

Traumatherapie mit Einsatzkräften – Anmerkungen eines Praktikers

Ulrich Kerzbeck

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit stellt ein aus der ambulanten Praxis entstandenes heuristisches Modell vor, das Hinweise zum Entstehen von Traumafolgestörungen bei Einsatzkräften, insbesondere bei Soldat*innen, gibt. Anhand verschiedener, sehr unterschiedlicher Einflussfaktoren soll verdeutlicht werden, dass sowohl die gängige klassifikatorische Diagnostik als auch die alleinige Ausrichtung der Therapie an dem gegenwärtigen neuro-physiologischen Erklärungsmodell zur Stressverarbeitung bei PTBS für Einsatzkräfte zu kurz greift. In Ergänzung zu dem PTBS-Standardmodell wird ein innerer Konflikt postuliert, bei dem erlebte oder potenzielle Todesnähe als „existenzielle Grenzerfahrung“ mit dem soldatischen Selbstbild kollidiert und in der Folge bei den Betroffenen zu Wertverschiebungen, klinischen Symptomen und Problemen im Umgang mit sich und anderen Menschen führen kann. Darauf aufbauend werden einige Hinweise zum therapeutischen Vorgehen gegeben.

Stichwörter: PTBS, Einsatzkräfte, Soldat*innen, Bundeswehr, Jaspers, Grenzsituationen, innere und äußere Konflikte, Wertverschiebung, „moral injury“, ambulante Therapie, Krieg, Gesellschaft, Risikofaktoren, Diagnostik, Rahmenbedingungen, Zugehörigkeit

Trauma Therapy with Military Personnel: practical observations

Abstract: This article presents a heuristic model, developed from out-patient practice, which provides indications concerning the development of post-traumatic disorders in security forces, particularly soldiers. With the aid of various, strongly diverging influencing factors, will be demonstrated that the routine diagnoses using classification systems, as well as the orientation of therapy exclusively on the current neuro-physiological explanatory model for dealing with PTBS in combat soldiers is inadequate. In addition to the standard model of PTBS, an inner conflict is postulated, in which experienced or potential mortal danger as an existential borderline experience collides with the self-image of the soldier, as a consequence can lead to a shifting of values, clinical symptoms and difficulties in relating to others. On this basis, recommendations for therapy are provided.

Keywords: PTBS, combat troops, soldiers, German Army, Karl Jaspers, borderline situations, inner and outer conflicts, shift in values, moral injury, outpatient therapy, war, society, risk factors, diagnosis, framework, belonging

Dieser Artikel richtet sich an Behandler*innen, Betroffene und deren Angehörige. Er wurde nicht für ein ausschließlich wissenschaftliches Publikum verfasst. In zwei weiteren Artikeln soll zum einen näher auf die konkrete Therapie, zum anderen auf theoretische Fragen eingegangen werden.

Personen, die bei der Bundeswehr, der Polizei, dem Rettungsdienst, der Feuerwehr, als Feuerwerker*innen, Kriegsberichterstatter*innen, Notärzt*in

u. a. m. arbeiten, sind dauerhaft oder zumindest vorübergehend extremen Stressbedingungen ausgesetzt. Daher können auch Personen, die freiwillig in einem Hochrisikoberuf arbeiten, Symptome einer PTBS oder anderer psychischer Störungen entwickeln (z. B. Hallenberger, 2003; Wittchen et al., 2012; Teegen & Grotwinkel, 2001). Erleben diese Personen traumatische Ereignisse im Sinne der gültigen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM5),

entstehen Probleme, die in Teilen anders sind als bei anderen traumatisierten Personen, wie z. B. Missbrauchsoffern, und die daher auch in Teilen ein anderes therapeutisches Vorgehen erfordern.

Bei dem hier vorgestellten Modell handelt es sich um ein heuristisches Rahmenmodell, das aus Einzelfallanalysen in der Arbeit mit im Einsatz geschädigten Soldat*innen entstanden ist. Es liefert einen Begründungszusammenhang verschiedener Faktoren, deren Beachtung sich in der Therapie mit den Betroffenen bewährt hat, allerdings noch hypothetisch und sicherlich nicht vollständig ist. Das Modell entstand „in der Schlammlzone“ der täglichen Arbeit mit traumatisierten Soldat*innen (ist aber nach meiner Erfahrung auch für andere Hochrisikogruppen anwendbar). Der Blick des Praktikers „auf Augenhöhe“ auf traumatisierte Personen sowie deren individuelle und biografische Entwicklung von Problemen ist immer umfassender und bezogen auf den Einzelfall genauer – aber auch subjektiver –, als es der wissenschaftlich-empirische Blick „von oben“ sein kann. Das reflektierte Erfahrungswissen des Praktikers stellt daher meines Erachtens eine Ergänzung des evidenzbasierten Wissens dar – im besten Fall liefert es Anregungen für weitere Forschung.

Soldat*innen stellen auch für erfahrene Traumatherapeut*innen eine besondere Herausforderung dar. Die Arbeit als Soldat*in ist hierarchisch in Form von Dienstgraden und Dienstgradgruppen organisiert, wobei den jeweiligen Dienstgraden bestimmte, klar definierte Funktionen zugeordnet sind; sie unterliegen einer Befehlskette von oben nach unten; sie bedienen sich einer soldatischen Sprechweise, die zur Vereinfachung der Kommunikation sehr viele Abkürzungen enthält und für Außenstehende praktisch nicht verstehbar ist; für sie sind Werte wie Loyalität, Gewissenhaftigkeit oder Zuverlässigkeit in besonderem Maße für sie selbst und ihre Arbeit wichtig. Dies und weiteres mehr macht es gerade für Psychotherapeut*innen, die nicht aus einem militärischen Kontext kommen, oft schwer, einen Zugang zu diesem speziellen Personenkreis zu finden.

Der vorliegende Artikel verfolgt daher mehrere Ziele:

1. Er soll Kolleg*innen ermutigen, sich mit diesem Klientel auseinanderzusetzen. Um dies erfolgreich tun zu können, sind ein grundlegendes Verständnis der Probleme dieser Personen, ein „roter Faden“ für Diagnostik und Therapieplanung sowie Hinweise für die konkrete Therapie nötig. In diesem Artikel liegt der Schwerpunkt zunächst darauf, ein Verständnis für betroffene Soldat*innen zu bekommen, für ihre besonderen Nöte, Bedürfnisse und Anliegen, um im Anschluss einige Hinweise für die Therapie zu geben.
2. Er soll gleichzeitig den betroffenen Soldat*innen helfen, sich selbst besser zu verstehen. Der Artikel ist daher so geschrieben, dass er (abgesehen von einigen Fachbegriffen) in den zentralen Punkten auch von Betroffenen und deren Angehörigen gelesen und verstanden werden kann. Er kann damit als Grundlage sowohl für Therapeut*innen als auch für Soldat*innen dienen, miteinander über wichtige Punkte ins Gespräch zu kommen.
3. Er soll ein Bewusstsein dafür schaffen, dass die Reduzierung der Kernprobleme der Betroffenen auf eine klinisch-klassifikatorische Symptombeschreibung diesen bei weitem nicht gerecht wird. Anders formuliert: Das (natur-)wissenschaftlich fundierte neuro-physiologische Stressverarbeitungsmodell als Grundlage der PTBS-Diagnose ist notwendig, aber nicht hinreichend zur Erklärung der besonderen Probleme dieser Patient*innen.
4. Er soll Anregungen für Praktiker*innen geben, sich mit diesem Modell auseinanderzusetzen und es gegebenenfalls auch zu widerlegen oder zu verwerfen. In meiner Arbeit bewährt es sich. Ob es dies auch für andere tut, bleibt abzuwarten. Ich bin daher dankbar für Kritik, Anregungen und Diskussionen.

Zentrale Annahmen

1. Überschreitet eine Soldat*in während einer *existentiellen Grenzerfahrung in einer traumatischen Situation* die *individuelle Belastungsgrenze* und erlebt Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Kontrollverlust, geraten diese Gefühle in massiven Widerspruch zum *idealen soldatischen Selbst*, das im *Funktionsmodus* eine Hauptquelle hat. Es entsteht ein innerer Konflikt, der verleugnet werden muss, um das *Selbstbild* und damit das *Selbstwertgefühl* aufrechtzuerhalten,

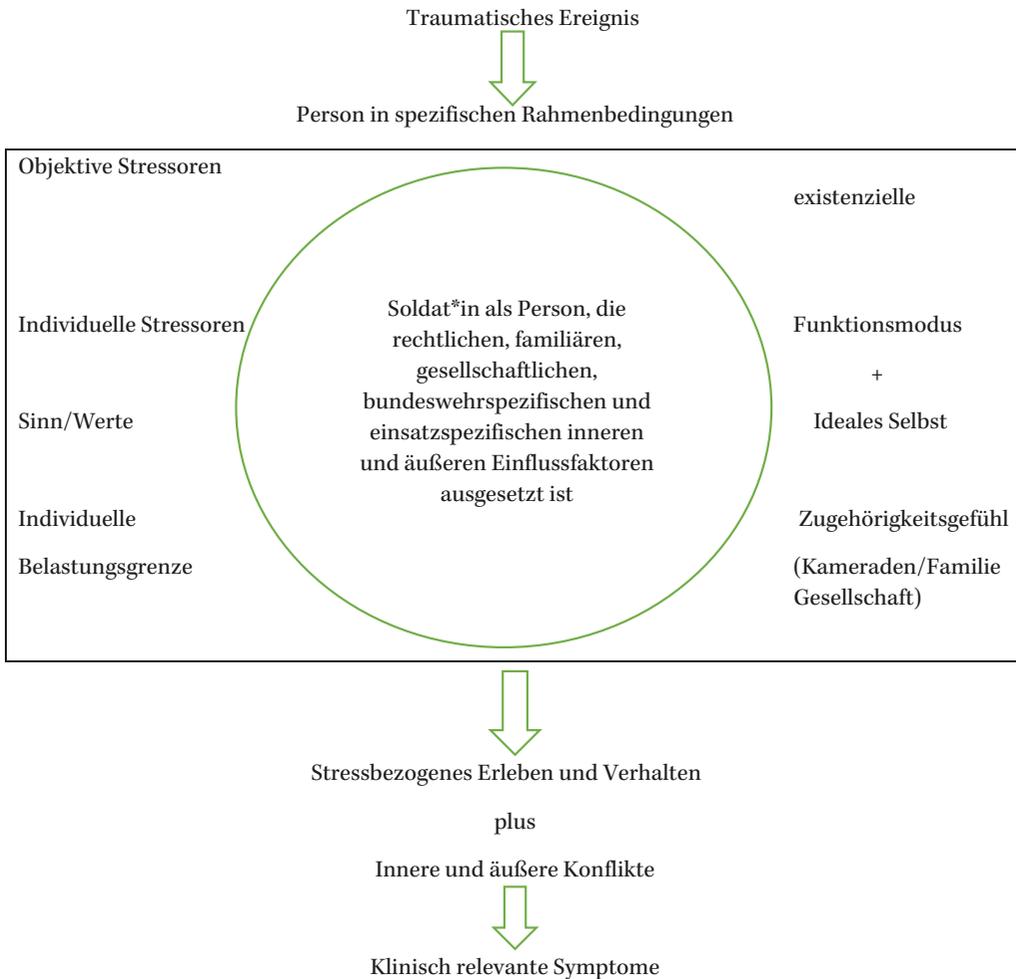


Abbildung 1: Einflussfaktoren

- das paradoxerweise größtenteils aus dem *Funktionieren-Können* und *-Müssen* in *potenziell gefährlichen Situationen* resultiert.
2. Verschiedene Faktoren führen zu einer *Wertverschiebung* innerhalb der Person, die dazu beiträgt, dass traumatisierte Soldat*innen in sich selbst, innerhalb der Familie und der Bundeswehr sowie auch in der Gesellschaft „*ihren Ort der Zugehörigkeit*“ verlieren.
 3. Zusätzlich gibt es die *stressbezogenen Symptome der PTBS* (Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidung).

Traumatisches Ereignis: Nach dem zurzeit gültigen Klassifikationssystem psychischer Störungen ICD-10 ist ein traumatisches Ereignis wie folgt definiert: „Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophenartigem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde“. Darunter fallen u. a. Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, Kriegserlebnisse, schwere Unfälle, Überfälle, körperliche Gewalt, Folter, Tod eines*einer nahen Angehörigen, technische/Naturkatastro-

phen. Der Traumabegriff hat darüber hinaus eine lange Geschichte (Wendt, 2011; Kloocke, Schmiebach & Priebe, 2005) und unterliegt einer eigenen gesellschaftspolitischen Entwicklung, auf die hier jedoch nicht weiter eingegangen werden kann (Goltermann, 2009; Hacking, 1996).

Wie die meisten nicht-traumatisierten Menschen leben auch Angehörige von Hochrisikoberufen in verschiedenen, im Alltag sehr funktionalen „Illusionen“, namentlich der Illusion der Kontrollierbarkeit, der Vorhersagbarkeit und der Unversehrtheit/Unsterblichkeit (s. a. Janoff-Bulman, 2015). Bei Angehörigen der genannten Berufsgruppen werden diese Illusionen durch ein spezielles Training im Umgang mit potenziell traumatisierenden Situationen noch verstärkt. Wir alle glauben mehr oder weniger ausgeprägt, dass wenn wir bestimmte Dinge tun und uns an bestimmte Regeln halten, wir unsere Umwelt in Grenzen unter Kontrolle haben und daher auch vorhersagen können, was passieren wird. Darüber hinaus wissen die meisten Menschen (unabhängig davon, was sie beruflich machen), dass sie irgendwann sterben müssen. Doch dieses Wissen ist abstrakt, weit weg, nicht wirklich real. Für Personen, die mit Glück einen Verkehrsunfall überlebt haben, auf die geschossen worden ist oder die einen toten Kameraden aus einem angesprengten Fahrzeug bergen mussten, ist der Tod keine abstrakte Größe mehr, sondern kann zu verkörpertem Wissen um die eigene Endlichkeit werden. Traumatisierte Personen sind im wahrsten Sinne des Wortes desillusioniert. Sie haben die konkrete Erfahrung gemacht, dass sie keinerlei Kontrolle in einer für sie traumatischen Situation haben und dieser absolut hilflos ausgeliefert sind, ohne die Möglichkeit, diese mit den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten aktiv zu verändern (van der Kolk, 2019). Und sie können nicht mehr hinter diese einmal gemachte Erfahrung zurücktreten (s. u. den Abschnitt „Existenzielle Grenzerfahrung“), sondern müssen lernen, *mit* dieser Erfahrung zu leben.

Person: Als Psychotherapeut spreche ich in einer Einzeltherapie als einzelne Person zu einer anderen einzelnen Person – und nicht von Mensch zu Mensch. Als Person bin ich natürlich immer auch Mensch als biologisches Lebewesen einer bestimmten Säugetierart, die evolutionär entstanden ist und die unter Stress Symptome psychischer Störungen entwickeln kann. Darüber hinaus bin

ich (ebenso wie mein Gegenüber in seiner Rolle als Patient*in) aber auch ein zeitgeistabhängiges, historisch-gesellschaftlich und familiär bedingtes Individuum, das obendrein bestimmten aktuellen rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen genügen muss, um meiner Rolle im Gesundheitssystem (und anderen Rollen in der Gesellschaft) gerecht werden zu können. Der Personenbegriff steht daher für eine Haltung, die einen umfassenderen Blick auf Patient*innen und Entstehung von psychischen Störungen erlaubt, als es der Begriff „Mensch“ tun könnte (Fuchs, 2002; siehe Abschnitt „Rahmenbedingungen“).

Innere und äußere Einflussfaktoren als spezifische Rahmenbedingungen

Rechtliche Einflussfaktoren: Soldat*innen sind als „Bürger in Uniform“ wie jeder andere deutsche Bürger dem Grundgesetz verpflichtet. Das bleibt auch so während eines Einsatzes. Hinzu kommen bundeswehrinterne Rechtsvorschriften, für deren Einhaltung die Disziplinarvorgesetzten verantwortlich sind. Zudem unterliegen Soldat*innen im Einsatz den Rechtsvorschriften des Einsatzlandes sowie den Genfer Konventionen, der Haager Landkriegsordnung sowie anderen international gültigen Gesetzen, die regeln, was Soldat*innen tun dürfen und was nicht, die sogenannten „rules of engagement“. Rechtsstaatliche Grundsätze als ein Grundpfeiler einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung sollen auch in einem Einsatz Geltung haben. Die Werte dieser Grundordnung zu verteidigen, dafür haben Soldat*innen einen Eid abgelegt, zu dem sie auch stehen und für den sie auch einstehen wollen – notfalls mit ihrem Leben. Mit dieser Grundhaltung gingen und gehen deutsche Soldat*innen in die Einsätze, um dann z. B. in Afghanistan festzustellen, dass ihre erklärten Gegner, die Taliban, sich an keinen einzigen dieser Grundsätze halten und keine der Regeln befolgen, die für Soldat*innen rechtlich gelten. Stattdessen haben die Taliban völlig andere, auf anderen Werten beruhende Gründe, ihr eigenes Leben und notfalls das ihrer eigenen Gruppenmitglieder und auch der Zivilbevölkerung zu opfern, um ihre Werte zu verteidigen. Hinzu kommt in einem Einsatzland wie Afghanistan oder Mali der Kontakt mit Armut, Elend, Ungleichbehandlung von Männern und Frau-

en, anderen gesellschaftlichen Grundwerten u. a. m. Dieser Zusammenprall völlig unterschiedlicher kultureller Rahmenbedingungen trägt bei einigen einsatzgeschädigten Soldat*innen zu einer Werteverschiebung bei, die einen Teil der Probleme ausmachen, wenn diese wieder zu Hause Fuß fassen wollen (s. a. Biesold & Barre, 2013).

Familiäre Einflussfaktoren: Einer der Soldaten, mit dem ich gearbeitet habe, sagte einmal: „Ich würde jederzeit wieder in den Einsatz gehen – aber nur noch als Single. Soldat sein und in den Einsatz gehen und gleichzeitig Familie haben schließen einander aus. Könnte ich nochmal von vorne anfangen, würde ich diese Belastung niemandem mehr zumuten wollen“. Die Idee, nur als Single in den Einsatz gehen zu wollen, teilen viele Bundeswehrangehörige in dieser Konsequenz so sicherlich nicht. Besonders nicht die mit Partner*in und Kindern. Trotzdem wissen fast alle aus dem Einsatz zurückkommenden Soldat*innen und auch fast alle Angehörigen, dass etwas Wahres in dem zweiten Teil dieser Aussage liegt, wenn sie ganz ehrlich zu sich sind. Die häufig entstehenden massiven zwischenmenschlichen Probleme zwischen Betroffenen und Angehörigen können an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden (siehe dazu Wizelmann, 2009; Zimmermann, Rose, Köhler, Jensen & Alliger-Horn, 2016). Die zwischenmenschlichen Probleme sind ein eigenes Thema mit einer eigenen Dynamik, spielen jedoch in der Therapie eine wesentliche Rolle im Sinne des Gefühls von Zugehörigkeit.

Gesellschaftliche Einflussfaktoren: Viele durch einen Einsatz geschädigte Betroffene haben das Gefühl, sie hätten einen Stempelaufdruck auf der Stirn, auf dem für alle sichtbar steht: MÄNGEL-EXEMPLAR. Das liegt nicht nur daran, dass sie nicht mehr so „funktionieren“ wie vorher, sondern oftmals daran, dass sie sich nicht mehr „ver-orten können“. Sie haben das Gefühl, dass sie in sich und in der Welt ihren Ort verloren haben – den Platz, wo sie hingehören, an dem ihr emotionales und identitätsstiftendes Zentrum ist. Innerlich fühlt es sich wie eine große Selbstunsicherheit an, bezogen auf die Umwelt fühlt es sich an, als ob sie ihre Daseinsberechtigung (sowohl im Dienst als auch im Zivilen) verloren hätten, wie enturzelt oder haltlos (s. a. Junger, 2017). Schon 2010 stellte Jens Warburg fest:

„Den Soldaten wird ein Spagat abverlangt, wenn sie ... gleichzeitig oder doch zumindest zeitnah ihr Handeln an Normen ausrichten sollen, die sie befähigen sollen, Menschen zu verletzen und zu töten und andererseits darauf, Menschen zu helfen. ... In diesem Sinne wird den Soldaten im Kriegseinsatz möglicherweise eine Paradoxie auferlegt und möglicherweise ein Zuviel an Flexibilität abverlangt. (Warburg, 2010; siehe zu demselben Problem auch Koehler, 2010)

In seinem Buch „Deutsche Krieger“ (Neitzel, 2020) kommt der Historiker Sönke Neitzel u. a. zu dem Schluss, dass auf Bundesebene die politische Führung bis heute keine klare Haltung dazu entwickelt hat, welche Art von Armee denn gewollt ist: eine, die Kampfhandlungen anderer Nationen im Bündnisfall (mit-) unterstützt oder eine, die aktiv (mit-) kämpfen soll (Neitzel, 2020). Diese fehlende klare Positionierung der Politik stellt gerade für die Soldat*innen eine zusätzliche Belastung dar, die aktiv an Kampfhandlungen beteiligt waren, aus diesen an Leib und Seele verwundet wieder zurückgekommen sind und dann den Sinn ihres Einsatzes kritisch hinterfragen. Zudem ist durch den Wegfall der Wehrpflicht und die Einführung einer Berufsarmee eine weitgehende Entkopplung von soldatischem und zivilem Leben eingetreten (Frevert, 2018). Viele Deutsche stehen dem Afghanistaneinsatz zudem kritisch bis ablehnend gegenüber – allerdings nicht der Bundeswehr als solcher (Biehl, Höfig & Wanner, 2015). So lehnen 43 % der Deutschen den Einsatz in Afghanistan ab, 26 % befürworten ihn, der Rest hat keine eindeutige Meinung hierzu. Von 2008 bis 2014 stieg der Anteil derer, die den Einsatz in Afghanistan als Misserfolg bewerten, von 17 auf 38 %. 57 % der Deutschen lehnen es darüber hinaus ab, dass die Bundeswehr sich noch einmal an einem Einsatz wie in Afghanistan beteiligen sollte. Soldat*innen haben geschworen, notfalls mit ihrem Leben die freiheitlich-demokratischen Grundwerte und -rechte zu verteidigen, das schließt auch die Grundrechte derer ein, die den Soldat*innen ablehnend gegenüberstehen. Die häufig von Betroffenen erlebte mangelnde Akzeptanz oder gar Abwertung ihrer Arbeit in der Gesellschaft trägt zur Desillusionierung bei und lässt die Betroffenen die Sinnhaftigkeit ihres Tuns hinterfragen. Auch dieser Punkt trägt zu einer Werteverschiebung und manchmal auch zu einer Verbitterung bei.

Bundeswehrspezifische Einflussfaktoren:

Wenn Soldat*innen in einem Einsatz eine psychische und/oder körperliche Schädigung erleiden, können sie einen Antrag auf Wehrdienstbeschädigung (Wdb) stellen. Wird diesem stattgegeben, wird wehrpsychiatrisch festgelegt, wie groß der Grad der Schädigung in Prozent ist. Ab einer Schädigung von 50 % bekommen Betroffene eine Einmalzahlung als Entschädigung (bis 50 % gibt es keine solche Zahlung). Alle anerkannten Einsatzgeschädigten kommen darüber hinaus in die sogenannte Schutzzeit. In dieser bekommen sie weiter ihre vollen Bezüge, bekommen alle Reha-Maßnahmen, die notwendig sind, wie Physiotherapie, Sporttherapie, Psychotherapie (ambulant, stationär, teilstationär) etc. – und zwar so lange, bis sie wieder dienstfähig sind oder klar ist, dass sie nicht wieder dienstfähig werden können. Dies kann je nach Chronifizierungsgrad der Symptome über viele Jahre hinweg erfolgen. Diese und viele andere Regelungen sind im „Einsatzweiterverwendungsgesetz“ geregelt. Die Bundeswehr tut in dieser Hinsicht sehr viel für die Soldat*innen, was die meisten Betroffenen auch genauso sehen. Die Auseinandersetzung mit diesem Verfahren bedeutet jedoch vor allem in der Phase, in der noch nicht klar ist, ob die Wdb anerkannt wird, für viele Betroffene zusätzlichen Stress – in Form von Ängsten darüber, wie es finanziell weitergeht, ob sie die Bundeswehr verlassen oder bleiben sollen; und wenn sie bleiben in welcher Verwendung u. a. m. Zudem können Konflikte zwischen Betroffenen und der Bundeswehr darüber entstehen, welche Ansprüche angemessen sind und welche nicht. Dies alles führt bei Betroffenen zu Ängsten, manchmal auch zu Frustration und Enttäuschung bis hin zur Verbitterung und stellt regelmäßig ein wichtiges Thema in der Therapie dar.

Einsatzspezifische Einflussfaktoren: Wenn Kampftruppen im Einsatz einen Auftrag erledigt haben und manchmal erst nach Tagen wieder in den geschützten Raum des Lagers zurückkehren, gibt es auch dort nur eine relative Sicherheit, da auch das Lager immer wieder mit Raketen u. a. beschossen wird oder Selbstmordattentäter versuchen, in das Lager zu gelangen. Der Stresspegel fällt also während des gesamten Einsatzes auch im Lager nie wirklich ab. Alkohol und/oder Sport können kurzfristig Erleichterung verschaffen, be-

seitigen aber in der Regel nicht die Angst und die Wut (auf die Taliban und andere Gegner, auf unverständliche Entscheidungen von Vorgesetzten und manchmal auf sich selbst wegen tatsächlichen oder potenziellen Fehlern u. a. m.; zum verstärkten Alkoholkonsum im Einsatz s. a. Willmund et al., 2020; Biesold & Barre, 2013; zum Zusammenhang von Trauma und Sucht s. Hellmer, 2009).

Objektive Stressoren: Damit sind Risikofaktoren gemeint, welche die Anfälligkeit für Stress und damit das Erreichen der individuellen Belastungsgrenze erhöhen und nicht beeinflussbar „von außen“ da sind. Diese sind u. a. für Kampftruppen in Afghanistan Hitze, Staub, Dehydrierung, Lärm, Schlafmangel, das Nicht-unterscheiden-Können von Zivilbevölkerung und feindlichen Gegnern (Biesold & Barre, 2013).

Individuelle Stressoren: Das sind Risikofaktoren, die individuell in den Einsatz „mitgebracht“ werden und die Anfälligkeit für Stress und damit das Erreichen der individuellen Belastungsgrenze erhöhen, wie Beziehungsprobleme oder ein krankes Kind zu Hause, schon vorher bestehende psychische Probleme u. a. m. (Becker-Nehring, Witschen & Bengel, 2012; Wittchen et al., 2012). Manchmal entstehen diese auch während des Einsatzes, zum Beispiel durch Konflikte unter Kamerad*innen, mit Vorgesetzten etc.

Individuelle Belastungsgrenze: Dass Personen nur begrenzt belastbar gegenüber Stress sind und dass diese Grenze durch ein äußeres, extrem stressendes Ereignis überschritten werden kann, *ohne* dass die betroffene Person in der Lage ist, dies zu verhindern, ist das „revolutionäre“ der PTBS-Diagnose, die 1980 als neue psychische Störung ins DSM-3 aufgenommen worden ist. Bis dahin war es in der Psychiatrie üblich, zu denken, Menschen seien unbegrenzt belastbar (Kloocke et al., 2005). Mit Einführung der PTBS-Diagnose ist es jedoch u. a. möglich geworden, Gewalt (in welcher Form auch immer) zu ächten – und zwar deshalb, weil Gewalt (als äußeres, traumatisierendes Ereignis) „krank“ machen kann. Dieser in der Diagnose verankerte Ursache-Wirkungszusammenhang macht das Besondere der PTBS-Diagnose aus (Wendt, 2011; Kloocke et al., 2005; Riedesser & Verderber, 2016; ICD-10 GM, DSM 5).

Existenzielle Grenzerfahrung: Diesen Begriff habe ich in Anlehnung an den Begriff „Grenzsitu-

ation“ aus der Existenzphilosophie Karl Jaspers entwickelt. Er dient dazu, das Traumatische an einem traumatischen Ereignis etwas genauer einzufangen, als die gängigen Klassifikationssysteme dieses zurzeit tun. Grenzsituationen im Sinne Jaspers spielen neben der PTBS (Fuchs, 2017) möglicherweise auch für das Verständnis anderer psychischer Störungen eine Rolle (Fuchs, 2009; Valdes-Stauber, 2016). Jaspers selbst spricht von Grenzsituationen, die jeder Mensch unausweichlich irgendwann einmal im Leben erleben muss, ob er/sie das will oder nicht. Er hatte dabei nicht traumatische Ereignisse im heutigen Verständnis im Sinn, sondern allgemeine Erfahrungen des menschlichen Lebens (Mundt, 2013). Traumatische Ereignisse können jedoch eine oder auch alle dieser von Jaspers beschriebenen Grenzsituationen beinhalten und diese aus meiner Sicht zu einer „Existenziellen Grenzerfahrung“ werden lassen. Alle diese Situationen enthalten eine absolute Grenze, die nicht überschreitbar ist und der wir ausgesetzt sind, ohne irgendetwas dagegen tun können. Sie sind daher – einmal erlebt – nicht rückgängig zu machen, und trotzdem müssen wir irgendwie mit ihnen umgehen. Nach Jaspers entscheidet die Art und Weise des Umgangs mit diesen Situationen, wer wir sind und was aus uns wird.

Jaspers beschreibt fünf solcher Situationen (Jaspers, 1919; in anderer Gewichtung s. a. Jaspers, 1994): Schuld, Zufall, Kampf, Tod und Leiden (wobei Letztere grundlegend für die anderen Grenzsituationen ist). Wir alle machen uns im Laufe unseres Lebens im Kleinen oder im Großen schuldig an irgendwem oder irgendwas; wir alle sind dem Zufall unterworfen, Ereignissen, die wir weder vorhersehen noch kontrollieren können; wir alle müssen uns mit anderen Menschen auseinandersetzen, ihnen wirklich begegnen und uns aber auch behaupten – manchmal auch gegen den Willen anderer; wir alle sind früher oder später aber immer wieder Leid ausgesetzt, mit dem wir umgehen müssen; und vor allem: Wir alle müssen irgendwann sterben. Alle diese Situationen erzeugen Angst, wenn wir uns wirklich auf sie einlassen, und im Allgemeinen versuchen wir, diese Situationen zu vermeiden. Sie enthalten aber auch eine Chance: sich selbst in seinem Innersten, der eigenen „Existenz“, unverschleiert wahrhaftig zu begegnen, vorausgesetzt, wir wagen den „Sprung“ – ganz bewusst, sehenden Auges in die Situation einzutreten und die Grenze aktiv zu er-

fahren (van Deurzen, 2010; Hügli, 2020¹). Folgt man Jaspers, ist die Freiheit, diese Entscheidung zu treffen, zentral für die menschliche „Existenz“ (Diehl, 2013). Vor allem die Konfrontation mit dem Tod, dem eigenen oder fremden, stellt daher solch eine absolute Grenze dar, die nicht mehr rückgängig zu machen ist und die in der Folge zu Sinnverlusten und Werteverstärkungen bei betroffenen Soldat*innen führen kann. Zudem kann so eine Erfahrung zu inneren und äußeren Konflikten beitragen (s. u.). Aus meiner Sicht steckt in diesen Ideen von Jaspers bisher nicht genutztes Potenzial zur Klärung der Frage, was eigentlich das Traumatische an einem Trauma ist. Möglicherweise könnte es auch helfen, das Phänomen des posttraumatischen Wachstums besser zu erfassen (Tedeschi & Calhoun, 1996; Jayawickreme & Blacki, 2016; Fookan, 2013).

In den Worten Jaspers:

Vergewissern wir uns unserer menschlichen Lage. Wir sind immer in Situationen. Die Situationen wandeln sich, Gelegenheiten treten auf. Wenn sie veräußert werden, kehren sie nicht wieder. Ich kann selber an der Veränderung der Situation arbeiten. Aber es gibt Situationen, die in ihrem Wesen bleiben ...: ich muß sterben, ich muß kämpfen, ich bin dem Zufall unterworfen, ich verstricke mich unweigerlich in Schuld. Diese Grundsituationen unseres Daseins nennen wir *Grenzsituationen*. Das heißt, es sind Situationen, über die wir nicht hinaus kommen, die wir nicht ändern können. (...) Im bloßen Dasein weichen wir oft vor ihnen aus, indem wir die Augen schließen und leben, als ob sie nicht wären. Wir vergessen, dass wir sterben müssen, vergessen unser Schuldigsein und unser Preisgegebensein an den Zufall. (...) Die Grenzsituationen – Tod, Zufall, Schuld und die Unzuverlässigkeit der Welt – zeigen mir das Scheitern. (...) Es ist entscheidend für den Menschen, wie er das Scheitern erfährt: ob es ihm verborgen bleibt und ihn nur faktisch am Ende überwältigt, oder ob er es unverschleiert zu sehen vermag und als ständige Grenze seines Daseins gegenwärtig hat. Wie er sein Scheitern erfährt, das begründet, wozu der Mensch wird. In den Grenzsituationen zeigt sich entweder das Nichts, oder es wird fühlbar, was ... eigentlich ist. (Jaspers, 2003 S. 104ff.; Hervorhebung von U.K.)

Funktionsmodus: Dieser Begriff beschreibt die psychisch-emotionale und körperliche Gesamtverfassung, in der Soldat*innen im Einsatz ihren

¹ Siehe auch den Kommentar von Paul Hoff zum Artikel von Hügli, 2020 (Hoff, 2020).

Auftrag erledigen. Es geht häufig darum, unter Stress das zu tun, was zu tun ist – ohne groß darüber nachzudenken. In Bezug auf Führungspersonal beinhaltet der Begriff u. a. die Fähigkeit, unter Druck Entscheidungen zu treffen, die immer gleichzeitig *den Schutz* der eigenen Kamerad*innen, der Zivilbevölkerung *und die Bekämpfung* des Gegners berücksichtigen müssen. Kurzgefasst: Es geht darum, unter Druck zu funktionieren. Dieser Modus ist zu großen Teilen antrainiert, indem immer wieder dieselben Abläufe unter veränderten Rahmenbedingungen auf Übungen durchgespielt werden. Zum Beispiel einen Sicherungsring um ein angesprengtes eigenes Fahrzeug zu bilden, sodass Rettungskräfte Verletzte versorgen können – und dies unter Umständen in einer sich ständig verändernden Lage, weil sich noch feindliche Kräfte im Einsatzraum befinden usw. Teil dieses Funktionsmodus ist in solchen Situationen eine Sprechweise, die kurze, direktive Anweisungen, möglichst noch mit Abkürzungen, benutzt, um möglichst schnell Informationen weiterzugeben, schon allein aufgrund des häufig vorhandenen Lärmpegels. Im zivilen Leben kann diese Art, miteinander zu kommunizieren, zu Problemen führen und stellt einen potenziellen Konfliktherd in Beziehungen dar. Personen, die sich in einem Funktionsmodus befinden, handeln weitestgehend automatisiert durch jahrelangen Drill. Der Zugriff auf Emotionen und Körpererleben ist eingeschränkt. Es entsteht ein Hyperfokus auf die zu erledigende Aufgabe. Der Körper ist auf maximale Leistungsbereitschaft gebracht u. a. m. Soldat*innen handeln primär extrem auftrags- und ergebnisorientiert, d. h. nicht primär beziehungsorientiert. Wie sich ein Richtschütze fühlt, was es für ihn bedeutet, einem Schießbefehl nachzukommen, ist für die Auftrags Erfüllung nicht von Belang. Was zählt ist, dass er tut, wozu er ausgebildet worden ist. Das gilt auch für andere Einsatzkräfte. Wie es einer Notärztin und ihrem Team geht, wenn sie einem Patienten ein Bein amputieren muss, ist zweitrangig. Entscheidend ist zunächst, dass der Patient überlebt. Das ist der Auftrag. Dies unter Stress hinzukriegen ist die Expertise der Operateurin und des Teams. Wie es dem Amputierten damit geht, wenn er nach der Narkose mit nur noch einem Bein aufwacht, ist während der Operation ebenfalls zweitrangig. Das ist ein Problem, mit dem sich später die Betroffenen, Phy-

siotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen u. a. auseinandersetzen können.

Wird diese Art, ein Ergebnis zu erzielen oder ein Problem zu lösen, auf den zivilen Alltag übertragen, kann es zu massiven Konflikten mit Kamerad*innen (die keine Einsatzerfahrung haben), Familienangehörigen, Freund*innen und Verwandten sowie der Gesellschaft kommen.

„Ideales“ soldatisches Selbst: Personen, die gelernt haben, unter extremen Stress zu funktionieren, ziehen einen großen bis maximalen Anteil an Selbstwertgefühl aus ihrem Handeln unter Einsatzbedingungen. Ein Scharfschütze, der aus 1.300 m ein 60x60 cm großes Ziel trifft, kann etwas, das nicht viele andere Menschen können. Jede*r gut ausgebildete Infanteriesoldat*in ist ein*e Spezialist*in auf seinem*ihrem Gebiet – und weiß das in der Regel auch. Ein Feuerwehrmann, der Menschen aus einem brennenden Haus rettet, weiß um seine Expertise. Das Eingehen eines kalkulierten Risikos und das Bewältigen desselben machen einen Teil dessen aus, wieso Menschen freiwillig diese Arbeit tun. Das Erleben von Kontrolle über potenziell gefährliche Situationen kann eine starke Sogwirkung ausüben, weil es extrem befriedigend und damit sehr selbstwertsteigernd ist. Zudem berichten viele Soldat*innen, dass sie während oder nach einem Auftrag einen Zustand „maximaler Lebendigkeit“ erlebt haben, der gleichsam den positiven Pol einer existenziellen Grenzerfahrung darzustellen scheint. Möglicherweise kommen bei diesem „Sich-lebendig-Fühlen“ auch Momente von Zugehörigkeit und Kameradschaft, soldatischem Selbst, Funktionieren-Können und -Müssen sowie realer Bedrohung des eigenen oder fremden Lebens in kondensierter Form zusammen. Eine potenziell oder real gefährliche Situation als Teil einer Gruppe nicht nur überlebt zu haben, sondern auch aktiv etwas zum Überleben aller beigetragen zu haben, ist nicht nur selbstwertstärkend, sondern kann auch das Bewusstsein für den Wert des eigenen sowie des Lebens der Menschen, die einem anvertraut sind, schärfen (s. a. Junger, 2011). Diese Momente können auch dazu beitragen, dass Soldat*innen zurück in den Einsatz gehen wollen. Darüber hinaus ist der Alltag zu Hause mit all den Problemen im Vergleich zu solchen Momenten schlicht langweilig.

Zugehörigkeit: Soldat*innen im Einsatz erleben innerhalb ihrer Teileinheit ein Zusammenge-

hörigkeitsgefühl, das es in dieser Form im zivilen Leben so nur sehr selten gibt (Junger, 2017; s. a. Neitzel, 2020). Sie müssen sich aufeinander verlassen können und tun dies auch. Davon kann das eigene Leben und das der anderen abhängen. In einer potenziell gefährlichen Lage muss jede*r wissen, was zu tun ist und muss auch in der Verfassung sein, dieses Wissen abzurufen und entsprechend zu handeln. So können sogenannte „Schicksalsgemeinschaften“ von Personen entstehen, die zur selben Zeit am selben Ort dasselbe erlebt haben. Daher bezeichnen viele Soldat*innen im Einsatz ihre Kamerad*innen als „Familie“. Fragt man nach, was sie genau damit meinen, beschreiben sie eine bestimmte Art des miteinander Lebens und Umgehens, die gleichzeitig auf eine paradoxe Weise sehr distanziert und Nähe stiftend ist. Dieses Gefühl von Gemeinschaft kann so stark sein, das allein deshalb Soldat*innen wieder in den Einsatz gehen wollen. Denn gerade einsatzgeschädigte Soldat*innen, die sich zu Hause weder in der Gesellschaft noch in der Familie noch bei den Kamerad*innen am Heimatstandort wirklich zugehörig fühlen, sehnen sich nach dem starken Zusammengehörigkeitsgefühl, das sie im Einsatz erlebt haben. Zudem können sie dort eine Aufgabe wahrnehmen, werden anerkannt und ihr Leben und das Riskieren desselben hat einen Sinn.

Sinn/Werte: Erfahrungsgemäß gibt es mehrere Gründe für eine Werteverchiebung nach einem Einsatz. Neben den in den anderen Punkten bereits aufgeführten, spielt auch das eigene Verhalten eine entscheidende Rolle. In Ausübung ihres Dienstes müssen Soldat*innen Dinge tun, die sie als Zivilperson so im Alltag nicht tun würden – zum Beispiel auf Menschen schießen und diese töten (Maguen et al., 2009). Oder sie müssen warten und dürfen nicht eingreifen, obwohl Kamerad*innen oder Zivilpersonen angegriffen werden und um ihr Leben kämpfen (Dallaire, 2005). Diese Situationen zu trainieren ist eine Sache, sie aber tatsächlich zu erleben eine völlig andere. Kein Training kann einen Menschen darauf vorbereiten, wie es ist, einen anderen Menschen zu töten oder dabei zusehen zu müssen, wie Menschen sich gegenseitig töten (s. existenzielle Grenzerfahrung).² Sich selbst

² „Sobald die Gewalt außer Kontrolle gerät, sobald sie eskaliert, entsteht eine dynamische, offene Situation, die

dabei zu erleben, wie man etwas tut, das man unter gewöhnlichen Umständen nicht tun würde, kann eine tiefgreifende Veränderung des Selbst- und Weltbildes hervorrufen. In der Literatur wird dies auch als „moralische Verletzung“ (engl. „moral injury“) bezeichnet (Alliger-Horn et al., 2018; Helenthal et al., 2017).

Stressbezogenes Erleben und Verhalten: Als Erklärungsmodell wird seit Einführung der Diagnose der PTBS auf neurophysiologische Ergebnisse der Gedächtnisforschung zurückgegriffen, die vereinfacht davon ausgehen, dass es ein unbewusstes und ein bewusstes Gedächtnissystem gibt (Schmahl, 2013; van der Kolk, 2019). Im unbewussten Gedächtnisspeicher werden vor allem Informationen aus den Sinnen (Sehen, Hören, Fühlen Riechen, Schmecken u. a.) sowie unmittelbare emotionale und physiologische Reaktionen verarbeitet, die zunächst wie einzelne Puzzleteile völlig unverbunden und durcheinander sind. Im bewussten Gedächtnissystem wird abrufbares Wissen gespeichert sowie unsere Biografie, die als Langzeitgedächtnisinhalt ständig durch neue Erfahrungen fortgeschrieben und damit auch verändert wird. Während des Traumas wird u. a. zu viel von dem Stresshormon Cortisol im Körper gebildet, das zusammen mit Adrenalin und Noradrenalin das Gehirn überflutet. Das führt dazu, dass das bewusste und das unbewusste Gedächtnissystem nicht mehr richtig zusammenarbeiten. Das bedeutet Folgendes:

Die einzelnen Puzzleteile aus dem unbewussten Gedächtnisspeicher werden nicht mehr weiterverarbeitet, sodass sie im Langzeitgedächtnis nicht mit dem dort schon gespeicherten Wissen verknüpft und in eine erzählbare Geschichte zusammengesetzt werden können. Das Gehirn versucht von sich aus, in der Zeit nach dem Trauma diese Informationen ins Langzeitgedächtnis zu übertragen. Dadurch entstehen Flashbacks und Alpträume, die die Betroffenen dann versuchen, aktiv zu vermeiden bzw. zu verdrängen. Dies hilft aber meist nur kurze Zeit, dann startet das Gehirn

das Leben aller verändert und das Argument zum Schweigen bringt. ... Nach einer Gewaltaktion sind Täter und Opfer zu anderen geworden; sie haben die Bedingungen verändert, unter denen Menschen einander begegnen können, und sie wissen es. Denn nach der Gewalt ist nichts wie zuvor.“ (Baberowski, 2008)

einen weiteren Versuch. Die Betroffenen versuchen dann wieder, es zu vermeiden, zu verdrängen usw. ... Die Betroffenen kämpfen also an zwei Fronten gleichzeitig – einerseits versuchen sie, bestimmte äußere Reize zu vermeiden (Orte, Situationen etc.) und andererseits versuchen sie, die sich innerlich aufräumenden Bilder und Erinnerungen zu bekämpfen, was in der Konsequenz zum einen sehr viel Energie kostet, zum anderen nur kurzfristig hilfreich ist und das Problem nicht löst (sehr umfassend zu diesem Thema: van der Kolk, 2019).

Innere und äußere Konflikte: Nach meiner Erfahrung ist eines der Hauptprobleme von im Einsatz geschädigten Soldat*innen ein innerer Konflikt, der eine erfolgreiche Therapie deutlich erschwert, wenn er nicht aufgelöst werden kann. Dieser Konflikt besteht im Wesentlichen zwischen der existenziellen Grenzerfahrung und dem idealen, soldatischen Selbst im Zusammenhang mit dem Funktionsmodus. Wenn die individuelle Belastungsgrenze eines Soldaten oder einer Soldatin im Einsatz durch ein traumatisches Ereignis überschritten wird, sind die dabei entstehenden Körperreaktionen und Gefühle vollkommen inkompatibel mit dem vorhandenen Selbstbild und auch zu dem Weiterfunktionieren-Wollen-und-Müssen in Gefahrensituationen im weiteren Einsatz. Um dieses trotzdem bewerkstelligen zu können, müssen Betroffene auftretende Symptome verleugnen und verdrängen oder irgendwie anders loswerden, schon allein deshalb, um ihre Kamerad*innen nicht im Stich lassen zu müssen. Eine existenzielle Grenzerfahrung im oben beschriebenen Sinn kann zwar verleugnet, aber nicht rückgängig gemacht werden. Als „verkörperter Schrecken“ (van der Kolk, 2019) ist sie ab dem Zeitpunkt des Entstehens immer unbewusst oder halbbewusst gegenwärtig. Der Energieaufwand, sowohl das ideale Selbst als Quelle von Selbstwert und soldatischem Können aufrechtzuerhalten, als auch weiter im Einsatz funktionieren zu können, indem vermieden wird, die existenzielle Grenzerfahrung bewusst wahrzunehmen, wird immer größer und führt schließlich, manchmal erst Jahre nach dem Einsatz, zu einem psychischen und/oder körperlichen Zusammenbruch. Dies gilt auch für Betroffene, die aufgrund schwerer Verletzungen im Krankenhaus vor Ort oder in Deutschland behandelt werden müssen. Für diese ist es häufig zunächst am schlimmsten,

ihre Kamerad*innen zurücklassen zu müssen. Sie werden zudem innerhalb kurzer Zeit aus ihnen vertrauten, zugehörig-haltgebenden (wenn auch belastenden) Rahmenbedingungen herausgerissen und finden sich in ihnen zunehmend fremd gewordenen Rahmenbedingungen zu Hause wieder, in denen völlig andere Erwartungen an sie gestellt werden. Diese können und wollen sie oft erstmal nicht erfüllen, was zu Konflikten führen kann.

Äußere Konflikte gibt es u. a. zwischen Angehörigen („mit ihm stimmt irgendwas nicht“) und den Betroffenen („mit mir ist alles in Ordnung“) oder zwischen Kamerad*innen der Einheit am Dienststandort („X ist schon wieder krank – der verpisst sich doch nur“) und Betroffenen („die verstehen mich einfach nicht“).

Klinisch relevante Symptome: All die angeführten Punkte tragen etwas zum Erleben, Verhalten und der Symptomatik bei im Einsatz geschädigten Soldat*innen bei. Welche Gewichtung am klinischen Gesamtbild die einzelnen Faktoren für eine individuelle Person haben, ist Teil der Diagnostik und Therapieplanung, wobei mit Diagnostik nicht nur die klassifikatorische Diagnostik gemeint ist. Für dieses Klientel muss deutlich umfassender diagnostisch gearbeitet werden, da diese Betroffenen wie beschrieben Probleme haben, die letztendlich nur ungenügend durch das Vergeben einer oder mehrerer klassifikatorischer Diagnosen abgebildet werden kann. Dafür, dass es innerhalb der Person eine Werteverchiebung gegeben hat; dafür, dass ein Teil der Persönlichkeit der Betroffenen „in der Wüste geblieben ist“ und „der Rest der Persönlichkeit“ zu Hause sowohl in der Familie als auch in der Gesellschaft als auch bei den Kamerad*innen auf der Dienststelle Schwierigkeiten hat, wieder Fuß zu fassen, gibt es auch keine adäquate Diagnose nach ICD oder DSM.

Therapeutische Implikationen: Das komplexe Zusammenwirken vieler und sehr unterschiedlicher Einflussfaktoren macht eine umfassendere Behandlung und Diagnostik nötig, als es bei anderen traumatisierten Personen der Fall ist. Auf folgende Punkte sollte daher besonders geachtet werden:

1. *Reduzierung des idealen zu einem realen Selbst*, d. h. Anpassung des Selbst an die existenzielle Grenzerfahrung, die nicht rückgängig zu ma-

- chen ist, im Sinne einer *vorbehaltlosen Akzeptanz*.
2. Dazu müssen die *Werte neu geordnet* werden. Die Prioritäten, was wichtig sein soll im Leben, müssen neu gesetzt werden.
 3. Hierbei spielt auch *tatsächlich gelebte Trauer* über das nunmehr reduzierte Selbst, aber auch um getötete/verletzte Kamerad*innen und das Nicht-fortsetzen-Können des ursprünglich eingeschlagenen Lebensweges eine wichtige Rolle.
 4. *Stressbezogene Symptome müssen reduziert* werden. Dazu eignen sich die wissenschaftlich fundierten konfrontativen Methoden sowie Stabilisierungstechniken wie Achtsamkeitsübungen, Entspannungs- und Vorstellungsbungen.
 5. Die *individuelle Belastungsgrenze muss akzeptiert* werden.
 6. Radikale Transparenz: Die Betroffenen müssen lernen, ihre *Gefühle und Körperreaktionen wieder angemessen wahrzunehmen, zu beschreiben und sozial verträglich* zu kommunizieren. Anders ausgedrückt: Sie müssen lernen, aus ihrem Funktionsmodus herauszukommen.
 7. Dazu müssen sie auch lernen, *Mehrdeutigkeiten auszuhalten* und angemessen darauf zu reagieren. Soldat*innen neigen aufgrund ihrer Ausbildung dazu, maximale Eindeutigkeit in sich selbst, im Kontakt mit anderen und in Bezug auf die Umwelt herstellen zu wollen. Im Einsatz macht das ja auch Sinn, im (zivilen) Alltag führt dies hingegen oft zu Problemen (s. o.).³ (Die Tendenz zur „Vereindeutigung“ scheint darüber hinaus ein aktuelles gesamtgesellschaftliches Phänomen zu sein; Bauer, 2018).
 8. Es ist notwendig, *neue Lebensziele* zu entwickeln, die zum realen Selbst innerhalb seiner Belastungsgrenze passen müssen.

³ „Je größer die Gefahren für Soldaten, desto eher werden sie dazu neigen, sich von komplexen und sich widersprechenden Handlungs- und Verhaltensweisen zugunsten einfacherer Handlungskonzepte abzuwenden. Ein solches ... können sie in den tradierten Leitbildern soldatischen Handelns finden (s. a. Neitzel, 2020; Anmerkung des Verfassers) ... Die Eskalation des Gewaltgeschehens und die im Kampf gemachten Erfahrungen ... würden (dann) zum Gravitationszentrum für die Selbstbilder der Soldaten“. „Gewalt zerstört und schafft Ordnungen. Sie reduziert Komplexitäten, weil sie dort, wo vormalig Ambivalenz herrschte, Eindeutigkeit befördert“ (Warburg, 2010).

9. *Angehörige* sollten in Form von Paar- oder Familiengesprächen aktiv mit in den Therapieprozess einbezogen werden, um akute Beziehungsprobleme und Konflikte zeitnah behandeln zu können.

Eine einmal gemachte existenzielle Grenzerfahrung ist nicht mehr rückgängig zu machen. Besonders bei Kampftruppen-Soldat*innen mit oft chronischem Verlauf steht für die Bundeswehr nach dem Einsatzweiterverwendungsgesetz eine möglichst weitgehende Rehabilitation und die Verwendung auf einem nicht-einsatzbezogenen Dienstposten im Vordergrund, da eine Einsatzfähigkeit in der ursprünglichen Verwendung (als Richtschütze, Zugführer einer Kampftruppe, Scharfschütze etc.) in den meisten dieser Fälle nicht mehr möglich und auch nicht mehr nötig sein wird. Dies kann durch eine ambulante Therapie nachhaltig unterstützt werden. Für mich als ambulanter Behandler, der ehemaliger Zeitsoldat und Sohn eines (aus heutiger Sicht) traumatisierten Weltkriegsveteranen ist, besteht das Ziel der Therapie im Herstellen von so viel Lebensqualität wie möglich für die Betroffenen, deren Familien und Angehörigen. Dazu gehört neben der Reduktion von Symptomen und einer Neuausrichtung des gesamten privaten und beruflichen Lebens vor allem, ein Gefühl für die eigene Würde (wieder-) zu entwickeln.

Einsatzgeschädigte Soldat*innen haben sowohl innerhalb als auch außerhalb der Bundeswehr kaum eine Lobby. Dies liegt vor allem daran, dass zu wenig Wissen um die vielfältigen Probleme der Betroffenen vorhanden ist und niemand so recht weiß, wie ein angemessener Umgang mit diesem Personenkreis aussehen kann. Der Artikel möchte in diesem Sinne einen Beitrag dazu leisten, ein besseres gegenseitiges Verstehen von Betroffenen, Behandler*innen und Angehörigen zu fördern.

Literatur

- Alliger-Horn, C., Hessenbruch, I., Fischer, C., Thiel, T., Varn, A., Willmund, G. & Zimmermann, P. (2018). Moralische Verletzung – ein Therapiethema? *Psychotherapeut*, 63 (4), 322–328.
- Alliger-Horn, C., Willmund, G., Koch, M., Bartenbach & Zimmermann, P. (2016). *Wenn der Einsatz nicht endet. Orientierungshilfe für Einsatzbelastete*

- SoldatInnen* (2. Aufl.). Berlin: Psychotraumazentrum BwK. Verfügbar unter: <https://berlin.bwkrankenhaus.de/startseite/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/orientierungshilfen.html>.
- Baberowski, J. (2008). Gewalt verstehen. *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*, (5), 5–17.
- Bauer, T. (2018). *Die Vereindeutigung der Welt. Über den Verlust von Mehrdeutigkeit und Vielfalt* (8. Aufl.). Ditzingen: Reclam.
- Becker-Nehring, K., Witschen, I. & Bengel, J. (2012). Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen – Ein systematischer Review. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41 (3), 148–165.
- Biehl, H., Höfig, C. & Wanner, M. (2015). *Sicherheits- und verteidigungspolitisches Meinungsklima in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage 2014* (Forschungsbericht 111). Potsdam: Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr.
- Biesold, K.-H. & Barre, K. (2013). Militär-Soldaten in militärischen Einsätzen. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Dallaire, R. (2005). *Handschlag mit dem Teufel*. Leipzig: Zweitausendeins.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Dokumentation (DIMDI). (2020). *ICD-10 GM – Version 2020* (Online-Fassung). Köln: DIMDI.
- Diehl, U. (2013). Jaspers Existenzherhellung der Freiheit. In T. Fuchs, S. Micali & B. Wandruszka, (Hrsg.), *Karl Jaspers. Phänomenologie und Psychopathologie* (S. 67–104). Freiburg i. Br./München: Karl Alber.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM 5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fookien, I. (2013). Resilienz und Posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Frevort, U. (2018). Schule der Gewalt. *ZEIT-Geschichte* (Die Deutschen und ihre Soldaten), 4/2018, 15–20. Verfügbar unter: www.zeit.de/zeit-geschichte/2018/04/wehrpflicht-deutschland-soldaten-buergerdienst-militaer.
- Fuchs, T. (2002). Der Begriff der Person in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 73, 239–246.
- Fuchs, T. (2009). Existenzielle Vulnerabilität. Ansätze zu einer Psychopathologie der Grenzsituationen. In A. Hügli, D. Kaegi & B. Weidmann (Hrsg.), *Existenz und Sinn – Karl Jaspers im Kontext* (S. 37–56). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Fuchs, T. (2017). Karl Jaspers – Denker der Grenze. In H. Busche & T. Fuchs, *Zwei Philosophen der Medizin – Leibniz und Jaspers*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Goltermann, S. (2009). *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im zweiten Weltkrieg*. München: DVA.
- Hacking, I. (1996). *Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne*. München: Hanser.
- Hallenberger, F. (2003). Polizeilicher Schusswaffengebrauch. Erleben und Folgen. In M. Zielke, R. Meermann & Hackhausen, W. (Hrsg.), *Das Ende der Geborgenheit?* Eichengrund: Pabst.
- Hellenthal, A., Zimmermann, P., Willmund, G., Lovinus, A., Fiebig, R., Maercker, A. & Alliger-Horn, C. (2017). Einsatzerlebnisse, moralische Verletzungen, Werte und psychische Erkrankungen bei Einsatzsoldaten der Bundeswehr. *Verhaltenstherapie*, 27, 244–252.
- Hellmer, I. (2009). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Substanzabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32 (2), 5–12.
- Hoff, P. (2020). Von der philosophischen Abstraktion zur täglichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit. Ein Kommentar zu Anton Hügli: „Grenzsituationen erfahren und existieren ist dasselbe“ – Eine Meditation zu einem Satz von Karl Jaspers. *Swiss Archives of Neurology Psychiatry and Psychotherapy*, (171), (PDF-Datei der Online-Version).
- Hügli, A. (2020). „Grenzsituationen erfahren und existieren ist dasselbe“ – Eine Meditation zu einem Satz von Karl Jaspers. *Swiss Archives of Neurology Psychiatry and Psychotherapy*, (171), 1–7. (PDF-Datei der Online-Version).
- Janoff-Bulman, R. (2015). *Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events*. Oxford: Oxford University Press.
- Jaspers, K. (1919). *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin: Springer.
- Jaspers, K. (1994). *Philosophie Bd.2, Existenzherhellung*. München: Piper.
- Jaspers, K. (2003). *Was ist der Mensch? Philosophisches Denken für alle*. München: Piper.
- Jayawickreme, E. & Blacki, L. (2016). *Exploring the benefits of hardship*. Heidelberg: Springer.
- Junger, S. (2011). *War – Ein Jahr im Krieg*. München: Blessing.

- Junger, S. (2017). *Tribe: Das verlorene Wissen um Gemeinschaft und Menschlichkeit*. München: Blessing.
- Kloocke, R., Schmiedebach, H.-P. & Priebe, S. (2005). Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – Die psychiatrische „Lehrmeinung“ zwischen 1945 und 2002. *Psychiatrische Praxis*, 32 (7), e1–e15. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834758>
- Koehler, J. (2010). Herausforderungen im Einsatzland: Das PRT Kunduz als Beispiel zivil-militärischer Interventionen. In A. Dörfler-Dierken & G. Kümmel (Hrsg.), *Identität, Selbstverständnis, Berufsbild – Implikationen der neuen Einsatzrealität für die Bundeswehr* (S. 76–100). Wiesbaden: Springer VS.
- Maguen, S., Metzler, T. J., Litz, B. T., Seal, K. H., Knight, S. J. & Marmar, C. R. (2009). The impact of killing in war on mental health symptoms and related functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 435–443.
- Mundt, C. (2013). Grenzsituation, Lebensereignis, Situation, Trauma: Zum Zusammenwirken von Persönlichkeit und Situation bei der Entstehung psychischer Störungen. In T. Fuchs, S. Micali & B. Wandruszka (Hrsg.), *Karl Jaspers – Phänomenologie und Psychopathologie* (S. 105–131). Freiburg i. Br./München: Karl Alber.
- Neitzel, S. (2020). *Deutsche Krieger – Vom Kaiserreich zur Berliner Republik: Eine Militärgeschichte*. Berlin: Propyläen.
- Riedesser, P. & Verderber, A. (2016). *Maschinengewehre hinter der Front. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie* (4. Aufl.). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Schmahl, C. (2013). Neurobiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Schrocke, K. & L'Arronge, L. (2015). *Schattige Plätzchen – Mein Papa hat PTBS* (Ein Comic für Kinder) (2. Aufl.) (Schriften der Evangelischen Seelsorge der Bw).
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455–471.
- Teegen, F. & Grotwinkel, M. (2001). Traumatische Erfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörung bei Journalisten. *Psychotherapeut*, 46, 169–175.
- Valdes-Stauber, J. (2016). Der Mensch an seinen Grenzen – Tragweite von „Grenzsituation“ für die Psychiatrie nach Jaspers. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 84 (1), 19–27.
- Van der Kolk, B. (2019). *Verkörperter Schrecken – Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann* (6. Aufl.). Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Van Deurzen, E. (2010). *Everyday mysteries. A handbook of existential psychotherapy* (2nd Ed.). London: Routledge.
- Warburg, J. (2010). Paradoxe Anforderungen an Soldaten im (Kriegs-) Einsatz. In A. Dörfler-Dierken & G. Kümmel (Hrsg.), *Identität, Selbstverständnis, Berufsbild-Implikationen der neuen Einsatzrealität für die Bundeswehr* (S. 57–75). Wiesbaden: Springer VS.
- Wendt, F. (2011). Begriffsgeschichte und Konzeptualisierung des psychischen Traumas. *Forensische Psychiatrie & Psychologische Kriminologie*, 5, 3–11.
- Willmund, G., Kropp, S., Kowalski, J., Lorenz, S., Wesemann, U., Schremmer, S., Alliger-Horn, C. & Zimmermann, P. (Hrsg.). (2020). *Wehrpsychiatrie für eine Armee im Einsatz – Psychiatrische Forschung und Entwicklung in der Bundeswehr 2010–2020*. Berlin: Psychotraumazentrum BwK.
- Wittchen, H.-U., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Thurau, C., Trautmann, S., Steudte, S., Klotsche, J., Höfler, M., Hauffa, R. & Zimmermann, P. (2012). Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörungen bei im Ausland eingesetzten Soldaten. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (35–36), 559–68. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0559
- Wizelmann, L. (2009). *Wenn der Krieg nicht endet. Schicksale von traumatisierten Soldaten und ihren Angehörigen*. Bonn: Balance.
- Zimmermann, P., Rose, C., Köhler, K., Jensen, S. & Alliger-Horn, C. (2016). *Wenn der Einsatz noch nachwirkt ... Orientierungshilfe für Angehörige* (2. Aufl.). Berlin Psychotraumazentrum BwK. Verfügbar unter: <https://berlin.bwkrankenhaus.de/startseite/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/orientierungshilfen.html>.

Zum Autor

Dipl.-Psych. Ulrich Kerzbeck, Psychologischer Psychotherapeut, Zertifizierter Traumatherapeut DeGPT, klin. Hypnose (MEG), Systemischer Berater (SG), NLP-Lehrtrainer (DVNLP). Seit Anfang 1999 Kassenzulassung für Verhaltenstherapie mit Erwachsenen. Seit 27 Jahren therapeutisch und lehrend tätig. Er hatte u. a. von 1999 bis 2005 einen

Lehrauftrag für systemische Therapie an der Uni Bielefeld und hat das ILK in Bielefeld, ein systemisch-lösungsfokussiertes Ausbildungsinstitut, mitgegründet.

Die letzten 12 Jahre arbeitete er nahezu ausschließlich mit einfach und komplex traumatisierten Personen, mit einem Schwerpunkt auf sexueller, physischer und emotionaler Gewalt, schweren dissoziativen Störungen und der Arbeit mit Soldat*innen.

Darüber hinaus ist er als Trainer für Traumatherapie und als Supervisor tätig. Er schaut gerne über den Tellerrand und beschäftigt sich hier insbesondere mit Philosophie, Geschichte und Soziologie.

Korrespondenzadresse

E-Mail: kerzbeck@web.de

Internet: www.traumatherapie-detmold.de