden dadurch gleichsam einbetoniert: Je öfter man etwas erzählt, umso wahrer fühlt es sich an (Studien zu diesen und ähnlichen Effekten: Georg Felser, 2007).

Andererseits kann die biographische Anamnese eine durchaus mächtige Intervention sein, auch wenn das uns als FragestellerInnen nicht immer voll bewusst ist: Denn jede meiner Fragen teilt der befragten Person mehr oder weniger offensichtlich etwas über meine Hypothese mit – zumindest wird sie nach den Ursachen und Zielen dahinter suchen: „Worum fragt sie mich das? Worauf will sie hinaus? Was denkt sie über mich?“ Die bei mir vermuteten Hypothesen können mit der Krankheitstheorie oder Selbstsicht des/r GesprächspartnerIn übereinstimmen. Falls nicht, wird sie/er mich vielleicht spontan überzeugen wollen, dass ich mit meiner Frage total auf dem Holzweg bin: „Immer werde ich nach mei-

ner Kindheit gefragt, aber die hat mit meiner Krankheit gar nichts zu tun, da war immer alles nur schön.“ Standardisierte Interviewleitfäden beinhalten deshalb ein großes Kränkungs-potenzial („Sie fragen mich nach Wahnvorstellungen? Ich bin doch nicht verrückt.“) oder überschreiten Grenzen der Intimität („Ich erzähle doch keinem/r Fremden solche Dinge.“).

Jede Biographie- bzw. Anamnese-frage lenkt den mentalen Suchprozess des/der Befragten in die entsprechende Richtung. Wie bei einer Suchmaschinenabfrage im Internet sucht das Hirn passende Treffer. Falls es tatsächlich keine Erinnerung findet, kann das entlastend sein – oder im Gegenteil quälend erlebt werden: „Da muss doch was in meiner Geschichte gewesen sein, dass die Symptomatik erklärt.“ Die Problematik rund um das Thema „false memory“ sei hier nur erwähnt.

Grundsätzlich gilt: Ein Rückblick auf die persönliche Biographie ist in hohem Maße abhängig von der gegenwärtigen emotionalen Befindlichkeit: Diese kann einerseits die „emotionale Färbung“ der Vergangenheit, also die Bewertung oder Deutung früher Erinnerungen, drastisch beeinflussen. Im Lichte von Trauer oder Angst der Gegenwart erscheint der Lebenslauf düster, alles Gute war immer auch schlecht oder hatte zumindest ein Ablaufdatum, auch wenn man es damals noch nicht wusste. Das Leben als Jammertal. Oder Menschen in affektiven Extremzuständen sehen ihre Vergangenheit in greller Weise überhöht, in schmerzhaftem Kontrast zur Gegenwart, doch eben wieder nicht ganz so, wie sie war.

Und außerdem schafft es das aktuelle Gefühl, ähnlich wie Selbstüberzeugungen und Schemata, ganz zentral mitzubestimmen, welche Ereignisse oder Fakten überhaupt erinnert werden, also zu welchem „Gehirn-Speicherschränk die Tür aufgeht“. Nach einem Verlust fällt uns vielleicht plötzlich ein, was wir früher schon verloren oder nie bekommen haben, welche Hoffnungen wir sonst noch begraben mussten ... Eine Lawine ähnlicher Erinnerungen kann es fast „zwingend logisch“ erscheinen lassen, belastende Selbstüberzeugungen zu entwickeln oder zu verstärken wie z.B.: „Immer habe ich Pech. Ich verdiene nichts Gutes.“

Würde ich nur z.B. die Traumalandkarte als Anamneseinstrument einsetze, könnte auch nur eine reine Traumalandschaft mit mehr oder weniger Leid, Tragik und Dunkelheit gezeichnet werden. Wie sollten danach noch wichtige Ressourcen wie z.B. rettende Beziehungen oder gute Erlebnisse ans Licht kommen können?

Es gehört leider zu den Gesetzmäßigkeiten vieler Emotionen, dass sie sich „ihr eigenes Futter“ erzeugen. Angst schickt Katastrophenvorstellungen von der Zukunft und ruft genau die dazu passenden Informationen und Lernerfahrungen aus der Vergangenheit ins Gedächtnis – durchaus faszinierend, solange man nicht selbst in einem solchen Angst-Verstärkerkreis gefangen ist.

Weil ich in einer biographischen Anamnese ein einigermaßen vollständiges Bild bekommen will, muss ich deshalb gezielt nach Neuem, vielleicht sogar nach einer „gegenteiligen Seite“ der Biographie fragen, nach Erin-

nerungsclustern, die mir von einem/r GesprächspartnerIn nicht spontan geschildert werden. Damit stelle ich wie bereits erwähnt indirekt die subjektive Krankheits-theorie des/r Patienten/in in Frage, vielleicht sogar seine Identität. Das kann Irritation hervorrufen, eine noch so ressourcenorientiert gemeinte Frage – wie zum Beispiel jene nach Ausnahmen – wird vielleicht als Angriff erlebt: „Ja, glauben Sie mir etwa nicht, dass ich immer nur Pech im Leben hatte?“ Das bisherige Krankheits- und Selbstbild muss im Extremfall vehement verteidigt und mit Argumenten (= ähnliche Erinnerungen oder Details) untermauert werden. Oder das erlittene Leid oder Unrecht fühlt sich als zu wenig „gewürdigt“ an, mir wird vielleicht zu wenig Verständnis oder generell zu wenig Empathie oder Wertschätzung unterstellt.

Die Herausforderung ist es also, möglichst rasch ein möglichst umfassendes Bild der Biographie eines Menschen zu bekommen, natürlich subjektiv gefärbt, aber doch so umfassend und objektiv wie möglich, mit Daten und Fakten, mit den hellen und den dunklen Seiten des Lebens, mittels Fragen, die die Intimsphäre respektieren und zur Offenheit einladen. Ich brauche einen Lebenslauf, der mir als Traumadiagnosewerkzeug dienen könnte, zugleich eine gute Arbeitsgrundlage für den Behandlungsverlauf darstellt, durch den mir die Lebensgeschichte meines Gegenübers vorstellbar wird und präsent bleibt und der – ein wichtiges Ziel in meiner alltäglichen Arbeit – als Intervention wirksam sein kann, also dem/r Befragten ebenfalls irgendetwas Neues oder Nützliches nahebringt.

3. Ein Lösungsvorschlag: Der analoge Lebenslauf

Paul Watzlawik hat vor fast 50 Jahren darauf hingewiesen, dass sich menschliche Kommunikation digitaler und analoger Modalitäten bedient. Zum Analogen zählt mehr als nur die non- und paraverbale Seite. Es benutzt alles, was Bilder im Kopf der GesprächspartnerInnen macht: Gegenstände, Metaphern, Geschichten und vieles mehr. Ähnlich wie auf dem Zifferblatt der analogen Uhr können wir damit eine Vielzahl von Informationen mit einem Blick transportieren oder erfassen.

So wie das systemische Genogramm die Familienstruktur in einem einzigen Bild erfasst, das alle weiteren Gespräche griffbereit begleitet, „schwarz auf weiß“ und dabei offen für Ergänzungen oder Veränderungen, so kann auch der Lebenslauf auf nützliche Art reduziert dargestellt werden. In der vorgestellten Form enthält er die Spalten „Alter“, „Das Übliche“, „Die schönsten Tage“ und „Die schlimmsten Tage“. Natürlich können zusätzliche Spalten vorgeschlagen oder sie anders benennen. Man kann eine Skizze als „Muster“ mitgeben oder ein am PC erstelltes Formblatt. Bild 1 zeigt die einfachste handschriftliche Variante.

Abb.1:

Alter	Ø	++	--
1	Volksschule Hauptschule	Geburtstag Führerscheinprüfung	Mendel-OP
15			

3.1. Die Vorgabe

Den analogen Lebenslauf kann ich im stationären Kontext bereits recht früh, oft schon in der ersten Stunde, gemeinsam mit dem Gegenüber beginnen oder ihn als „Hausaufgabe“ im systemischen Sinn mitgeben. Letzteres mache ich etwa mit folgenden Worten:

„Herr X, ich möchte Sie ersuchen, einen Lebenslauf für die Arbeit hier mit mir zu schreiben. Ich nehme an, Sie haben das bei Bewerbungsschreiben oder ähnlichen Anlässen früher schon öfter gemacht. Hier für diese Art von Arbeit soll dieser Lebenslauf aber ein wenig mehr umfassen als Ausbildungen und Jobs.“

Ich möchte Ihnen vorschlagen, auf einem oder zwei A4-Blätter folgendes zu notieren: Hier, ganz links, möchte ich Sie bitten, Ihr Alter einzutragen. Von 0 bis xx ganz unten. Also nicht die Jahreszahlen, sondern das Alter.

In die nächste Spalte kommt nun das, was Sie von einem üblichen Lebenslauf her kennen, ergänzt noch um wichtige Lebensereignisse, also die Daten und Fakten: Kindergarten, Volksschule, Ihre Jobs, vielleicht den Umzug von Z nach Y oder andere, große Veränderungen. Natürlich – das gilt übrigens für das Ganze hier – nur in Stichworten. Sonst würde ja sicher der Platz nicht reichen. Eingetragen wird das immer beim entsprechenden Alter.

In eine weitere Spalte kommt nun etwas ganz anderes, nämlich die schönsten Momente des Lebens, die Doppel-Plus. Also alles, woran Sie sich gern erinnern, was damals so Highlights waren, die besonders guten Tage. Manchmal ist das etwas ‚Verdientes‘, so wie ein großer beruflicher Erfolg oder eine Führerscheinprüfung. Manchmal ist es was „Geschenktes“, ein magischer Moment: eine große Liebe, ein Sonnenaufgang am Berg. Vielleicht gehört hierher die Geburt Ihres Kindes oder der Tag, an dem Sie sich endlich vom ungeliebten Job trennen konnten. Was immer Ihnen einfällt. Und bitte alles wieder zum entsprechenden Alter dazuschreiben.

In die letzte Spalte kommen nun die schlimmsten Momente des Lebens, die Doppel-Minus, die Katastrophen. Vielleicht Unfälle oder Krankheiten in der frühen Kindheit – manches wissen Sie noch, anderes wurde Ihnen vielleicht erzählt. Manches davon ist heute noch sehr belastend, anderes tut einem heute nichts mehr, ist jetzt irgendwie abgeschlossen, obwohl es damals furchtbar war. Was immer Ihnen einfällt, und bitte zum

entsprechenden Alter dazuschreiben. Wieder nur in Stichworten. Es geht überhaupt nicht darum, dass ich das gleich verstehe, sondern dass es da ein Wort oder vielleicht auch nur ein Zeichen steht, auf das wir dann im Gespräch hinkommen, sobald es passt. Manchmal muss man etwas in beide Spalten schreiben, weil es was Gutes und Schlechtes zugleich war.

Es kann nun sein, dass diese rechte Spalte für Sie allzu belastend wäre. Dann bitte das NICHT machen. Oder wirklich nur sehr oberflächlich. Wir reden dann erst später darüber. Überhaupt hat dieser Lebenslauf keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wenn es für Sie passt, werde ich mir in der nächsten Stunde für unsere Arbeit hier eine Kopie davon machen* und ich ergänze während unserer Zusammenarbeit dann selber, sobald noch was Wichtiges auftaucht.

Der Vorteil für Sie und für mich ist, dass ich dann sofort so etwas wie ein Gesamtbild von Ihren bisherigen Erlebnissen habe. Ich persönlich merke mir das besser und kann alles mit einem Blick erfassen und verstehen. Und außerdem fallen Ihnen oder mir dabei manchmal Dinge auf und ein, die Sie vielleicht so bisher noch nicht gesehen haben.

Wichtig ist, dass Sie sich nicht zu viel zumuten. Nicht lange am Stück daran arbeiten. Und meistens ist es günstig, mit den Fakten und den Doppel-Plus anzufangen. Unser Gehirn hat nämlich die Eigenschaft, sich an das anzupassen, was wir in ihm ablaufen lassen. Wer mit dem Doppel-Minus beginnt, dem kann dann kein Plus mehr einfallen.

Und noch etwas: Sie werden in der Zusammenarbeit mit mir öfter solche Anregungen oder ‚Experimente‘ für die Zeit zwischen den Stunden erleben. Das ist natürlich nie eine Pflicht, obwohl ich’s natürlich extrem nützlich finde. Wenn es für Sie passt, dann bitte machen Sie’s und falls nicht, dann nicht – oder nur teilweise oder ganz anders. Das ist wichtig für mich, dass Sie selbst diese Entscheidung treffen und dabei ganz gut nach innen hören, ob es sich irgendwie gut anfühlt. Ich brauche das Vertrauen, so ganz grundsätzlich, dass Sie Nein sagen, sobald etwas nicht passt für Sie ... (etc.)“.

*Ich schreibe im Lauf der Zusammenarbeit in der Regel viele Details dazu, vielleicht Selbstüberzeugungen oder den aktuellen Belastungsgrad (SUD), ich ergänze neu auftauchende Erinnerungen oder markiere etwas mit Farben. Natürlich darf ich das alles nicht auf einem „Original“ tun, es würde wohl ganz zu Recht von dem meisten Menschen als eine Grenzüberschreitung erlebt werden. Daher die Kopie.

3.2. Auswirkungen und Nutzen

3.2.1. Das Gute sichtbar machen, auch wenn es nur Gutes im Schlechten war.

Es ist erstaunlich, wie viel Gutes auch sehr belasteten Menschen einfällt, sobald sie gezielt und ohne Druck danach zu suchen beginnen. Es gibt hier positive „Lawi-

nen-Effekte“: die erste Erinnerung wirkt wie ein Schneeball, der dann weitere Gedächtnislücken aufmacht, die wiederum zu längst vergessenen Erinnerungen mit ähnlicher emotionaler Färbung führen. Unterstützt kann das natürlich mit gezielten Fragen nach Ressourcen (im weitesten Sinn) werden: Nach rettenden Menschen und schönen Beziehungen, nach außerordentlichen Geburtstagsgeschenken, Tagen oder Erfolgen, nach tollen Momenten bei Hobbys oder in der Natur, nach einem Geruch, Lied, Lieblingsstofftier oder -buch.

Aus den Eintragungen werden in der Regel indirekt die persönliche Stärken und Überlebensstrategien sichtbar. Denn vergessene Glücksmomente, alte Hobbys, frühere Kraftquellen, gute Momente und Menschen erlauben mir herauszuarbeiten, was dieses Erlebnis Gutes über den/die VerfasserIn aussagt (s. 3.2.4). Im Gespräch darüber wird die diagnostische Frage im Hinterkopf sein, inwieweit der/die GesprächspartnerIn positiv affizierbar ist, ob sich also die positiven Gefühle von damals heute noch im Körper spiegeln und ihn/sie „mitnehmen“ können. Es ist möglich, das ähnlich wie den „SUD“ bei Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zu skalieren: „Ich merke, würde man Glück irgendwie messen können auf einer Skala von 1 bis 10, das war damals eine glatte 10. Stimmt das? ... Und wie ist es heute, wenn Sie so zurückdenken, wie stark wird das gute Gefühl heute noch?“ Körpererinnerungen treten bekanntermaßen nicht nur bei traumatischen Erlebnissen auf, sondern selbstverständlich auch bei den guten. Ganz gezielt positive „Trigger“ zu identifizieren kann eine enorme Stütze sein, sobald man sich dann später den „Doppel-Minus“ zuwendet.

3.2.2. Der Lebenslauf als Bild: Trauma-Landschaft neben sonniger, grüner Wiese

Weil das Gute optisch klar sichtbar ist, schwarz auf weiß, festgehalten in der mittleren Spalte, macht es ein enormes Gegengewicht zum oft gewaltigen Druck und Drama des Doppel-Minus-Teils. „Mein Leben war doch nicht immer, war nicht nur schlecht“, ist ein typischer Kommentar.

Es ist die Anzahl oder Dichte der Erinnerungen, die hier eine optische Botschaft schickt, unabhängig vom Inhalt. Sogar wenn bei Menschen nach Entwicklungsraumata, Gewalt oder Vernachlässigung in der Regel wesentlich mehr Einträge in der rechten Spalte stehen, so ist (oder bleibt) die mittlere doch nie leer. Das wirkt oft ein wenig tröstend und aufbauend.

Falls der ganze Lebenslauf eher „mager“ ist (s. Bild 1) und kaum Einträge enthält, dann steht dahinter manchmal die Selbstüberzeugung „Ich bin nicht interessant.“ Dem entgegenzuarbeiten ist mit Hilfe dieses Lebenslaufes gut möglich: Jeder neue Input, frisch aufgetauchte Erinnerungen oder Details werden laufend ergänzt. Dabei entsteht unmerklich der Beweis, dass die alte Kognition nicht stimmt. Mir ist tatsächlich noch nie ein uninteressanter Mensch begegnet und das wird in einem

Lebenslauf, der „zu blühen beginnt“ und immer reichhaltiger und bunter wird, auch für den/die GesprächspartnerIn selbst sichtbar. Alles (Selbst-)Geschriebene wirkt einfach viel nachhaltiger und tiefer als das flüchtige gehörte oder gesprochene Wort (Felser, 2007).

3.2.3. Neu(e)-Ordnung und Muster

Entlastend wird in der Regel die Systematik erlebt, die eine analoge Darstellung in die oft verwirrende Vielfalt des Lebensverlaufs bringt. Die Wirkung ist ähnlich wie bei einem Genogramm: Manche Menschen sagen ja fast schuldbewusst oder peinlich berührt: „Meine Familiengeschichte ist schrecklich kompliziert“ und staunen, wie einfach und klar ein Genogramm alles abbilden kann. Es entlastet, dass ich natürlich sofort verstehen und einfach und klar einzeichnen kann, wenn „der jüngste Sohn des Halbbruders meiner Großmutter väterlicherseits“ ein wichtiger Mensch im Leben war. Der analoge Lebenslauf macht es ähnlich einfach für mich, große Zusammenhänge mit einem Blick zu erfassen: „Aha, das war also in der Zeit, wo Sie in der Stadt X und der Ausbildung Y waren, kurz nach der Geburt von Z.“

Die vereinfachende grafische Darstellung hat meist eine angenehme Wirkung, sie ordnet so manches im Kopf und Gedächtnis der Befragten, macht Belastungen endlich oder zeigt vielleicht, wie kurz eigentlich die ganz besonders schlimme Zeit im Vergleich zum ganzen Leben war. Und wenn ich Jahre später einen solchen Lebenslauf vor mir habe, ist mir die Person sofort wieder präsent bzw. kann ich vergessene Einzelinformationen ja einfach suchen.

In einem analogen Lebenslauf werden außerdem manchmal sofort wichtige Muster (in weitestem Sinn) sichtbar und beweisbar, es können Erklärungen für Leidenzustände gefunden werden, Ursachen werden offensichtlich, Symptome als Lernerfahrungen oder Selbstheilungsversuche logisch: das depressive Tief immer einige Monate nach Beginn einer neuen Beziehung, die vielen Umzüge nach dem schrecklichen Unfall, der plötzliche Verlust wichtiger Ressourcen, die negative Selbstüberzeugung, die sich beim Ereignis X aufgedrängt und die sich später verdichtet hat ..., viele solche Botschaften, Lebens- oder Verhaltensmuster können sich über Inhalt oder Form von eines solchen Lebenslauf offenbaren und sind in der Regel neu und spannend für den/die VerfasserIn.

3.2.4. Wertschätzung

Wertschätzung für sich selbst: Falls ein Mensch bei seinen Doppel-Plus einen zauberhaften Moment in der Natur anführt, kann ich ihm DIE Schlüsselfrage zum Aufbau eines guten Selbstwertes stellen: „Was sagt das Gute über Sie aus?“ Ich kann dabei unterstützen, doch bestenfalls wird er eigenständig eine Antwort finden: „Ich hole mir aus Dingen Kraft, die andere nicht mal bemerken. Ich habe einen Blick für Schönheit. Ich kann trotz schwers-

ter Belastung Genuss/Liebe/Frieden ... spüren.“ Den Beweis dafür hat er schwarz auf weiß selbst in seinem Lebenslauf aufgelistet. Der niedrige Selbstwert ist für viele PatientInnen im stationären Behandlungskontext besonders leidvoll und steht daher als Ziel im Vordergrund.

Wertschätzung durch mich: Die analoge Darstellung fördert das Speichern und Abrufen in einem analog einigermaßen begabten Gedächtnis, wie es (nicht nur) das meine ist. Ein kleines Detail, eine zusätzliche Erinnerung, wird eingefügt und nach Monaten kann ich darauf wieder zurückkommen, weil mir das Stichwort im Lebenslauf als Anker für die dahinter stehende Geschichte dient (s. Bild 2).

Abb.2:

	(++)	(--)
1 geboren in ...		
3 Kindergarten 1. mal vom Jugendamt abgeholt		
6 7 10 18 20 21 28 31 39 40	<p>9 zu meiner Tante gehen Urlaub am Bauernhof</p> <p>13 Ausflüge mit besten SVS-Frauchen, unbesorgt mit ein bißl Geld "ich bin macher-Pa"</p> <p>♡ Henry erotisch aufwendig er umschmeichelt mich, ich bin schön, ich würdip für jemand</p> <p>20 Geburt v. Sohn 1. Ehe 1. große tiefe Umwälzung in besserer Wohnung</p> <p>21 Geburt v. Sohn 2. Ehe 1. große tiefe Umwälzung in besserer Wohnung</p> <p>28 31 39 40</p>	<p>aber Onkel das freustad, Ungepaß mit Nerven → -2</p> <p>1-18 Familie muss schneid enamer Druck, Stress was Geld; Haupt-sachen sindlich 3. Punkt können nur im Notfall sein; keine Belohnung mehr alles gut, keine Hoffn, aber Hoffn bei 5</p> <p>LERNBLOCKADE</p> <p>13 ständlich krank, obwohl pred 300 da neue</p> <p>Wohnt nach so plötzlil wie er erschienen ist. ABER mit allem was</p> <p>in Rückfall: M. immer mehr gemischt, Abwechslung, Eifer-Sucht; (Lange unheimlich, ausgeblendet)</p> <p>Tod von Großmutter, ohne dass ich mich verabschiedet kann</p> <p>+ Nachrennung → doch sehr Prinzip (Philos & Hoffnig)</p> <p>Geburt v. Sohn "da muss stehen"</p> <p>Michael schreit nicht, bald nicht durch, chronische Gelände (Blonden suchen f. Hand)</p> <p>Michael verschimmelt, keine Momente oder Super da für Kinder</p> <p>! Depression, 1. Krankheits-entfall</p>

Das vermittelt authentisch mein Interesse und meine Wertschätzung an der Person, die vor mir sitzt und der ich ein Stück ihres Weges assistiere, damit sie ihr Ziel erreicht oder ihr Problem löst. Ich schicke durch dieses Wissen beständig Botschaften wie zum Beispiel: „Sie sind wichtig. Sie sind interessant. Ihr Leben ist trotz allem irgendwie auch faszinierend, es ist einzigartig, es sagt so viel Gutes über Sie aus.“ Und tatsächlich finde ich es hochspannend und eine große Ehre, wenn Menschen mich an ihrem Leben teilhaben lassen.

Noch nie ist es mir im Rahmen eines solchen Lebenslaufes passiert, dass die Frage nach den Doppel-Plus als Missachtung der erlebten Not interpretiert wurde. Das

Leid steht ja auf „der anderen Seite“. Dessen Gewicht oder Ausmaß wird von mir nicht angezweifelt bzw. unterstellen mir das die Befragten nie. Beides steht einfach nebeneinander und beides verdient Beachtung.

3.2.5. Diagnostik

Was waren also die „Doppel-Minus“ im Leben eines Menschen? Gab es Entwicklungstraumata, gab es Katastrophen oder Brüche, deren Auswirkungen oder Zusammenhang mit den affektiven Symptomen der betroffenen Person vielleicht gar nicht so bewusst sind? Welche Reaktionen kann ich beobachten, wenn wir über damals sprechen? Gibt es Symptome, die die Diagnose einer Traumafolgeberkrankung rechtfertigen? Ist es nützlich, möglich und ökonomisch zuerst die Richtung einer Traumabehandlung mit den bekannten Phasen Stabilisierung, Konfrontation und Integration einzuschlagen? Oder erscheint es sinnvoller, zunächst den systemischen Weg zu betreten, das Symptom vielleicht zu externalisieren, die Ausnahmen zu suchen, zu erfassen, Lösungen zu bestärken u.v.m.?

3.3. Risiken und Nebenwirkungen

Alles, was mächtig ist und gut wirken kann, kann auch schaden. Das trifft bei dieser Intervention ebenfalls zu.

3.3.1. Psychische Belastung beim Schreiben

Möglichst zu vermeiden ist es, dass das Schreiben der Doppel-Minus-Spalte einen Menschen extrem belastet, vielleicht sogar emotional überflutet. Ich weise deshalb immer mehrmals darauf hin, den Doppel-Minus-Bereich dann nicht auszufüllen und nur über den neutralen und den positiven Teil zu schreiben. Manchmal knicke ich dazu demonstrativ die rechte Spalte um, also falte das Blatt zu einem Drittel nach hinten (diese Handbewegung ist übrigens ebenfalls eine mächtige analoge Intervention!).

Wann immer ich aus den mir bereits vorliegenden Informationen oder aufgrund der Reaktion während meines Vorgesprächs den Schluss ziehe, dass der Lebenslauf als Ganzes meinem Gegenüber allzu schwer fallen könnte, dann lasse ich es sein und entwickle ihn Stück für Stück in den gemeinsamen Gesprächen.

3.3.2. Nichts Positives taucht auf

Ist die Doppel-Plus-Spalte im Lebenslauf zu Beginn der Zusammenarbeit nahezu leer? Das kann passieren und belasten. Auch wenn die/der Betroffenen es vorher bereits wusste, es schwarz auf weiß zu sehen tut auf andere Art weh. Wichtig ist, dass ich als Psychologin und Therapeutin aufgrund meiner Erfahrung in der Kinder- und Entwicklungspsychologie und der Resilienzfor-

schung weiß, dass es so nicht ganz sein kann. Wer so vieles durchgestanden hat und immer noch lebt, der hat winzige rettende Beziehungsfragmente eingesammelt oder etwas kleines Gutes aus dem Schlechten „heraus gekratzt“, er hat kaum sichtbare Erfolgserlebnisse, hat Liebe zur der Mutter einer Freundin oder Trost beim Hund des Nachbarn gefunden. Viele entwicklungs-traumatisierte Menschen haben aus der Not heraus schon als Kind den Wert der Imagination erkannt und sich Fantasiegestalten oder sichere Orte kreiert. Manche hat die Vorstellung, in der falschen Familie aufzuwachsen, davor bewahrt, alles Schlechte über sich glauben oder so werden zu müssen, wie die lieblosen Bezugspersonen. All das kann dann von mir im Lauf der Zusammenarbeit herausgearbeitet, erfragt und ergänzt werden, behutsam zwar, aber mein inneres Ressourcen-Suchprogramm läuft konsequent im Hinterkopf mit. Niemand wird sich mit einer leeren Doppel-Plus-Spalte von mir verabschieden müssen.

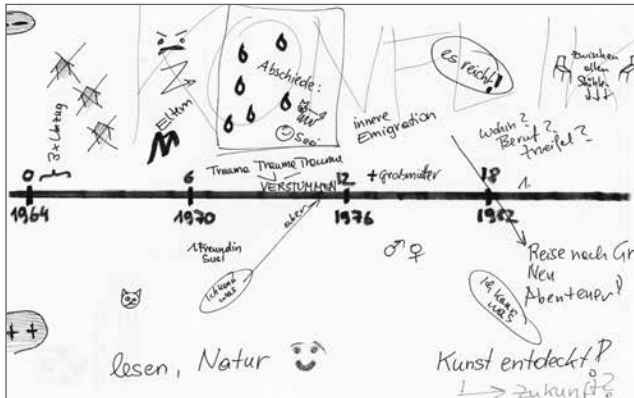
3.3.3. Der Lebenslauf wird nicht oder ganz anders geschrieben

Die Ursachen und Ziele, wenn das Gegenüber auf meine Anregung gar nicht eingeht, können vielfältig sein: Von simpler Anstrengungsvermeidung über eine Botschaft an mich bis hin zu höchst nützlichem Selbstschutz.

Zu bedenken ist vor allem, dass es natürlich für so viel Information zu so einem frühen Zeitpunkt eine große Portion Vorschuss-Vertrauen braucht. Im stationären Behandlungskontext, wo ich den analogen Lebenslauf derzeit praktisch immer einsetze, ist das oft ganz grundsätzlich gegeben – der Vorteil des guten Rufes meiner Station. Falls das (noch) nicht vorhanden ist, kann die Frage danach grundsätzlich zu nahe gehen und er wird deshalb nicht gemacht. Das ist natürlich in Ordnung, ich lasse es gut sein und beginne dann selbst während jeder Behandlungsstunde Stück für Stück einen solchen Lebenslauf als meine eigene Arbeitsunterlage und Gedächtnisstütze zu erstellen – natürlich so wie das Genogramm und anderen Aufzeichnungen sichtbar (und damit nutzbar) für den/die GesprächspartnerIn.

Falls es keine negativen Eintragungen gibt, ist vielleicht tatsächlich nichts Schlimmes passiert im Leben. Manchmal kommen die Symptome der affektiven Störung plötzlich, wie aus heiterem Himmel. Das ist möglich, ich freue mich und bewerte das – so wie hoffentlich auch der/die PatientIn – erleichternd und tröstend. Ich suche natürlich nie das Trauma: Wenn keines da ist, dann ist es wunderbar und falls es (noch) nicht bewusst ist, dann wird das gute Gründe haben.

Abb.3:



Grundsätzlich gilt: In mindestens der Hälfte der systemischen „Hausaufgaben“ wird etwas anderes gebracht als ich vorschlage. Beim Lebenslauf bekomme ich manchmal Fotos, Collagen, Schachteln voller Symbole oder kunstvoll ausgestaltete Zeichnungen, wie in Bild 3 ersichtlich. Wunderbar! Kreative Lebensläufe machen mich besonders zufrieden. Was immer kommt ist gut und wird die Arbeitsgrundlage im Behandlungsprozess. Weil ich persönlich daneben vielleicht doch etwas „Formales“ brauche, kann ich jederzeit meine Notizen in der oben genannten Systematik machen.

4. Resümee

Auf analoge Weise zu intervenieren und zu dokumentieren entspricht mir höchstpersönlich in besonderem Maße. Ich kann damit Menschen erreichen und intensiv bei Wachstum und Veränderung unterstützen, wo es sonst schwer fällt, weil sie zum Beispiel ständig reden oder kaum Worte finden. Analoge Interventionen berühren Bereiche im Gegenüber, wo Sprache (allein) nicht hinkommt.

Ich hoffe, ich konnte deutlich machen, wie inspirierend und informativ es für alle Beteiligten sein kann, ein wenig außerhalb des üblichen (sprachlichen) Rahmens zu intervenieren, auch bzw. besonders in scheinbaren Routinedingen wie der biographischen Anamnese.

Literatur

- AWMF-S3 (2012a). Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, in Abstimmung mit den AWMF – Fachgesellschaften bzw. der Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Zugriff am 16.01.2014 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010k_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf
- AWMF-S3 (2012b). Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie, Unipolare Depression, Langfassung (Version 1.3). Zugriff am 16.01.2014 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2012-01.pdf
- FELSER, G. (2007). Werbe- und Konsumentenpsychologie. Heidelberg: Springer.
- FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: UTB.

- JACOBS, S. & DE JONG, A. (2007). EMDR und Biofeedback in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Ein neuropsychotherapeutisches Behandlungsprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- PSYCHIATRIE CHARITÉ, Universitätsmedizin (2013). Posttraumatische Belastungsstörungen PTBS. Berlin. Zugriff am 10.01.2013 http://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/krankheitsbilder/posttraumatische_belastungsstoerungen_ptbs/
- SCHMIDT, N. J. (2009). Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung bei bipolaren Patienten und Auswirkung auf den Krankheitsverlauf. Dissertation an der Hohen Medizinischen Fakultät. Universität Bochum. Zugriff am 10.01.2014 <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netatml/HSS/Diss/SchmidtNadjaJamiladiss.pdf>

Autorin

Mag. Helga Kernstock-Redl

Klinische Psychologin und Psychotherapeutin auf einer Station für Menschen mit Traumafolgeerkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. In freier Praxis als psychologische Supervisorin, Coach, in der Beratung von KollegInnen bei beruflicher Selbstpräsentation und Marketing, als Autorin und als Referentin zu den Themen „Analoge Intervention“ und „Kein Inhalt ohne Form“ (siehe ÖAP-Programm). Im Leitungsteam der Sektion Traumapsychologie im BÖP.



Therapiezentrum Ybbs, Psychiatrisches Krankenhaus
 Persenbeuger Straße 1
 A-3370 Ybbs/Donau
helga.kernstock-redl@wienkav.at
www.kernstock-redl.at