

Dem Schrecken ein Ende setzen

Ob Unfall, Gewaltverbrechen oder Naturkatastrophe: Wer lebensbedrohliche Situationen erlebt, leidet oft noch lange danach an den Erinnerungen. Abhilfe versprechen Medikamente und Psychotherapie – doch sie haben bislang oft nur mäßig Erfolg. Forscher erproben daher neue, wirksamere Verfahren.

VON NIKOLAS WESTERHOFF UND ULRICH FROMMBERGER

Auch wenn wir es im Alltag meistens erfolgreich verdrängen: Das Leben steckt voller Risiken – immer und überall kann etwas Unvorhergesehenes passieren. Nach Schätzung des Psychiaters Ronald Kessler von der Harvard Medical School ereignet sich im Leben jedes zweiten Menschen ein schweres traumatisches Ereignis, sei es der unerwartete Tod eines Angehörigen, ein Gewaltverbrechen oder eine Umweltkatastrophe.

Wer eine Gefahr für Leib und Leben unmittelbar miterleben musste, entwickelt häufig eine »Posttraumatische Belastungsstörung« (PTBS). Das Geschehene wirkt dann oft noch Jahre später nach und überschattet den Alltag der Betroffenen (siehe Kasten auf S. 44).

Manche dieser Ereignisse passieren nur einmal, etwa ein schwerer Autounfall. Andere wiederholen sich über Monate oder Jahre hinweg – zum Beispiel Folter oder sexueller Missbrauch. Ein solches »komplexes Trauma« führt oft zu gleich mehreren psychischen Störungen, was

eine Behandlung besonders erschwert. Häufig gelingt es Therapeuten, die nicht auf Traumabehandlung spezialisiert sind, erst nach jahrelanger Arbeit, die PTBS überhaupt zu erkennen. Der Grund: Andere Symptome wie Angst, Depressionen oder Suchterkrankungen können die Störung »verdecken«.

Seit Langem versuchen Psychiater, die akuten Folgen eines Traumas medikamentös zu dämpfen. Um die innere Erregung abzuschwächen, verabreichen sie beispielsweise Antidepressiva. Manche Hausärzte setzen auch Benzodiazepine ein. Diese Beruhigungsmittel haben sich zwar bei Schlafstörungen, Angstattacken und Suizidalität bewährt, zur Behandlung einer PTBS sind sie jedoch nicht geeignet. So ist es durchaus möglich, die akuten psychischen Folgen eines Traumas mit Hilfe von Benzodiazepinen zu mildern. Auf längere Sicht aber erhöht diese Behandlung sogar die PTBS- und Depressionsraten, wie bereits 1996 ein Team um den israelischen Psychiater Arie Shalev vom Hadassah University Hospital in Jerusalem nachwies.

Die Cochrane Collaboration, ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, kam in einem 2007 veröffentlichten Report zu dem Schluss, dass es nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen keine Medikamente gibt, die die Entwicklung einer PTBS abwenden könnten. Weltweit probieren Forscher neue Mittel aus: Bei einer Akutintervention könnten beispielsweise Betablocker helfen, wie sie Ärzte gegen Bluthochdruck und Herzrasen einsetzen. Verabreicht man sechs bis



DER LANGE SCHATTEN

Wer als Kind missbraucht oder misshandelt wurde, den verfolgen oft ein Leben lang schlimme Erinnerungen. Die Forschung zeigt: Um das Trauma zu überwinden, muss man sich der Vergangenheit stellen.

AUF EINEN BLICK

Die Angst zähmen

1 Bedrohungen für Leib und Leben führen bei vielen Betroffenen zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

2 Antidepressiva oder eine Verhaltenstherapie können die Symptome zwar lindern, heilen die Störung aber nicht.

3 Derzeit untersuchen Forscher neue Ansätze wie die Gabe von Cortisol oder Betablockern. Viele Psychotherapieformen beinhalten, dass die Betroffenen ihr Trauma detailliert aufschreiben oder nacherzählen.

zwölf Stunden nach einem Trauma den Betablocker Propranolol für etwa eine Woche, so unterdrückt dies bei manchen Menschen langfristige Angstreaktionen, wie der Psychiater Roger Pitman von der Harvard University herausfand.

Pillen gegen den Schrecken

In einem seiner Experimente konfrontierte der Mediziner 41 Patienten mit den Tonbandaufnahmen ihrer eigenen Trauma-Schilderungen und stellte fest: Einige Personen, die mit Propranolol behandelt worden waren, reagierten weniger emotional auf ihren »Schreckensbericht« als eine Placebo-Gruppe.

In eine ähnliche Richtung weist ein Experiment, das 2009 die Psychologin Merel Kindt mit Kollegen von der Universität Amsterdam veröffentlichte. Mit Hilfe von Elektroschocks konditionierten sie ihre Versuchspersonen so, dass diese es beim Anblick von Spinnenfotos mit der Angst zu tun bekamen. Probanden, die am Tag darauf einmalig Propranolol erhielten, waren weitere 24 Stunden später deutlich weniger furchtsam als jene, die ein Placebo schluckten.

Bevor der Betablocker jedoch bei traumafährdeten Personengruppen wie Soldaten,

Unfallhelfern oder Feuerwehrleuten zum Einsatz kommen kann, müssten die Effekte noch genauer untersucht werden, gibt Roger Pitman zu bedenken. Im Augenblick fehlt es an weiteren überzeugenden Beweisen, dass Betablocker wie Propranolol eine effektive Akutintervention ermöglichen.

Experten sind sich einig: Es ist schwer, eine sich entwickelnde PTBS aufzuhalten. Sofortmaßnahmen brachten bisher nicht den Erfolg, den sich Psychiater davon versprochen. Eine Vielzahl von Analysen belegt, dass das schnelle Eingreifen nach einem Trauma eine PTBS nicht sicher verhindert. In einigen Studien wird psychologischen Soforthilfen gar eine schädliche Wirkung bescheinigt, etwa dem Debriefing – eine Art unmittelbare »Nachbesprechung« des traumatischen Erlebnisses. Patienten, die besonders gefährdet sind, eine PTBS zu entwickeln, helfen mehrere Sitzungen Verhaltenstherapie eher als ein Debriefing direkt nach dem Trauma.

In den Richtlinien des britischen National Institute for Clinical Excellence findet sich denn auch folgende Empfehlung: Menschen, die ein Trauma direkt oder indirekt erlebt haben, sollten nicht sofort therapeutisch behandelt

»Interapy«: Traumabehandlung im Internet

Die **Aufarbeitung des Traumas** steht im Zentrum aller psychologischen Therapien. Bei manchen Behandlungsmethoden müssen die Erinnerungen schriftlich festgehalten werden – etwa bei der narrativen Expositionstherapie oder der Testimony Therapy. Auch die aus den Niederlanden stammende »Interapy« macht sich diese Methode zu Nutze. Dabei handelt es sich um eine Online-Schreibtherapie, bei der das Trauma per E-Mail bearbeitet wird. Auch das Berliner Zentrum für Folteropfer (www.bzfo.de) bietet die Interapy an.

»In einer ersten Phase bitten wir die Patienten, viermal hintereinander über das traumatische Ereignis zu schreiben«, sagt die dort tätige Psychologin Christine Knaevelsrud. Der Vorteil der E-Mail-gestützten Behandlung bestehe darin, dass Traumapatienten überall auf der Welt geholfen werden könne – auch in Staaten wie dem Irak oder Iran. »Das Erlebnis soll spontan beschrieben werden, der Patient soll keine Rücksicht nehmen auf Satzzeichen und Orthografie«, sagt Knaevelsrud. »Wenn jemand im Schreibfluss ist, gehen die Erzählebenen oft ineinander über: Die Betroffenen schildern das Ereignis und beschreiben gleichzeitig, wie sie während des Schreibens zittern, schwitzen, weinen.« Am Ende bleibt dann häufig nur ein einziges Bild übrig, um das der Text kreist. »Mit den Erinne-

rungen ist es wie mit einem Filter: Erst ist er breit, und dann wird er immer schmaler«, so die Psychologin. »In den ersten Texten wird noch weit ausgeholt, der entscheidende Moment wird ausgespart. Doch je mehr jemand darüber schreibt, desto stärker verengt sich sein Blick auf ein einziges Bild, das sich ihm immer wieder aufdrängt.«

Entwickelt und erprobt wurde diese Therapiemethode von dem niederländischen Psychologen Alfred Lange von der Universität Amsterdam. Der Therapeut geht dabei nach einem strikten Schema vor: Erst muss der Patient sein Trauma per E-Mail schildern, dann muss er einen elektronischen Brief an einen imaginären Freund schreiben, der etwas Vergleichbares erlebt hat, und schließlich verfasst er einen Abschiedsbrief – an den Toten, die Eltern der Toten, den Täter oder sich selbst. Allerdings wird der Brief im Regelfall nicht abgeschickt. »Er bleibt Teil der Behandlung und soll dem Patienten dabei helfen, das Trauma biografisch zu integrieren«, so Knaevelsrud. »Bei fast allen Traumapatienten gibt es irrationale Gedanken, Schuld- oder Schamgefühle, die wir auflösen oder abschwächen wollen. Selbst dann, wenn jemand keine Schuld hat, fühlt er sich häufig schuldig. Solche hinderlichen Gedanken wollen wir ändern.«

werden. Allgemeine, unterstützende Maßnahmen reichen bei vielen Menschen zunächst aus. Nur bei schwerer, schnell eintretender Krankheitssymptomatik ist ein traumaspezifisches Eingreifen gerechtfertigt. Andernfalls laute die Losung *watchful waiting* – beobachten und abwarten.

Plagen die Betroffenen nach Monaten oder gar Jahren immer noch böse Erinnerungen, zeigen nach Aussage des jüngsten Cochrane-Berichts selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) lindernde Wirkung. Sie sind als Antidepressiva bekannt, reduzieren aber auch bei traumatisierten Menschen Alpträume und schwächen die Wucht ungewollter Erinnerungen ab. Die damit behandelten Patienten können sich beispielsweise wieder Dingen und Orten aussetzen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen – anstatt sie konsequent zu meiden.

Der Effekt solcher Medikamente spricht dafür, dass der Botenstoff Serotonin bei der Reaktion auf Traumata eine wichtige Rolle spielt. Hirnareale, die diesen Neurotransmitter nutzen, steuern unter anderem die Verarbeitung von Emotionen – etwa die Amygdala, die »Alarm- und Angstzentrale« unseres Gehirns. Mittlerweile bringen Forscher zahlreiche psychische Symptome wie Schlafstörungen, Zwangsgedanken oder Panikattacken mit dem Serotoninsystem in Verbindung.

Nach den Befunden des Psychiaters Steven Southwick von der Yale University in New Haven (US-Bundesstaat Connecticut) leiden auch PTBS-gefährdete Menschen unter einem Mangel an Serotonin. Es würde ihnen beispielsweise schwer fallen, ihre Gefühle richtig zu deuten. Doch viele Neurobiologen machen auch andere Botenstoffe wie Dopamin oder Glutamat für die Entstehung der Störung verantwortlich – die Befundlage ist widersprüchlich.

Komplizierte Krankheitsbilder

Besonders sinnvoll scheint eine Behandlung mit Antidepressiva, wenn zur Traumatisierung noch weitere psychische Störungen hinzukommen. Gerade bei komplizierten Krankheitsbildern helfen SSRI-Präparate wie Sertralin und Paroxetin, indem sie etwa aggressive Impulse mildern und so Suizidabsichten bekämpfen. Weit verbreitet ist eine Mischung aus posttraumatischer Belastung und Depression. Bei einer schweren Depression erweist es sich zudem oft als notwendig, zunächst dieses Leiden mit Medikamenten zu behandeln, bevor der Kampf ge-



gen die Erinnerungen an das Trauma angegangen werden kann.

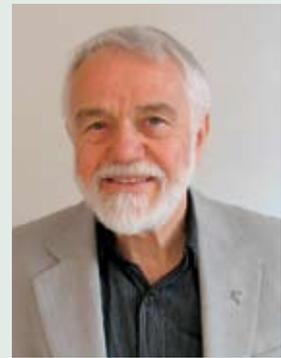
Einen Hinweis darauf, warum die Antidepressiva Traumaopfern helfen, fand 2003 der Psychiater Eric Vermetten von der Universität Utrecht: Frühere Studien hatten ergeben, dass intensiver Stress zu einer Schrumpfung des Hippocampus führt – einer Hirnstruktur, die auch bei Erinnerungen eine Rolle spielt. So leiden traumatisierte Patienten häufig unter Wortfindungsstörungen. Vermetten behandelte solche Klienten neun bis zwölf Monate lang mit Paroxetin, einem auch in Deutschland verbreiteten SSRI-Präparat. In diesem Zeitraum vergrößerte sich der Hippocampus der Probanden durchschnittlich um ein Zwanzigstel. Die Patienten erzielten nach der Behandlung zudem bessere Werte in einem Gedächtnistest. Paroxetin scheint also im Stande zu sein, diese schädlichen Auswirkungen von schwerem Traumastress umzukehren – unter anderem, indem es das Wachstum neuer Nervenzellen im Hippocampus anregt.

Sind Medikamente folglich der klassischen Psychotherapie überlegen, wenn es darum geht, Traumatisierungen zu heilen? 2004 veröffentlichte die Freiburger PTBS-Arbeitsgruppe mit

SEELISCHES TRÜMMERFELD

Am 6. April bebte nahe L'Aquila in den italienischen Abruzzen die Erde. Mindestens 293 Menschen starben, zehntausende wurden obdachlos. Naturkatastrophen wie diese führen bei vielen Opfern zu einer Traumatisierung.

DIETER GLATZER ist Psychologiedirektor im Regierungspräsidium Stuttgart, Abteilung Schule und Bildung. Als Leiter des Kriseninterventionsteams koordinierte er den Einsatz der insgesamt 130 Schulpsychologen nach dem Amoklauf in Winnenden.



Brennpunkt: Winnenden

Helfen nach dem Schock

Herr Glatzer, was können Psychologen nach einem traumatischen Ereignis wie dem in Winnenden tun?

Die Kollegen leisten »psychologische erste Hilfe«. Das heißt: Sobald die Polizei die Sicherheit hergestellt hat und die Opfer medizinisch versorgt sind, sollen sie den psychischen Schock der Betroffenen auffangen und mildern. Sie klären beispielsweise Schüler und Lehrer darüber auf, wie Menschen üblicherweise auf traumatische Erlebnisse reagieren. Es geht also nicht um eine Therapie, sondern zunächst um den Versuch, die bei jedem Menschen ohnehin vorhandenen Bewältigungsstrategien zu aktivieren. Wichtig ist, dass die Trauernden schnell in die Geborgenheit ihrer sozialen Netze zurückkehren können: zur Familie, zu Freunden und Kollegen. Erst nach Wochen können Schulpsychologen die Frage beantworten helfen, ob eine gezielte Traumatherapie nötig ist.

Psychologen beantworten aber auch praktische Fragen: Wie können sich die Schüler auf die anstehenden Beerdigungen einstellen? Wie sollen sie besonders betroffenen Mitschülern oder Eltern begegnen? Aber auch das ist ein Thema: Wie sollen sie mit den nächsten Prüfungen umgehen? Wir haben auch eine Anlaufstelle geschaffen, wo Rat Suchende Informationen über die zunächst verwirrende Situation einholen können. Nicht zuletzt müssen zudringliche Medien oder Zaungäste ferngehalten werden – wofür aber auch die Polizei sorgt.

Sind Schulen und Schulpsychologen in Deutschland auf so einen Einsatz vorbereitet?

Drei Wochen vor dem Amoklauf in Erfurt (am 26. April 2002, Anm. d. Red.) wurden in Bayern die ersten Schulpsychologen darin geschult, wie man sich in so einem Fall verhalten sollte. Da es damals noch keine deutschsprachigen Experten gab, leitete William Pfohl von der Western Kentucky University diesen Kurs. Seit Erfurt ist es in Deutschland üblich, Schulpsychologen auf solche Einsätze vorzubereiten.

In Baden-Württemberg gibt es seit 2006 eine Verwaltungsvorschrift zum Verhalten bei Gewaltvorfällen an Schulen. Alle Schulen sind verpflichtet, einen Krisenplan zu erstellen und ein eigenes Krisenteam für den Ernstfall zu bilden. Auch die vier Regierungspräsidien haben seit 2004 Kriseninterventionsteams aus Psychologen, Pädagogen und Juristen, die bereits in vielen Einsätzen Erfahrungen sammelten. Natürlich ist ein teilweise chaotischer Beginn des Einsatzes trotzdem nicht zu vermeiden.

Die meisten der neu eingestellten Schulpsychologen in Baden-Württemberg haben im Jahr 2008 einen solchen Basiskurs besucht. So war man in Winnenden in der günstigen Lage, über 80 für solche Einsätze vorbereitete Helfer zu verfügen – das ist eine sehr große Zahl.

Nach welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen richtet sich das Hilfsangebot der Psychologen?

Das Hilfsangebot basiert auf Ergebnissen der so genannten Resilienzforschung, die vor allem israelische Wissenschaftler seit Jahrzehnten systematisch betreiben, insbesondere der Traumaspezialist Mooli Lahad vom Community Stress Prevention Centre in Kyriat Shmona. Mitarbeiter dieses Zentrums geben auch Kurse in Europa. Deren Inhalt basiert auf psychologischen Forschungsergebnissen, aber auch auf den Erfahrungen von Schulpsychologen weltweit.

Studien zeigen beispielsweise, dass ein traumatischer Schock bei jedem Opfer unterschiedlich lange anhalten kann. Die Zeitspanne hängt unter anderem davon ab, wie lebensbedrohlich das Erlebnis war, aber auch von Vorerfahrungen und Persönlichkeit. Wenn die Schocksymptome trotz aller Bemühungen um Normalität nicht innerhalb von vier bis sechs Wochen zurückgehen, kann eine Traumatherapie nötig werden.

Die amerikanische National Association of School Psychologists (NASP) hat die Ergebnisse vieler Untersuchungen in Empfehlungen zusammengefasst und auf ihrer Webseite veröffentlicht. Allerdings ist noch weitere Forschung nötig. Denn Untersuchungen zeigen, dass gerade die angemessene Vorbereitung auf mögliche Krisen deren schädliche Einflüsse am besten dämpft. Und es geht darum, wie Schüler lernen, ihre psychische Gesundheit zu fördern und zu erhalten – und wie Lehrkräfte dies unterstützen können.

Die Fragen stellte **G&G-Redakteur Joachim Marshall**.

LITERATURTIPP

Englbrecht, A., Storath, R.: In Krisen helfen. Cornelsen, Berlin 2005.

WEBLINK

www.nasponline.org/prepare/index.aspx

Programm »PREPaRE« der US-Schulpsychologenvereinigung NASP

Ulrich Frommberger, Mathias Berger und Jörg Angenendt eine Pilotstudie mit 21 Traumapatienten. Darin zeigte sich: Verhaltenstherapie und Antidepressiva helfen in etwa gleich gut gegen die typischen PTBS-Symptome. In einer Nachuntersuchung sechs Monate später ging es den Probanden, die Verhaltenstherapie erhalten hatten, sogar etwas besser als jenen, die Medikamente eingenommen hatten.

Vor allem ein Mix beider Behandlungsarten scheint effektiver zu sein als die alleinige Pharmakotherapie. Psychiater könnten die Wirkung von SSRI-Präparaten also oft noch steigern, indem sie die Medikamente mit einer Verhaltenstherapie kombinieren. Nur jenen Betroffenen, denen es bereits mit Antidepressiva deutlich besser geht, bringt eine zusätzliche Psychotherapie nicht viel.

Mit Risiken und Nebenwirkungen

Ein großes Problem der medikamentösen Behandlung ist die hohe Abbrecherquote. Viele Patienten nehmen ihre Medizin nur sporadisch oder gar nicht ein. Möglicherweise wurden sie nicht ausreichend über die Präparate informiert: So wissen viele nicht, dass die Pillen meist

erst mit einer Verzögerung von mehreren Wochen ihre volle Wirkung auf die Psyche entfalten. Ungeduldige Patienten könnten daher zu dem voreiligen Schluss kommen, dass die verabreichten Substanzen nutzlos seien. Außerdem leiden manche Betroffene besonders unter den Nebenwirkungen von Antidepressiva wie Verdauungs- und Schlafstörungen oder Gewichtszunahme. Zur Verschreibung der Medikamente gehört daher immer ein ausführliches Gespräch über dieses Problem.

Derzeit erproben Forscher überall auf der Welt neue Medikamente. In einigen Studien wird die Wirksamkeit von Cortisol untersucht. Nach neueren Erkenntnissen scheint das Stresshormon nämlich eine bedeutsame Rolle bei Traumatisierungen zu spielen. So scheinen jene Menschen, die auf ein bedrohliches Erlebnis mit einer geringen Cortisolausschüttung reagieren, eher eine PTBS zu entwickeln.

Cortisol sorgt nicht nur für die körperliche Aufregung bei der ersten »Kampf oder Flucht«-Reaktion – es ist auch am Abruf von Erinnerungen beteiligt. Ein hoher Cortisolspiegel hemmt das Gedächtnis. Daher könnte es insbesondere für Traumapatienten sinnvoll sein, in der Zeit

Wann entsteht eine PTBS?

Durchschnittlich **jeder Zehnte**, der eine traumatische Situation selbst erlebt oder beobachtet hat, entwickelt eine Posttraumatische Belastungsstörung. Die Gefahr einer Traumatisierung ist bei Gewaltverbrechen höher: **Etwa ein Viertel** der Soldaten in Kriegseinsätzen und **mehr als die Hälfte** aller Vergewaltigungsopfer leiden an PTBS. Auch für Menschen, die als Geiseln genommen oder gefoltert wurden, ist das Risiko einer Traumatisierung hoch.

BERLIN

2009

Schwerpunkthemen

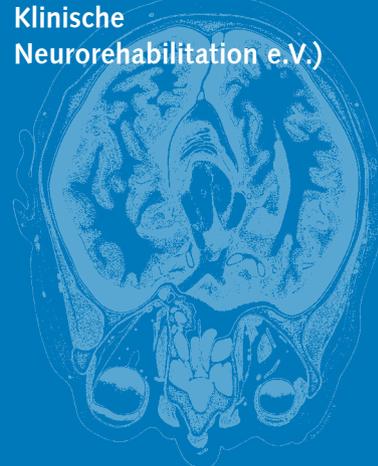
- **Intensivmedizin**
 - Frührehabilitation
 - Politische Vorgaben
 - Nosokomiale Erreger
 - Trachealkanülenmanagement
 - Dysphagie
 - Frühmobilisierung
- **Wiederherstellung der Aktivitäten**
 - Leitlinien in der Rehabilitation
 - Motorische Rehabilitation der oberen und unteren Extremität
 - Gerätegestützte Therapie
 - Hilfsmittelversorgung
 - Rehabilitation der Kognition
 - Rehabilitation der Kommunikation
 - Assessment und quantitative Analyse
- **Der Patient zu Hause bzw. im Pflegeheim**
 - Das Entlassungsmanagement
 - Optimierung der Versorgung zu Hause
 - Förderung der Partizipation
 - Der Angehörige
- **Pharmakotherapie**
 - Infektionen auf der Intensivstation
 - Medikamentöse Therapie der Spastik
 - Moderne Antiepileptika
 - Sekundärprophylaxe nach Schlaganfall
 - Medikamente zur Unterstützung der Neuroplastizität
- **Historie und Zukunft der Neurorehabilitation**

Abstract-Deadline: 30. Juni 2009

Gemeinsame 
Jahrestagung der

DGNR
(Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V.)
und der

DGNKN
(Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e.V.)



3.–5. Dezember 2009



**20 Jahre moderne Neurorehabilitation:
Von der Intensivstation bis zur
Versorgung des chronischen Patienten
zu Hause**



www.conventus.de

Altes Stigma

Einen Krieg miterlebt zu haben, löst häufig eine PTBS aus. Das war auch schon so, bevor es die Diagnose überhaupt gab. Zur Zeit des Ersten Weltkriegs etwa kannte man die »Kriegszitterer«: Heimkehrer, deren Erlebnisse einen Tremor der Hände verursacht hatten. Psychiater sprachen damals auch von der Kriegsneurose. Nach heutigen Kriterien litten die Betroffenen wahrscheinlich an PTBS, damals unterstellte man ihnen allerdings Charakter- und Willensschwäche.

nach dem Ereignis mehr von diesem Stresshormon auszuschütten. PTBS-Patienten haben noch Jahre nach ihrem Trauma niedrigere Cortisolwerte als Gesunde.

Insgesamt jedoch scheinen traumatisierte Menschen körperlich leichter erregbar zu sein, was sich beispielsweise in Schlafstörungen niederschlägt. So reagieren PTBS-Patienten während des Schlafs stärker auf Geräusche als gesunde Personen. Holocaust-Überlebende zeigten noch 40 Jahre nach dem Trauma ein verändertes Schlafverhalten – sie erwachten häufiger, schliefen kürzer und schlechter. Außerdem waren die Phasen des REM-Schlafs verlängert, wodurch es häufiger zu Alpträumen kam.

Die Hilfe von Medikamenten allein reicht also oft (noch) nicht aus, um eine Traumatisierung zu verwinden. Eine gut erprobte psychotherapeutische Behandlung ist die Verhaltenstherapie, deren Wirksamkeit für Traumaopfer beispielsweise Studien der US-Psychiaterin Barbara Rothbaum von der Emory University in Atlanta belegen. Als ebenso effektiv erweist sich ein Verfahren, das speziell bei Traumatisierten zum Einsatz kommt – und auf den ersten Blick vielleicht kurios erscheint: die »Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy«, kurz EMDR.

Bei dieser Behandlung schildert der Patient sein Trauma dem Therapeuten, an besonders wichtigen Stellen seiner Erzählung »friert« er

das Bild dann gedanklich ein. Mit der dramatischen Szene im Geist verfolgt er gleichzeitig mit den Augen langsame Fingerbewegungen des Therapeuten. Diese Blickwanderung reduziert bei vielen Betroffenen die Angst, die ihre Erinnerungen hervorrufen. Die Methode hat sich in umfangreichen Studien als nützlich erwiesen, doch der Wirkmechanismus ist noch unklar. Möglicherweise führen Augenbewegungen, aber auch andere ablenkende Reize zu einer besseren kognitiven Verarbeitung des Erlebten (siehe auch G&G 5/2004, S. 70).

Von den Erlebnissen erzählen

Abseits der etablierten Therapieformen drängen neue, durchaus zukunftsreiche Behandlungskonzepte auf den Markt. Da ist beispielsweise die narrative Expositionstherapie, die an der Universität Konstanz entwickelt wurde. Bei dieser Behandlung schreibt der Betroffene einen umfangreichen schriftlichen Bericht über das Erlebte – unter Mithilfe des Therapeuten. Das Trauma, so die Idee, soll sprachlich detailliert rekonstruiert werden und dadurch seinen Schrecken verlieren.

Dieser Ansatz kombiniert die bewährte Expositionsbehandlung – also das geistige Wiedererleben des Traumas – mit Elementen der »Testimony Therapy«, einer Behandlungsmethode, die erstmals bei Opfern des Pinochet-Regimes zum Einsatz kam. Ihre Kernidee besteht darin, das Erlebte möglichst exakt zu protokollieren. Der Patient agiert nicht wie ein Betroffener, sondern eher wie ein Zeuge: Indem er den Standpunkt eines neutralen Berichterstatters einnimmt, entschärft er subjektiv das Erlebte. Mittlerweile wurde die Testimony Therapy nicht nur bei zahlreichen Opfern von Diktaturen eingesetzt; sie half auch Menschen, die über viele Jahre sexuell missbraucht worden waren.

Eine neue Behandlung, die das Wiedererleben des Traumas mit Imaginationsverfahren kombiniert, ist die »Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy« des Psychologen Merwin Smucker vom Medical College Wisconsin in Milwaukee. Dabei entwirft der Patient so genannte Bewältigungsbilder, die er vor seinem inneren Auge immer wieder durchspielt. Patienten, die als Kinder misshandelt wurden, können beispielsweise eine Szene aus ihrer Erinnerung so »umschreiben«, dass ihr erwachsenes Selbst den Raum betritt, den Aggressor zurechtweist und das Kinder-Ich in den Arm nimmt und tröstet. Erste kontrollierte Studien zeigen, dass die Methode wirksam ist.

Die drei Symptomebenen bei PTBS

1. Wiedererleben

Bereits kurze Zeit nach dem Trauma kann das Ereignis ins Gedächtnis zurückkehren. Plötzlich und unkontrollierbar steht die Traumaszene erneut vor Augen und ruft ähnliche psychische und körperliche Reaktionen hervor wie das Erlebnis selbst. Die ungewollten, eindringlichen Erinnerungen (»Intrusionen«) können so stark sein, dass Realität und Vorstellung ineinanderfließen.

2. Erregung

Das Trauma verfolgt das Opfer während des Tages und in der Nacht. Dabei treten typische Merkmale von körperlicher Erregung auf – Herzklopfen, Alpträume, nächtliche Schweißausbrüche, Engegefühl in der Brust, Zittern.

3. Vermeidung

Situationen, die an das Trauma erinnern könnten, werden gemieden. Oft werden auch Gegenstände oder Menschen umgangen, die mit dem Trauma assoziiert sind. Langfristig führt diese Vermeidungsstrategie zu Angst vor all jenen Situationen, die mit dem Trauma zusammenhängen. Dadurch engt sich der Lebens- und Handlungsraum des Patienten immer mehr ein.

All diese Therapieansätze fußen auf ein und demselben Gedanken: Das traumatische Ereignis soll mehrfach ins Gedächtnis gerufen, geschildert und sich intensiv vorgestellt werden. Dadurch verliert es sein zerstörerisches Potenzial. Psychologen und Psychiater setzen folglich auf einen Gewöhnungseffekt – je öfter ein Mensch während der Therapie über sein Trauma berichtet, desto »normaler« erscheint es ihm. Die Folge: Die körperliche Erregung, welche die Erinnerung an das Trauma auslöst, nimmt ab, die Hilflosigkeit wird überwunden.

Bei der verhaltenstherapeutischen Konfrontation mit dem Trauma gilt es allerdings einige Regeln zu beachten. Während der Betroffene seine Erinnerungen weckt, sollte er die Augen geschlossen halten oder einen Punkt im Raum fixieren. Eine Schilderung im Präsens erzeugt größere emotionale Spannung – die Wirkung ist meist stärker. Die detaillierte Beschreibung des Traumas umfasst im günstigsten Fall alle Sinne: Der Betroffene soll schildern, was er gesehen, gehört, gefühlt, gerochen und geschmeckt hat.

Meist löst das intensive Wiedererleben des Traumas Gefühle wie Hilflosigkeit und Angst

aus. Nicht selten dauert es über eine halbe Stunde, ehe diese Angst abnimmt. Die Schilderung des Erlebten sollte auf Tonband aufgezeichnet werden. Aufgabe des Patienten ist es dann, sich die eigene Erzählung immer wieder anzuhören – am besten täglich. Das unterstreicht, dass das Erlebte der Vergangenheit angehört, Angst und Anspannung sinken mit jedem Hören.

Die Annäherung an das Trauma ist nicht immer leicht. Viele Patienten fürchten sich sehr davor, über ihre Erfahrungen zu berichten, sie versuchen die Erinnerungen und die intensiven Reaktionen darauf zu vermeiden. Das Wachrufen des Traumas ist folglich eine Gratwanderung. Doch alle Studien zeigen unisono: Um dem Schrecken ein Ende zu setzen, muss man sich ihm stellen. ~

Nikolas Westerhoff ist promovierter Psychologe und Wissenschaftsjournalist in Berlin. Ulrich Frommberger ist Mediziner und Biologe. Er leitet die Mediclin-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Offenburg.

 www.gehirn-und-geist.de/audio

QUELLE

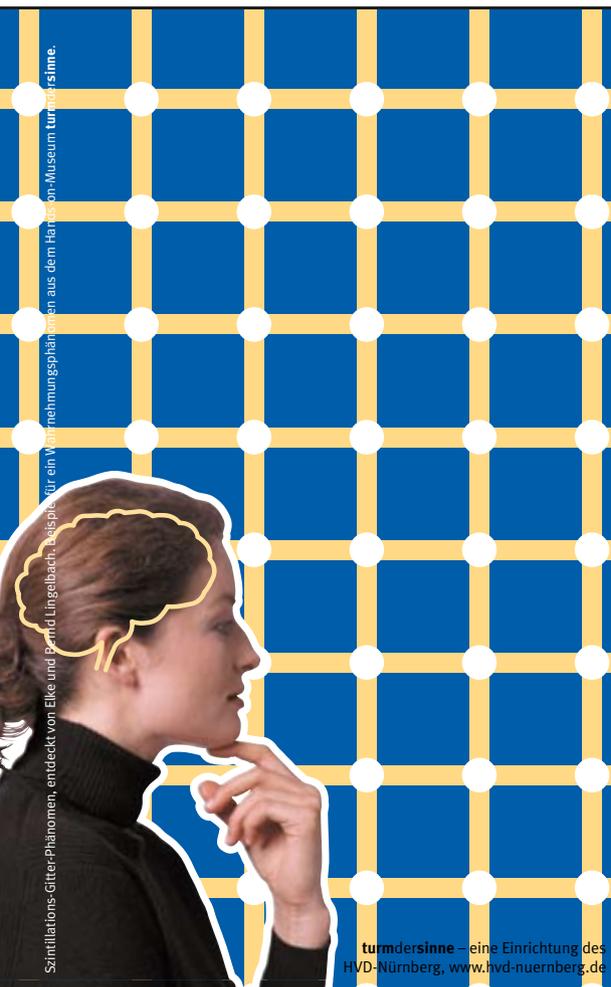
Frommberger, U., Kellerl, R. (Hg.): Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Duster, München 2007.

Weitere Quellen im Internet unter:

www.gehirn-und-geist.de/artikel/992448

LITERATURTIPP

Huber, M.: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2: Wege der Traumabehandlung. Junfermann, Paderborn 2006. Die Autorin ist Traumaexpertin und beschreibt laiengerecht die verschiedenen Aspekte der Traumatherapie.



turmdersinne – eine Einrichtung des HVD-Nürnberg, www.hvd-nuernberg.de

Symposium turmdersinne 2009

Geistesblitz und Neuronendonner

Intuition, Kreativität und Phantasie

9.–11. Oktober · Nürnberg
Germanisches Nationalmuseum
www.turmdersinne.de

Die geistigen Leistungen des Menschen umfassen mehr als die sinnliche Wahrnehmung von Gegebenem und die rationale Verarbeitung von Wahrnehmungsinhalten. Menschen haben Ideen, fällen Urteile, treffen Entscheidungen und entwickeln Neues. Viele psychische Prozesse laufen dabei unbewusst ab. Manchmal schadet bewusste Aufmerksamkeit sogar eher als dass sie nützt. Wie kann man die merkwürdige Effizienz der Intuition verstehen und die schöpferische Kraft der Phantasie erklären? Was geschieht dabei im Gehirn?

Die kreativen Fähigkeiten des Menschen und ihre neuronale Grundlage stehen im Mittelpunkt dieses populärwissenschaftlichen Symposiums.

Fachleute tragen vor, Hörer fragen nach. Diskutieren Sie mit!



Unter anderem mit Hirnforscher Gerhard Roth, Bremen.

Weitere Referenten: Nicola Baumann, Trier; John-Dylan Haynes, Berlin; Georg Northoff, Magdeburg u. v. m.

Foto: RIECKZ, News Service GmbH, Deinemoster Kresblatt

Programm, Information und Anmeldung:

www.turmdersinne.de → Symposium

Tel.: 0911 94432-81, Fax: -69, symposium@turmdersinne.de



+++ Besuchen Sie auch das Hands-on-Museum **turmdersinne** in Nürnberg +++ Am Westtor, Spittlertorgraben Ecke Mohrengasse +++ Zum Jahr der Astronomie: Sonderausstellung „Des Himmels Irrlichter“ +++ mit historischen Fehlinterpretationen, phantasievollen Verschwörungstheorien und den wahrnehmungspsychologischen Hintergründen +++ Aktuelles unter www.turmdersinne.de +++