

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung eines Patienten mit einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung nach sexueller Gewalterfahrung¹

■ T. Berghändler

Psychiatrische Universitätspoliklinik, Kantonsspital Basel

Summary

Sexual assault of adult men up to anal penetration is one of the most unknown crimes even though their number comes to 10% of all rapes. This crime, aiming at humiliation and submission of the victim, also happens outside of closed male communities like prisons and military facilities and does not interfere with the sexual orientation of the victim. Only few men find their way to an adequate therapy.

Treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) is successfully possible with a cognitive-behavioural treatment based on the principles of confrontation and habituation and can enable the patient to again lead a normal life without PTSD-symptoms. Pharmacological cotreatment may be helpful

Korrespondenz:

Dr. med. T. Berghändler
Psychiatrische Universitätspoliklinik
Kantonsspital
Petersgraben 4
CH-4031 Basel

during the entire therapeutic process. The social securing of the patient and a substantial therapeutic relation are the basis of this therapy. The setting has to pay attention to the therapeutic burden of the patient as well as of the therapist.

Keywords: male rape; PTSD; in-sensu confrontation; imagery rescripting

Einleitung

«male rape»: Vergewaltigungen von Männern durch Männer

Sexuell ausgestaltete Gewalt unter heterosexuellen Männern bis hin zur analen Penetration scheint selbst unter medizinischen und juristischen Fachleuten weitgehend unbekannt zu sein oder ausgeblendet zu werden. Die über sexuelle Gewalt von Männern an Männern vorliegende medizinische Literatur ist übersichtlich, da spärlich. Das Schweizerische Strafrecht kennt den Begriff der Vergewaltigung für männliche Opfer nicht; Art. 190 (Vergewaltigung) spricht

explizit von der «Nötigung einer Person weiblichen Geschlechts zur Duldung des Beischlafes». Sexuelle Gewalt gegen Männer, selbst beim Tatbestand analer Penetration fällt unter die Bestimmungen des Art. 189 (sexuelle Nötigung) des Schweizerischen Strafgesetzbuches. Art 190 erzwingt eine Zuchthausstrafe; bei einer Verurteilung nach Art. 189 kann auch eine Gefängnisstrafe ausgesprochen werden.

Der Anteil von vergewaltigten Männern wird in den USA auf etwa 10% aller Vergewaltigungen geschätzt [1]. Die Vergewaltigung männlicher Opfer ist zumeist, ebenso wie bei weiblichen Opfern, nicht primär durch die Suche nach sexueller Entspannung motiviert, sondern ist eine Möglichkeit zum Ausleben von Macht, Kontrolle, Erniedrigung und Verletzung sowie der Erotisierung von Aggressivität [2].

1 Die redaktionelle Verantwortung für die Auswahl der publizierten Prüfungsarbeiten liegt bei der Prüfungskommission der SGPP.

In Gefängnissen ist die Vergewaltigung von Männern durch Männer bekannter Alltag unter Gefangenen. Das Erleiden einer Vergewaltigung im Gefängnis stellt das Opfer auf eine sehr niedrige soziale Stufe, gleichsam auf die eines sexuell verfügbaren «persönlichen Sklaven eines Anderen». Der Anteil vergewaltigter bzw. sexuell ausgebeuteter Gefangener wird auf bis zu 24% geschätzt [3].

Auch in militärischen Einrichtungen kommt sexuelle Gewalt zwischen Männern vor. In einer psychiatrischen Klinik der US-Marine wurden unter 2890 Eintritten im Verlauf von 2 Jahren 13 aktenkundige Vergewaltigungen von Soldaten identifiziert. Mindestens 7 waren Opfer ebenfalls uniformierter Täter. 12 der Opfer waren heterosexuell. Neben körperlichen und psychischen Problemen stellt sich in militärischen sozialen Gruppen ebenfalls das Problem der sozialen Marginalisierung bzw. Stigmatisierung des Opfers als Folge der Traumatisierung [4].

Bei Therapeuten und Therapeutinnen von Folteropfern ist diese Art von oftmals auch politisch motivierter und/oder als spezielle Folterart eingesetzte Gewalt nicht unbekannt. Van Tienhoven [5] fand in seiner 2-Jahres-Umfrage in 17 niederländischen Asylantenunterkünften 129 bekannt gewordene Fälle von sexueller Gewalt gegen Männer im Rahmen von Folter und Verfolgung. Je nach kultureller Herkunft ist das erlittene Trauma teilweise hochgradig tabuisiert, so dass von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss.

«Male rape», die Vergewaltigung von Männern durch Männer, findet zudem auch ausserhalb von Institutionen wie Gefängnissen, Folterzentren, militärischen Einrichtungen u.ä. statt. Die Dunkelziffer wird als sehr hoch eingeschätzt, da die Schamswelle, Anzeige zu erstatten und Hilfe aufzusuchen, sehr hoch zu sein scheint. Die Quote aktenkundiger Vergewaltigungen von Frauen liegt bei 10–20%. Die Dunkelziffer wird für betroffene Männer u.a. deshalb als grösser eingeschätzt, weil auf seiten der Betroffenen mit mehr Unverständnis und Unkenntnis bei den zu kontaktierenden Stellen (Polizei, medizinische Institutionen) gerechnet werde, aber auch, weil Scham und die Vorstellung, einem «einzigartigen» Verbrechen zum Opfer gefallen zu sein, eine Meldung erschwere [6]. Zudem tendieren vergewaltigte Männer weit mehr als Frauen zu «kontrollierter emotionaler Reaktion» und suchen seltener spontan Hilfe; Männer melden sich eher wegen sekundärer psychischer und physischer Probleme als wegen der primären Tatumstände [7]. Diese spezifisch männliche Coping-Strategie scheint Männer empfindlicher für spätere psychische Störungen zu machen [1, 8].

Der Anteil homosexueller Männer sowohl unter den Tätern wie unter den Opfern wird insgesamt niedrig eingeschätzt: In den eher kleinen Fallzahlen der vorliegenden Studien liegt der Anteil homosexueller Täter wie auch Opfer unter 20% [2, 9]. Andere Autoren kommen jedoch auf höhere Anteile sowohl homosexueller Opfer wie auch Täter

[6]; die Diskrepanz wird unter anderem durch ein offeneres Umgehen mit solchen Erlebnissen in der homosexuellen Gemeinschaft erklärt. Unter homosexuell orientierten Männern scheint das Risiko erzwungener Sexualkontakte erhöht zu sein; bis über 25% aller homosexuellen Männer berichten über Sex gegen ihren Willen [10].

Besonders heterosexuelle Männer scheinen beim Erleiden sexueller Gewalt nicht nur durch psychische Symptome bis hin zur posttraumatischen Belastungsstörung, sondern auch durch die Infragestellung bisheriger männlicher Grundüberzeugungen belastet zu werden: Die Tatsache der Überwältigung (und sexuellen Ausbeutung) stellt das klassische männliche Rollenverständnis (kämpfen, keine Emotionen zeigen, Verantwortung übernehmen usw.) in Frage [2]. Eine Erschütterung des männlichen Selbstbildes wird als ein wesentlicher Unterschied in der Reaktion vergewaltigter Männer im Vergleich zu vergewaltigten Frauen diskutiert [11].

Methodik

Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung von Patienten und Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung

Zur pharmakologischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung liegen nur wenige Placebo-kontrollierte Doppelblindstudien vor. Bronisch [12] führt 5 Studien mit Antidepressiva und eine Studie mit einem Benzodiazepin an. Diese Untersuchungen wurden alle mit kriegstraumatisierten Soldaten durchgeführt. Die Kern- bzw. Zielsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung(-Behandlung) sind «Vermeidungsverhalten», «Intrusionen», «Hyperarousal», «Depression» und «Angst». Fluoxetin (Fluctine®), Phenelzin, Imipramin (Tofranil®) und Amitriptylin (Saroten®) zeigen eine Wirkung auf (Teil-)Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, die jedoch verzögert (nach etwa 8 Wochen) eintritt und bezüglich der Kernsymptome nicht sehr ausgeprägt ist. Amitriptylin scheint vor allem auf die «Vermeidungssymptomatik», nicht hingegen auf «Intrusionen» zu wirken. Fluoxetin soll besonders auf das erhöhte Erregungsniveau und teilweise auf das Vermeidungsverhalten wirken. Monoaminoxidase-Hemmer wirken vor allem auf Intrusionen.

Die psychotherapeutische Behandlung von männlichen Opfern sexueller Gewalt beim Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung entspricht weitgehend der bei weiblichen Opfern. Angewandte Techniken sind supportive und psychodynamische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie und neuerdings EMDR. Ein verständnisvoll-empathisches, unterstützendes, akzeptierendes Setting ist Voraussetzung für jede Art von Trauma-Psychotherapie. Der Patient sollte nicht gegen seinen Willen oder seine aktuellen Möglichkeiten angehalten werden, die Traumaerfahrung zu berichten;

eine Auseinandersetzung mit dem Geschehenen sollte sich initial im Rahmen dessen bewegen, was der Patient aktuell aushalten kann [13]. Eine integrierte, flexible, klientenzentrierte Vorgehensweise, die verschiedene Therapieansätze miteinander verbindet, zeigt nach McIver und Turner die besten Ergebnisse [14]. Bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sind vor allem die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden und die neue EMDR-Technik nachweisbar wirksam. In einer neuen Metaanalyse [15] konnten für beide Ansätze Effektstärken von etwa 1,25 bei Therapieabschluss und in der 4-Monats-Katamnese 1,33 (EMDR) bis 1,63 (KVT) ermittelt werden. In dieser Metaanalyse konnte nur eine psychodynamische Studie berücksichtigt werden. Ein entscheidender Vorteil der Psychotherapie gegenüber der Pharmakotherapie ist die deutlich geringere Rate von Therapieabbrüchen (14 vs. 32%).

Kognitiv-behaviorale Erklärungsansätze gehen von einer konditionierten Angstreaktion durch das intensive Erleben des Traumas aus; traumarelevante bzw. -assoziierte Stimuli bewirken durch Koppelung mit dysfunktionalen kognitiven Elementen und körperlichen Reaktionen ein negativ verstärktes Vermeidungsverhalten. Eine (spontane) Habituation wird somit verhindert. Die Bewertung des Traumas bzw. des Traumaerlebens als massiv bedrohlich führt zu Veränderungen kognitiv-emotional-physiologischer Netzwerke, zur Veränderung kognitiver Schemata bezüglich Sicherheits- und Intimitätsüberzeugungen [16] sowie zur Nichtintegration des Erlebten in bestehende Grundüberzeugungen. Aus dieser Nichtintegrierbarkeit der traumatischen Erfahrung kann die grundsätzliche Infragestellung bisheriger Grundüberzeugungen von Sicherheit, Unverletzlichkeit, Autonomie und Selbstwert folgen [17]. Van der Kolk et al. [18] postulieren, dass das Zentralnervensystem bei der Synthese der mit dem Trauma verbundenen Empfindungen zu einem integrierten Ganzen versagt. Es sei davon auszugehen, dass sensorische Erfahrungen separat fragmentarisch registriert und auch reaktiviert werden. Die fehlende Integration kann Erinnerungen in einer solchen emotionalen Intensität reaktivieren, dass «das Opfer sich so fühlt, als ob das gesamte Ereignis wieder stattfände».

Biologische Erklärungsansätze gehen von einer chronifizierten Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-NNR-Achse mit reduziertem Cortisol-Spiegel und gesteigerter noradrenerger Aktivität sowie Dysregulation endogener Opiate aus. Akuter massiver Stress führt zu erhöhten Cortisol-Spiegeln. Chronisch erhöhte Cortisol-Spiegel bewirken eine Verkleinerung des Hippokampus. Beides bewirkt eine negative Veränderung von Gedächtnisfunktionen [19].

Psychotherapeutische Ansätze versuchen unter anderem, die verschiedenen fragmentierten sensorischen Erinnerungen zu einem einheitlichen Ganzen zu vereinigen, damit benenn- und verstehbar zu machen und in eine «gewöhnliche Erinnerung» umzuschrei-

ben. Die im vorliegenden Fall angewandte psychotherapeutische Methode ist eine modifizierte Konfrontationstherapie nach Foa [20]. Foa konnte nachweisen, dass der aus der Angsttherapie bekannte Konfrontations-Habituationsansatz wirksam in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung ist. Nach einer intensiven Vorbereitung mit Anamneseerhebung, psychometrischen Untersuchungen, klinischen Interviews, Erklärung des Behandlungsrationalen und gemeinsamer Behandlungsplanung werden die Patienten geleitet angehalten, sich an das Trauma zu erinnern und es in der Zeitform «Präsens» laut und so lebendig wie möglich wiederzugeben. Der Bericht wird auf Kassette aufgenommen und dem Patienten mitgegeben mit der Hausaufgabe, die Kassette mindestens einmal täglich abzu hören. Sowohl während der Therapiestunde als auch während der Hausaufgabe gibt der Patient seine aktuell erlebte Spannung auf einer Skala zwischen 0 und 100 an. Diese Messung zeigt den Effekt der Habituation im Verlaufe der Therapie an, hilft dem Patienten aber auch, Dissoziationen zu vermeiden und den Kontakt zur Gegenwart nicht zu verlieren. Die Kombination mit Elementen der Stressimpfungstherapie (z.B. Entspannungsverfahren, Gedankenstopp, kognitive Umstrukturierung u.a.) erhöht die Wirksamkeit dieser Methode [21]. Im vorgestellten Fall wurde diese Methode durch eine geführte Modifikation des erinnerten Traumas durch Hinzunahme einer imaginierten Helferperson, eine Technik, die Vetter und Smucker [22] in ihrer modifizierten Konfrontationstherapie vorschlagen, durch vorherige Atementspannung und abschliessende Entspannung in Form einer Traumreise an einen «save place» ergänzt.

Fallbeschreibung und Therapieverlauf

Im vorliegenden Fall bestand die Symptomatik einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung. Der 30jährige afrikanische Patient hatte einen Hochschulabschluss, lebte zusammen mit seiner Freundin in einer Mietwohnung und führte einen westlich orientierten Lebensstil; der Patient spricht fließend, Englisch. Er sei immer gesund gewesen, habe viel Sport getrieben, wenig Alkohol, kein Drogenkonsum. Die Tat hat einen politischen Hintergrund; das Opfer schien den Tätern bekanntgewesen zu sein.

Abends sei er von 5 ihm unbekanntem Männern in einem Park in der Nähe seiner Wohnung zusammengeschlagen und mehrfach anal vergewaltigt worden. Er habe ein Spital aufgesucht und die durch Schläge entstandenen Verletzungen versorgen lassen. Er habe jedoch die Vergewaltigung selbst nicht angeben können. Eine Anzeige habe er aus Furcht vor weiteren Repressalien nie erstattet. Er sei Wochen später unter Verwendung seiner Ersparnisse in die Schweiz geflüchtet, nachdem auch seine Familie bedroht worden sei. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fand bis zur Vorstellung bei uns nicht statt. Die amtliche Vernehmung bei Grenzübertritt und

Stellung des Asylantrages erlebte der Patient als sehr belastend.

Vorherrschend war beim Erstkontakt eine ausgeprägte Affektstörung mit deutlicher Depressivität sowie Alpträumen, Flash-back-Erlebnissen und Dissoziationen. Der Patient beschrieb eine schwer beherrschbare innere Anspannung und Schlafstörungen, Anhedonie, soziale Isolation, Angst vor Ausschaffung. Er war antriebsarm, verlangsamt, psychomotorisch reduziert, sprach langsam mit leiser Stimme. Eine Zukunftsperspektive fehlte völlig. Es wurde die Diagnose (nach ICD-10/DSM-IV) einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) mit komorbider schwerer depressiver Störung (F32.2) und initial zunehmender Suizidalität gestellt.

Der Patient wünschte den Rückgang der ihm subjektiv sehr belastenden Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung. Er konnte sich nicht vorstellen, wie ein Weiterleben mit dem Trauma aussehen könnte.

Initial stand die existentielle Absicherung des Patienten, hier vor allem die Verhinderung der Ausschaffung in sein Heimatland, an vorderster Stelle. Eine Traumabearbeitung ist nicht möglich, solange eine neue reale Traumatisierung zu befürchten ist. Vereinbart wurde eine Frequenz von einer Sitzung/Woche, mit der Möglichkeit zu kurzfristigen Krisenkontakten oder Sitzungen zwischenzeitlich. Die Dauer der Sitzung war im Regelfall 1 Stunde, während des Erlernens der Progressiven Muskelrelaxation nach Jakobson sowie während der direkten Traumabehandlung 1½ Stunden. Es wurde für den Fall einer suizidalen Krise die sofortige persönliche oder telefonische Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten vereinbart.

Allgemeine Informationen über verhaltenstherapeutische Möglichkeiten der Behandlung der vorliegenden Störung erfolgten nach definitivem Beginn der ambulanten Therapie ab Stunde 4. Konkrete Erklärungen über einzelne anzuwendende Techniken erfolgten im Therapieverlauf. Die zentrale Intervention der Traumabearbeitung wurde mit zunehmender Genauigkeit wiederholt erklärt. Der Patient erklärte sich anfänglich nur zu einer symptomatischen unspezifischen Therapie des Störungsbildes bereit. Im Laufe des ambulanten therapeutischen Prozesses, des Wachsens der therapeutischen Beziehung und der Informationsvermittlung über die Störung und der möglichen therapeutischen Interventionen wuchs die Bereitschaft, sich dem Therapeuten zur eigentlichen interventionellen Bearbeitung des zentralen Trauma-Erlebnisses anzuvertrauen.

Eine tragfähige therapeutische Beziehung konnte bereits in den ersten Stunden des Kontaktes hergestellt werden. Insbesondere waren der wiederholte Hinweis auf die Selbstbestimmung des Patienten im therapeutischen Prozess (Patient als «pacemaker» des therapeutischen Fortschreitens), die psychoedukative Arbeit unter anderem mit wissenschaftlichen Informationen über die vorliegende Störung und die beabsichtigte Therapie, die Begleitung auch während einer durch akute Suizidalität bedingten

Zwöchigen Hospitalisation und die Suche eines sprachlichen Weges in der Psychotherapie für die Stabilisierung der therapeutischen Beziehung wertvoll. Die Therapie wurde in englischer Sprache durchgeführt; der Patient bemühte sich gleichzeitig um das Erlernen der deutschen Sprache. Die therapeutische Beziehung war im weiteren tragfähig und krisenstabil; der Autor erhielt wiederholt zwischen den Sitzungen briefliche Berichte des Patienten.

Aufgrund der sehr schwierigen pharmakologischen Beeinflussbarkeit der posttraumatischen Belastungsstörung-Symptomatik, wurde eine Kombination verschiedener Antidepressiva – Amitriptylin (Saroten®), Trimipramin (Surmontil®) und Moclobemid (Aurorix®) – unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken (v.a. Hypotonie) gewählt; gesundheitliche Probleme traten bei der gewählten Medikation zu keinem Zeitpunkt auf. Durch die psychopharmakologische Behandlung wie auch durch verschiedene nicht traumazentrierte psychotherapeutische Techniken aus dem Bereich der Depressionsbehandlung und Stresstherapie konnte eine symptomatische Besserung und Linderung des Leidens des Patienten bewirkt werden. Letztendlich konnte so auch die affektive und kognitive Therapiefähigkeit des Patienten für die eigentliche reizkonfrontative Traumabearbeitung hergestellt werden.

Die Kombination verschiedener Elemente kognitiver und verhaltenstherapeutischer Ansätze war im vorliegenden Fall an den individuellen Bedürfnissen und Symptomen des Patienten orientiert. Die verschiedenen spezifischen Techniken wurden teilweise überlappend eingesetzt; unspezifischere Wirkfaktoren wie die Zurverfügungstellung einer stabilen sozialen Beziehung (zum Therapeuten), Modellernen und Tagesstrukturierung ergänzten das Setting. Die zeitlich kurze (6wöchige), aber sehr intensive Phase der direkten Traumabearbeitung erfolgte in der letzten Phase der Therapie nach intensiver Vorbereitung und bei hoher Therapiemotivation von Seiten des Patienten. Der Patient konnte die angestrebte Habituation selber feststellen und erlebte einen raschen weitgehenden Rückgang seiner Symptomatik.

Es wurden zwei verwandte Methoden zur In-sensu-Konfrontation kombiniert: Die von Foa beschriebene Konfrontationstherapie stellt eine In-sensu-Reizüberflutungs-Exposition dar, während derer der Patient sich die erlebte Szene so real wie möglich vorstellt und sie in der Zeitform der Gegenwart laut beschreibt. Die Stunde wird auf Tonband aufgenommen und dem Patienten zum regelmässigen Anhören zuhause mitgegeben. Diese Methode wurde entsprechend dem von Smucker vorgeschlagenen «imaginary rescripting» folgendermassen modifiziert: Die erlebte Szene wurde in einer zweiten Imagination durch die Einführung einer Helfer-Person modifiziert, die einen rettenden Ausgang der Szene herbeiführt. Die helfende Person wurde zum Zeitpunkt der maximalen Bedrohung in die Szenerie eingeführt. Abschliessend wird die bedingungslose emotionale Annahme des Opfers durch

den Helfer imaginiert. Der Patient wird während der Imagination alle 5 Minuten nach seinem Spannungsniveau befragt und damit aus der Szene heraus in der Gegenwartsrealität eingebunden; zusätzlich dient das fragende Führen durch den Therapeuten einerseits der Vertiefung der Imagination und dem Wiederentdecken und -erleben der Gefühle, andererseits dem Kontakt mit der Realität und der Verhinderung von Dissoziationen. Die In-sensu-Exposition wurde durch eine etwa 7–10minütige Atementspannung eingeleitet und durch eine Traumreise ausgeleitet. Das Erlernen der Progressiven Muskelrelaxation und der Gedankenstoptechnik, die situative Absicherung und das Herstellen einer tragfähigen Therapiebeziehung stellen wesentliche ergänzende Angst-Management-Elemente dar.

Bei Therapieabschluss (49. Sitzung) fanden sich keine mnesticen Beeinträchtigungen mehr, der Patient war im formalen Denken kohärent und unauffällig. Es verblieb eine geringe depressive Restsymptomatik bei fortbestehender Zukunftsunsicherheit und eingeschränkten Lebensgestaltungsmöglichkeiten als Flüchtling. Weiterhin traten gelegentliche Schlafstörungen auf; der Antrieb war leicht reduziert, die Psychomotorik unauffällig, keine Suizidalität.

In einer ersten Katamnese nach 3 Monaten konnte das Fortbestehen der gebesserten Befindlichkeit bei leichter depressiver Restsymptomatik festgestellt werden. Der Alltag sei sehr eintönig; er treibe regelmässig 4x/ Woche Sport, habe eine leichte Gewichtszunahme. Gelegentlich leide er noch unter Alpträumen; diese seien ohne inhaltlichen Bezug zum Trauma. Eine weitere Reduktion der Medikamente wurde vereinbart.

Nach einem weiteren Jahr war eine Katamnese-Exploration vorgesehen: Der Patient meldet sich jedoch telefonisch ab, er müsse arbeiten. Er habe mittlerweile eine Schweizerin geheiratet, eine Aufenthaltsbewilligung «B» und eine Arbeit in einer Fabrik. Subjektiv gehe es ihm sehr gut. Die Partnerschaft erlebe er in allen Bereichen, auch sexuell, als sehr befriedigend; man plane für das kommende Jahr Kinder, auch werde er seine Eltern besuchen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit wird die multimodale Therapie einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung vorgestellt. Sowohl der Schweregrad der Psychopathologie als auch die Umstände der Traumatisierung erscheinen nicht alltäglich. Die Konfrontation eines männlichen Therapeuten mit einem gleichgeschlechtlichen Opfer exzessiver sexueller Gewalt bewirkt möglicherweise Betroffenheit über das Ausmass gewöhnlicher professioneller Empathie hinaus. Das gewählte Beispiel zeigt, dass eine tatsächlich auch für manche professionellen Helfer nicht vorstellbare Situation, hier die (Gruppen-)Vergewaltigung eines Mannes durch mehrere männliche Täter, auch in unserem Kulturkreis Ausgangspunkt einer therapeutischen Aufgabe werden kann. Es

steht fest, dass derartige Traumatisierungen nicht nur eine Erscheinung anderer Länder und gewalttätiger politischer Systeme sind, sondern auch, wie Erfahrungen aus den USA und Grossbritannien zeigen, sich in unserem Kulturkreis ereignen, die Opfer aber meist nicht den Weg zu einer angemessenen Therapie finden.

Die Behandlung einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung ist mit einer konfrontativen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung, die unter anderem auf dem Prinzip der Habituation aufbaut, erfolgreich möglich und kann dem Patienten ein weitgehend normales, von den posttraumatischen Symptomen freies Leben ermöglichen. Eine begleitende pharmakologische Therapie kann den Psychotherapieprozess erleichtern und gegebenenfalls eine wichtige Voraussetzung sein. Die existentielle Absicherung des Patienten ist ebenso eine unabdingbare Voraussetzung für eine solche Therapie wie die tragfähige therapeutische Beziehung. Das Setting muss den therapeutischen Belastungen sowohl des Patienten wie auch des Therapeuten Rechnung tragen (ausreichende zeitliche Ressourcen, therapeutische Flexibilität, Supervision usw.). Der Behandlungsverlauf zeigt, dass der hier gewählte kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz in einem überschaubaren Zeitrahmen zu einer deutlichen und stabilen Reduktion der posttraumatischen Belastungsstörung-Symptomatik führen kann.

Die Übernahme der Therapie einer derart schweren posttraumatischen Belastungsstörung erfordert von seiten des Therapeuten die Bereitschaft zu hohem Einsatz und zur weitreichenden Verantwortungsübernahme. Eine therapiebegleitende Supervision dient in einem solchen Fall nicht nur Ausbildungszwecken und der Qualitätssicherung, sondern auch der emotionalen Absicherung und Entlastung des Therapeuten. Patient und Therapeut wurden überrascht von dem Ausmass und über einzelne Details des in diesem Setting erinnerbaren Traumas; die Einzelheiten einer erinnerten Traumazene treffen den Therapeuten letztlich unvorbereitet. Die professionelle Fortsetzung der begonnenen Therapie trotz der dabei erfahrenen Belastung erfordert eine ausreichende eigene psychische Stabilität.

Literatur

- 1 King MB. Male rape. *Br Med J* 1990;301:1345–6.
- 2 Groth AN, Burgess AW. Male rape: offenders and victims. *Am J Psychiatry* 1980;137:806–10.
- 3 Ben-David S, Silfen P. Rape death and resurrection: male reaction after disclosure of the secret of being a rape victim. *Med Law* 1993;12:181–9.
- 4 Goyer PF, Eddleman HC. Same sex rape of nonincarcerated men. *Am J Psychiatry* 1984;141:576–9.
- 5 Van Tienhoven H. Sexual torture of male victims. *Torture* 1993;3:133–5.

- 6 Mezey G, King M. The effects of sexual assault on men: a survey of 22 victims. *Psychol Med* 1989;19:205–9.
- 7 Kaufman A, Divasto P, Jackson R, Voorhees D, Christy J. Male rape victims: noninstitutionalized assault. *Am J Psychiatry* 1980;137:221–3.
- 8 Mezey G, King M. Male victims of sexual assault. *Med Sci Law* 1987;27:122–4.
- 9 Donaldson S. Rape of males. In: Dynes WR, editor. *Encyclopedia of Homosexuality*. New York: Garland Publications; 1990.
- 10 Hickson FC, Davies PM, Hunt AJ, Weatherburn P, McManus TJ, Coxon AP. Gay men as victims of nonconsensual sex. *Arch Sex Behav* 1994;23:281–94.
- 11 Frazier PA. A comparative study of male and female rape victims seen at a hospital-based rape crisis program. *J Interpersonal Violence* 1993;8:64–75.
- 12 Bronisch T. Posttraumatische Belastungsstörung. Klinische Erscheinungsbilder – Epidemiologie – Therapiestudien *Psychotherapie* 1997;2:9–14.
- 13 King MB. Sexual assaults on men: assessment and management. *Br J Hosp Med* 1995;53:245–6.
- 14 McIver JR, Turner SW. Assessment and treatment approaches for survivors of torture. *Br J Psychiatry* 1995;166:705–11.
- 15 Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinic Psychol Psychotherapy* 1998;5:126–44.
- 16 Maerker A. Posttraumatische Belastungsstörungen: Stand und Perspektiven des Wissens über effektive Therapien. *Verhaltenstherapie* 1999;9:182–5.
- 17 Nishith P, Resnik PA. Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexueller Missbrauchs. In: Maerker A, Herausgeber. *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin: Springer Verlag; 1997. S. 194–228.
- 18 Van der Kolk BA, Burbridge JA, Suzuki J. The psychophysiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies. *Ann N Y Acad Sci* 1997;821:99–113.
- 19 Bremer J. Does stress damage the brain? *Biol Psych* 1999;45:797–805.
- 20 Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:715–23.
- 21 Rothbaum BO, Foa EB. Kognitive Verhaltenstherapie für posttraumatische Belastungsstörungen. Formen und Wirksamkeit. In: Maerker A, Herausgeber. *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin: Springer Verlag; 1997. S. 104–21.
- 22 Vetter S, Smucker MS. Imagery rescripting. *Therapiemanual zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen nach sexuellem Missbrauch*. Thun: Vetter Verlag; 1997.