

TRAUMATHERAPIE

TSUNAMI IM KOPF

Die Flutwelle, die am zweiten Weihnachtsfeiertag über den Indischen Ozean raste, hinterließ an den Küsten Südostasiens tiefe Wunden – aber auch in den Köpfen der Überlebenden. Psychologen können ihnen helfen, das Erlebte zu verarbeiten.

VON GÜNTER H. SEIDLER
UND STEFANIE REINBERGER

Diesen Blick werde ich nicht los«, klagt der 40-jährige Marc H. Er wollte die Weihnachtsferien mit seiner Familie in Thailand verbringen – ein Traumurlaub, der zum Albtraum wurde. Denn als am 26. Dezember die Flutwelle über Südostasiens Strände hereinbrach, war er mitdrin. Er schaffte es gerade noch, sich und seine Tochter vor den Wassermassen in Sicherheit zu bringen. Der Schwiegervater aber kam ums Leben. »Ich konnte ihn nicht mehr festhalten, die Welle hat ihn einfach fortgerissen«, berichtet H. Was bleibt, ist der letzte, Hilfe suchende Blick des Ertrinkenden, der den Familienvater jetzt Tag und Nacht quält.

Todesangst, gescheiterte Rettungsversuche, der Verlust von Freunden und Verwandten – davon berichten viele der heimgekehrten Asienurlauber. Doch auch die Helfer und Medienvertreter vor Ort haben Dinge erlebt und mitangesehen, die sich nur schwer verarbeiten lassen. Sie waren – und sind zum Teil noch immer – mit einem Grauen konfrontiert, das die Fernsehbilder nicht annähernd vermitteln können.

Nun haben sich Traumatherapeuten verschiedener Einrichtungen in Deutschland zusammengeschlossen, um zu helfen. Sie sind Teil von Noah, eines Netzwerks für »Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe«, das vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Bonn koordiniert wird. Das Ziel: möglichst vielen Heimkehrern psychologische Betreuung und Hilfe anzubieten. Denn die Gefahr ist groß, dass sich die schrecklichen Bilder dauerhaft ins Gehirn der Betroffenen eingraben. Angstzustände, ständige Übererregung bis hin zu Persönlichkeitsänderungen und erhöhter Suchtgefahr können die Folge sein.

NOTFALLPROGRAMM MIT FOLGEN

Die gängigen Diagnosehandbücher fassen diese Symptome unter dem Begriff »posttraumatische Belastungsstörung« (PTBS) zusammen. Traumaforscher wissen aus zahlreichen Studien – etwa mit Holocaust-Überlebenden, Kriegsveteranen, aber auch Opfern individueller Gewalttaten –, dass der menschliche Organismus nach durchlittener Todesangst eine Art Notfallprogramm abspult. Und das führt zu den erwähnten Langzeitfolgen. In den letzten Jahren haben Hirn-

forscher nun weit gehend entschlüsselt, was in derartigen Extremsituationen im Kopf geschieht. So weiß man heute: Die Flut von Stresshormonen, die während eines traumatischen Ereignisses ausgeschüttet werden, sorgt häufig dafür, dass das Erlebte nicht richtig verarbeitet und abgespeichert wird.

Die Funktion bestimmter Hirnregionen ist dann beeinträchtigt – etwa die des Hippocampus, der normalerweise Eindrücke kategorisiert und in einen räumlichen und zeitlichen Kontext einordnet. Die Fehlfunktion konnten Forscher in Patientenstudien mittels bildgebender Verfahren nachweisen. Oft streikt auch das Broca-Areal, eines der Sprachzentren unseres Denkkorgans, und hindert damit die Betroffenen, ihre bedrückenden Erfahrungen in Worte zu fassen.

Als Folge dieser Aussetzer bleiben von den traumatischen Erlebnissen nur lose Erinnerungsfragmente erhalten. Diese können als Bilder, Laute oder Gerüche immer wieder aufscheinen, ausgelöst durch an sich harmlose Reize – etwa das Betätigen einer Wasserspülung, das die Flutopfer plötzlich an den Ort der Katastrophe zurückwirft. Häufig drängen solche Bruchstücke auch in Form unkontrollierbarer Flash-backs – Fachleute

*Aus urheberrechtlichen Gründen
können wir Ihnen die Bilder leider
nicht online zeigen.*

sprechen auch von Intrusionen – ins Bewusstsein. Eine Rückkehr in den Alltag scheint so unmöglich. Die Aufgabe von Traumatherapeuten ist es nun, die falsch gespeicherten Erinnerungen in eine räumliche und zeitliche Ordnung zu bringen und die Betroffenen von ihrer Sprachlosigkeit zu befreien.

STETE ANGST IM NACKEN

Niemand weiß genau, wie viele der heimkehrenden Urlauber und Helfer langfristig seelische Verletzungen davontragen. Denn eine posttraumatische Belastungsstörung manifestiert sich oft erst Monate nach dem Ereignis. Erfahrungsgemäß dürften jedoch bis zu 50 Prozent der Flutopfer die geschilderten Symptome entwickeln. Vielfach bleiben diese noch Jahre danach bestehen und wachsen sich zu einem chronischen Leiden aus.

Schnelle psychologische Hilfe für die Tsunamiopfer scheint also dringend geboten. Wenn bei ihnen von einer posttraumatischen Belastungsstörung auch noch keine Rede sein kann, beschreiben doch viele Heimkehrer bereits ganz ähnliche Symptome wie Angstzustände, allgemeines Taubheitsgefühl und wirre Erinnerungsfragmente. Fachleute sprechen von einer akuten Belastungsstörung.

Diese behandeln Psychotraumatologen üblicherweise in drei Phasen: Stabilisierung, Konfrontation mit dem Trauma (»Exposition«) sowie psychotherapeutische Nachsorge. Günther H. Seidlers Arbeitsgruppe an der Universität Heidelberg hat – diesem Schema folgend – einen eigenen Ansatz für akut Traumatisierte konzipiert. Am Anfang steht eine ambulante Gruppentherapie. Jeweils drei bis zehn Teilnehmer finden sich für zehn Sitzungen zusammen. Dieses Vorgehen hat sich in der Vergangenheit mehrfach als vorteilhaft erwiesen: Die Gruppe entwickelt sich oft zu einer regelrechten Schicksalsgemeinschaft, in der die Patienten sich gegenseitig unterstützen. Dabei sollte das Gespräch jedoch möglichst nicht auf das eigentliche Traumaereignis gelenkt werden. Die Gefahr wäre zu groß, mit den Schilderungen erneut schlimme Erinnerungen zu wecken.

Vielmehr gilt es zunächst, den Patienten ein Stück ihrer verloren geglaubten Sicherheit zurückzugeben. Sie müssen das Vertrauen fassen, dass sie ihre Angst bewältigen und den Alltag wieder meistern können, bevor sie sich ihren schrecklichen Erlebnissen selbst stellen.

Zu diesem Zweck beginnt jede Behandlung damit, die Teilnehmer genau-

SCHRECKEN OHNE ENDE

**Kaum der Katastrophe entronnen,
sahen sich viele Asienheimkehrer
auch noch dem Blitzlichtgewitter
der Kameras ausgesetzt.**

estens über die Details ihrer Störung und der nachfolgenden Therapiesitzungen zu informieren. Die Flutkatastrophe hat die Betroffenen in einen Zustand völliger Macht- und Hilflosigkeit versetzt. Mit dem im Rahmen dieser Psychoedukation vermittelten Wissen können sie Schritt für Schritt die verlorene Kontrolle zurückgewinnen. Zudem bedeutet es für die meisten einen enormen Fortschritt, sich sagen zu können: »Die Bilder und Geräusche in meinem Kopf sind eine völlig normale Reaktion auf das, was ich erlebt habe. Ich bin nicht verrückt.«

Im weiteren Verlauf der Therapie lernen die Patienten verschiedene Techniken kennen, mit deren Hilfe sie sich selbst stabilisieren und vorhandene mentale Ressourcen aktivieren können. Mit anderen Worten: So hilflos und verängstigt sich mancher Heimkehrer fühlt, jeder hat gute Erinnerungen an die Zeit, als er sich noch stark und gegen alle Schicksalsschläge gewappnet glaubte. ▷

▷ Die Gruppenübungen zielen unter anderem darauf ab, den Betroffenen die einstige Sicherheit möglichst lebendig vor Augen zu führen – damit sie neuen Mut und Hoffnung schöpfen, selbst wenn ihnen die erneut aufkommende Angst schier die Kehle zuschnürt.

Veronika K. etwa berichtet, dass sie nicht weiß, wie sie je wieder das Zimmer ihres Sohns betreten soll, der in der Flutwelle umkam. »Das schaffe ich nie«, schluchzt sie. Der Therapeut fordert Frau K. nun auf, an eine brenzlige Situation zu denken, die sie in ihrem Leben vor der Katastrophe gemeistert hat. »Ich erinnere mich an eine Fahrt auf der Autobahn, als ein LKW zu einem gefährlichen Überholmanöver angesetzt hat«, erzählt sie. »Da bin ich geistesgegenwärtig ausgewichen.« Ihr entschlossenes Handeln habe sie damals vielleicht vor Schlimmerem bewahrt. Nun soll sie versuchen, mit demselben Mut von damals, noch einmal auf ihre Zukunftsangst zu blicken. »Ja, wenn ich es so sehe, schaffe ich es vielleicht doch.«

HEILSAMER STUFENPLAN

Das Vorgehen erscheint vielleicht sehr simpel – doch es ist effektiv. Das konnte Seidlers Arbeitsgruppe im Rahmen einer Untersuchung mit Gewaltopfern bestätigen. Bei dieser Pilotstudie aus den Jahren 2001 bis 2003 erbrachte die Methode gute Behandlungserfolge bei akut traumatisierten Personen. Die meisten Patienten fühlten sich nach der Gruppentherapie wieder so stark, dass sie sich im nächsten Schritt ihrem eigentlichen Trauma stellen konnten.

Dies geschieht nach der so genannten EMDR-Methode, die seit einigen Jahren erfolgreich bei posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt wird (siehe G&G 5/2004, ab S. 70). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) dient dazu, das Chaos im Kopf des Patienten zu ordnen und die Gedächtnisfragmente in einen realistischen Zusammenhang zu bringen. Die Methode basiert auf der beidseitigen Stimulation des Gehirns, die etwa dadurch erreicht wird, dass der Patient – während er sich auf eine belastende Erinnerung konzentriert – mit den Augen den schnellen

Fingerbewegungen des Therapeuten folgt. Einige Forscher vermuten, die dadurch ausgelöste Aktivierung beider Hirnhälften setze neuronale Prozesse in Gang, durch die dann die fehlgespeicherten Gedächtnisinhalte zu Tage gefördert, verarbeitet und richtig abgelegt werden.

In der Praxis bedeutet dies, dass die losgelösten schrecklichen Gedächtnisinhalte nun in einen räumlichen und zeitlichen Kontext eingebunden und neu bewertet werden. Häufig tauchen dabei weitere Erinnerungsbruchstücke auf. So erinnert sich Marc H. plötzlich daran, wie er seine Frau im Krankenhaus wieder traf: »Ich war so unglaublich froh, sie zu sehen – auch wenn die Sache mit meinem Schwiegervater natürlich schlimm war.« Zudem erkennt er, dass er nicht die Schuld an dessen Tod trägt: »Ich habe alles getan, was ich konnte, das Wasser war einfach zu stark.«

Wie lange es dauert, bis ein Trauma vollständig überwunden ist, variiert stark. Erfahrungsgemäß kommen nach etwa drei bis zehn Sitzungen kaum noch neue Gedächtnisfragmente zum Vorschein. Stattdessen dominieren Erinnerungen an kürzer zurückliegende Alltagssituationen,

etwa wie der Patient zum ersten Mal den Behandlungsraum betrat oder dem Therapeuten die Hand schüttelte. Ist dieser Punkt einmal erreicht, benötigen nur noch wenige Patienten eine weitergehende Psychotherapie.

UNFASSBARES GRAUEN?

Die Wirksamkeit der EMDR bei akut Traumatisierten konnte die Heidelberger Pilotstudie ebenfalls belegen. Dazu wurden Patienten, die nur an der Gruppentherapie teilnahmen, mit solchen verglichen, die sich zusätzlich der EMDR unterzogen. Die kombinierte Behandlung reduzierte dabei die Symptome wesentlich effektiver. Insbesondere die Intrusionen und die Übererregung der Patienten besserten sich deutlich und sanken in vielen Fällen sogar auf ein Niveau, das klinisch unauffällig war.

Doch lassen sich die Erfahrungen von Opfern individueller Gewalttaten ohne Weiteres auf die Überlebenden des Tsunamis übertragen? Haben sich deren Erlebnisse auf Grund ihrer schier unfassbaren Dimension nicht viel tiefer ins Gedächtnis eingegraben? Nicht unbedingt – möglicherweise fällt den Flutop-

STADIEN DES TRAUMAS

DIE ZEIT NACH einem traumatischen Erlebnis lässt sich in vier verschiedene Stadien einteilen, in denen entsprechende Hilfsmaßnahmen verhindern sollen, dass sich bei den Betroffenen eine dauerhafte Störung ausbildet.

HOCHAKUTPHASE: In den ersten Stunden nach der Katastrophe kommen Kriseninterventionsteams sowie psychologische Notfall- und Ersthelfer zum Einsatz. Sie unterstützen die Opfer dabei, den ersten Schock zu überstehen, die aktuelle Lage einzuschätzen sowie Angehörige und Freunde ausfindig zu machen.

AKUTPHASE: Nach den ersten drei Tagen bis drei Wochen sind die meisten Betroffenen noch immer akut traumatisiert. Symptome einer Belastungsstörung können sich jetzt entwickeln. Um dem entgegenzuwirken, gilt es vorrangig, die psychische Verfassung der

Betroffenen zu stabilisieren, indem Therapeuten bei der Aktivierung eigener Ressourcen helfen.

ÜBERGANGSPHASE: Etwa drei bis zwölf Wochen nach dem Ereignis können Patienten Symptome einer akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung zeigen. Langsam kristallisiert sich auch heraus, wer besonders belastet ist. Bei der Behandlung stehen weiterhin Ressourcenaktivierung und Stabilisierung im Vordergrund, ergänzt durch eine erste vorsichtige Konfrontation mit dem Erlebten – etwa durch EMDR.

LANGZEITPHASE: Wer nach zwölf Wochen bis einem Jahr noch immer an den Folgen des Traumaereignisses leidet, läuft Gefahr, langfristig an einer chronischen Störung zu erkranken. Hier hilft gegebenenfalls nur eine weitergehende Psychotherapie.

fern die psychologische Verarbeitung sogar leichter, weil sie mit ihren Erlebnissen nicht allein dastehen. Erfahrungsgemäß gehen Traumata zudem mit recht ähnlichen Symptomen einher, wie sehr sich die Ereignisse auch voneinander unterscheiden mögen. Dies nährt die Hoffnung, dass verschiedenen Betroffenen auf ähnliche Weise zu helfen sein wird.

Vor einer ungleich schwierigeren Aufgabe stehen Therapeuten bei einer anderen Gruppe von Hilfsbedürftigen: diejenigen, die selbst nicht am Ort des Geschehens waren, jedoch den Verlust von Angehörigen zu beklagen haben. Da die Leichname vieler Vermisster wohl nie gefunden werden und eine Bestattung der Toten unmöglich ist, fällt es den Hinterbliebenen oft besonders schwer, mit dem Schicksalsschlag zurechtzukommen.

Über die Frage, wie diesen Menschen am besten zu helfen ist, gibt es viele Spekulationen, doch so gut wie keine gesicherten Daten. Persönliche Orte der Trauer, an denen der vermissten Freunde und Verwandten gedacht werden kann, sind sicherlich eine wichtige Stütze. Auch können Gedenkveranstaltungen oder das Errichten von Denkmälern dazu beitra-

gen, den Schmerz der Angehörigen einzugrenzen und so greifbarer zu machen. Als etwa nach dem Flugzeugunglück bei Überlingen am Bodensee im Juli 2002 ein »Tag der Trauer« und eine Gedenkstätte eingerichtet wurden, zeugten zahlreiche Briefe und Äußerungen von Hinterbliebenen davon, wie sehr ihnen dieses öffentliche Signal geholfen hat. Es bot eine Art Fixpunkt, auf den Trauer und Schmerz fokussiert werden konnten. Derartige Rituale helfen also offenbar, das Unfassbare fassbar zu machen.

ANDERE LÄNDER, ANDERE TRAUER

Und wie steht es um die einheimischen Tsunamiopfer in Südostasien, die neben Angst und Trauer auch noch mit der Tatsache leben müssen, dass die Flutwelle in vielen Fällen ihre gesamte Lebensgrundlage ins Meer gespült hat? Was bei uns gilt, könnte doch auch den vielen Opfern vor Ort dienlich sein, sagten sich einige deutsche Therapeuten und reisten in besonders stark betroffene Regionen, um den Überlebenden dort zu helfen – etwa per EMDR. Ob ihre Bemühungen fruchten werden, erscheint jedoch zweifelhaft. Und das nicht nur, weil die Hilfe, die solche Teams leisten können, angesichts der Tausenden von Betroffenen kaum mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein sein kann. Vielmehr sind die Lebenspraxis und Traditionen von Menschen aus anderen Kulturen nicht so einfach mit unseren vergleichbar. Eine Kindergärtnerin etwa, die zurzeit in einem Hilfsprojekt auf Sri Lanka arbeitet, berichtete: »Die Einheimischen sagen hier, das Beste sei, zu vergessen und weiterzuleben.« Verdrängen als Ausweg aus dem Trauma? Was hier zu Lande die überwiegende Mehrheit der Psychologen ablehnt, muss deshalb anderswo nicht ebenfalls ein Irrweg sein.

Das soll keineswegs heißen, dass die Menschen in Asien nicht der Hilfe bedürfen. Doch pflegen Inder oder Indonesier eben oft andere Strategien der Trauerbewältigung. Die beste Unterstützung für einheimische Flutopfer bestünde wohl darin, die jeweils vorhandenen Rituale zu aktivieren. So sollten zerstörte Versammlungs- und Gebetshäuser schnell wieder aufgebaut werden, damit der To-

Aus urheberrechtlichen Gründen können wir Ihnen die Bilder leider nicht online zeigen.

HOFFEN UND BANGEN

War die erste Zeit nach der Katastrophe von der Suche nach Angehörigen geprägt, so plagen viele Überlebende erst nach und nach Ängste und innere Leere.

ten in landesüblichen Zeremonien gedacht werden kann. Wer die lokalen kulturellen Traditionen beachtet, hilft den Betroffenen allemal besser, zu einem normalen Alltag zurückzufinden. Denn auch die Erfahrung mit der ambulanten Gruppentherapie hier zu Lande zeigt: Die eigenen Ressourcen nutzbar zu machen ermöglicht es Menschen am ehesten, ein erlittenes Trauma zu überwinden. ◀

HILFE TUT NOT!

IM AUFTRAG der »Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V.« (DEGPT) und der EMDRIA Deutschland – einer Vereinigung von EMDR-Traumatherapeuten – koordiniert Autor Günter H. Seidler therapeutische Angebote für Überlebende, Augenzeugen und Helfer der Tsunami-Katastrophe in Südostasien. Dazu erstellt und aktualisiert er Listen mit in Frage kommenden Therapeuten und vorhandenen Behandlungsplätzen. Weitere Informationen finden sich auch auf den Internetseiten des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: www.bbk.bund.de

Verfügbare Therapieplätze sind bei der Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (Noah) abrufbar.

Kostenlose Hotline: 0800 1888-433

E-Mail: noah@bbk.bund.de



GÜNTER H. SEIDLER ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapeut. Er leitet die Sektion Psychotraumatologie an der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg.



STEFANIE REINBERGER ist promovierte Biologin und freie Wissenschaftsjournalistin in Heidelberg.

Literaturtipp

Seidler, H. G., Laszig, P., Micka, R., Nolting, B. V. (Hg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Gießen: Psychosozialverlag 2003.