

EMDR und Psychotraumatologie

Informationen für Betroffene und interessierte Laien

Man findet inzwischen viel Information über diese beiden Themen. Zumeist sind sie entweder nur mit einem Fremdwörterlexikon zu verstehen oder die Inhalte so vereinfacht dargestellt, dass sie nicht mehr ganz korrekt sind. Hier versuchen wir, dem Abhilfe zu schaffen.

Inhalt:

- Historisches
- Was passiert bei traumatischen Erlebnissen in unserem Gehirn?
- Warum kommt es dann aber zu posttraumatischen Belastungsstörungen?
- Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen
- Eine sehr effektive Technik zur Traumabearbeitung ist das EMDR.
- Was kommt nach der Traumabearbeitung?
- Prognose

Historisches

Man mag denken, dies sei eine sehr junge Wissenschaft. Dem ist nicht so. Bereits im 18. Und 19. Jahrhundert findet man Textstellen, die belegen, dass schon damals Unfallereignisse mit nachfolgenden Störungen bei körperlich Unversehrten in Verbindung gebracht wurden, so z.B. bei einem Eisenbahnunglück im 19. Jahrhundert. Auch Janet und Freud brachten in ihren Studien Lebensereignisse, die mit Gewalt verbunden waren, in Verbindung mit dem Krankheitsbild der Hysterie. Freud allerdings revidierte seine Theorie später aufgrund des Drucks der Öffentlichkeit - die Zeit war noch nicht reif dazu, zu sehen, dass etwas wie Inzest (sexuelle Misshandlungen in der Familie) existierte.

Im ersten Weltkrieg gab es die "Kriegszitterer", die jedoch zumeist als Simulanten (Jemand, der etwas vortäuscht) oder Feiglinge behandelt wurden. Ihre Zahl war allerdings gegenüber früheren Kriegen erheblich höher - der Krieg hatte sich zum Stellungskrieg gewandelt, d.h. die Soldaten mussten stunden- und tagelang in Todesangst regungslos ausharren - sie waren der Todesgefahr ausgeliefert, ohne etwas machen zu können, weder Angriff noch Flucht war möglich.

Gleiches erfolgte im zweiten Weltkrieg und noch heute trifft man auf Menschen, die Panik bekommen, wenn nachts das Licht verlischt und die Bettdecke vielleicht auch noch etwas höher gezogen wird -wenn man diese Menschen befragt, erfährt man häufig, dass sie in den Bombentrümmern verschüttet waren. Aber nach diesem Krieg war Europa zerstört, zuerst ging es ums Überleben und später war man - besonders in Deutschland - nicht geneigt, sich mit der Vergangenheit auseinander zu setzen (bis auf wenige Ausnahmen, die aber nicht von der Öffentlichkeit gehört wurden), denn diese Auseinandersetzung hätte auch bedeutet, sich mit den Verbrechen des Nationalsozialismus auseinandersetzen zu müssen.

So brachte schließlich der Vietnamkrieg eine Veränderung: Tausende gesunder, junger Männer waren in diesen Krieg gezogen und kamen als gebrochene Menschen zurück. Die Einstellung,

posttraumatische Störungen würden nur Menschen erleiden, die ohnehin schwach und krank seien, nicht wirklich leistungsfähig, konnte hier nicht mehr aufrechterhalten werden. Es folgte die erste Systematische Forschung.

Dabei zeigte sich in der Psychotraumatologie sehr bald die bisher einmalige Tendenz, die verschiedenen Schulen der Medizin und Psychologie miteinander zu verbinden. Und wesentliche Aspekte der biologischen Funktionsweise unseres Gehirns sowie der Einfluss von rein psychologischen Faktoren auf diese Funktionsweisen sind im Rahmen der psychotraumatologischen Forschung entdeckt worden.

Ein weiterer Meilenstein wurde 1987 gelegt, als Dr. Francine Shapiro praktisch zufällig entdeckte, dass eine rasches Hin- und Herbewegen ihrer Augen zu einer Veränderung der belastenden Gedanken führte, die sie gerade hatte: "EMDR entstand infolge einer zufälligen Beobachtung.....Als ich eines Tages durch den Park ging, merkte ich, dass gewisse belastende Gedanken, die mich verfolgt hatten, plötzlich verschwanden..... was mich in diesem Fall so verblüffte, war, dass sich die belastenden Gedanken in diesem Fall verändert hatten und verschwunden waren, ohne dass ich Bewusst etwas unternommen hatte, um dies zu erreichen.....Ich merkte schließlich, dass immer dann, wenn mir belastende Gedanken kamen, meine Augen spontan anfangen, sich sehr schnell in einer Diagonale hin- und her zu bewegen." (aus EMDR, Grundlagen und Praxis von F. Shapiro).

Sehr schnell wurde in den darauffolgenden Jahren entdeckt, dass es sich beim EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) um ein sehr effektives Werkzeug zur Bearbeitung psychischer Traumata handelt und eine intensive Forschung begann.

In Europa ist Arne Hofmann der erste von Francine Shapiro ausgebildete EMDR-Trainer.

Was passiert bei traumatischen Erlebnissen in unserem Gehirn?

Dafür zunächst eine etwas vereinfachte Grafik, um die Abläufe deutlich zu machen.



Wenn wir etwas erleben, erreichen zunächst die verschiedenen Sinneseindrücke über unsere Sinnesorgane die verschiedenen ersten Zentren in unserem Gehirn. Eindrücke des Auges das Sehzentrum, Eindrücke des Riechens das Riechzentrum, ebenso ist es mit Eindrücken auf der Haut wie Kälte , Schmerz usw. Sie rufen auch Gefühle hervor. Dies ist aus unserer Entwicklung gesehen logisch, denn bei gewissen Gefahren ist es wichtig, z.B. sofort Angst zu entwickeln, die uns darauf vorbereitet, zu reagieren, um unser Leben zu schützen. Stellen Sie sich einfach vor, sie sind ein Urmensch, mit nichts als einem schweren Stock bewaffnet und sehen sich plötzlich einem Raubtier gegenüber - dann ist es wichtig, dass Ihr Körper unmittelbar darauf

reagiert, dafür sorgt Angst: Es werden Hormone ausgeschüttet, die dafür sorgen, dass das Herz schneller schlägt, der Blutdruck steigt, man schmerzempfindlicher wird usw. – alles Reaktionen, die sowohl für Flucht als auch für Angriff erforderlich sind.

In der heutigen Zeit hat man oft nicht mehr diese körperlichen Möglichkeiten, sich zu verteidigen und diese Reaktionen laufen ins Leere, dennoch bestehen sie weiter.

Aber zurück zu den Zentren unseres Gehirns: Diese Zentren sind voneinander getrennt - wie also kommen diese unterschiedlichen Sinneseindrücke zusammen? Wie wird aus diesen Bruchstücken (Fragmenten) eine "Geschichte"?

Ein wichtiger nächster Schritt scheint die Weiterleitung an die Amygdala (Mandelkerne) zu sein. Die Amygdala haben nach den Forschungen der letzten 10-15 Jahre die Funktion eines Zwischenspeichers. Zwar liegen weiterhin nur Bruchstücke vor, d.h. die verschiedenen Sinneseindrücke und Gefühle liegen unreflektiert und nicht miteinander verbunden in diesem ersten Gedächtnisspeicher. Information aus den Amygdala ist sehr leicht und sehr schnell abrufbar - wenn wir an den Urmenschen denken, ist auch das sinnvoll, reduziert es doch seine Reaktionszeit auf Gefahr erheblich und ist es doch äußerst sinnvoll, in einer Gefahrensituation nicht gleichzeitig die gesamte Gefühlspalette bewusst wahrnehmen zu müssen. Vielleicht hatten Sie schon einmal eine gefährliche Situation im Straßenverkehr, einen "Fast" - Unfall. Wenn Sie sich genau erinnern, werden Sie feststellen, dass Sie Ihre Angst erst fühlten und die Knie erst weich wurden und zitterten, nachdem Sie die Gefahr überwunden hatten. Stellen Sie sich das Überwinden der Gefahr vor, wenn sie Ihre ganze Angst gespürt und die Knie von Beginn an gezittert hätten - die Wahrscheinlichkeit eines schweren Unfalls wäre viel höher. Vielleicht wären Sie dabei zu schwerem Schaden gekommen. Diese Art der Speicherung ist also überlebensnotwendig.

Doch auch, wenn Sie in solch einer Situation ihre Gefühle nicht bewusst wahrnehmen, sie sind dennoch da - abgespalten (dissoziiert), für sich allein vorliegend.

Wenn die Gefahr vorbei ist, dann werden diese Informationen, die bis dahin unverbunden (fragmentiert) in den Amygdala gespeichert wurden, an die linke Großhirnhälfte weitergeleitet. In der linken Großhirnhälfte, bilden wir logische Verknüpfungen, "übersetzen" Eindrücke und Gefühle in Sprache (was im sog. Broca-Zentrum geschieht). Erst hier werden diese Eindrücke in einen Zusammenhang gebracht, erst hier entstehen die Worte für das, was da gerade passiert ist. Wenn diese erzählbare Geschichte nun endlich entstanden ist, dann kann sie weitergeleitet werden an den Hippocampus, den ersten richtigen Gedächtnisspeicher, zumindest nach allgemeinem Verständnis davon, was die meisten unter Gedächtnis verstehen. So funktioniert unsere "normale" Informationsverarbeitung und Speicherung.

Warum kommt es dann aber zu posttraumatischen Belastungsstörungen?

Wenn ein Ereignis sehr starke Gefühle von Angst, Wut und Trauer auslöst, wenn es sich z.B. um sehr schlimme Ereignisse handelt oder die Situation durch äußere u/o innere Umstände ausweglos erscheint (der Schützengraben/ die Misshandlung durch den geliebten Vater), dann funktioniert dieser Ablauf nicht mehr. Die "Bruchstücke" bleiben praktisch in den Amygdala stecken und werden nicht an die linke Großhirnhälfte zur Verarbeitung weitergeleitet. Es resultiert ein Zustand, als ob der Betroffene immer noch in dieser Gefahr schweben würde, als ob er immer noch darauf vorbereitet sein müsste, die Gefahr abzuwenden. Bei einmaligen Ereignissen wie Autounfällen u.ä. reichen oft die normalen Verarbeitungsmechanismen, eine Zeitlang kommt es vielleicht zu vermehrtem Träumen oder zu Angst, an der Unfallstelle vorbeizufahren, aber wenn nichts weiter passiert, geht die oben geschilderte Verarbeitung

weiter - nur eben langsamer und die Symptome verschwinden wieder.

In vielen Fällen bleiben aber Schwierigkeiten bestehen, obwohl die eigentliche Gefahr längst vorbei ist, ist der Betroffene immer noch in Alarmstimmung, sein Gehör reagiert auf die leisesten Geräusche und er hat Schwierigkeiten, harmlose von gefährlichen sicher zu unterscheiden, man nennt das Hyperarousal. Vielleicht kontrolliert er seine Umgebung dadurch auch häufiger. Manche haben Alpträume und Schlafstörungen, andere erleben vor ihrem inneren Auge immer wieder das schlimme Erlebnis und es hat den Charakter, als ob es noch einmal passiert, obwohl derjenige schon weiß, dass es eigentlich Vergangenheit ist - doch es fühlt sich nicht so an.

Wenn man sich das Modell der Informationsverarbeitung noch einmal vor Augen ruft und dazu an Forschungen u.a. von B. van der Kolk denkt, die zeigen, dass das Sprachzentrum eine ungewöhnlich geringe Aktivität zeigt, wenn Betroffene über das erlebte Trauma versuchen zu sprechen, wird klarer, dass die Weiterleitung der Informationen über das Trauma nicht an das Sprachzentrum weitergeleitet werden bzw. dort nicht verarbeitet werden. Die ganzen Sinneseindrücke und Gefühle bleiben also praktisch in den Amygdala "stecken" und es ist physiologisch so, als ob derjenige beständig in der alten Gefahrensituation ist. Es scheint so, als ob unser Gehirn ab einem gewissen Ausmaß intensiver Gefühle von Angst, Wut, Scham, Schmerz und Trauer seine übliche Verarbeitungsprozedur nicht mehr durchführen kann.

Die Betroffenen reagieren unterschiedlich, manche meiden alles, was an das Trauma erinnert, wagen es nach einem Unfall z.B. nicht mehr, Auto zu fahren, weil sie dabei immer wieder Angstattacken bekommen, oder sie ziehen sich insgesamt zurück von dieser Welt, werden depressiv gestimmt, unternehmen nichts mehr, schließen sich zu Hause ein. Andere suchen immer wieder die Nähe zum Trauma, wie eine Betroffene, die vergewaltigt wurde und immer wieder daran denkt, versucht, darüber zu sprechen und jedes mal die alten schlimmen Gefühle von Ohnmacht, Angst Schmerz und Hilflosigkeit erlebt, so als versuchte sie mit aller Macht, das Geschehene doch noch zu verarbeiten. Manchmal treten schwere Symptome auch erst Jahre später auf, wenn andere belastende Ereignisse, an das alte Trauma erinnern, dem - manchmal über Jahrzehnte - ausgewichen werden konnte. Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen (zum Anfang)

Wenn die Informationen über das während des Traumas Erlebte, gar nicht im Sprachzentrum verfügbar sind, dort nicht in Sprache übersetzt werden können, erscheint es sehr logisch, dass klassische Psychotherapieverfahren wie Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie allein nur einen sehr begrenzten Erfolg bringen können. Sie können im Gegenteil nach diesen Erkenntnissen sogar zu einer Verschlechterung führen, in dem die Betroffenen immer wieder erfolglos ihren unverarbeiteten Erinnerungen (Angst, Schmerz, Wut etc.) ausgesetzt werden, was auf Dauer sehr zermürend sein muss.

Man benötigt also Wege, um bei der Verarbeitung entweder andere Ressourcen zu nutzen und somit das Sprachzentrum zu umgehen oder dieses zu aktivieren, das Erlebte zu verarbeiten.

Der erste Schritt ist dabei, den Betroffenen Mittel in die Hand zu geben, ihren Erinnerungsbruchstücken nicht mehr hilflos ausgeliefert zu sein, insbesondere die Gefühle distanzieren zu können. Dies geschieht über autoimaginative Techniken. Man stellt sich z.B. intensiv eine Art Fernbedienung und einen Monitor vor und kann mit der Fernbedienung das Bild in der Vorstellung kleiner und größer werden lassen. Wer schon einmal einen Film erst im Kino und später im Fernsehen gesehen hat, kennt den Effekt: Im Kino in der ersten Reihe, Mitte: Wenn dort plötzlich ein Monster "auf einen zukommt", ist der Schreck sehr groß, denn man sieht nichts anderes mehr, ist praktisch im Film drin. Und im Fernsehen: Es dürfte einige Menschen geben, die es fast komisch finden, wenn diese "kleine Monsterchen" erscheint, zumindest ist der Schreck deutlich geringer. Ähnlich funktioniert diese Übung, nur eben auf der inneren "Bühne". Natürlich funktionieren diese Techniken erst nach längerem, intensivem Üben und sollten zunächst auch nur unter fachkundiger Anleitung erfolgen.

Für viele Betroffene ist das Gefühl, durch diese Techniken eine Steuerungsmöglichkeit zu erhalten, bereits eine wesentliche Entlastung.

Wenn dies beherrscht wird und auch das Umfeld (z.B. soziale Umstände) stabil sind, kann die Traumabearbeitung selbst beginnen. Man kann sie schrittweise mit o.g. autoimaginativen Techniken bearbeiten, dafür gibt es inzwischen gut erprobte Techniken, die interessierte Therapeuten in speziellen Seminaren zur traumazentrierten Psychotherapie erlernen können. Der Trick hierbei scheint zu sein, dass man zunächst nicht die Sprache nutzt, sondern innere Bilder und diese werden in anderen Bereichen des Gehirns produziert. Damit gelingt es, den Stresspegel zu senken und somit eine Verarbeitung schrittweise zu ermöglichen, sodaß letztlich auch das 'Sprachzentrum wieder in die Verarbeitung mit einbezogen wird.

Eine sehr effektive Technik zur Traumabearbeitung ist das EMDR.

Hierbei konzentriert sich der Betroffene zunächst auf das traumatische Erlebnis, dafür gibt es ein standardisiertes Vorgehen, das auch eingehalten werden sollte, da es größtmögliche Sicherheit und Therapieerfolg ermöglicht. Dann wird er gebeten, der Hand des Therapeuten nur mit den Augen zu folgen, wahlweise besteht auch die Möglichkeit abwechselnd links und rechts ein Geräusch (z.B. Fingerschnippen) oder ein abwechselndes Tippen auf die Hände zu nutzen. Wichtig dabei ist nur die wechselnde Stimulation der rechten und der linken Hirnhälfte. Inzwischen gibt es hierfür auch bereits technische Geräte, z.B. mit wanderndem Lichtpunkt.

Es gibt Hinweise darauf, dass EMDR über diese abwechselnde Stimulation der Hirnhälften funktioniert, was auch naheliegend ist, da unsere Gefühle in der rechten Hirnhälfte entstehen, logische Zusammenhänge und Sprache aber in der linken und bei posttraumatischen Belastungsstörungen ja gerade die Weiterleitung und Verarbeitung unserer Gefühle blockiert zu sein scheint. Anscheinend bahnt EMDR durch die wechselseitige Stimulation diese Weiterleitung und Verarbeitung. Und genau dies zeigt sich in Forschungen (B.v.d.Kolk). Ist die Aktivität im Sprachzentrum vor EMDR sehr gering, steigt sie hinterher deutlich an und viele Betroffene finden erstmals passende Worte für das Erlebte.

So effektiv EMDR ist, so ist es falsch angewandt auch gefährlich. Bei nicht abgeschlossener Bearbeitung, fehlender Stabilisierung zuvor und fehlender Kenntnis des Therapeuten, kann es zu einer wesentlichen Verschlechterung kommen, weil die Verarbeitung auch nachher weiterläuft, die Erinnerungen und Gefühle sehr intensiv werden können. Wie das Skalpell eines Chirurgen nur in dessen Hände gehört und nicht in die eines Psychologen, der lediglich ein Buch über Blinddarmoperationen gelesen hat, gehört auch EMDR nur in die Hände in EMDR ausgebildeter Fachleute. Aber dann kann es genauso präzise und heilsam sein wie das Skalpell des Chirurgen. Eine Liste der in EMDR durch ein anerkanntes Ausbildungsinstitut ausgebildeten Therapeuten kann man bei der EMDRIA - Deutschland e.V. erhalten.

Was kommt nach der Traumabearbeitung?

Die Therapie ist hiermit oft nicht abgeschlossen, der Mann, der nach einem schweren Autounfall seine Arbeit verloren hat, weil er sich nicht mehr traute, mit seinem Auto die Kunden aufzusuchen, die Bankangestellte, die sich nach dem Überfall nicht mehr auf die Straße wagte, sie alle haben in dieser Zeit viel Leid erlebt, Lebensqualität eingebüßt. Es gibt viel zu betrauern, es ist aber auch eine Zeit der Neuorientierung im Leben. Hierbei kommen nun die klassischen Therapiemethoden zum Einsatz, um den Schritt vom Überleben zum Leben zu bewältigen.

Prognose:

Durch diese Verfahren der traumazentrierten Psychotherapie ist die Prognose der zahlreichen posttraumatischen Störungen in den meisten Fällen sehr gut. Gerade Monotraumata (einmalige Ereignisse) sprechen sehr gut auf die Behandlung und insbesondere EMDR an.

EMDR ist dabei ein Baustein einer guten Traumatherapie.

Auch die Behandlung schwerer posttraumatischer Störungen nach früher und chronischer Traumatisierung hat sich dadurch wesentlich verbessert und viele sind behandelbar und heilbar, die noch vor 5-10 Jahren als "hoffnungslose Fälle" galten, auch wenn die Therapie manchmal mehr als 5 Jahre dauern kann.

Weitere Einsatzmöglichkeiten von EMDR

Abgesehen davon, dass viele EMDR-Therapeuten die Möglichkeit der raschen Verarbeitung auch selbst nutzen, insbesondere um mit den Schilderungen über die oft schrecklichen Schicksale ihrer Klientinnen besser umgehen zu können entdeckt man inzwischen auch weitere Möglichkeiten. So scheint auch die Verarbeitung von Information und Gefühlen insgesamt dadurch beschleunigt zu sein und dadurch kann es auch bei der Umsetzung von Zielen im Bereich der persönlichen Entwicklung genutzt werden.

K. Neumann