



**Universität
Zürich** ^{UZH}

Advanced Studies in Psychotraumatology

Religiöses Coping und posttraumatisches Wachstum in der Narrativen Expositionstherapie (NET)

Masterarbeit zur Erlangung des
„Master of Advanced Studies in Psychotraumatology“
der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

Studiengang 2010-2012

vorgelegt von
Maria Teschner
Inseli 3
4932 Lotzwil
Telefon: +41 62 922 83 53
E-Mail: maria.teschner@klinik-sgm.ch
Matrikelnummer: s10-759-546

Erstgutachter: Prof. Dr. ret. soc. Thomas Elbert
Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder
Betreuerin: Dr. Dipl.-Psych. Susanne Schaal

Datum der Abgabe: 22.06.2012

Zusammenfassung

Obschon es reichlich Literatur zum posttraumatischen Wachstum gibt – ein Konzept, welches hauptsächlich von Tedeschi und Calhoun (2004) entwickelt wurde – so sind die Untersuchungen dazu, wie Religiosität und Spiritualität sowie posttraumatisches Wachstum bei sexuellen Missbrauchsopfern zusammenhängen spärlich. Es gibt Hinweise darüber, dass spirituelle Überzeugungen bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen wesentlich sein können (z. B. Pargament, 1996). Auch zeigt sich, dass ein positives religiöses Coping sowie eine intrinsisch motivierte Religiosität mit einem posttraumatischen Wachstum assoziiert sind (Shaw, Joseph und Linley, 2005). In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob und wie sich im Verlauf einer Traumatherapie mit der Narrativen Expositionstherapie (NET) die religiösen Copingmechanismen und das posttraumatische Wachstum verändern. Dabei ist die vorliegende Falldarstellung exemplarisch für meine klinische Erfahrung und für weitere Therapieverläufe. Nachfolgend wird eine Patientin mit einer posttraumatischen Belastungsstörung vorgestellt. Vor und nach der Traumatherapie wurden diverse Messinstrumente eingesetzt (CAPS, RCOPE und PPR) und hinsichtlich der Fragestellung ausgewertet. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil in der Beantwortung der Frage stellten die Transkripte dar. Insgesamt zeigte sich, dass bei der Patientin im Verlauf der NET eine Veränderung des religiösen Copings stattfand. Zu Beginn der Therapie war vor allem ein negatives Coping gegeben (im Sinne eines strafenden Gottes). Nach Abschluss der NET wurden positive Copingmechanismen beschrieben. Neben der Zunahme der positiven religiösen Strategien kam es zudem zu einer deutlichen Abnahme der negativen Bewältigungsmechanismen. Auch die posttraumatischen Reifungsprozesse veränderten sich dahingehend, dass die fünf Merkmale des Wachstums (nach Maercker und Langner, 2001) deutlich zunahmten. Eine Einordnung der Ergebnisse in die Forschungslandschaft ist schwierig, da nach meinem Ermessen keine vergleichbaren Untersuchungen vorliegen. Nichtsdestotrotz bestätigt diese Arbeit bisherige Studien, nämlich dass Religiosität und Spiritualität Trost, Sinn und Hoffnung in der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen sein können. Ein möglicher Zusammenhang zwischen religiösen Coping und der Zunahme des posttraumatischen Wachstums ist dabei zu diskutieren.

Schlüsselwörter: Religiosität, Spiritualität, religiöses Coping, NET, posttraumatisches Wachstum

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Methodik	7
2.1 Patientin.....	7
2.2 Soziodemografische Angaben.....	7
2.3 Messinstrumente	7
2.3.1 Transkripte	8
2.3.2 Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS).....	8
2.3.3 Fragebogen zu religiösen Bewältigungsstrategien (RCOPE)	8
2.3.4 Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR)	9
3 Falldarstellung Frau H.	10
3.1 Zuweisungssituation	10
3.2 Psychopathologischer Befund.....	11
3.3 Somatischer Befund	11
3.4 Anamnese.....	11
3.5 Traumaanamnese.....	12
3.6 Ressourcenanalyse	13
3.7 Assessment vom	13
3.7.1 Ergebnisse des CAPS-Interview.....	13
3.7.2 RCOPE	14
3.7.3 PPR	15
3.8 Diagnose.....	16
3.9 Therapieindikation	16
3.10 Therapieziele.....	17
3.11 Therapeutische Beziehungsgestaltung	17
3.12 Therapieverlauf	18
3.13 Therapieabschluss.....	19
3.14 Einschätzung	20
4 Ergebnisse	21
4.1 Auswertung CAPS.....	21
4.2 Auswertung der Transkripte.....	23
4.3 Auswertung RCOPE.....	23
4.4 Auswertung PPR.....	27
4.5 Zusammenfassung.....	29
5 Diskussion	30

6 Literaturverzeichnis.....	32
Anhang A.....	36
Anhang B.....	38
Anhang C.....	42

1 Einleitung

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung erleidet mindestens ein Mal im Leben ein traumatisches Ereignis (Schnyder, 2007). Davon entwickeln – gemäss Schnyder (2007) - ca. 10% eine sog. posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Das sind die „nüchternen“ Zahlen. In meinem klinischen Alltag begegne ich jedoch auch immer wieder traumatisierten Menschen, die – obschon sie unter einer gewissen Psychopathologie im Rahmen einer Traumafolgestörung leiden – von positiven Auswirkungen sprechen. Einige behaupten sogar, ohne Trauma wären sie heute nicht die Person, die sie (geworden) sind und dieses somit nicht aus ihrem Leben streichen wollen. Ähnliches hat bereits Levi – ein KZ-Überlebender – in seinem Buch „Se questo è un uomo“ („Ist das ein Mensch?“) geschrieben:

„Aber das ist nicht alles. Vielleicht haben Sie gemerkt, dass für mich das Lager und vom Lager geschrieben zu haben ein bedeutendes Erlebnis gewesen ist, das mich zutiefst verändert, mir Reife und ein Lebensziel gegeben hat.“ (zit. nach Fookan, 2009, S. 66).

Was lässt Levi und die oben erwähnten Personen so denken und – entgegen jeder vermeintlicher Vernunft – so reden? Welches „Geheimnis“ haben diese Menschen? Ausgehend von meiner klinischen Beobachtung und den Texten bekannter Persönlichkeiten (z. B. Primo Levi, 1919-1987) beschäftigte ich mich zunehmend mit dem Thema des posttraumatischen Wachstums.

Das Konzept des posttraumatischen Wachstums wurde vornehmlich von Tedeschi und Calhoun (2004) entwickelt. Es bezeichnet psychische Reifungsprozesse, die sich infolge eines erlebten Traumas entwickeln können. Derartige Reifungsprozesse beinhalten eine veränderte, positivere Welt- und Selbstsicht. Weiterhin werden fünf Bereiche posttraumatischen Wachstums benannt. Dazu gehören (1) eine Intensivierung der Wertschätzung des Lebens allgemein, (2) eine Intensivierung der persönlichen Beziehungen, (3) die Entdeckung neuer Möglichkeiten im Leben, (4) ein Bewusstwerden der eigenen Stärke sowie (5) die Intensivierung des spirituellen Lebens (Maercker & Langner, 2001). Fookan (2009) beschreibt weiterhin, dass eine posttraumatische Reifung nicht gleichzusetzen ist mit einer psychologischen Anpassung im Sinne eines Nicht-Vorhandenseins einer Psychopathologie. Dies widerspiegelt sich u. a. auch in der Untersuchung von Grubaugh und Resick (2007), wonach Wachstumsprozesse unabhängig von der Symptomschwere sind. Das

psychische Leiden kann sogar den Wachstumsprozess anstossen, indem es die Betroffenen dazu motiviert, einen Sinn im Geschehen zu finden. Zudem ist ein posttraumatisches Wachstum nicht gleichzusetzen mit einem allgemeinen Ressourcenzuwachs. Eine posttraumatische Reifung – gemäss Tedeschi, Calhoun und Cann (2007) – geht über eine Zunahme der Ressourcen hinaus.

Bereits Antonovsky führte in den 70er Jahren im Zuge der Frage, wie Gesundheit entsteht, den Kohärenzbegriff ein (Antonovsky, 1997). Demnach ist das Suchen nach einer Sinnhaftigkeit eines von drei Merkmalen des Kohärenzgefühls. Doch wodurch erlangen (traumatisierte) Menschen einen Sinn?

In der Religiosität liegen – laut Pargament, Koenig und Perez (2000) – fünf Schlüsselfunktionen. Dazu gehört u. a. auch die Suche nach dem Sinn. In den USA glauben 95% der Menschen an Gott; für 87% der Bevölkerung scheint die Religion etwas Wichtiges zu sein (Ahrens, Abeling, Ahmad & Hinman, 2010). Im Religionsmonitor der Bertelsmann Stiftung von 2009 beschreiben sich 80% der Schweizer als religiös (www.religionsmonitor.com), wobei neben öffentlichen religiösen Handlungen (z. B. Gottesdienstbesuch) auch die private Praxis (z. B. Gebet) oder Gefühle gegenüber Gott (positive wie negative) erfragt wurden. Dabei sei jedoch darauf hingewiesen, dass im Religionsmonitor sowohl das Christentum, Judentum, Hinduismus, Buddhismus, Islam und andere Religionsgemeinschaften mit einfliessen. Gesamthaft scheint es naheliegend, dass ein Grossteil der Patienten und Patientinnen¹, welche Praxen und Kliniken aufsuchen, eine spirituelle oder religiöse Einstellung irgendeiner Art haben.

In einem systematischen Review von Shaw, Joseph und Linley (2005) wurden gesamthaft 11 Studien (4 qualitative und 7 quantitative) herangezogen, welche die Beziehung zwischen Religiosität/Spiritualität² und posttraumatischem Wachstum untersuchen. Dabei konnten drei Hauptbefunde herauskristallisiert werden. Zum einen ist Religiosität/Spiritualität meistens nützlich für den Umgang mit einem

¹Im weiteren Text wird die weibliche und männliche Form abwechselnd verwendet, ohne dass damit eine Wertung verbunden ist.

²Nachfolgend werden die Begriffe Religiosität und Spiritualität synonym oder gleichwertig gebraucht, auch wenn die Begrifflichkeiten neben gemeinsamen Aspekten (Glaube an transzendente Wirklichkeit) auch Unterschiede im Verständnis beinhalten. Der Begriff Spiritualität kann als Überbegriff angesehen werden, der inhaltlich offener und weniger vorbelastet durch Assoziationen mit bestimmten Institutionen ist. Nähere Begriffsbestimmungen können bei Zwingmann (2005) nachgelesen werden.

Trauma. Traumata können weiterhin zu einer Vertiefung der Religiosität führen. Positives religiöses Coping, religiöse Offenheit und die Bereitschaft, sich mit existentiellen Fragen auseinanderzusetzen, sowie eine intrinsisch motivierte Religiosität sind mit einem posttraumatischen Wachstum assoziiert. Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber und Murken (2006) berichten in ihren Untersuchungen zur Krankheitsbewältigung, dass Religiosität eine wichtige Rolle, teilweise sogar die Hauptressource in der Verarbeitung der Erkrankung darstellt. Religiöses Coping stellt dabei eine mögliche Variante dar. Beim religiösen Coping werden verschiedene Bewältigungsstile mit aktiven, passiven und interaktiven Methoden unterschieden (Pargament et al., 2000). Diese Methoden wiederum können in positive (z. B. wohlwollende religiöse Neubewertung) und negative (z. B. Bewertung eines strafenden Gottes) Strategien eingeteilt werden. Für eine genauere Erklärung und Definition sei auf Pargament et al. (2000) hingewiesen. Diese Arbeitsgruppe hat zudem ein Instrument zur Erfassung religiöser Copingstrategien (RCOPE) entwickelt, welches in dieser Arbeit eingesetzt wurde (siehe auch S. 8).

Es finden sich in der Literatur nur wenige Studien, die untersuchen, wie sexuelle Missbrauchsoffer ihre spirituellen Überzeugungen in der Krankheitsbewältigung nutzen (Ahrens et al., 2010). Dagegen konnte der Nutzen von Spiritualität bei körperlichen Erkrankungen bereits nachgewiesen werden (Zwingmann et al., 2006). In der erwähnten Studie von Ahrens et al. (2010) wurden 100 Frauen nach einer Vergewaltigung hinsichtlich ihres Umgangs mit dem Erlebten untersucht. Demnach gibt das positive religiöse Coping Sinn, Trost und Unterstützung. Dabei kann Trost als Gegenstück zur erlebten Angst während der Traumatisierung gedeutet werden (Resick, 1993). Auch die soziale Unterstützung, welche zum Beispiel in einer Kirchgemeinde erlebt werden kann, ist ein wesentlicher Faktor in der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen. Dies deckt sich mit den Aussagen von Schnyder (2007), wonach eine ungenügende soziale Unterstützung die Entwicklung einer PTBS unterstützen kann. In diesem Zusammenhang sei jedoch nochmals auf Ahrens et al. (2010) hingewiesen: Die Hinwendung zu einer religiösen Gemeinschaft kann auch eine Form der Vermeidung darstellen. Mit anderen Worten: Religiosität im Sinne einer Kirchgemeindegemeinschaft wird dazu benutzt, um sich nicht mit seinen eigenen Problemen auseinandersetzen zu müssen. Dies zeigt, dass Religiosität nicht ausschliesslich hilfreich sein muss. Beispielsweise fassen Overcash,

Calhoun, Cann und Tedeschi (1996) in ihrer qualitativen Untersuchung an 25 Personen zusammen, dass traumatische Erfahrungen keinen Einfluss auf die Religiosität haben. In einer noch weiter zurückliegenden Studie von Schwartzberg und Janoff-Bulmann (1991) wurde zudem deutlich, dass traumatische Ereignisse gesamthaft zu mehr Zynismus und zu einem Glaubensverlust führen können. Zudem gibt es Hinweise, dass auch die Ethnie einen Einfluss auf das religiöse Coping hat. Insbesondere bei ethnischen Minderheiten scheint religiöses Coping hilfreich zu sein (El-Khoury, Dutton, Goodman, Engel & Belamaric, 2004).

Bisherige Studien zum Thema „Religiosität – posttraumatisches Wachstum – Traumatisierung“ weisen darauf hin, dass Religiosität, insbesondere ein positives religiöses Coping bei der Genesung von traumatischen Erlebnissen hilfreich erlebt werden kann. Es gibt weiterhin Hinweise darauf, dass nach traumatischen Erfahrungen eine Hinwendung zur Religiosität stattfinden kann (Shaw et al., 2005). Das religiöse Erleben kann für manche Personen Trost und Lebenssinn fördern. Es scheint somit nicht ganz abwegig, dass es einen Zusammenhang zwischen Religiosität und posttraumatischem Wachstum gibt, wie bereits weiter oben beschrieben. Auch Frazier, Tashiro, Berman, Steger und Long (2004) zeigen, dass sexuelle Missbrauchsoffer mit positivem religiösem Coping ein stärkeres posttraumatisches Wachstum aufweisen.

Durch traumatische Ereignisse wird die bisherige Selbst- und Weltsicht der Betroffenen zumindest erschüttert, wenn nicht sogar zerstört. Shaw et al. (2005) fassen zusammen, dass es für eine Therapie unabdingbar ist, dass Therapeutinnen das Glaubenssystem – als Teil der subjektiv empfundenen Realität – ihrer Patientinnen ansprechen und zu verstehen suchen, um die tröstende Kraft, welche in der Spiritualität liegen kann, nutzbar machen zu können. In meiner klinisch-therapeutischen Arbeit begegne ich immer wieder Patientinnen, welchen einen mehr oder minder starken spirituellen Bezug haben. Für manche ist dies noch der einzige Halt im Leben. Umso wichtiger scheint es mir, dort, wo spirituelle Grundüberzeugungen bestehen und seitens der Patienten benannt werden, dies in der Traumatherapie aufzugreifen. Dabei geht es m. E. nach nicht darum, für ein beliebiges Glaubenssystem zu „werben“. Vielmehr sollten Therapeutinnen, welche

mit traumatisierten Menschen arbeiten, aufmerksam hinsichtlich der bestehenden existentiellen und spirituellen Themen sein.

In meiner Literaturrecherche zum Thema fand ich ausschliesslich retrospektive Untersuchungen an traumatisierten Patienten (z. B. Ahrens et al., 2010). Zudem sind mir keine Studien bekannt, welche den Einfluss einer traumaspezifischen Therapie auf die Faktoren Religiosität und posttraumatisches Wachstum untersuchen. Dieser Fragestellung gehe ich demnach in der vorliegenden Arbeit nach. Bei der Durchführung der Traumatherapie entschied ich mich für die Narrative Expositionstherapie (NET). Diese Form der Therapie wurde 2005 von Schauer, Neuner und Elbert ursprünglich für den Einsatz in Krisen- und Kriegsgebieten entwickelt. Bei der NET handelt es sich um eine Kurzzeitintervention, welche bei komplex traumatisierten Menschen eingesetzt werden kann. Der theoretische Hintergrund der NET leitet sich aus gedächtnistheoretischen Überlegungen ab. Demzufolge bleiben die Gedächtnisinhalte des „kalten“ (episodisch, logisch strukturiert) und des „heissen“ (sensorisch, perzeptuell, emotional) Gedächtnisses unverbunden. Die Verortung und Vergeschichtlichung der traumatischen Ereignisse finden nicht statt. Ziel der NET ist somit eine raum-zeitliche Einordnung der Erlebnisse in die Vergangenheit. Die Patientin erzählt im Rahmen der NET ihre gesamte Lebensgeschichte (symbolisiert mit Blumen für positive und Steine für schwierige, traumatische Ereignisse) in chronologischer Reihenfolge, wobei die Vergangenheit auf allen Ebenen (Gefühle, Gedanken, Körpererfahrungen, sensorische Erfahrungen) aktualisiert wird. Das damalige Furchtnetzwerk (vgl. auch Neuner, Schauer & Elbert, 2009) - bestehend aus den Elementen des heissen Gedächtnisses - wird so lang aktiviert, bis das Erlebte in Raum und Zeit eingeordnet und begriffen werden kann. Dadurch kommt es zu einer Integration der Erlebnisse und zu einer Habituation. Im Dialog mit der Therapeutin erstellt die Patientin somit im Verlauf der Therapie eine konsistente Narration ihrer Lebensereignisse. Weitere Ausführungen zur Durchführung der NET können bei Neuner et al. (2009) nachgelesen werden. In bisherigen Wirksamkeitsstudien konnte eine Reduktion der posttraumatischen Belastungsstörungssymptome, ebenso ein Rückgang der Depressivitätswerte nachgewiesen werden (z. B. Schaal, Elbert & Neuner, 2009).

Insgesamt lässt sich somit folgende Fragestellung für die vorliegende Arbeit ableiten:

„Wie verändern sich die religiösen Copingmechanismen und das posttraumatische Wachstum im Verlauf einer Traumatherapie mit NET?“

Ausgehend von meiner klinischen Erfahrung und den oben dargestellten bisherigen Forschungsbefunden gehe ich von der Hypothese aus, dass es im Verlauf der NET zu einer Zunahme des positiven religiösen Copings und zu einem stärkeren posttraumatischen Wachstum kommt.

Keine Berücksichtigung in dieser Arbeit findet die Veränderung weiterer allgemeinerer Copingstrategien. In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung der Depressivitätswerte nicht erwähnt. Es wird lediglich Bezug auf die Veränderung der PTBS-spezifischen Symptome genommen.

Nachfolgend gehe ich zunächst auf das methodische Vorgehen dieser Arbeit ein, wobei ebenfalls die Messinstrumente (RCOPE, Posttraumatische Persönliche Reifung - PPR) erwähnt werden. Anschliessend stelle ich die Patientin sowie den gesamten Therapieverlauf dar, bevor ich mich im Ergebnisteil auf das religiöse Coping sowie auf das posttraumatische Wachstum beziehe. In der Diskussion werden die Ergebnisse in die bisherige Literatur eingeordnet und kritisch beleuchtet.

2 Methodik

2.1 Patientin

Nachfolgend stelle ich eine Patientin im Rahmen einer Kasuistik vor, die ich innert 15 Sitzungen à 90 Minuten im Zeitraum vom Oktober 2011 bis Mitte Januar 2012 mit der Narrativen Expositionstherapie (NET) abschliessend behandelt habe. Der dargestellte Prozessverlauf ist exemplarisch für die formulierte Hypothese.

2.2 Soziodemografische Angaben

Frau H. - eine gebürtige Schweizerin - ist zum Zeitpunkt der Behandlung 36 Jahre alt. Sie ist alleinstehend, ohne Kinder und wohnt mit ihrer pflegebedürftigen Mutter in einem abgelegenen Haus am Rand eines Dorfes. Sie absolvierte eine kaufmännische Ausbildung, war jedoch in den letzten fünf Jahren ohne Anstellung, um ihre Mutter zu pflegen. Frau H. war vom August bis Ende September 2011 in stationärer Behandlung der Klinik SGM³ Langenthal in Folge einer schweren depressiven Symptomatik und dem Verdacht auf eine PTBS. Anfangs Oktober 2011 kam es zum Übertritt in die psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik, in der dann auch die NET begonnen wurde.

2.3 Messinstrumente

In der Klinik SGM Langenthal erfolgt eine standardisierte Qualitätssicherung bei Ein- und Austritt von Patienten, welche u. a. auch den RCOPE mit umfasst. Den Fragebogen zum posttraumatischen Wachstum (PPR) sowie das CAPS-Interview führte ich im Rahmen der NET durch. Der erste Messzeitpunkt (t1) erfolgte am 08.10.2011. Die zweite Messung (t2) wurde eine Woche vor dem Austritt aus der Tagesklinik am 25.01.2012 vorgenommen. Zu dem Zeitpunkt war die NET nach 15 Sitzungen beendet.

³SGM- Stiftung für ganzheitliche Medizin

2.3.1 Transkripte

In jeder NET-Sitzung wurde eine Audioaufnahme angefertigt. Diese Aufnahme wurde anschliessend von unserer zuständigen Psychologiepraktikantin transkribiert, so dass am Ende der Therapie ein vollständiges Narrativ vom Leben der Patientin vorlag. Dies entspricht dem Protokoll der NET (Schauer, Neuner & Elbert, 2011).

2.3.2 Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS)

Die CAPS (Schnyder, 1999) ist ein strukturiertes klinisches Interview, welches sowohl die Intensität als auch die Häufigkeit der 17 DSM-IV-Kriterien einer PTBS erfragt. Dies erlaubt somit neben der Diagnosestellung auch eine Aussage über die Schwere der Erkrankung.

2.3.3 Fragebogen zu religiösen Bewältigungsstrategien (RCOPE)

Der RCOPE ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von religiösen Copingstrategien. Ursprünglich wurde der Fragebogen von Pargament et al. (2000) an einem Kollektiv von Collegestudenten entwickelt. Die Validierung wurde an einer Stichprobe von hospitalisierten Patienten (n=551) vorgenommen.

Die deutsche Übersetzung des Instruments wurde 2007 von Lehr, Fehlberg, Hess und Fix vorgenommen. Dieser Fragebogen wurde an einem Kollektiv von 306 Personen, welche über ein kritisches Lebensereignis berichteten, validiert. Bei Lehr et al. (2007) wurden folgende Dimensionen religiösen Copings unterschieden, welche sowohl positiv als auch negativ besetzt sein können. Dazu gehören (1) Aktives Vertrauen in Gottes Beistand (12 Items), (2) Unzufriedenheit mit Gott (9 Items), (3) Suche nach sozialer Unterstützung (5 Items), (4) Lebensveränderung (6 Items), (5) Aufmerksamkeitslenkung auf Religion (3 Items) und (6) Bitte um göttliches Eingreifen (5 Items). Zudem gibt es 7 Items, die keiner spezifischen Skala zugeordnet werden können. Die Items werden auf einer vierstufigen Likertskala von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 = „trifft stark zu“ beantwortet.

Aus dem RCOPE wurde eine 14-Item-Kurzversion entwickelt. Der sog. Brief-RCOPE beinhaltet zwei Skalen mit je 7 Items, welche einem positiven und einem negativen religiösen Coping zugeordnet werden.

Die positiven Strategien bieten eine Vielfalt an Methoden, welche helfen, sich nahe bei Gott zu fühlen sowie eine spirituelle Verbundenheit zu anderen Personen ermöglicht. Negative religiöse Bewältigungsstrategien beinhalten religiöse Konflikte. Diese können auftauchen, wenn Fragen zur Existenz und zum Wohlwollen von Gott angezweifelt werden (Ahrens et al., 2010). Die RCOPE-Skalen weisen mit Cronbachs Alpha von .71 bis .95 zufriedenstellende bis gute Reliabilitäten auf.

2.3.4 Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR)

Der PPR (dt. Maercker & Langner, 2001; Tedeschi & Calhoun, 1996) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit insgesamt 21 Items. Insgesamt werden fünf Subskalen unterschieden: (1) Neue Möglichkeiten (5 Items), (2) Beziehung zu Anderen (7 Items), (3) Persönliche Stärken (4 Items), (4) Wertschätzung des Lebens (3 Items) und (5) Religiöse Veränderungen (2 Items). Das Antwortformat ist auf einer sechsstufigen Likertskala von 0 = überhaupt nicht, 1 = kaum, 2 = ein wenig, 3 = ziemlich, 4 = stark und 5 = sehr stark gegeben. Die Reliabilitäten liegen im Bereich von Cronbachs Alpha .67 bis .85 auf den verschiedenen Subskalen.

3 Falldarstellung Frau H.

3.1 Zuweisungssituation

Frau H. trat nach dem stationären Aufenthalt direkt in unsere psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik ein. Die Eintrittsdiagnosen waren eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Als Auslöser für den Klinikeintritt beschrieb Frau H., dass „es nicht mehr gegangen ist“. Sie sei mit ihren Kräften am Ende gewesen. Sie habe kaum noch geschlafen, habe sich immer weiter zurückgezogen und leide unter „Gedanken, die ich nicht mehr abstellen kann“. Besonders in der Nacht sei es „am Schlimmsten“. Dann habe sie Alpträume und erlebe die „Gedanken, als passiert es gerade“. Ihre Stimmung liege auf einer Skala von 0 bis 10 (10 = max. gut) bei zwei bis drei. Es tauchen immer wieder zumindest latent suizidale Gedanken auf („Warum bin ich überhaupt da?“). Sie erlebe das Leben als sinn- und perspektivenlos. Das Einzige, was sie noch am Leben halte, sei ihre Mutter („Sie braucht mich jetzt noch.“) sowie der Glaube an Gott, der ihr einen Suizid verbiete. Frau H. wisse selbst nicht so genau, wie es zu der jetzigen Krise gekommen sei. „Ein bisschen depressiv war ich schon immer.“ Sie sei jedoch bei einem Familienfest im Mai 2011 einem Onkel begegnet, der sie während mehrerer Jahre sexuell missbraucht habe. Danach seien „wieder so Bilder gekommen“, die sie lange „verdrängt habe“. Seither verspüre sie eine grosse innere Anspannung. Erst wenn sie sich selbst verletze, indem sie sich die Schamlippen aufschneide oder Gegenstände in den After stecke, werde es besser. Dafür „schäme und verachte ich mich so“.

Während des stationären Aufenthaltes sei es vor allem darum gegangen, einen normalen Tages- und Nachtrhythmus zu finden. Die Schlafstörungen bestehen jedoch weiterhin, vor allem an den Wochenenden, wenn sie nach Hause gehe. Sie fühle sich dann nicht sicher, müsse immer wieder kontrollieren, ob die Tür abgeschlossen sei und wandere im Haus umher. Sie habe insgesamt an Kraft gewonnen und fühle sich nicht mehr so, „als ob der Boden zerfliesse“. Doch die Bilder seien immer noch „da“. Von dem Tagesklinikaufenthalt erhoffe sie sich, dass sie weiter an Stärke gewinnen könne, um ihren Alltag wieder zu bewältigen. Auch

möchte sie „die Bilder weg bekommen“. Wie das gehen könne, wisse sie jedoch auch nicht.

3.2 Psychopathologischer Befund

Die 36 jährige, älter wirkende, fast schon dünne Patientin war unauffällig, eher altmodisch gekleidet. Sie war blass, hatte die Haare zurückgebunden, schien verängstigt und schüchtern. Sie sprach mit leiser Stimme und antwortete nur knapp auf die gestellten Fragen. Der Kontakt liess sich nur ershwert herstellen. Es fiel ihr schwer, den Blickkontakt aufrechtzuerhalten. Konzentration und Aufmerksamkeit waren sowohl subjektiv als auch objektiv reduziert. Sie fragte teilweise nach, welche Frage gestellt worden sei. Weiterhin anamnestisch Gedankenkreisen und Zukunftsängste. Keine Hinweise auf Wahn, Sinnes- oder Ichstörungen. Keine Zwänge. Die affektive Schwingungsfähigkeit schien deutlich reduziert. Affektiv dominierte eine bedrückte, dysthyme Stimmungslage. Weiterhin bestehen eine Kraft- und Energielosigkeit, Sinn- und Perspektivenlosigkeit sowie Scham- und Schuldgefühle. Ängstlich-unsichere Persönlichkeitsstruktur. Schlafstörungen im Sinne von Durchschlafstörungen gegeben. Aktuell kein selbstverletzendes Verhalten; in Stresssituationen durch Ritzen an den Genitalien gegeben. Keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung, jedoch passive Todessehnsucht vorhanden. Krankheitseinsicht und Therapiemotivation waren gegeben.

3.3 Somatischer Befund

Auffallend waren oberflächliche, bereits gut verheilte und reizlose Narben an den Unterarmen sowie – von der behandelnden Ärztin berichtet – Narben im Genitalbereich. Weitere Informationen liegen nicht vor.

3.4 Anamnese

Frau H. wurde als Einzelkind in S. geboren. Ihre Eltern haben ein Restaurant geführt und seien „ständig betrunken“ gewesen. Als sie etwa fünfjährig gewesen sei, haben sie sich getrennt. Sie habe viel Gewalt miterlebt. Ihre Mutter habe sie über all die Jahre „ausgenutzt“. Sie „hat mir keine Liebe gegeben“, sondern sie habe für ihre Mutter arbeiten müssen - „bin ihre Sklavin gewesen“. Die Beziehung zum Vater sei „gut gewesen“. Dieser sei jedoch gestorben, als sie 10 Jahre alt gewesen sei. In der

Schule sei sie zurückhaltend und schüchtern gewesen - „eine Aussenseiterin“. Man habe sie häufig gehänselt, da sie schon immer sehr dünn gewesen sei. Ausserdem habe ihre Mutter ihr „peinliche Kleidung“ angezogen. Ihre Schulnoten seien mittelmässig gewesen. Sie habe sich häufig nicht auf den Unterricht konzentrieren können. Später habe sie eine kaufmännische Ausbildung absolviert. Es habe ihr keinen Spass gemacht, aber „irgendwas musste ich ja machen“. Frau H. sei noch nie mit einem Mann zusammen gewesen. Obschon sie sich eine Partnerschaft wünsche, habe sie auch Angst davor. Ausserdem „wer will schon mit jemanden wie mich zusammen sein“. Sie habe über mehrere Jahre allein in einer kleinen Wohnung im Ausland gelebt. Als ihre Mutter vor fünf Jahren pflegebedürftig geworden sei, habe sie ihre Wohnung aufgegeben, sei zurück in die Schweiz gekommen und ins Elternhaus zurückgekehrt. Seither „lebe ich nur noch für meine Mutter“.

3.5 Traumaanamnese

Frau H. habe bereits als kleines Kind häufig zu ihrer Tante und Onkel gehen müssen. Der Onkel sei ein Bruder von ihrer Mutter. Tante und Onkel hatten zwei Töchter, welche etwas jünger als Frau H. gewesen seien. Zu Beginn seien die Besuche schön gewesen. Frau H. habe erstmals ein Gefühl von Familie erhalten. Man sei zusammen ins Schwimmbad oder zum Wandern gegangen und habe gespielt. Ihr Onkel habe dann – etwa im Alter von 5 bis 6 Jahren – angefangen, sie nach dem Baden besonders abzutrocknen. Dabei habe er sich viel Zeit gelassen und habe sie auch an intimen Stellen berührt. Es sei ihr unangenehm gewesen, wobei sie sich nie etwas dabei gedacht habe. An einem Freitagabend – etwa mit 10 Jahren – sei er zu ihr aufs Sofa gelegen. Die beiden Töchter seien bereits im Bett gewesen, seine Frau ausser Haus. Da sei es zu einem ersten sexuellen Übergriff gekommen. Er habe sie gestreichelt, geküsst und ihre Vagina „untersucht“. Die Übergriffe haben sich immer weiter gesteigert. Sie habe ihn oral befriedigen müssen. Die erste Vergewaltigung sei im Alter von 12 Jahren erfolgt. Die Übergriffe seien mit Schmeicheleien („Du bist meine einzige Prinzessin.“) und Drohungen verbunden gewesen. Er würde sie verraten und „bestrafen“, wenn sie sich gegenüber ihrer Mutter oder seinen Töchtern etwas anmerken lasse. Sie sei nämlich Schuld und man würde sie in ein Heim stecken, in dem noch viel schlimmere Dinge mit „bösen Mädchen“ gemacht werden. Somit habe Frau H. immer geschwiegen. Mit 12 oder 13 Jahren habe er sie erstmals mit in den Keller genommen. Dort habe er sie nackt ausgezogen, gebadet,

an Händen und Füßen gefesselt, um sie wiederholt zu vergewaltigen. Manchmal habe er auch Freunde mitgebracht, die sich an ihr vergangen haben. Wiederholt habe er sie mit den Armen an die Decke gebunden. Sie habe sich nackt auf ein Rohr setzen müssen, welches in ihren After eingedrungen sei. Dabei habe sie immer wieder Schläge erhalten. Mit 15 Jahren sei sie schwanger geworden. Er habe sie zu einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen. Niemand habe je etwas von den wiederholten sexuellen Übergriffen und Vergewaltigungen mitbekommen. Die Übergriffe haben aufgehört, als sie nach der Schule ins Ausland gegangen sei.

3.6 Ressourcenanalyse

Frau H. ist eine intelligente Frau. Sie konnte sich ein eigenes Leben aufbauen, eine Ausbildung erfolgreich abschliessen, selbständig wohnen und arbeiten. Eine besonders wertvolle Ressource sei das Lesen. Wenn sie einen Roman oder eine Biografie lese, dann könne sie darin aufgehen und „vergesse mein schlimmes Leben“. Sie war eingebettet in ein zwar kleines, aber durchaus funktionierendes soziales Netz. Sport, Bewegung, aber auch kreative Tätigkeiten sind wertvolle und haltgebende Strategien im Umgang mit Spannungen. Mit 13 Jahren habe sie sich bekehrt. Seither finde sie einen grossen Halt im christlichen Glauben resp. in der Zuwendung zur Religion. Bis zum Einzug bei ihrer Mutter vor fünf Jahren sei sie aktiv in einer Kirchgemeinde gewesen, in der sie im Chor mitgesungen habe. Aktuell besuche sie keine Gemeinde, da ihr der Weg – ohne Auto – zu weit und aufwändig sei. Frau H. selbst beschreibt sich als „gläubig“.

3.7 Assessment vom 08.10.2011

3.7.1 Ergebnisse des CAPS-Interview

Auf der Checkliste für Lebensereignisse kreuzte Frau H. drei belastende Ereignisse an. Dazu gehörten die ernsthafte körperliche Bedrohung, welche im Punkt 2 erfragt wird, Vergewaltigung (Punkt 3) und der sexuelle Missbrauch vor dem 14. Lebensjahr (Punkt 4). Die Antworten im CAPS bezogen sich dabei mehrheitlich auf Punkt 2, wobei dies immer auch mit Vergewaltigungen verbunden gewesen sei.

Bezogen auf den letzten Monat war die Diagnose einer PTBS erfüllt mit einem Schweregrad von 97 Punkten. Dies entspricht einer extrem schweren Ausprägung (Schubbe, 2006). Die Symptomatik setzte verzögert ein. Frau H. habe etliche Jahre „normal“ leben können. Bei genauerem Nachfragen im Interview wird jedoch sehr rasch deutlich, dass die Flashbacks, das Hypervigilanz erleben und Vermeidung von bestimmten Aktivitäten, Orten und Gedanken seit dem Alter von ca. 18 Jahren bestehen. Sie habe bis zur Rückkehr ins Elternhaus vor fünf Jahren ein so ausgeprägtes Vermeidungsverhalten aufbauen können, dass sie manchmal gedacht habe, die Übergriffe seien „in einem anderen Leben“ oder sogar einer anderen Person passiert. Gleichzeitig haben die Aktivitäten in der Kirchgemeinde, das Gebet und der Gesang Strategien geboten, um die „schönen Dinge“ mehr in den Vordergrund zu stellen. Ihre „Schutzmauern“ seien jedoch durch das Wiedersehen mit dem Onkel in sich zusammengefallen und alles „ist wieder so wie damals“.

Klinisch dominieren im CAPS die Vermeidungssymptome (C6 bis C12) mit 38 Punkten. Frau H. vermeide mit hoher Anstrengung Gedanken, Gefühle, aber auch Orte und Personen (Familie, v. a. den Onkel), welche im Zusammenhang mit den Ereignissen stehen. Sie fühle sich von ihrer Umwelt und von anderen Personen entfremdet, selbst wenn sie sich in einer Gruppe befinde. Daher sei es ihr auch unmöglich, zärtliche Gefühle zu anderen Menschen aufbauen zu können. Sie funktioniere im Kontakt mit Anderen, ohne etwas zu empfinden. Die Wiedererlebenssymptome (B1 bis B5) ergeben 31 Punkte. Sie erlebe die Kellerszenen im Rahmen von Träumen oder am Tage immer wieder neu. Auslösend dafür seien u. a. dunkle Räume oder grosse Männer mit Bärten. Dies führe zu einer ausgeprägten Störung in ihren Aktivitäten. Sie fühle und handle dann so, als ob alles im Hier und Jetzt passieren würde. Bei den Symptomen erhöhten Arousal (D13 bis D17) war ein Summenwert von 28 Punkten gegeben. Sie leide unter schweren Schlafstörungen mit einer Tendenz zur Tag-Nacht-Umkehr. Ausserdem sei sie ausgesprochen angespannt und habe permanente Muskelschmerzen. Ständig fühle sie sich „wie auf der Hut“. Sie sei schreckhaft und versuche, „mich unsichtbar zu machen“. Bei einer Konfrontation mit den Ereignissen verändere sich ihre Atmung dahingehend, dass sie nur noch oberflächlich atmen könne. Körperlich komme sie in eine Erstarrung. Auf psychischer Ebene werden ausgeprägte Angst- und Ekelgefühle („ein Gruus“) spürbar (Schnyder, 1999, S. 19).

3.7.2 RCOPE

Zum ersten Messzeitpunkt erreichte Frau H. auf der Skala „Aktives Vertrauen“ einen Wert von 26 Punkten. Ihr Antwortverhalten war dabei mehrheitlich (11 von 12 Items) ein „trifft nicht zu“. Das bedeutet auf Itemebene, dass sie beispielsweise keinen Trost bei Gott gesucht habe (Item 38). Auch habe sie nicht nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht (Item 42). Die einzige Zustimmung im Sinne eines „trifft zu“ war bei Item 18 gegeben („Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung.“)

Einen höheren Summenwert mit 31 Punkten erreichte sie auf der Skala „Unzufriedenheit mit Gott“. Das Antwortverhalten schwankte dabei zwischen „trifft zu“ und „trifft sehr stark zu“. So war Frau H. sehr stark davon überzeugt, dass Gott sie für ihre Sünden bestrafe (Item 2). Ausserdem stellte sie Gottes Liebe in Frage (Item 28) und fragte sich, ob Gott sie wohl verlassen habe (Item 37). Die „Suche nach sozialer Unterstützung“ (Skala 3) lehnte Frau H. ab (trifft nicht zu). In Folge dessen lag der Summenwert dieser Skala auch nur bei 10. So lehnte sie es beispielsweise ab, seelische Unterstützung von ihrer Kirchgemeinde oder von Geistlichen zu suchen (Item 5 und Item 49). Hinsichtlich der „Lebensveränderung“ (Skala 4) antwortete Frau H., dass sie durch die Religion versucht habe, ein völlig neues Leben aufzubauen (Item 29). Sie schaue auf Gott, um ihrem Leben eine neue Richtung geben zu können (Item 23). Damit erreichte sie auf dieser Skala einen Wert von 13. Die Items auf der Skala „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“ (Summenwert von 9) wurden mit einem „trifft zu“ beantwortet. Sie konzentriere sich auf religiöse Fragen, um nicht über ihre Probleme nachdenken zu müssen (Item 43). Das Gebet habe ihr geholfen, sich von ihren Problemen abzulenken (Item 34). Auf der Skala 6 „Bitte um göttliches Eingreifen“ erreichte Frau H. einen Wert von 14. Insgesamt wurden die Items zustimmend beantwortet. So habe sie Gott Dinge versprochen, damit er ihre Situation verändere (Item 25) oder habe auch mit ihm verhandelt (Item 6).

Insgesamt überwog das negative religiöse Coping mit 23 Punkten (Brief RCOPE negativ). Das positive Coping (Brief RCOPE positiv) war demgegenüber mit 16 Punkten weniger ausgeprägt.

Eine tabellarische Darstellung der Werte findet sich im Kapitel 4 (Tab. 2, Seite 28).

3.7.3 PPR

Zum ersten Messzeitpunkt erreichte Frau H. einen Gesamtwert von 21 Punkten. Auf der Subskala „Neue Möglichkeiten“ ergab sich ein Wert von 3. Das Antwortverhalten lag dabei zwischen „überhaupt nicht“ und „kaum“. Interessen waren nicht mehr vorhanden. Ausserdem sah sie kaum einen neuen Weg in ihrem Leben und konnte fast nichts mehr mit ihrem Leben anfangen. In der „Beziehung zu Anderen“ (Wert von 8) erlebte Frau H. nur sehr begrenzt, dass sie sich auf andere Menschen in schweren Zeiten verlassen konnte. Es bestand keine Verbundenheit zu Anderen. Ihre Gefühle konnte sie kaum noch ausdrücken. Immerhin erlebte sie noch Mitgefühl mit anderen Personen („ziemlich“). „Persönliche Stärken“ erlebte Frau H. „überhaupt nicht“ mehr resp. „kaum“ (Wert von 1). Ihr Leben war ihr überhaupt nicht mehr wichtig, so dass sie auch den einzelnen Tag nicht würdigen konnte (Item 2 und 13). Sie hatte kaum noch Vorstellungen darüber, was ihr im Leben wichtig war (Item 1). Auf der Skala „Wertschätzung“ (Wert von 4) lag ein Antwortverhalten von „überhaupt nicht“ bis „ein wenig“ vor. Frau H. beschrieb, dass sie kein Selbstvertrauen habe (Item 4). Die höchste Zustimmung mit „ein wenig“ fand Item 10 (Umgang mit Schwierigkeiten). Ihre eigene persönliche Stärke war kaum mehr vorhanden. Die Skala „Religiöse Veränderungen“ (Wert von 5) zeigte ein eher zustimmendes Antwortverhalten mit „ein wenig“ und „ziemlich“. Frau H. beschrieb einen ziemlich starken religiösen Glauben und „ein wenig“ Verständnis für religiöse und geistige Dinge.

3.8 Diagnose

Entsprechend des CAPS-Interviews erfüllte Frau H. die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Aufgrund der multiplen sequentiellen Traumatisierungen konnte von einer komplexen PTBS ausgegangen werden. Komorbid bestand eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2). Die Ergebnisse des Beck Depressionsinventars (BDI) sowie anderer Tests werden aufgrund der formalen Vorgaben der Arbeit nicht erwähnt. Obschon Selbstverletzungen vorlagen, die dem Spannungsabbau dienten, konnte differentialdiagnostisch eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen werden.

3.9 Therapieindikation

Aufgrund der vorhandenen komplexen PTBS und komorbider schwerer depressiver Episode war eine Traumatherapie indiziert. Frau H. selbst hatte hinsichtlich der unter 3.7 erwähnten Symptome einen hohen Leidensdruck und war für eine trauma-spezifische Therapie hoch motiviert. Aufgrund der Vielschichtigkeit und der Dauer der Traumatisierungen entschied ich mich für die Durchführung der NET.

3.10 Therapieziele

Die therapeutischen Therapieziele leiten sich von den genannten Zielen der Patientin ab (siehe 3.1: Zuweisungssituation). Dies schloss u. a. auch meine therapeutischen Ziele mit ein. Im Vordergrund stand für mich die Verbesserung der PTBS-Symptomatik durch die NET und damit verbunden eine Verbesserung der depressiven Symptomatik. Aufgrund des geringen Selbstwerterlebens waren selbstwertstärkende Massnahmen mit einem Aufbau der sozialen Kompetenz wesentlich. Frau H. hatte grosse Mühe, sich in ein soziales Netz (Tagesklinikgruppe) zu integrieren, so dass eine Förderung der sozialen Interaktionsfähigkeit indiziert schien. Weiterhin erhoffte ich mir, dass die Patientin durch die nonverbalen Therapieformen (Ergo- und Gestaltungstherapie, Musiktherapie) einen weiteren Zugang zu ihrem Erleben und dadurch einen entsprechenden Ausdruck ihrer Emotionen finden könne. Hinsichtlich der Selbstverletzungen (Ritzen an den Schamlippen, Einführen von spitzen Gegenständen in den After) war für mich der Aufbau von Skills zur Spannungsregulation in Anlehnung an die Dialektisch Behaviorale Therapie nach M. Linehan zentral (Linehan, 1996).

3.11 Therapeutische Beziehungsgestaltung

Frau H. war zu Beginn des Aufenthaltes in der Tagesklinik zurückhaltend, schüchtern und beobachtend. Sie nahm eine „geduckte“ Haltung ein. Auch ihre Körperhaltung spiegelte das Bild eines „geschlagenen Hundes“ wider. Ausserdem sprach sie mit einer leisen Stimme, konnte kaum den Blickkontakt aufrechterhalten. Sie war überaus bestrebt, alles „richtig zu machen“ und zeigte sich schnell verunsichert. Ich - als ihre Therapeutin - war wohl in ihrer Übertragung zu Beginn

eine Autoritätsperson, die Macht über sie hatte und der sie sich unterordnete. Diese sowohl innere als auch äussere Haltung löste bei mir einerseits eine ausgeprägte Fürsorglichkeit aus. In der Gegenübertragung wollte ich sie beschützen, behüten und ihr zusichern, dass alles in Ordnung wird. Ich sah sie als fünf- bis sechsjähriges Kind. Dann gab es andererseits wieder Momente, in denen die unterwürfige Haltung von Frau H. bei mir Aggressionen auslöste. In solchen Augenblicken brauchte es eine eigene hohe Achtsamkeit und Reflexion, um ihr gegenüber keine abwertenden oder verletzenden Bemerkungen abzugeben.

3.12 Therapieverlauf

Frau H. konnte bereits im stationären Rahmen eine unspezifische Traumatherapie beginnen. Das Ziel war die Aneignung von Skills zur Förderung der Emotionsregulation und zum Abbau innerer Spannungen. Darunter konnte Frau H. bereits das selbstverletzende Verhalten eindämmen. Weiterhin stand die Überwindung des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens im Vordergrund. In Anlehnung an die Prolonged Exposure von Edna Foa (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) wurde ein Expositionstraining in vivo durchgeführt. Allein die milieuthérapeutischen Aktivitäten auf der Station stellten zu Beginn eine grosse Herausforderung und somit auch eine Exposition für die Patientin dar. Eine eigentliche Aufarbeitung der Geschehnisse fand hingegen nicht statt.

Nach ausreichender Diagnostik (siehe 3.7: Assessment) sowie Psychoedukation über das Störungsbild erlebte Frau H. bereits eine grössere Kontrollierbarkeit („Ich bin also doch nicht verrückt.“). Sie zeigte sich motiviert für eine traumaspezifische Therapie und war einverstanden mit der Durchführung der NET. Beim Legen der Lifeline brauchte Frau H. ein hohes Mass an Strukturierung. Sie tendierte dazu, sich immer wieder in einzelnen Geschehnissen zu verlieren. In diesen Momenten wurde die Sinnhaftigkeit des chronologischen Vorgehens nochmals sehr klar, eben weil das gesamte Furchtnetzwerk durch einen einzelnen Trigger aktiviert wurde. In den nachfolgenden Sitzungen wurden die unter 3.5 (S. 12 - 13) erwähnten Erfahrungen detailliert bearbeitet. Bei den sich wiederholenden sexuellen Übergriffen wurde jeweils die erste sowie die schlimmste erlebte Situation beleuchtet. Die Foltererlebnisse (Fesseln der Hände, Sitzen auf und Einschieben von Rohren und

Stangen in den After und die Vagina) nahmen dabei eine herausragende Rolle ein. Frau H. habe in der Vergangenheit unter diesen Geschehnissen mit sexueller Erregung und Orgasmen reagiert, was aktuell wiederum massive Schuld- und Schamgefühle sowie Selbstbeschuldigungen zur Folge hatte. An diesem Punkt der Therapie kam es zeitweise auch zu einer Zunahme des selbstverletzenden Verhaltens. Frau H. reagierte mit ausgesprochen grossen Ekelgefühlen, Würgen und Brechreiz, so dass sie mehrere Tage nur unter grösster Anstrengung essen und trinken konnte. Erst im Rahmen einer Bedeutungszuschreibung gewann sie einen Teil ihrer „Selbstachtung“ (Zitat von Frau H.) zurück. Sie habe erkennen können, dass die sexuelle Erregung dazu geführt habe, die Situation erträglicher zu empfinden.

3.13 Therapieabschluss

Am 25.01.2012 endete die NET nach 15 Sitzungen à 90 Minuten. Am Tag darauf erfolgte ein weiteres Assessment mit der Durchführung des CAPS-Interviews sowie das Ausfüllen der Selbstbeurteilungsfragebogen RCOPE und PPR. Eindrücklich war die letzte Sitzung insofern, als dass Frau H. eine andere Frau zu sein schien. Sie hatte ein wenig Make-up aufgelegt und trug eine neue Frisur. Sie wirkte selbstbewusster und präsenter. In meiner Gegenübertragung konnte ich sie mehr als erwachsene Frau wahrnehmen und nicht mehr als Kind, welches es zu beschützen galt. Neben diesen positiven Veränderungen, welche sich auch objektiv im Assessment widerspiegeln (siehe 4: Darstellung der Ergebnisse), ist die Therapie an diesem Punkt nicht abgeschlossen. Eine weiterführende ambulante Therapie ist dringend indiziert. Frau H. ist innerhalb der NET mit ihren Gefühlen in Kontakt gekommen, wobei insbesondere Traurigkeit über das Geschehene, aber auch Wut und Hass auftauchten. Frau H. habe angefangen zu realisieren, dass sie unwiederbringlich einen Teil ihres Lebens „im Schatten“ verbracht habe. Dies löste zwischenzeitlich massive Insuffizienzgefühle vor dem Hintergrund eines nach wie vor deutlich reduzierten Selbstwerterlebens sowie Sinnlosigkeitsgefühle aus. Zusätzlich ist das Erarbeiten einer sinngebenden Zukunftsperspektive dringend notwendig. Frau H. gibt an, dass sie mehr und mehr wahrnehme, dass sie nicht länger bei ihrer Mutter wohnen und diese pflegen möchte. Der Schritt in eine eigene Wohnung oder Wohngemeinschaft ist jedoch weiterhin mit Schuldgefühlen verbunden. Dann

wiederum entstehen innere Anspannungen, wobei sie zum aktuellen Zeitpunkt mehrheitlich ohne selbstverletzendes Verhalten auskommen kann.

3.14 Einschätzung

Die Traumatherapie kann insgesamt als erfolgreich angesehen werden. Dies wird sowohl aus dem Assessment deutlich, als auch aus den Rückmeldungen und phänomenologischen Veränderungen von Frau H.

Für mich stellten die Selbstverletzungen eine therapeutische Herausforderung dar. Ich erlebe in meiner klinischen Praxis häufiger Schnittverletzungen an den Armen oder auch Beinen. Verletzungen an den Genitalien und am After waren mir bis anhin jedoch nicht bekannt. Im Verlauf zeigte sich zudem, dass das Verletzen neben dem Spannungsabbau auch einen erregenden Charakter aufwies. Wie bereits im Therapieverlauf erwähnt (S. 18 - 19), hatte Frau H. ihren ersten Orgasmus im Rahmen der Misshandlungen. Auch in ihrem späteren Sexualleben habe sie nie eine sexuelle Befriedigung ausserhalb von Schmerz und Blut erlebt. Die Bearbeitung der daraus folgenden Schuld- und Schamgefühle waren wesentlich und sind nicht abgeschlossen.

4 Ergebnisse

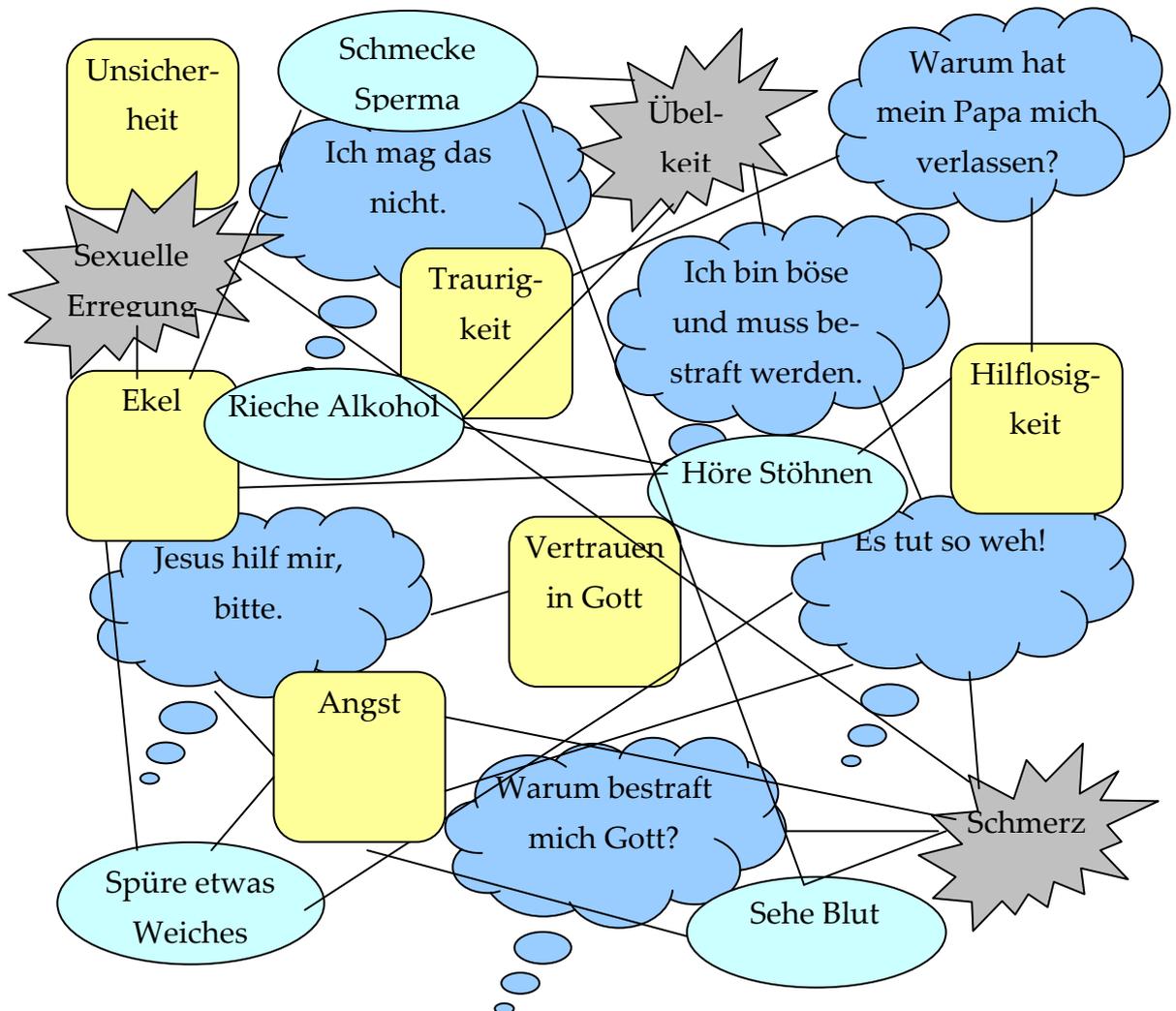
4.1 Auswertung CAPS

Frau H. ist seit dem Säuglings- und Kleinkindalter traumatisiert worden. Dazu gehören neben emotionaler Vernachlässigung durch die Mutter ebenso Gewalterfahrungen durch ihre Eltern im Rahmen des Alkoholismus. Ab dem Alter von 5 Jahren bis zum 16. Lebensjahr erlebte sie zunehmende sexuelle Übergriffe mit Vergewaltigungen, Folter mit sadistischen und pornografischen Elementen, ungewollter Schwangerschaft und einem erzwungenen Schwangerschaftsabbruch.

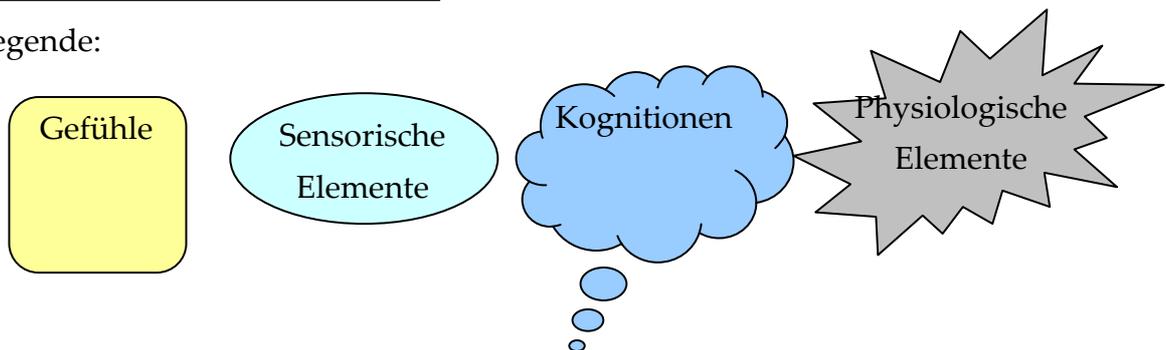
Es fiel Frau H. zu Beginn der NET schwer, sich in die Struktur der Therapie einzufinden. Es war für sie nicht nachvollziehbar, dass der chronologische Aufbau der Erzählung wichtig war. Diesbezüglich brauchte es – auch während der Sitzungen – wiederholt psychoedukative Informationen. Frau H. „hetzte“ durch die einzelnen „Steine“, konnte nur bedingt ihr emotionales Empfinden in Worte fassen. Sie reagierte mit Anspannungszuständen, welche wiederum einen Ausdruck im selbstverletzenden Verhalten fanden. Diesbezüglich half ihr u. a. das tagesstationäre Therapieangebot „Training emotionaler Kompetenzen“ (Berking, 2008). Zudem fand sie im Rahmen der nonverbalen Therapien (insbesondere Musiktherapie, prozessorientiertes Malen) einen Zugang zu inneren Bildern, zu ihrem Erleben und ihren Gefühlen, was in den NET-Sitzungen aufgegriffen werden konnte. Bei den Themen der sexuellen Übergriffe war Frau H. erneut mit massiven Ekelgefühlen konfrontiert. Diese hatten zur Folge, dass sie tagelang nicht essen konnte oder sich nach dem Essen wieder erbrach. Besonders ekelbehaftete Themen wurden z. T. mehrfach durchgearbeitet, was im Verlauf zu einem Rückgang der Symptomatik führte.

In Abbildung 1 ist eine Skizze des Furchtnetzwerkes von Frau H. dargestellt. Die Darstellung der Elemente ist angelehnt an Schauer und Elbert (2010). In der therapeutischen Arbeit war die räumlich-zeitliche Einordnung der einzelnen Elemente aus dem „heissen“ Gedächtnis zentral.

Abb. 1: Elemente des heissen Gedächtnisses



Legende:



Nach Beendigung der NET wurde erneut das CAPS-Interview durchgeführt. Wie bereits unter 3.7.1 (S. 13 - 14) dargestellt, erreichte Frau H. vor Beginn der NET einen CAPS-Wert von 97. Zu diesem Zeitpunkt standen insbesondere die Vermeidungssymptome im Vordergrund. Bei der Austrittsmessung erreichte Frau H. im CAPS-Interview einen Wert von 38. Abgesehen von leichten

Durchschlafstörungen zeigte Frau H. keine weiteren Symptome eines erhöhten Arousal. Die Schlafstörungen traten lediglich noch im Zusammenhang mit belastenden Träumen auf. Nur noch sehr selten erlebte sie eindringliche Erinnerungen. Das Aufsuchen von bestimmten Orten und Plätzen (z. B. Kellerräume, Tiefgaragen) fiel ihr zu dem Zeitpunkt immer noch schwer. Jedoch war sie sich dessen bewusst und suchte die Orte trotzdem auf. Das Wissen und Erleben darüber, dass die Angst bei Konfrontation abnimmt, halfen ihr im Umgang damit. Bei Austritt wurde die Diagnose einer PTBS nicht mehr gestellt, da die erforderlichen Symptome (Kriterien A - F) nicht mehr vollständig vorhanden waren.

4.2 Auswertung der Transkripte

Nach Durchführung der NET wurden die einzelnen Transkripte hinsichtlich der oben dargestellten Fragestellung ausgewertet. Ich konzentrierte mich dabei besonders auf Aussagen, welche sowohl religiöse Copingmechanismen als auch das posttraumatische Wachstum umfassten. Die jeweiligen Bemerkungen wurden dementsprechend den Copingmethoden des RCOPE zugeteilt. Nachfolgend (Kap. 4.3: Auswertung RCOPE) werden ausgewählte Zitate von Frau H. in chronologischer Reihenfolge wiedergegeben. Die Aussagen sind für die jeweilige Sitzung exemplarisch.

4.3 Auswertung RCOPE

Ausgehend von der Fragestellung *„Wie verändern sich die religiösen Copingmechanismen und das posttraumatische Wachstum im Verlauf einer Traumatherapie mit NET?“* (Kap. 1: Einleitung, S. 6) untersuchte ich die Transkripte nach Aussagen, welche als religiöse Copingmechanismen zu verstehen sind.

Die nachfolgenden Aussagen der Patientin wurden in der Durchführung der NET nicht aktiv von meiner Seite gefördert. Die Zitate sind spontan aus dem Gesprächsverlauf heraus entstanden.

Tab. 1: Religiöse Copingmechanismen bei Frau H.

Sitzung/ Datum	Zitat Frau H.	Definition/ Zuordnung zu den RCOPE-Skalen	p/n
3. Sitzung/ 18.10.2011	„Nein. Ich vertraute mich nie jemanden an. Dafür schämte ich mich zu sehr. Ich dachte auch immer, mir glaubt sowieso niemand.“	Suche nach sozialer Unterstützung (3)	n
4. Sitzung 26.10.2011	„Ich bin so böse. Ich werde bestraft. Ich habe es nicht anders verdient.“	Unzufriedenheit mit Gott (2)	n
6. Sitzung 09.11.2011	„Lange dachte ich, dass etwas Böses, Teufliches für all das verantwortlich ist. Mein Onkel in Teufelsgestalt.“	Das Ereignis wird als Tat des Teufels angesehen. (Brief RCOPE)	n
6. Sitzung 09.11.2011	„Ich flehte zu Gott. Immer und immer wieder. Ich wünschte mir, er [Gott] hätte mich damals errettet. Damals im Keller.“	Flehen zu Gott für ein Wunder. Bitte um göttliches Eingreifen (6)	n
7. Sitzung 17.11.2011	„O ja. Sehr häufig fragte ich mich, warum Gott das zulässt. Er ist doch ein liebender Gott, oder? Oft dachte ich, dass dies alles nur ein Märchen ist, das mit dem ganzen Glauben und so.“	Verwirrtheit und spirituelle Unzufriedenheit. Unzufriedenheit mit Gott (2)	n
8. Sitzung 24.11.2011	„Als ich von Gott hörte, war das wie ein Erhört-Werden. Endlich wusste ich, dass ich nicht allein bin. Jesus ist bei mir. Immer und überall.“	Suche nach religiöser Führung, Zuwendung zur Religion	
9. Sitzung 30.11.2011	„Ich habe immer angenommen, dass Gott mich errettet. Ich muss nur warten. Dann wird vielleicht alles gut.“	Passive religiöse Hingabe. Bitte um göttliches Eingreifen (6)	n
10. Sitzung 06.12.2011	„Im Abendmahl [...] da fand ich so etwas wie Befreiung von dem ganzen Schmutz.“	Suche nach spiritueller Reinigung	

Tab. 1: Fortsetzung Religiöse Copingmechanismen bei Frau H.

Sitzung/ Datum	Zitat Frau H.	Definition	p/n
11. Sitzung/ 29.12.2011	„Ich wendete mich ab. Ich wollte nichts mehr von Gott wissen. Er hat mich – wie alle anderen auch – im Stich gelassen. Ich ging weg. Einfach nur weg.“	Selbstbestimmtes religiöses Coping, ohne Gottes Hilfe	
12. Sitzung 04.01.2012	„Ich las in der Bibel. Jeden Tag. Immerzu. Und hoffte so sehr, dass er mir durch sein Wort zeigen könnte, dass wenigstens er mich liebt.“	Suche nach Nähe und Bestätigung durch Gottes Liebe	
13. Sitzung 11.01.2012	„Vor allem beim Singen – ja – dort war ich eins mit Gott. Die Melodien und Texte – sie tun mir einfach gut. Dadurch finde ich Trost“	Aktives Vertrauen in Gott (1)	p
13. Sitzung 11.01.2011	„Mein Glaube verändert sich. Ich glaube jetzt, dass nicht Gott mir das angetan hat. Es war mein Onkel.“	Religiöser Wandel mit Zuwendung zur Religion, Lebensveränderung (4)	p
14. Sitzung 18.01.2012	„Ich werde nie vergessen, was mein Onkel mir angetan hat. Nie. Ob ich ihm jemals vergeben kann, weiss ich nicht. Jetzt kann ich es nicht.“	Religiöse Vergebung, Befreiung von Ärger, Schmerz und Angst (5)	p
15. Sitzung 20.01.2012	„Ich weiss nicht, warum mir das angetan wurde. Aber Gott hat seine Hand darüber. Er weiss es.“	Wohlwollende religiöse Neubewertung des Ereignisses, Aktives Vertrauen in Gott (1)	p

Legende: p = positiv, n = negativ, Strategien ohne „p“ oder „n“ können nicht klar zugeordnet werden, (1) Aktives Vertrauen in Gott, (2) Unzufriedenheit mit Gott, (3) Suche nach sozialer Unterstützung, (4) Lebensveränderung/Transformation, (5) Aufmerksamkeitslenkung auf Religion, (6) Bitte um göttliches Eingreifen.

In meiner Hypothese formulierte ich, dass es im Verlauf der NET zu einer Zunahme des positiven religiösen Copings und zu einem Anstieg des posttraumatischen Wachstums kommt. Aus den Zitaten in Tabelle 1 wird deutlich, dass in der ersten Hälfte der Therapie (etwa bis zur 8./9. Sitzung) das negative Coping überwog. Frau H. sah den langjährigen sexuellen Missbrauch als Strafe Gottes an. Sie gab sich selbst die Schuld daran aufgrund ihres eigenen vermeintlich schuldhaften Verhaltens. Dies änderte sich im Verlauf der NET. Im Rahmen der Aufarbeitung der Geschehnisse kam es zu einer Veränderung, nämlich zu einem religiösen Coping, welches weder klar positiv noch klar negativ einzuordnen ist. Gegen Ende der NET wiederum wurde ein eher positives Coping sichtbar. Frau H. erlebte ihre Ressourcen, so zum Beispiel beim Singen. Gott war nicht länger ein strafendes Gegenüber; sie selbst sah sich nicht mehr als Person an, welche „böse“ war und Strafe verdiente. Die Schuld und Verantwortlichkeit konnten klar dem Täter zugeordnet werden.

Die Veränderung der religiösen Copingmechanismen spiegelte sich bei der Austrittsmessung vom 25.01.2012 wider. Die Darstellung der Skalenwerte findet sich auf Seite 28 in Tabelle 2. Gesamthaft wird deutlich, dass es zu einer Zunahme des Aktiven Vertrauens in Gott kam. Besonders hervorzuheben ist dabei die Veränderung beim Item 38. Vor Beginn der Therapie habe sie keinen Trost bei Gott gesucht, wobei sie zum zweiten Messzeitpunkt mit der Option „trifft sehr stark zu“ das Item beantwortet hat. Im Weiteren kam es zu einer Abnahme der Unzufriedenheit mit Gott. Die eingangs bestehende starke Zustimmung, dass Gott sie für ihre Sünden bestrafe, wurde nunmehr abgelehnt. Im Brief-RCOPE wird deutlich, dass die positiven Copingmechanismen – wenn auch wenig – zugenommen haben. Hingegen kam es zu einer deutlich stärkeren Abnahme der negativen Bewältigungsstrategien (siehe Tabelle 2).

Die genaue Darstellung der Items können im Anhang B nachgelesen werden.

4.4 Auswertung PPR

In der Abschlusssitzung (25.01.2012) formulierte Frau H. Folgendes:

„Die Bilder sind weg. Natürlich kommt manchmal, vor allem nachts noch die Angst. Aber sie macht mich nicht mehr so starr. Ich habe so viel in meinem Leben durchgemacht. Ich habe überlebt. Und die Therapie habe ich auch geschafft. Ich will mich nicht länger lähmen lassen, ich will leben, wirklich leben. Ich will wieder Gemeinschaft mit anderen Menschen pflegen. Ich will wieder eine Gemeinde (Anmerkung: Frau H. meint eine Kirchengemeinde), in der ich eine Heimat finde, wo ich Leute treffe, die dasselbe glauben wie ich. Gestern habe ich das Buch: „Du bist einmalig“ von Lucado gelesen. Es hat mich so berührt. Gott hat mich geschaffen. Er hat von Anfang an um mich gewusst. Wie häufig hatte ich das Gefühl, allein zu sein. Wirklich allein. Aber ich bin es nicht. Jesus ist da. Und ich bin stark. Und wertvoll. Und geliebt. Ich bin ganz ergriffen und berührt. (Weint) Es ist unglaublich und – eben – manchmal ist es noch schwer, das wirklich zu glauben. Aber ich bin auf dem Weg. [...]“

Allein in diesen wenigen Sätzen werden die fünf Bereiche der posttraumatischen Reifung nach Maercker und Langner (2001) deutlich. Frau H. kann sich und ihr Leben mehr wertschätzen, was darin deutlich wird, dass sie sich von Gott geschaffen fühlt. Es ist zumindest das Bedürfnis nach „echten“ zwischenmenschlichen Beziehungen entstanden. Ihre Religiosität war bisher eher institutionalisiert und instrumentalisiert. Während des Tagesklinikaufenthaltes und im Rahmen der Therapie entstand das Bedürfnis nach Gemeinschaft, Kontakt und Begegnung. Zudem wurde sie sich ihrer eigenen Stärke und Kraft gewahr („Ich habe überlebt.“) und konnte neue Möglichkeiten für ihr Leben sehen (Kirchengemeinde suchen, eigene Wohnung nehmen). Auch das spirituelle Bewusstsein hat sich verändert. Sie habe die Liebe Gottes erkennen dürfen.

Die hier dargestellten Veränderungen zeigen sich auch im PPR. Die Veränderungswerte sind in Tabelle 2 abgebildet. Frau H. entwickelte neue Interessen und Möglichkeiten und erlebte eine Richtungsänderung in ihrem Leben. Auch die Beziehung zu anderen Menschen veränderte sich dahingehend, dass sie eine stärkere zwischenmenschliche Verbundenheit wahrnahm und somit auch mehr in Beziehungen investierte. Frau H. bekam ein ziemlich starkes Gefühl dafür, dass ihr Leben wertvoll ist. Jeden einzelnen Tag konnte sie zunehmend würdigen. Damit war

auch ein grösseres Selbstvertrauen verbunden, gerade auch für schwierige Situationen. Nicht zuletzt kam es auch zu einer Veränderung des spirituellen Erlebens. Nicht nur ihr Verständnis für religiöse Dinge war zunehmend, sondern auch ihr persönlicher Glauben.

Tab. 2: Ergebnisse t1 und t2

Fragebögen	t1	t2
CAPS	97	38
RCOPE		
A) Gesamtwert		
B) Subskalen		
a. Aktives Vertrauen	26	35
b. Unzufriedenheit mit Gott	31	22
c. Suche nach sozialer Unterstützung	10	14
d. Lebensveränderung	13	15
e. Aufmerksamkeitslenkung auf Religion	9	7
f. Bitte um göttliches Eingreifen	14	14
g. Brief-RCOPE positiv	16	18
h. Brief-RCOPE negativ	23	16
i. keine Skalenzuordnung	17	22
PPR		
A) Gesamtwert	21	62
B) Subskalen		
a. Neue Möglichkeiten	3	13
b. Beziehung zu Anderen	8	17
c. Persönliche Stärken	1	10
d. Wertschätzung	4	13
e. Religiöse Veränderungen	5	9

4.5 Zusammenfassung

In dieser Falldarstellung wird deutlich, dass sich die religiösen Copingmechanismen im Verlauf der NET ändern. Obschon sich Frau H. vor Beginn der Therapie als „gläubig“ bezeichnete, so zeigte sich anhand des RCOPE, dass die negativen Copingstrategien (auch im Sinne eines strafenden Gottes) im Vordergrund standen. Weiterhin war ihr Glaube – wie bereits oben beschrieben – eher institutionalisiert im Sinne einer religiös-kirchlichen Verankerung. Ihre religiöse Orientierung diente v. a. zur Ablenkung von ihren Problemen. Es war demnach – zumindest teilweise – eine Vermeidungsstrategie. Die Durcharbeitung der Transkripte zeigte im Verlauf dahingehende Veränderungen, dass es zu mehr „neutraleren“ Copingmechanismen kam. Gegen Ende der Therapie, nachdem die „Steine“ durchgearbeitet waren, war es der Patientin eher möglich auf positive Copingstrategien zurückzugreifen. Im Weiteren kam es zu einem deutlichen Rückgang der negativen religiösen Bewältigungsstrategien. Gleichzeitig scheint es so zu sein, dass das posttraumatische Wachstum im Verlauf der Therapie zunimmt. Meine Hypothese lautete, dass es im Verlauf der NET zu einer Zunahme des positiven religiösen Copings und zu einem stärkeren posttraumatischen Wachstum kommt. Anhand dieser Einzelfalldarstellung kann diese somit bestätigt werden. Es kommt sowohl zu einer Zunahme des positiven religiösen Copings als auch zu einem stärkeren posttraumatischen Wachstum. Gleichzeitig nimmt das negative religiöse Coping ab.

5 Diskussion

Entsprechend der Falldarstellung scheint es einen Zusammenhang zwischen religiösen Coping und posttraumatischem Wachstum zu geben. Ich gehe davon aus, dass die Zunahme des positiven religiösen Copings und die Abnahme des negativen Copings ein posttraumatisches Wachstum begünstigt. Leider sind keine kausalen Aussagen über den Zusammenhang zwischen Religiosität und posttraumatischer Reifung möglich. Obschon es Hinweise dahingehend gibt, dass Religiosität ein posttraumatisches Wachstum fördert, so kann auch das posttraumatische Wachstum zu einer Neubewertung der Religiosität führen. Dies beschreiben auch Shaw et al. (2005) in ihrem Review zu Spiritualität und posttraumatischem Wachstum. Religiöse Überzeugungen sowie Verhaltensweisen können sich nach traumatischen Ereignissen verändern. Zwingmann et al. (2006) zeigen, dass Religiosität eine der Hauptressourcen in der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen darstellt. Murken und Reis (2010) untersuchten beispielsweise die Rolle der Religiosität auf Krebserkrankungen. Jedoch ist der Einfluss der Religiosität bei der Bewältigung von psychischen Erkrankungen (z. B. PTBS) noch ein weitgehend unbeforschtes Gebiet (Ahrens et al., 2010).

Da meines Wissens bislang keine vergleichbaren Untersuchungen durchgeführt wurden, gestaltet sich die Einordnung der hier beschriebenen Ergebnisse in die aktuelle Forschungslandschaft schwierig. Zudem können die dargestellten Ergebnisse nur begrenzt verallgemeinert werden. Zum ersten ist dies die Darstellung eines Einzelfalles. Somit kann keine Aussage über eine statistische Signifikanz getroffen werden. Es braucht weitere Untersuchungen darüber, wie sich das religiöse Coping und posttraumatische Wachstum bei anderen Therapieverläufen darstellt. Eine entsprechende quantitative Erhebung ist erstrebenswert. Unklar bleibt ebenfalls, ob und wie sich eine Veränderung des religiösen/spirituellen Copings und des posttraumatischen Wachstums bei nicht-religiösen Patienten darstellt. Obschon sich vielleicht nur Teil der Patienten als „religiös“, „spirituell“ oder „gläubig“ beschreibt, so ist es meiner Ansicht nach wichtig, das jeweilige Glaubenssystem der betroffenen Person zu erfragen, zu erfassen und – wenn möglich – als Ressource zu nutzen.

Zudem fand weder in dieser Arbeit noch in den erwähnten Studien (z. B. Shaw et al., 2005) eine Unterscheidung zwischen den Begrifflichkeiten Religiosität und Spiritualität statt. Dabei gibt es – neben den gemeinsamen Aspekten – auch Unterschiede. Eine feinere Begriffsklärung von religiösen und spirituellen Variablen könnte allenfalls zu klareren Aussagen hinsichtlich des posttraumatischen Wachstums führen (Shaw et al., 2005).

In der Falldarstellung wurde ein deutlicher Rückgang der PTBS-spezifischen Symptomatik deutlich, so dass bei Austritt keine entsprechende Diagnose mehr gestellt wurde. Jedoch bleibt schlussendlich unklar, was zu der Verbesserung geführt hat. Es wurde keine „reine“ NET durchgeführt. Vielmehr war die Therapie eingebettet in ein komplexes tagesstationäres Setting mit einer Vielzahl an Interventionen. Ich gehe demzufolge davon aus, dass die Kombination der verschiedenen Elemente (und nicht die NET allein) zu den oben aufgeführten Therapieergebnissen führte.

Weiterhin stellt sich für mich an dieser Stelle noch die Frage, ob es sich in der hier vorgestellten Falldarstellung tatsächlich um eine Zunahme des religiösen Copings und des posttraumatischen Wachstums handelte, oder ob es vielmehr – durch die Aufarbeitung der traumatischen Lebensereignisse – zu einer neuen Bedeutungszuschreibung kam. Ein wesentlicher Bestandteil der NET ist das Reflektieren der Bedeutungsebene. Daher kann die Änderung der „Schuldfrage“ zumindest teilweise auch als ein Ergebnis der NET angesehen werden, unabhängig vom religiösen Coping resp. posttraumatischen Wachstum. Auch hier wird deutlich, dass es weiterer Untersuchungen bedarf, um diese Frage beantworten zu können.

6 Literaturverzeichnis

- Ahrens, C. E., Abeling, S., Ahmad, S. & Hinman, J. (2010). Spirituality and Well-Being: The Relationship Between Religious Coping and Recovery From Sexual Assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(7), 1242-1263.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Berking, M. (2008). *Training emotionaler Kompetenzen. TEK- Schritt für Schritt*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Cadell, S., Regehr, C. & Hemsworth, D. (2003). Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Proposed Structural Equation Model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Göttingen: Hogrefe.
- El-Khoury, M., Dutton, M., Goodman, L., Engel, L., Belamaric, R. & Murphy, M. (2004). Ethnic differences in battered women's formal help-seeking strategies: A focus on health, mental health, and spirituality. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10, 383-393.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences. Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Fooker, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In: A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 65-85). Heidelberg: Springer.
- Frazier, P. A., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M. & Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 19-30.
- Grubaugh, A. L. & Resick, P. A. (2007). Posttraumatic Growth in Treatment-seeking Female Assault Victims. *Psychiatr Q*, 78, 145-155.
- Lehr, D., Fehlberg, E., Hess, K. & Fix, C. (2007). Wege religiöser Bewältigung – deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE. *Verhaltenstherapie*, 17 (Suppl.1), S. 55.
- Linehan, M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien.
- Lucado, M., Martinez, S. & Herling, G. (2008). *Du bist einmalig*. Haenssler Verlag GmbH.

- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47(3), 153-162.
- Murken, S. & Reis, D. (2010). *Religiosität, Spiritualität und Krebserkrankung*. In C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 321-332). Weinheim: Juventa.
- Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2009). Narrative Exposition. In A. Maercker, (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* (S. 301-318). Berlin: Springer.
- Overcash, W. S., Calhoun, L. G., Cann, A. & Tedeschi, R. G. (1996). Coping with crises. An examination of the impact of traumatic events on religious beliefs. *Journal of Genetic Psychology*, 157(4), 455-464.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In *Religion and the clinical practice of psychology*, E. P. Shafranske (Ed.), pp. 215-239. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy – A Pilot Randomized Controlled Trial with Rwandan Genocide Orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 298-306.
- Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress. Etiology and Treatment. *Journal of Psychology*, 218(2), 109-127.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders*. Cambridge/Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Schnyder, U. (1999). CAPS, Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV. Deutsche Übersetzung Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Universität Zürich. Zürich.
- Schnyder, U. (2007). Posttraumatische Belastungsstörungen. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 1, 45-57.

- Schubbe, O. (2006). Clinician-Administered PTSD-Scale: Auswertung einer deutschen Übersetzung:
<http://www.traumatherapie.de/users/schubbe/schubbe8.html>
(besucht am 06.05.2012).
- Schwartzberg, S. S. & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10*, 270-288.
- Shaw, A., Joseph, S. & Linley, A. (2005). Religion, Spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture, 8*(1), 1-11.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004a). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. & Cann, A. (2007). Evaluating Resource Gain: Understanding and Misunderstanding Posttraumatic Growth. *Applied Psychology: An International Review, 56*(3), 396-406.
- Über den Religionsmonitor:
http://www.religionsmonitor.com/files/Ueber_den_Religionsmonitor.pdf
(besucht am 08.05.2012).
- Zwingmann, Ch. (2005). *Religiosität/Spiritualität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität? Perspektiven für Rehabilitation und Psychotherapie*. Vortrag auf der 10. Arbeitstagung „Empirische Forschung in Psychotherapie und Seelsorge“, Egenhausen.
<http://www.akademieeps.de/download/5375-AT-Zwingmann.ppt> [11.09.2006]
(besucht am 04.05.2012).
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine, 29*, 533-547.

Anhang A

Lifeline Frau H. (Auszug bis 18 Jahre)



1975 Geburt Frau H. in S.



3 Jahre: Reissen an Armen und Beinen; Blut, Alkohol



5 Jahre: Onkel trockenet sie „sorgfältig“ ab, d. h.
Berührung an Vagina, bis 10 Jahre:
Ereignisse mit Berührungen wiederholen sich



Spielen mit Cousinen



10 Jahre: Tod des Vaters, erste sexuelle Übergriffe vom Onkel
bis 12 Jahre: wöchentliche sich steigernde Übergriffe



12 Jahre: Erste Vergewaltigung auf Sofa



13 Jahre: Beginn der Folter im Keller mit Vergewaltigung
vom Onkel und fremden Männern



13 Jahre: Bekehrung zum christlichen Glauben über Pastor



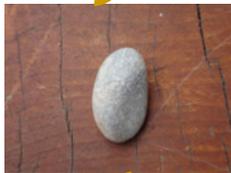
15 Jahre: ungewollte Schwangerschaft nach Vergewaltigung



15 Jahre: erzwungener Schwangerschaftsabbruch



16 Jahre: Freundin aus Kirchgemeinde



bis 18 Jahre: weitere sexuelle Übergriffe,
Vergewaltigungen und Folter



Anhang B

Fragebogen Religiöse Bewältigung (RCOPE)

Skalen	t1	t2
Aktives Vertrauen in Gottes Beistand		
3 Ich habe versucht, ohne Gottes Hilfe selbst mit der Situation zurechtzukommen.	2	2
7 Ich habe versucht, mit Gott zusammen der Situation einen Sinn zu geben.	2	3
10 Ich habe darauf vertraut, dass Gott mit mir ist.	2	3
12 Ich habe darauf vertraut, dass Gott an meiner Seite sein würde.	2	3
14 Ich habe mit Gott zusammengearbeitet, um meinen Kummer zu erleichtern.	3	4
15 Ich habe zu Gott aufgesehen, um Stärke, Unterstützung und Führung zu erfahren.	2	3
16 Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung.	3	3
20 Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen.	2	2
22 Ich habe partnerschaftlich mit Gott zusammengearbeitet.	2	3
38 Ich habe Trost bei Gott gesucht.	2	4
42 Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht.	2	3
46 Ich habe versucht, der Situation einen Sinn zu geben, ohne mich auf Gott zu verlassen.	2	2
Unzufriedenheit mit Gott		
1 Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt.	3	2
2 Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft.	3	2
4 Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft.	4	2
8 Ich habe mich gefragt, ob Gott wirklich fürsorglich ist.	3	3
19 Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war.	3	2
28 Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt.	4	3

Skalen	t1	t2
36 Ich war wütend, dass Gott meine Gebete nicht erhört hat.	4	3
37 Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat.	4	3
45 Ich hab mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt.	3	2
Suche nach sozialer Unterstützung		
5 Ich habe die seelische Unterstützung von Geistlichen gesucht.	2	3
11 Ich habe die Leitung meiner Kirchgemeinde gebeten, mich in ihre Gebete einzuschliessen.	2	2
13 Ich habe Liebe und Anteilnahme von den Mitgliedern meiner Kirchgemeinde gesucht.	2	2
33 Ich habe andere gebeten, für mich zu beten.	2	4
49 Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchgemeinde gesucht.	2	3
Lebensveränderung/Transformation		
23 Ich habe auf Gott geschaut, um eine neue Richtung für mein Leben zu finden.	3	3
29 Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden.	3	2
30 Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht.	1	1
32 Ich habe Gott gebeten, mir zu helfen, eine neue Bestimmung im Leben zu finden.	2	3
40 Ich habe bei Gott eine neue Bestimmung in meinem Leben gesucht.	2	3
41 Ich habe dafür gebetet, dass sich mein Leben komplett verändert.	2	3
Aufmerksamkeitslenkung auf Religion		
9 Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen.	3	2
34 Ich habe gebetet, um mich von meinen Problemen abzulenken.	3	3
43 Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken.	3	2

Skalen	t1	t2
Bitte um göttliches Eingreifen		
6 Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert.	3	3
17 Ich habe Gott inständig gebeten, dass alles ein gutes Ende nehmen wird.	3	3
25 Ich habe Gott etwas versprochen, damit er die Umstände verbessert.	3	2
31 Ich habe für ein Wunder gebetet.	2	3
35 Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht.	3	3
Brief RCOPE positiv		
18 Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht, mich zu stärken.	2	3
20 Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen.	2	2
39 Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten.	3	3
42 Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht.	2	3
43 Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken.	3	2
47 Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen.	2	2
48 Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht.	2	3
Brief RCOPE negativ		
1 Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt.	3	2
2 Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft.	3	2
24 Ich habe mich gefragt, ob meine Kirchgemeinde mich im Stich gelassen hat.	3	3
27 Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist.	3	1
28 Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt.	4	3
37 Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat.	4	3

Skalen	t1	t2
45 Ich hab mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt.	3	2
Items, die keiner Skala zugeordnet sind		
21 Ich versuchte, mir durch geistliche Lieder vor Augen zu halten, dass ich bei Gott geborgen bin.	3	4
26 Ich habe versucht, in Liedern über Gott Hilfe und neue Hoffnung zu finden.	3	4
44 Ich habe in geistlicher Musik Ruhe und Erleichterung gesucht.	3	4
50 Ich habe Trost in geistlicher Musik und Liedern gesucht.	2	2
51 Ich habe meine Situation als Teil von Gottes Plan angesehen.	1	2
52 Ich habe versucht herauszufinden, was Gott mich durch dieses Ereignis lehren möchte.	3	3
53 Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott mich in dieser Situation stärken möchte.	2	3

Legende: 1 „trifft überhaupt nicht zu“, 2 „trifft nicht zu“, 3 „trifft zu“, 4 „trifft stark zu“.

Anhang C

Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR)

Skalen	t1	t2
Neue Möglichkeiten		
3 Ich entwickelte neue Interessen.	1	3
7 Ich beschritt einen neuen Weg in meinem Leben.	1	2
11 Ich fange mehr mit meinem Leben an.	1	3
14 Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar.	0	2
17 Ich bin mehr dazu geneigt, Dinge zu verändern, die geändert werden müssten.	1	3
Beziehung zu Anderen		
6 Ich weiss jetzt, dass ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann.	1	2
8 Ich entwickelte einen Sinn für die Verbundenheit mit anderen.	0	2
9 Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken.	1	3
15 Ich habe Mitgefühl mit Anderen.	3	3
16 Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen.	1	3
20 Ich erfuhr eine Menge darüber, wie gut Menschen sind.	0	2
21 Ich akzeptiere, dass ich andere brauche.	2	2
Persönliche Stärken		
1 Ich habe neue Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig und vorrangig ist.	1	3
2 Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wertvoll mir mein Leben ist.	0	3
13 Ich würdige jeden Tag.	0	4
Wertschätzung		
4 Ich entwickelte ein Gefühl des Selbstvertrauens.	0	4
10 Ich weiss jetzt, dass ich mit Schwierigkeiten umgehen kann.	2	3
12 Ich kann besser akzeptieren, dass ich auf die Entwicklung, die viele Dinge nehmen, keinen Einfluss habe.	1	3

Skalen	t1	t2
19 Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte.	1	3
Religiöse Veränderungen		
5 Ich habe jetzt ein grösseres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.	2	4
18 Ich habe einen stärkeren religiösen oder spirituellen Glauben.	3	5

Legende: 0 „überhaupt nicht“, 1 „kaum“, 2 „ein wenig“, 3 „ziemlich“, 4 „stark“, 5 „sehr stark“.