



Ein einziges traumatisierendes Ereignis wie ein schwerer Unfall ist zwar sehr belastend, eine PTBS entsteht daraus in der Regel jedoch nicht.

Angst und Schrecken auch in der Vorgeschichte bedeutsam

Ein einziges Trauma macht noch keine PTBS

Überlebende von Verbrechen, gewaltsam Vertriebene, aber auch Schwerkranke – sie alle kämpfen oft lange mit den Folgen ihrer Traumatisierung. Über aktuelle Aspekte einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sprachen wir mit Professor Thomas Ebert, Vorstandsmitglied von „vivo“ (Victims voice), der diese Erkrankung bei Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten weltweit erforscht und behandelt.

InFoNP: Herr Professor Ebert, Sie untersuchen die Entstehung posttraumatischer Belastungsstörungen. Gibt es neue Erkenntnisse?

Professor Ebert: Ich denke, wir haben ein gutes Modell für die Ursachen von posttraumatischen Belastungsstörungen: Sensorische Eindrücke wie Bilder oder Geräusche werden zusammen mit Gedanken und Gefühlen, die insgesamt das „heiße Gedächtnis“ bilden, an einem anderen Ort im Gehirn abgespeichert als kontextuelle Information, also wann und wo etwas geschehen ist. Letztere bezeichnen wir als „kaltes Gedächtnis“. Furchtbare Ereignisse verlieren ihren Schrecken immer dann, wenn sie Ort und Zeit zugeordnet werden, wenn sie somit als Erinnerung verstanden werden. Gelingt dies nicht, zieht der Schrecken in die Gegenwart ein. Wenn dann durch einen Schlüsselreiz das „heiße Gedächtnis“ aktiviert wird, fühlt man sich genauso wie damals bedroht.

InFoNP: Kann bereits ein einziges Ereignis eine PTBS auslösen?

Ebert: Ein einziges Erlebnis wie beispielsweise ein Verkehrsunfall wird immer in der Kombination „kaltes und heißes Gedächtnis“ gespeichert, sodass die Bilder Ort und Zeit zugeordnet sind. Das Problem beginnt bei mehreren solchen Ereignis-

sen. In dem Moment, wo der Kontext der Einzelsituationen verlorengeht, entsteht die posttraumatische Belastungsstörung. Die Idee des Monotraumas halte ich für kein gutes Erklärungsmodell. Erst wenn etwa das Blut und der Schrecken eines Ereignisses mit vergangenen derartigen Situationen verknüpft werden, besteht die Gefahr einer PTBS.

InFoNP: Ist es also nur eine Frage der Zahl an traumatischen Situationen, ob ein Mensch eine PTBS entwickelt oder nicht?

Ebert: In den Krisen- und Kriegsgebieten sehen wir, dass jeder bricht, wenn ihm genügend schreckliche Dinge aufgeladen werden. Menschen generalisieren die Ereignisse, sodass der Traumatisierte die Gefahr schließlich überall sieht. Er hält das Hier und Jetzt für eine Illusion und den Krieg, die längst vergangene Schlacht, für die wahre Gegenwart. Der entscheidende Faktor für die Entwicklung einer PTBS ist die Anzahl an bedrohlichen Ereignissen. Wenn diese nicht mehr verortet werden, bleibt der Stress kontinuierlich bestehen. Ein junger Mann etwa kommt dann mit einer PTBS aus Afghanistan zurück, wenn er bereits in der Kindheit Probleme hatte. Dass bei den deutschen Soldaten die PTBS-Quote im Vergleich zu den US-Amerikanern so

niedrig ist, liegt nicht nur an der geringeren Zahl an Kampfeinsätzen, sondern eher daran, dass die Amerikaner viele schon im Vorfeld misshandelte und traumatisierte Soldaten aus armen sozialen Schichten in die Krisengebiete schicken.

InFoNP: Bei welchen Symptomen muss ein Arzt bei seinem Patienten an eine PTBS denken?

Elbert: Das Hauptproblem ist, dass dem Patienten jede Erinnerung an diese schrecklichen Erfahrungen Angst macht. Er will dem Arzt keinen Hinweis geben, um die mit der Wiedererinnerung verbundene starke Angst zu vermeiden. Diese Vermeidung ist eines der Kernsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung. 90% unserer Patienten haben anhaltende schwere Kopfschmerzen. Wenn jemand mit Dauerkopfschmerzen oder anderen körperlichen Schmerzen, die nicht ohne Weiteres ins Bild passen, in die Praxis kommt, sollte man deshalb nach Alpträumen fragen. Denn der Erinnerungsdruck kommt vor allem in der Nacht durch. Ist der Patient zusätzlich schreckhaft oder hat Probleme, seine Emotionen zu regulieren, sollte eine PTBS abgeklärt und gegebenenfalls behandelt werden. Es gibt in Deutschland immer noch einige Leute, die der Meinung sind, man müsse diese Patienten zunächst stabilisieren, bevor sie in der Lage sind, eine PTBS-Therapie auszuhalten. Glücklicherweise setzt sich langsam die Erkenntnis durch, dass der Schrecken ohnehin Tag und Nacht präsent ist und es daher günstig ist, sofort darüber zu sprechen.

InFoNP: Sie haben zur Behandlung von Flüchtlingen aus Krisengebieten eine spezielle Kurzzeittherapie, die Narrative Expositions-Therapie (NET), entwickelt. Wie unterscheidet sich diese von PTBS-Standardverfahren?

Elbert: Reden müssen wir immer über den Schrecken. Allerdings gehen Therapien wie die „Prolonged Exposure“ oder das „Eye Movement Desensitization Reprocessing“ (EMDR) von einer zentralen traumatischen Erfahrung aus, die wieder und wieder intensiv bearbeitet wird. Aber die PTBS entsteht nicht durch ein einziges Trauma, sondern im Zusammenhang mit ähnlichen Gefühlen oder Schmerzen in der Vergangenheit, die sich selbstständig haben. Deshalb berichtet der Patient bei der NET über die emotionalen Höhen und Tiefen seines Lebens von den frühesten Erinnerungen an, und wir besprechen alle traumatischen Erlebnisse detailliert. Dann werden Gedanken und Gefühle jedes einzelnen Ereignisses mit den episodischen Erinnerungen verknüpft.

InFoNP: Wie lang dauert die Behandlung im Vergleich zu den Standardtherapien?

Elbert: Die Kernexposition dauert bei der NET etwa so lang wie bei Standardtherapien, beispielsweise acht Sitzungen bei Flopteropfern. Danach kann der Patient die Situationen der Vergangenheit zuordnen, und die diffuse Angst der Gegenwart verschwindet. Weitere Behandlungen sind selten nötig. Bei einem Vergewaltigungsoffer gehe ich neben sonstigen Ereignissen, in denen maximale Angst und Hilflosigkeit erlebt wurden, die Vergewaltigung selbst in eineinhalb Stunden in allen Einzelheiten durch, sodass ein Film entsteht, der alle schrecklichen Details und alle Empfindungen beinhaltet.

InFoNP: Welche Erfahrungen haben Sie mit der NET bislang gemacht?

Elbert: Wir setzen die NET bei allen Patienten mit PTBS ein. Etwa zwei Drittel von ihnen haben nach der Behandlung keinen wesentlichen Leidensdruck mehr, die restlichen erfahren meist eine Besserung. Für diese Gruppe ist es auch entscheidend, ob der Albtraum jede Nacht oder nur noch alle zwei Wochen wiederkommt. Insgesamt haben wir bislang keinen Patienten gesehen, der sich verschlechtert hat, ohne nicht gleichzeitig erneute traumatische Stressoren erfahren zu müssen. Misst man den Therapieerfolg in Effektstärken, liegen diese in unserer Arbeitsgruppe bei schwer belasteten Patienten in den besten Studien bei 2,3 bis 2,5. Kommen zu der Traumatisierung weitere psychische Störungen wie etwa eine Borderline-Störung hinzu, wird eine Effektstärke von etwa 1,5 für die PTBS innerhalb eines halben Jahres erreicht. Solche Erfolge werden aber nicht nur im gut trainierten universitären Setting erzielt. In einer großen norwegischen Studie erreichten niedergelassene Therapeuten mittels NET eine Effektstärke von 1,5. In dieser Studie konnten praktisch alle Frauen sowie fast alle Männer ohne Täteranteile erfolgreich behandelt werden.

InFoNP: Wo liegt der Unterschied, wenn traumatisierte Männer auch zu Tätern geworden sind?

Elbert: Wenn der Mann durch die kriegerische Auseinandersetzung traumatisiert ist und gleichzeitig selbst jemanden getötet hat, haben wir bei der Behandlung der PTBS ein Problem. Deshalb sprechen wir mit Männern, die zu Tätern geworden sind, nun zusätzlich über die Tat. Vielen macht diese Angst; aber wir müssen auch darüber reden, wenn das Töten keine Angst bei dem Patienten erzeugt hat, sondern ein Gefühl des Triumphs. Welche Erfolge wir mit diesem Teil der Behandlung haben, werden wir in drei Jahren wissen.

InFoNP: Wie können sich Krisenhelfer davor schützen, selbst eine PTBS zu entwickeln?

Elbert: Wenn ein Helfer selbst etwas Schreckliches erlebt, ist es immer wichtig, bewusst die geschichtliche Verortung der Situation vorzunehmen. Zudem sollte jeder Therapeut, der traumatisierte Menschen behandelt, über das Instrumentarium verfügen, mit dem er sich selbst schützen kann. Wer mit Patienten arbeitet und nichts tun kann, um ihnen zu helfen, den kann die Verzweiflung darüber in den Burnout führen. Diejenigen jedoch, die Exposition anbieten und damit Erfolg haben, sind durch ihre Erfolge geschützt. Für die, die mit Traumafokus arbeiten, also den Patienten empathisch in seinen schrecklichen Erinnerungen begleiten, ist es ganz wichtig, dass die Erlebnisse des Patienten nicht mit eigenen Erfahrungen verknüpft werden. Dies gelingt am besten durch Intervention.

Das Interview führte Dr. Christine Starostzik, Springer Medizin



Prof. Dr. rer. soc. Thomas Elbert

Klinische Psychologie und Neuropsychologie,
Universität Konstanz