

Trauma, Traumabearbeitung und Arbeit mit EMDR

Um Ihnen einige Informationen, Erklärungen und „Bilder“ zum Thema Trauma, Traumabearbeitung und Arbeit mit EMDR zu vermitteln, erhalten Sie hier einen Text, den ich teilweise dem Buch „Die neue Medizin der Emotionen“ von D.S. Schreiber entnommen und gekürzt, erweitert und ergänzt habe.

Trauma – eine unauslöschliche Spur ?

Auch wenn wir keine „grossen“ Traumata, auf welche die Diagnose „posttraumatische Stresssyndrom“ zutrifft, durchgemacht haben, kennen wir alle das Phänomen, da wir alle im Verlauf unseres Lebens eine Vielzahl „kleiner“ Traumata erlebt haben.

- Wer ist in der Grundschule nie von einem unwirschen Lehrer gedemütigt und blossgestellt worden?
- Wen hat nie ein kleiner Freund / eine kleine Freundin gnadenlos im Stich gelassen, verlacht oder blossgestellt?
- Noch tragischer ist, wenn Frauen Fehlgeburten erleiden, wenn Menschen plötzlich ihren Arbeitsplatz verlieren, ganz zu schweigen von den unzähligen Menschen, welche eine Trennung, Scheidung, den Tod oder gar Suizid eines ihnen nahestehenden Menschen verkraften müssen.

Über derlei Situationen grübelt man immer wieder nach; man hört sich Ratschläge von Freunden und Eltern an, liest Zeitungsartikel zu diesem Thema, kauft sich vielleicht sogar ein Buch dazu.

All das (Ratschläge, Ermutigungen, Trost, Erkenntnisse, etc.) hilft, oft sogar sehr gut, die Situation zu **durchdenken**, aber man weiss sehr wohl, man müsste jetzt auch **spüren**, dass sie jetzt hinter einem liegt. Und doch: Man steckt weiter fest. Unsere *„Emotionen hinken hinterher und klammern sich noch geraume Zeit, nachdem unsere rationale Sicht der Dinge sich längst weiterentwickelt hat, an die Vergangenheit“*.

- Der Mann, der einen Autounfall gehabt hat, fühlt sich weiterhin unbehaglich und angespannt, wenn er auf der Autobahn unterwegs ist, selbst wenn er weiss, er fährt diese Strecke nach Hause schon seit Jahren problemlos.
- Die junge Motorradfahrerin, welche vor einigen Wochen in einer engen Linkskurve mit dem Motorrad auf einem Ast ausrutschte und stürzte, hat seither Angst vor Linkskurven, und erschrickt jeweils tief, wenn etwas auf der Strasse liegt, trotzdem ihr klar ist, dass sie vor ihrem Sturz schon tausende von Linkskurven – auch auf bewaldeten Routen - intuitiv ohne Sturz gemeistert hat.
- Die Frau, die vergewaltigt worden ist, fühlt sich weiterhin blockiert, wenn sie mit dem Mann, den sie liebt, im Bett liegt, selbst wenn ihr ihre Zuneigung zu ihm, seine Zuneigung von ihm zu ihr wie auch ihr Wunsch nach körperlicher Nähe ohne jeden Zweifel bewusst sind.

Alles läuft so ab, als könnten die Teile des **kognitiven Gehirns**, welche das erworbene Wissen enthalten, nicht mit den Teilen des **emotionalen Gehirns** Kontakt aufnehmen, welche durch das Trauma gezeichnet sind und weiterhin schmerzliche Gefühle und in der aktuellen Situation inadäquate Reaktionen auslösen.

In einem Labor der Universität New York gelang es einem aus Louisiana stammenden Forscher zu erklären, auf welche Weise diese emotionalen Spuren sich im Gehirn anordnen.

Als Kind hatte Joseph LeDoux seinem Vater, einem Schlachter, beim Zerteilen von Rinderhirn zugesehen. Seitdem faszinierte ihn die Struktur dieses Organs.

Nachdem er lange über den Unterschied zwischen der rechten und linken Gehirnhälfte geforscht hatte, wollte LeDoux die Beziehungen zwischen dem emotionalen und dem kognitiven Gehirn besser verstehen.

Als einer der Ersten zeigte er, dass Angst nicht über den Neokortex¹ erlernt wird. Ganz im Gegenteil.

Er fand heraus, dass bei einem Tier, das sich vor etwas zu fürchten lernt, die Spur direkt im emotionalen Gehirn entsteht.

Bei seinen Experimenten wurden Ratten in einen Käfig mit einem elektrischen Fussboden gesetzt. Nachdem eine Glocke ertönte, erhielten sie einen kleinen elektrischen Schlag an den Pfoten.

AABP-Praxis, Ruedi Steiger, Psychotherapeut SPV-SVG

Nach einigen Glockensignalen und darauf folgenden elektrischen Schlägen („bedrohlichen Erfahrungen“) erstarrten die Ratten angstvoll, sobald sie die Glocke hörten, und warteten ängstlich auf den Schlag.

Die Angstreaktion bestand lange fort; auch Monate später noch erstarrten sie, wenn sie die Glocke hörten (oder einen ähnlichen Ton).

Doch die Ratten konnten „therapiert“ werden: Es genügte, das Glockensignal immer wieder ertönen zu lassen, ohne dass ein elektrischer Schlag folgte. Nach einer ausreichenden Zahl von Sitzungen dieser Art schien alles darauf hinzuweisen, dass die Ratten gelernt hatten, keine Angst mehr vor dem Klingeln zu verspüren, da dieses Klingeln nicht mehr mit Schmerz verknüpft war.

Diese „Expositionstherapie“² (dem ängstigenden, traumatisierenden Erlebnis nochmals ausgesetzt werden, ohne dass das erwartete / befürchtete „schlimme“ Resultat wieder erfolgt..) soll – so wird auch heute noch behauptet - die Angstreaktion „auslöschen“.

Tatsächlich unterbrechen die Ratten nach „Expositionstherapie“ ihre Aktivitäten mit der Zeit nicht mehr, wenn die Glocke ertönt. Sie machen ganz einfach weiter das, was Ratten normalerweise tun. Für jeden aussenstehenden Beobachter scheint offenkundig, dass die Spur der Angst aus dem emotionalen Gehirn der Ratten getilgt wurde. Doch die Realität ist sehr viel komplizierter!

Dr. LeDoux und seine Mitarbeiter haben herausgefunden, dass die Spur der Angst im emotionalen Gehirn weiterhin vorhanden bleibt.

Die Ratten verhalten sich nur so lange „als ob“ sie keine Angst hätten, wie der präfrontale Kortex³ die automatische Reaktion des emotionalen Gehirns aktiv blockiert! Sobald die Kontrolle des Neokortex¹ nachlässt, gewinnt die Angst wieder die Oberhand. Auch nach der „Therapie“!!

LeDoux spricht auch von der „Unauslöschlichkeit“ emotionaler Erinnerungen.

Die „Expositionstherapie“, nach der es den Ratten allem Anschein nach zunächst besser geht, erreicht offenbar die Angstreaktion des emotionalen Gehirns nicht wirklich und dauerhaft; diese kann jederzeit wieder aktiviert werden.

Überträgt man diese Erkenntnisse auf den Menschen, versteht man, wie Narben im emotionalen Gehirn über Jahre hinweg erhalten bleiben, und sich bei Nichtbehandlung oder inadäquater Traumabehandlung auch jederzeit wieder bemerkbar machen können.

Ein Beispiel:

Pauline kam mit sechzig Jahren in die Praxis, weil sie seit ihrer Versetzung am Arbeitsplatz völlig unverständliche Schwierigkeiten hatte, die Anwesenheit ihres neuen Vorgesetzten zu ertragen.

Zwei Wochen zuvor hatte sie sich durch die Anwesenheit des Chefs, der hinter ihr gestanden war, derart beeinträchtigt gefühlt, dass sie einen Schweissausbruch bekommen hatte und nicht mehr im Stande war, ihr Telefongespräch mit einem wichtigen Kunden fortzusetzen.

Zehn Jahre vorher hatte sie wegen des gleichen Problems schon einmal ihre Stelle verloren.

Diesmal war sie fest entschlossen, etwas zu unternehmen.

Wie ich schnell herausfand, war ihr Vater Alkoholiker und oft gewalttätig gewesen. Wiederholt hatte er sie verprügelt. Ich bat sie, mir eine dieser Szenen zu schildern.

Sie berichtete, wie ihr Vater eines Tages, als sie etwa fünf Jahre alt war, stolz mit einem neuen Auto nach Hause gekommen war. Da er so gute Laune hatte, wollte sie die Gelegenheit nutzen, ihm näher zu kommen, und an seiner Freude teilzuhaben. Deshalb beschloss sie, sein Auto zu polieren. Sie holte Eimer und Schwamm und begann mit der ganzen Begeisterung eines kleinen Mädchens, das seinem Vater eine Freude machen und ihm gefallen will, zu schrubben und zu Putzen. Leider bemerkte sie nicht, dass an ihrem Schwamm kleine Steinchen klebten – am Ende war die Karosserie über und über verkratzt. Als ihr Vater sein Auto sah, geriet er in fürchterliche Wut, was sie überhaupt nicht verstehen konnte.

Total verängstigt rannte sie in ihr Zimmer und versteckt sich unter dem Bett.

**Postadresse: Postfach 1062, 8201 Schaffhausen (052 – 624 92 12)
Rämistr. 33, 8001 Zürich (044 – 272 82 30)**

AABP-Praxis, Ruedi Steiger, Psychotherapeut SPV-SVG

Diese Erinnerung in der Therapie holte ein Bild an die Oberfläche, das sich deutlich und klar wie ein Foto ihrem Denken eingepägt hatte: die bedrohlichen Füsse ihres Vaters, wie sie näher kamen, während sie sich wie ein kleines Tier unter dem Bett möglichst nah an die Wand drückte.

Und mit dem Bild kehrte auch das Gefühl der Angst mit aller Macht zurück.

Fünfundfünfzig Jahre nach den Ereignissen verwandelte ihr Gesicht sich vor meinen Augen unter der Einwirkung der Angst; ihre Atmung beschleunigte sich so sehr, ihre Muskeln spannten sich so an, dass ich fürchtete, sie würde in meiner Praxis einen Herzanfall erleiden. Fünfundfünfzig Jahre später waren ihr ganzes Denken und ihr ganzer Körper dem Eindruck ausgeliefert, den ihre Angst hinterlassen hatte.

Nachdem die Ratten von LeDoux auf die Elektroschocks konditioniert worden waren, reagierten sie mit Schrecken auf jeden Reiz, der mehr oder weniger jenem ähnelte, den sie zu fürchten gelernt hatten.

In Paulines Fall reichte es, dass ihr Chef sie ein ganz klein wenig an ihren Vater erinnerte, und sie bekam heute noch Angst.

In der Tat scheinen die Narben sich in unserem emotionalen Gehirn bemerkbar zu machen, sobald die Wachsamkeit unseres kognitiven Gehirns und seine Kontrollfähigkeit auch nur vorübergehend nachlassen: Wenn wir Alkohol trinken, Drogen nehmen, sehr müde oder durch andere Dinge so abgelenkt oder „emotional aufgeweicht“ sind, **dass wir die Kontrolle über die unserem limbischen System eingepägte Angst verlieren.**

Solche Zustände „**entkoppeln**“ **das kognitive und das emotionale Gehirn**, wenn traumatische Ereignisse Narben hinterlassen haben: Beide Teile des Gehirns streben in unterschiedliche Richtungen, und finden keinen Weg, Gegenwart und Vergangenheit in ein harmonisches Muster zu bringen.

Diesen Aspekt des posttraumatischen Stresssyndroms kennen die meisten Psychotherapeuten.

Sie wissen: **Es kommt hier zu einer Entkoppelung zwischen einer durchaus angemessenen Einschätzung der Gegenwart und in der aktuellen Situation unangemessenen Emotionen, die Rückstände einer vergangenen Traumatisierung sind.**

Und ihnen ist auch bewusst, dass dieses Syndrom eben deswegen so schwierig zu behandeln ist.

Wie ihre Erfahrung sie gelehrt hat, genügt es nicht, einfach zu reden oder diese mit VT⁷, kognitiver Therapie⁸ und Exposition „wegzutrainieren“, um eine **Verbindung zwischen den alten Emotionen und einer besser in der Gegenwart verankerten Sichtweise herzustellen.**

Sie wissen auch, dass die Symptome sich oft noch verschlimmern, wenn man immer wieder nur über das Trauma spricht. Und schliesslich ist ihnen klar, dass auch **Medikamente nicht besonders wirksam, und bei Traumatisierungen sogar oft kontraindiziert** sind.

Anfang der 1990er Jahre veröffentlichte das angesehene Journal of the American Medical Association – sicherlich die meistgelesene medizinische Fachzeitschrift der Welt – eine Studie über sämtliche derzeitige Behandlungsmöglichkeiten für posttraumatische Belastungsstörungen.

Die Schlussfolgerung lautete damals, es gäbe für dieses Syndrom ausser Interventionen von begrenztem Nutzen keine wirklich wirksame Behandlung.

Bei Patienten wie Pauline war mir all das vollkommen bewusst.

Wie all meine Kollegen, Psychiater wie Psychoanalytiker, bemühte ich mich seit Jahren, Menschen wie ihr zu helfen, allerdings mit zumeist unbefriedigenden Resultaten.

Bis zu dem Tag, an dem ich eine äusserst bemerkenswerte Videovorführung sah.

Sie fand anlässlich eines medizinischen Kongresses statt.

Die kalifornische Psychologin Francine Shapiro hielt einen Vortrag über EMDR⁴.

**Postadresse: Postfach 1062, 8201 Schaffhausen (052 – 624 92 12)
Rämistr. 33, 8001 Zürich (044 – 272 82 30)**

Die Augenbewegungen im Traum („Rem-Phase“ / „Rem-Schlaf“⁵) und die Traumabearbeitungsmethode EMDR⁴

Die Behandlungsmethode war von ihr entwickelt worden und bildete seit einiger Zeit den Gegenstand heftiger Kontroversen innerhalb der Ärzteschaft. Natürlich hatte ich bereits von EMDR gehört und war äusserst skeptisch. Die Vorstellung, man könne emotionale Traumata auflösen, indem man rhythmische Augenbewegungen ausführte, kam mir vollkommen lächerlich vor. Dennoch erregte einer der von Shapiro per Video vorgeführten Fälle meine Aufmerksamkeit.

Maggie, eine Frau von sechzig Jahren, hatte von ihrem Arzt erfahren, dass sie an einer schweren Krebserkrankung litt. Ihr blieben nur noch sechs Monate zu leben, und sie musste sich darauf einstellen, unter Schmerzen zu sterben.

Henry, seit siebenundzwanzig Jahren ihr Ehemann, war früher mit einer Frau verheiratet gewesen, die einem Krebsleiden erlegen war. Als Maggie ihm das Urteil des Arztes mitgeteilt hatte, war Henry in Panik verfallen, hatte ihr erklärt, das nicht noch einmal durchmachen zu können, und sie noch in derselben Woche verlassen.

Nach dem ersten Schock war Maggie in eine tiefe Depression abgeglitten. Sogar einen Revolver hatte sie sich beschafft, weil sie sich umbringen wollte.

Als gemeinsame Freunde davon erfuhren, redeten sie Henry gut zu und brachten ihn schliesslich dazu, nach Hause zurückzukehren. Maggie war jedoch mittlerweile so traumatisiert, dass sie nicht mehr schlief, unablässig den gleichen Albtraum durchlebte, in dem sie Henry fortgehen sah, und nicht ertrug, von ihm getrennt zu sein, selbst wenn er nur einkaufen ging.

Ein Zusammenleben war unmöglich geworden, und sie war verzweifelt, dass ihr die letzten Monate so verdorben würden.

Sie hatte aus der Zeitung von einem Versuchsprogramm zur Behandlung von Traumata erfahren und sich für die Teilnahme an einer der ersten kontrollierten Studien über EMDR beworben.

Nachdem Francine Shapiro im Referat den Hintergrund des Falls erläutert hatte, führte sie eine Videoaufzeichnung der ersten Behandlungssitzung mit Maggie vor.

Zu Beginn der Szene konnte Maggie sich nicht einmal das Bild Henrys vor Augen rufen, wie er am Tage der Trennung davongegangen war. Sobald der Therapeut sie aufforderte, sich zu erinnern, stockte ihr vor Angst der Atem.

Nach langem guten Zureden gelang es ihr dann, die schmerzlichsten Bilder von Henrys Weggang in ihrer Erinnerung wieder hochkommen zu lassen.

Nun wurde sie gebeten, mit den Augen der Hand des Therapeuten zu folgen, der diese von rechts nach links und zurück bewegte. Damit sollten schnelle Augenbewegungen ähnlich jenen angeregt werden, die spontan (während des so genannten REM – Schlafs⁵, abgeleitet von Englisch rapid eye movements = schnelle Augenbewegungen) im Traum stattfinden.

Die Erinnerung schien in ihren gesamten Körper eingebrannt zu sein, und sie musste eine enorme Anstrengung vollbringen – zusätzlich zu der Angst, die sie wieder durchlebte, schlug ihr Herz zu stark und zu schnell, und ständig erklärte sie, sie habe „überall Schmerzen“.

Doch dann, nur wenige Minuten nach einer weiteren Sequenz von Augenbewegungen, verwandelte ihr Gesicht sich auf einmal – ein Ausdruck der Überraschung zeichnete sich um ihren Mund ab, und sie erklärte: „Es ist weg! Das ist ja wie in einem Zug... Du schaust aus dem Fenster und siehst etwas vor dir, was vollständig da ist, und plötzlich ist es verschwunden. Es ist Vergangenheit und wird von etwas anderem ersetzt, das man jetzt betrachtet. Ob Schönheit oder Schmerz, es ist Vergangenheit... Wie konnte ich mich so lange damit herumquälen?“

Ihre ganze Körperhaltung hatte sich dabei verändert. Sie hielt sich aufrecht, obwohl sie noch verwirrt schien.

Im Zuge der sich nun anschliessend Sequenz von Augenbewegungen begann sie zu lächeln.

Als der Therapeut die Bewegungen unterbrach und sie fragte, was in ihrem Bewusstsein abgelaufen sei, antwortete sie: „Ich muss Ihnen etwas Lustiges erzählen, das ich jetzt gesehen habe... Ich stand auf der Freitreppe vor dem Haus, Henry ging durch die Allee davon, und ich dachte mir: „Wenn er sich der Situation

AABP-Praxis, Ruedi Steiger, Psychotherapeut SPV-SVG

nicht stellen kann, ist das sein Problem, nicht meins“. Ich winkte ihm nach und rief: „ Bye- bye, Henry, bye- bye.“ Ist das denn zu fassen? „ Bye- bye, Henry, bye- bye ... “

Nach weiteren, ebenso kurzen Sequenzen von Augenbewegungen (jedes Mal nicht mehr als 30 Sekunden bis eine Minute), wechselte Maggie spontan in eine Szene, in der sie auf dem Sterbebett lag. Ihre Freunde waren um sie versammelt, und sie sah beruhigt, dass sie nicht allein sein würde.

Noch eine Sequenz von Augenbewegung, und an Stelle der Angst, von der sie am Anfang der Sitzung beherrscht gewesen war, konnte man nun grosse Entschlossenheit von ihrem Gesicht ablesen. Sie schlug sich auf die Schenkel und rief: „Und wissen Sie was? Ich werde in Würde sterben! Keiner wird mich daran hindern können.“

Das alles hatte vielleicht fünfzehn Minuten gedauert, und der Therapeut hatte keine zehn Sätze gesprochen. Die ganze Zeit über murmelte der Wissenschaftler, der in mir steckt, mir ins Ohr: „ Das ist nur eine einzige Patientin. Vielleicht ist sie besonders leicht zu beeinflussen? Es könnte ebenso gut nur ein Placeboeffekt sein“.

Doch der Arzt in mir antwortete: „Mag sein, aber solche Placeboeffekte hätte ich gern jeden Tag bei meinen Patienten. So etwas habe ich nie zuvor gesehen“.

Überzeugt hat mich schliesslich eine Studie zur EMDR-Behandlung bei achtzig Patienten, die massive emotionale Traumata erfahren hatten. Sie war in einer Fachzeitschrift für klinische Psychologie erschienen, die hinsichtlich Methodologie und wissenschaftlicher Strenge zu den penibelsten gehört.

Dieser Untersuchung zufolge wiesen 80 Prozent der Patienten nach drei bis 15 Sitzungen von je neunzig Minuten Dauer keine Symptome des posttraumatischen Stresssyndroms mehr auf.

Diese Heilungsquote lässt sich mit der Wirkung von Antibiotika bei Lungenentzündung vergleichen!

Ich kenne keine einzige Studie zu irgendeiner psychiatrischen Behandlungsmethode, welche innerhalb von einigen Wochen eine vergleichbare Wirkung nachgewiesen hätte.

Selbstverständlich sagte ich mir, bei einer so kurzfristigen Behandlung sei es unvorstellbar, dass die Resultate von Dauer seien.

Doch als man dieselbe Gruppe von achtzig Patienten fünfzehn Monate später erneut befragte, waren die Ergebnisse sogar noch besser als unmittelbar nach den drei bis fünfzehn Sitzungen.

Trotz alledem kam mir das Verfahren immer noch seltsam vor; möglicherweise lief es sogar meiner ethischen Überzeugung zuwider, wenn man meine Prägung durch die Psychoanalyse bedenkt, die so grossen Wert auf die Sprache legt, die Geduld, die Dauer, die Übertragungsanalyse und so fort.

Dennoch konnte ich mich angesichts solcher Ergebnisse der Überlegung nicht erwehren, dass es gegen meine ethische Überzeugung verstiesse, EMDR nicht zu erlernen und mir meine eigene Meinung zu bilden. Sich diesem Versuch zu verweigern wäre so gewesen, als hätte man sich bei der Einführung des Penicillins geweigert, es auszuprobieren, nur weil man lieber an die Wirksamkeit der Sulfonamide glaubte, die zwar viel belastender, dafür aber länger auf dem Markt waren und häufig doch immerhin mehr oder weniger halfen.

Ein Selbstheilungsmechanismus im Gehirn

Zu meinem 14. Geburtstag bekam ich mein erstes Mofa geschenkt. Am nächsten Tag hatte ich auch gleich meinen ersten Unfall. Ich fuhr an einer langen Reihe parkender Autos vorbei. Plötzlich ging direkt vor mir eine Tür auf, und ich konnte nicht mehr bremsen.

Abgesehen von den unvermeidlichen blauen Flecken bekam auch mein emotionales Gehirn einen Schlag ab.

Ich war geschockt, und dieser Zustand hielt einige Tage an. Völlig unerwartet, wenn ich in Gedanken ganz woanders war, fiel der Unfall mir wieder ein. Nachts träumte ich davon.

Mehrere Tage lang hatte ich kaum mehr Lust, mit meinem Mofa zu fahren. Ich fragte mich sogar, ob es nicht letztendlich zu gefährlich sei.

Doch eine Woche später, als die blauen Flecken gerade verschwunden waren, hatten all diese Gedanken sich verflüchtigt, und zum grossen Missfallen meiner Eltern schwang ich mich bei jeder Gelegenheit wieder auf mein kleines Stahlross.

**Postadresse: Postfach 1062, 8201 Schaffhausen (052 – 624 92 12)
Rämistr. 33, 8001 Zürich (044 – 272 82 30)**

AABP-Praxis, Ruedi Steiger, Psychotherapeut SPV-SVG

Dafür achtete ich jetzt sehr viel besser auf die Reihen der geparkten Autos und auf einen gebührenden Abstand von einer Türbreite... Der Vorfall war „verdaut“. Ich hatte behalten, was von diesem Zwischenfall nützlich und zu lernen wichtig war, während die Emotionen und nutzlosen Albträume hinter mir lagen.

Die Grundidee von EMDR ist nun genau folgende:

In jedem von uns existiert von Natur aus ein solcher Mechanismus, welcher emotionale Traumata verarbeitet. Diesen Mechanismus bezeichnen die EMDR-Praktiker als **„adaptives System zur Verarbeitung von Information“**.

Der Grundgedanke ist recht einfach: Wie mir bei meinem Mofa-Unfall widerfahren uns allen lebenslang „kleine“ Traumata. Dennoch entwickeln wir meistens kein posttraumatisches Stresssyndrom (PTSD).

Ähnlich wie das Verdauungssystem alles für den Organismus Nützliche und Notwendige aus der Nahrung zieht und den Rest aussondert, greift das Nervensystem sich die nützliche Information – die „Lektion“ – heraus, und entledigt sich in einem „Verdauungsprozess“ innerhalb weniger Tage der Gefühle, der Gedanken sowie einer physiologischen Aktivierung, die nicht mehr gebraucht werden, sobald das Ereignis vorbei ist.

Nach dem Verlust eines geliebten Wesens, eines Gegenstandes, an dem wir sehr hingen, oder auch infolge eines Vorfalls, der unser Gefühl der Sicherheit in einer Welt in Frage stellt, die wir zu kennen glaubten, ist unser Nervensystem vorübergehend in Unordnung. Die gewohnten Orientierungen funktionieren nicht mehr.

Es benötigt eine gewisse Zeit, um sein von den Psychotherapeuten als **Hömoöstase⁶ bezeichnetes Gleichgewicht** wiederzuerlangen. Doch in der Regel geht der Organismus gestärkt aus diesem Prozess hervor. Er ist an der Herausforderung gewachsen und verfügt nun über neue Ressourcen. Es ist flexibler und kann bedrohliche Situationen besser bewältigen.

So hat jede Epoche ihre Metaphern. Freud, der in der Zeit der Industriellen Revolution lebte und schrieb, nannte diesen Vorgang **„Trauer – Arbeit“**.

EMDR entstand in der Gegend von San Francisco rund um die Schule von Palo Alto, zur Zeit der Revolution in der Informatik und den Neurowissenschaften, und man bezeichnet denselben Vorgang der **„Verdauung im Gehirn“** als **„adaptives System zur Informationsverarbeitung“**.

Allerdings kann dieses (**Selbstregulations**)System geschwächt sein, oder unter gewissen Umständen auch überschwemmt werden, und verstopfen. Zum Beispiel wenn das Trauma zu massiv ist, beispielsweise nach Folter, Vergewaltigung oder dem Verlust eines Kindes, etc.

Doch dasselbe kann auch bei weit weniger dramatischen Vorfällen geschehen, ganz einfach, weil wir in dem bewussten Moment **gerade besonders verletzlich** sind, etwa weil wir uns, z.B. als Kind, etc., nicht selbst schützen können, oder aus anderen Gründen in einer Position der Schwäche befinden.

Dann ist, sollte die Symptomatik nach einigen Tagen noch weiterbestehen, Traumabearbeitung angesagt, damit dem „psychischen Verdauungssystem“ etwas nachgeholfen werden kann!

So hatte die Krankenschwester Anne mich wegen chronischer depressiver Symptome und einer schrecklichen Vorstellung von sich selbst konsultiert. Sie hielt sich für dick und hässlich – „abstossend“, wie sie es nannte -, obwohl sie, objektiv gesehen, eher hübsch war, und ihr Gewicht durchaus dem Durchschnitt entsprach.

Da sie auch ein fröhliches, einnehmendes Wesen hatte, litt sie eindeutig unter einem falschen Selbstbild.

Während ich ihr zuhörte, wurde mir klar, dass dieses Bild sich in den letzten Monaten ihrer Schwangerschaft in ihr festgesetzt hatte, welche drei Jahre zurücklag.

Sie erinnerte sich genau an den Tag, an dem ihr Ehemann, dem sie vorwarf, nie Zeit für sie zu haben, schliesslich zu ihr gesagt hatte: „Du schaust aus wie ein Walfisch und bist das widerlichste Ding, das ich je gesehen habe!“

Unter normalen Umständen hätte sie sich, wiewohl verletzt, wahrscheinlich dagegen gewehrt, vielleicht hätte sie ihm sogar entgegnet, er sei ja auch nicht gerade Brad Pitt...

**Postadresse: Postfach 1062, 8201 Schaffhausen (052 – 624 92 12)
Rämistr. 33, 8001 Zürich (044 – 272 82 30)**

AABP-Praxis, Ruedi Steiger, Psychotherapeut SPV-SVG

Ihre Schwangerschaft war jedoch schwierig gewesen, und sie hatte sehr früh mit der Arbeit aufhören müssen, sodass sie nicht sicher war, ob sie ihre Stelle behalten würde. Zudem hatte sie keinerlei Vertrauen mehr in ihre Fähigkeiten, dafür aber schreckliche Angst, Jack könnte sie nach der Geburt des Kindes sitzen lassen, so wie ihr eigener Vater ihre Mutter verlassen hatte.

Sie war verletztlich und hilflos. Mehr war in dieser schwierigen Situation nicht nötig, damit diese giftige Bemerkung ein traumatisierendes Ausmass annehmen konnte, weil das (Selbstregulations)System „verstopft“ war und „hängen blieb“..

Ob aufgrund der Schwere der Verletzung oder der Schwäche des Opfers. Ein schmerzliches Ereignis wirkt hier im eigentlichen Wortsinn „traumatisierend“.

Der Theorie von EMDR zufolge *wird die Information, die sich auf die Traumatisierung bezieht, daher nicht verdaut, sondern im Nervensystem unverbunden abgelegt und festgehalten in ihrer ursprünglichen Gestalt (quasi wie verlorene, unverbundene Dateiteile / „Clusters“ auf einer Festplatte..., oder ein „Computer-Virus“, welches durch Impulse durch die Hintertüre jederzeit wieder aktiviert werden kann).*

Bilder, Gedanken, Geräusche, Gerüche, Gefühle, körperliche Empfindungen und auch Überzeugungen, die man aus traumatisierenden Erlebnissen zu sich selbst und zum Leben gewonnen hat (z.B.: „Ich kann nichts tun, man wird mich fallen lassen“, „ich bin es nicht wert“ „ich bin auf Gedeih und Verderb ausgeliefert“, „mehr bin ich nicht wert“ oder „ich habe nichts anderes verdient“, etc.), sind dann in einem neuronalen Netz gespeichert, welches ein EIGENLEBEN führt.

Verankert im emotionalen Gehirn und von allen rationalen Einsichten abgeschnitten, wird dieses Netz zu einem unverarbeiteten, dysfunktionalen Informationspaket, das von der kleinsten Erinnerung an das ursprüngliche Trauma reaktiviert werden kann.

Das Gedächtnis des Körpers

Der Neurologe und Psychiater Bessel van der Kolk, ehemaliger Direktor der Harvard Psychological Trauma Clinic, geht davon aus, dass *eine traumatische Erinnerung eine Information ist, die beinahe unverändert in ihrer ursprünglichen Form im Nervensystem gespeichert wurde.*

Die Bilder, Geräusche, Gerüche, Emotionen, psychischen Empfindungen und die Überzeugungen, die wir beständig über uns entwickeln, werden alle im Netzwerk der Nervenzellen abgelegt, das wiederum ein Eigenleben entwickelt.

Dieses Netzwerk ist in unserem emotionalen Gehirn verankert, ohne Verbindung zu unserem rationalen Wissen über die Welt.

Es ist ein Paket unverarbeiteter, dysfunktionaler Informationen und kann auf der Stelle aktiviert werden, wenn uns etwas auch nur entfernt an das ursprüngliche Trauma erinnert.

Eine vom Gehirn registrierte Erinnerung kann über jeden einzelnen ihre Teilaspekte abgerufen werden.

Soll ein Computer Inhalte seines Datenspeichers wieder finden, benötigt er eine genau Adresse (so wie ein Bibliothekar den genauen Standort eines Buchs kennen muss, wenn er es in den Regalen wieder finden will).

Genau umgekehrt, nämlich auf analoge Weise, findet man den Zugang zu im Gehirn gespeicherten Erinnerungen: *Jede beliebige Situation, die auch nur einen Aspekt einer von uns erlebten Begebenheit aufweist, kann unter Umgehung der Ich-Kontrolle / des Verstandes die gesamte Erinnerung wach rufen.*

Diese Eigenschaften des Gedächtnisses sind allgemein bekannt.

Mann nennt sie „Zugang über den Inhalt“ und „Zugang über partielle Übereinstimmungen“.

Für traumatische Erinnerungen hat dies schwerwiegende Folgen !

Auf Grund dieser Eigenschaft des Gedächtnisses kann alles (ein Gedanke, ein Geruch, ein Geräusch, selbst eine körperliche Empfindung), was den Umständen des traumatischen Vorfalls ähnelt, die Erinnerung an die Gesamtheit der dysfunktional gespeicherten traumatischen Erfahrung auslösen.

Häufig vollzieht sich der Zugang zu schmerzlichen Erinnerungen über den Körper.

**Postadresse: Postfach 1062, 8201 Schaffhausen (052 – 624 92 12)
Rämistr. 33, 8001 Zürich (044 – 272 82 30)**

AABP-Praxis, Ruedi Steiger, Psychotherapeut SPV-SVG

Wie wichtig die körperliche Kodierung von Erinnerungen ist, habe ich erstmals an jenem Tag verstanden, an dem man mich dringend ans Krankenbett einer jungen Frau rief, die gerade aus dem Operationssaal gekommen war.

Die Wirkung der Vollnarkose war noch nicht völlig abgeklungen, und die Schwestern hatten sie in erregtem Zustand angetroffen. Sie fürchteten, sie könnten sich in ihrer Verwirrung versehentlich Infusionen und verschiedenen Kabel herausreisen, die noch mit ihren Körper verbunden waren.

Deshalb hatten sie ihre Handgelenke mit Stoffstreifen an den Bettstange festgebunden.

Kurz darauf, als die junge Frau plötzlich aufwachte, hatte sie voller Angst zu schreien begonnen.

Mit aller Kraft kämpfte sie gegen die Bänder an, und ihr Puls wie auch ihr Blutdruck erreichten Werte, die in ihrem Zustand gefährlich waren.

Als es mir schliesslich gelungen war, sie zu beruhigen - ich musste sie rasch befreien -, beschrieb sie mir die Erinnerung, die sie soeben durchlebt hatte.

Sie hatte sich plötzlich wieder als Kind gesehen, mit den Handgelenken ans Bett gefesselt, und ihr Stiefvater verbrannte ihr mit einer Zigarette die Haut.

Als sie die gefesselten Handgelenke spürte, stieg die gesamte dysfunktional gespeicherte und deshalb sehr lebendige Erinnerung wieder an die Oberfläche.

EMDR wirkt vor allem, weil es zunächst die traumatische Erinnerung mit all ihren verschiedenen (visuellen, emotionalen, kognitiven und psychischen) / (den körperlichen Empfindungen) **Komponenten aufruft, und dann das „adaptive System zur Informationsverarbeitung“ anregt, dem es bis dahin nicht gelungen ist, die störende Prägung zu „verdauen“.**

Man nimmt an, dass die Augenbewegungen, vergleichbar mit jenen, die im Traumschlaf spontan auftreten, dem natürlichen Heilungsmechanismus des Gehirns die erforderlichen Unterstützung geben, damit es vollenden kann, was ihm ohne Hilfe von aussen nicht gelungen ist.

So wie man bestimmte natürliche Mittel und Pflanzen, deren Fähigkeit zur Aktivierung der natürlichen Selbstheilungskräfte des Körpers nach einer körperlichen Verletzung seit Jahrhunderten kennt, gelten die Augenbewegungen bei EMDR als natürlicher Mechanismus, der die Heilung nach einer psychischen Traumatisierung beschleunigt.

¹ Unter dem **Neocortex** (Teil des Gehirns, der für unser Bewusstsein zuständig ist und der uns das logische Denken ermöglicht. Er ist beim Menschen im Vergleich zum Tier stark vergrößert und unter anderem für unsere geistigen Fähigkeiten verantwortlich.) wird der stammesgeschichtlich jüngste Teil der Großhirnrinde verstanden.

Er wird nur bei Säugetieren gefunden. Beim Menschen bildet er den Großteil der Oberfläche des Großhirns (rund 90 %), darunter die Repräsentationen der Sinneseindrücke (sensorische Areale), den für Bewegungen zuständigen Motorcortex und die weiträumigen Assoziationszentren. (Der Begriff wird weitgehend synonym mit Isocortex verwendet, wobei im ersten Fall nach entwicklungsgeschichtlichen und im zweiten nach histologischen Kriterien unterteilt wird)

² "Bei der **Expositionstherapie** ist es ganz wichtig, dass innerhalb kurzer Zeit intensiv geübt wird, das Ritual herunterzuholen". Dem Betroffenen wird dabei sukzessive die Möglichkeit genommen, den Zwang auszuüben.

"Es geht nicht nur darum, dass er den Zwang nicht ausübt, sondern wichtig ist für ihn zu erleben, dass er mit seiner Angst fertig wird, wenn er den Zwang nicht ausführt", unterstreicht der Psychiater. Dabei kommt es zuerst zu einem Anstieg der Angst, um dann langsam wieder abzufallen. Indem sich der Betroffene durch die Therapie mit der Angst konfrontieren kann, nimmt sie ab, zuvor verhindert die Ausübung des Zwangs diese Konfrontation.

³ Der **präfrontale Cortex**, der **Herrscher über die Gefühle**, welcher ihr Überkochen verhindert, ist ein Teil des Frontallappens der Großhirnrinde (Cortex). Er befindet sich an der Stirnseite des Gehirns und ist eng mit den sensorischen Assoziationsgebieten des Cortex, mit subcorticalen Modulen des limbischen Systems und mit den Basalganglien verbunden.

Er legt der **Amygdala** („Mandelkern“, quasi „das Tier in Dir“, der Kern der Instinkte) die Bremsen an.

Der präfrontale Cortex empfängt die verarbeiteten sensorischen Signale, integriert sie mit Gedächtnisinhalten und aus dem limbischen System stammenden emotionalen Bewertungen und initiiert auf dieser Basis Handlungen. Er wird als **oberstes**

Kontrollzentrum für eine situationsangemessene Handlungssteuerung angesehen und ist gleichzeitig intensiv an der Regulation emotionaler Prozesse beteiligt.

Allgemein schreibt man dem präfrontalen Kortex eine Analyse- und Überwachungsfunktion zu. Daher wurde für ihn auch der Begriff „supervisory attentional system“ (SAS) eingeführt. Es besteht ein dichtes Netzwerk zu vielen anderen Hirnteilen. Auf diese Weise können unterschiedlichste Informationen analysiert, bewertet, „verrechnet“ und die Ergebnisse wieder zurückgesendet werden - ähnlich dem zentralen Prozessors (CPU) eines Computers.

⁴ **EMDR** (Englisch: *Eye movement desensitization and reprocessing*), was in etwa bedeutet: **Desensibilisierung und Durcharbeitung / Neuorientierung durch bilaterale Augenbewegungen.**

⁵ Als **REM-Schlaf** (REM, engl. Rapid Eye Movement; auch paradoxer Schlaf oder desynchronisierter Schlaf) wird eine Schlafphase bezeichnet, die unter anderem durch schnelle Augenbewegungen gekennzeichnet ist. Weitere Merkmale sind ein niedriger Tonus der quergestreiften Muskulatur (Herz, Zwerchfell und Augenmuskeln bleiben ausgespart) und ein bestimmtes Aktivationsmuster im EEG – Thetawellen mit einer Frequenz von 4 bis 8 Hz und langsame Alphawellen. Vermutlich ist der Lernprozess im Allgemeinen eng an den REM-Schlaf gekoppelt. Aufgaben in der Triebregulierung, Informationsverarbeitung und Stressbewältigung werden diskutiert. (vgl.: WIKIPEDIA)

⁶ **Homöostase** = die Fähigkeit eines Systems / Organismus sich durch Rückkopplung selbst innerhalb gewisser Grenzen in einem stabilen Zustand („ausgeglichen“) zu (er)halten.

⁷ **VT – Verhaltenstherapie** - Die Verhaltenstherapie ist problemorientiert und symptomorientiert. Die Behandlung setzt in der Regel an der gegenwärtig bestehenden Problematik an, und das therapeutische Vorgehen wird möglichst genau auf die jeweilige Störung und den jeweiligen Patienten zugeschnitten. Sie vereinigt eine grosse Anzahl unterschiedlicher Techniken und Behandlungsmassnahmen, welche alle davon ausgehen, dass menschliches Verhalten, Denken, Fühlen und teilweise sogar körperliche Reaktionen erworben, also erlernt werden und - wenn sie sich als unangemessen oder problematisch erweisen - verändert werden können. Sie will über einfache "Umerziehungsvorgänge" (also weniger über das Erreichen des Unterbewusstseins) den Patienten in seinem Verhalten positiv ändern, was aber, wie Langzeitstudien welche Symptomverschiebungen beachten und neuere Forschung zu Traumatas belegen, oft nicht funktioniert.

⁸ **Kognitive Therapie** ist heute, im Computerzeitalter, "hip", und das an den Universitäten und Forschungsinstitutionen mit Abstand weitverbreitetste Modell. Bei den Kognitivisten geht es darum, Inhalt und Form des menschlichen Denkens zu verstehen und zu verändern. Ausgangspunkt ist die Computer-Analogie: Nach streng kausalen Prinzipien wirkt das in verschiedenen Gedächtnissen gespeicherte Wissen (=Software) auf den Organismus und sein Verhalten (=Hardware) ein. Die Verarbeitung der Information selbst erfolgt nach formalen Algorithmen, deren Erforschung das Ziel der Kognitiven Psychologie ist. Es besteht wenig Interesse an Verhalten oder Handeln (Computer handeln nicht, sie funktionieren automatisch nach Programmen entsprechend den Zielen des Benützers), ebenso wenig an Gefühlen und bewussten Repräsentationen (Computer haben keine). Kurz: "Der Mensch, eine durch Emotionen und Motive gestörte Datenverarbeitungsmaschine!" (Zit: von Cranach).