

Dr. Gerald Hüther
Neurowissenschaftler und Autor

Die subjektive Bewertung entscheidet, was weiter im Gehirn und im Körper passiert.

VH:

Sie sind wohl einer der bekanntesten deutschsprachigen Gehirnforscher, weshalb ich gleich mit einer entsprechenden Frage beginnen möchte: Auch wenn in der Neurowissenschaft etwas Ernüchterung eingetreten ist, ist sie doch in vielen Disziplinen noch tonangebend. So auch in der Traumaforschung. Nun ist Forschung gut und wichtig, für mich persönlich allerdings war es so, dass alle diese Erkenntnisse meinen Schrecken ordentlich erhöht haben. Da steht etwas als Tatsache da, unumstößlich und scheinbar auch in mir wirksam bis in alle Ewigkeit. Das ist nicht ermutigend. Wie sehen Sie das?

GH:

Naja, Sie dürfen durchaus skeptisch sein bei all den Einzelheiten, die von den Experten herausgefunden und verbreitet worden sind. Wissenschaftler, die das untersuchen, fokussieren sich auf das traumatische Geschehen, das man aber gar nicht untersuchen kann. Da müsste man ja selbst mit dabei sein und in das Gehirn hineinschauen, wenn etwa ein Kind geschlagen wird. Daher greift man hier auf Untersuchungen zurück, die in anderen Kontexten gemacht werden, oft sogar mit Versuchstieren. Da jede Traumatisierung aber höchst individuell ist und immer nur diese bestimmte Person betrifft mit ihren eigenen Erfahrungen, eigenen Perspektiven und so weiter, lassen sich die untersuchten Ergebnisse nicht verallgemeinern. Ein Trauma ist nicht objektiv messbar. Und welche Auswirkungen es hat, auch nicht.

VH:

Dann spielt also die Amygdala, um jetzt ein Beispiel zu nennen, nicht nach jedem Trauma verrückt?

GH:

Ein Trauma ist für jeden etwas anderes. Und ob sich nach einem Trauma eine posttraumatische Stresserkrankung entwickelt, hängt ebenfalls von vielen Faktoren ab. Entscheidend dafür, wie stark jemand im Inneren verunsichert und seine Amygdala erschüttert wird, ist mit Sicherheit die eigene Bewertung. Diese Bewertung lassen die Forscher aber vollkommen weg. Die subjektive Bewertung ist entscheidend dafür, ob das Geschehen im Gehirn zu einer tiefgreifenden Störung führt. Wo die Bewertung allerdings keine Rolle spielt: wenn beim traumatischen Erlebnis eine tatsächliche Lebensbedrohung empfunden wurde.

VH:

Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?

GH:

Wenn jemand, womöglich gar noch schuldhaft, ein Kind überfährt oder wenn jemand in eine lebensbedrohliche Situation gerät, bei einem Unfall beispielsweise, reagieren die meisten Menschen sehr ähnlich. Aber wenn der einzige Gesprächspartner einer älteren Dame der

eigene Kanarienvogel ist und sie kommt eines Tages ins Zimmer und er liegt tot im Käfig, und wenn sie dann glaubt, ihm etwas Falsches gefüttert zu haben und sich selbst verantwortlich für den Tod macht, dann kann das für diese Frau eben auch zu einer schweren Traumatisierung führen. Ganz oft sind eigene Schuldzuschreibungen wesentlich für die Bewertung des Geschehens und für das Ausmaß der damit einhergehenden Traumatisierung. Zur Veranschaulichung dient vielleicht auch folgendes Bild: Ich habe eine Suppe, in die schüttet jemand etwas hinein. Dieses Etwas kann jetzt zu einem Klumpen werden oder auch nicht. Oft erlebt jemand etwas Furchtbares und es entsteht im Gehirn aber deshalb doch keine „Verklumpung“ in Form von später nur schwer wieder auflösbaren Notverschaltungen. In jeder gelingenden Traumatherapie geht es um die Auflösung genau dieses „Klumpens“. Das nennt man Reintegration. Man hat noch immer dieses Erlebnis in Erinnerung, kann es aber in die Summe der bisher gemachten Erlebnisse einbauen, es wird zu einem Teil von einem selbst, gegen den man sich nicht mehr wehrt. Und ob jemand nun das Trauma annehmen kann, ist ebenfalls wieder subjektiv, hängt von den Ressourcen der Person ab, von den bisher gemachten Erfahrungen und gefundenen Lösungen. Dazu kann kein Forscher oder Therapeut allgemein etwas sagen. All diese individuell unterschiedlichen Auswirkungen, Folgen, Lösungswege und Ressourcen einer Person zu ignorieren, alles in einen Topf zu werfen und „Traumatisierung“ darüber zu schreiben, halte ich für höchst fragwürdig.

VH:

Es ist in jedem Fall verunsichernd, mit solchen wissenschaftlichen „Erkenntnissen“ zu leben und sie nicht einordnen zu können.

GH:

Ja! Man übersieht dabei völlig, dass Trauma eine schreckliche und zutiefst leidvolle *persönliche* Erfahrung ist. Mir ist das zugestoßen, ich habe diese furchtbare Erfahrung machen müssen, dabei hat sich in mir etwas verändert. Wenn ich diese Traumatisierung integrieren kann, so ist das aber auch eine sehr wichtige Erfahrung, denn ich bin dadurch zu dieser besonderen Person geworden, die ich jetzt bin, habe auch manches gelernt, was ich sonst nicht hätte lernen können. Vielleicht hat sich sogar durch diese Traumatisierung und die gelungene Reintegration mein Blick geöffnet, mein Horizont erweitert.

VH:

Wie kann eine Therapie diesen Prozess unterstützen?

GH:

Zunächst wäre wohl zu klären, was eine posttraumatische Belastungsstörung tatsächlich ist. Denn das, was wir als „Störung“ oder gar „Erkrankung“ bezeichnen, ist ja in Wirklichkeit die Lösung, die diese Person gefunden hat, um mit der schrecklichen Situation und der stattgefundenen Traumatisierung umzugehen. Eine häufige Lösung ist Verdrängung. Damit schaffen wir unbewusst einen Zustand, der das Gehirn wieder in einen halbwegs kohärenten Zustand versetzt. Also in einen, der dem Gehirn hilft, möglichst energiesparend seine Funktionen zu erfüllen. Eine solche Verdrängung gelingt aber nie vollständig. Deshalb kann das gesamte traumatische Erfahrung wieder aufflackern und mit voller Wucht wieder wachgerufen werden, wenn die betreffende Person eine bestimmte Wahrnehmung macht, die bei der Traumatisierung im Gehirn abgespeichert wurde, also ein bestimmter Geruch, ein Geräusch, eine Körperhaltung, ein irgendwo beobachtetes Geschehen. Ich kenne eine Frau, die bei lauten Geräuschen plötzlich zusammenzuckte, Panik und Herzrasen bekam, oft sogar

in Ohnmacht fiel. Sie kam erst sehr spät dahinter, dass sie als Zweijährige immer mit ihrer Mutter in den Luftschutzbunker flüchten musste und dort vor Angst innerlich erstarrte.

VH:

Wie hilft man nun dieser Frau? Braucht es da zur Auflösung eine Traumakonfrontation?

GH:

Bei vorsprachlichen Traumata, also bei Traumatisierung vor dem Spracherwerb, haben die Betroffenen keine kognitiven Erinnerungen, dann ist das Trauma vor allem im eigenen Körper verankert. Gesprächstherapie hilft hier wenig, da muss man über den Körper arbeiten. Aber lösungsorientiert, also nach Wegen suchend, wie diese Person mit diesen Zuständen auf eine konstruktive Weise umgehen kann. Das Herumwühlen in alten Erfahrungen ist sicher oft weder notwendig noch hilfreich. Viele Therapeuten, beispielsweise einer in den letzten Jahren recht erfolgreichen Psychotherapierichtung, der positiven Psychologie, würden das auch nicht machen. Aber ein allgemeines Rezept, wie traumatisierte Menschen behandelt werden müssen, kann es nicht geben. Man muss immer die betroffene Person als Ganzes und in ihrer Eingebettetheit in ihre jeweilige soziale Gemeinschaft in den Blick nehmen. Manche Therapeuten können das besser, andere nicht so gut. Ich habe noch keine psychotherapeutische Disziplin gefunden, die so kompetente Therapeuten hat, wie die Psychotraumatologie. Um einer traumatisierten Person Gelegenheit zu bieten, wieder in ihre Gestaltungskraft zurückzufinden, kann man sie eben nicht einfach „be-handeln“, sondern nur einladen, ermutigen und inspirieren, selbst zum Akteur des eigenen Heilungsprozesses zu werden.

VH:

Braucht es immer eine Therapie?

GH:

Glaub ich nicht. Wir Menschen verfügen ja über enorme Selbstheilungskräfte und können vieles im Laufe unseres Lebens selbst integrieren. Aufhorchen allerdings muss man, wenn Situationen auftauchen, mit denen man nicht umgehen kann. Das ist dann ein Zeichen, dass etwas noch nicht integriert worden ist. Oder wenn Bewältigungsstrategien entwickelt wurden, die nicht mehr hilfreich sind, etwa ein übermäßiger Drang, alles zu kontrollieren, alles Mögliche zu vermeiden oder gar in eine Sucht zu geraten. Es kommt auch vor, dass die Verdrängung nicht dauerhaft alles unter der Decke halten kann. Das dann immer wieder aufbrechende Gefühl eigener Hilflosigkeit kann zu Depressionen, Zwangsstörungen oder Angststörungen führen. Auch das ist eine vorübergehende Lösung. Leider passiert es uns Menschen immer wieder, dass wir Lösungen finden, die kurzfristig scheinbar helfen, aber langfristig zu immer größeren Problem führen.

VH:

Welche Fähigkeiten hat das Gehirn dann, mit solchen nicht mehr brauchbaren Lösungen umzugehen?

GH:

Mit unserem zeitlebens lernfähigen, plastischen Gehirn haben wir jederzeit die Möglichkeit, umzulernen, etwas sein zu lassen oder durch andere Erfahrungen zu überschreiben. Oder vielleicht noch besser: auf darunter liegende ältere Netzwerke zurückzugreifen, die noch

nicht so verdreht sind. Die können wir ja auch wieder wachrufen. Es wird dann oft davon gesprochen, dass man das Kind in sich selbst wiederfindet. Dann nimmt man Kontakt mit ihm auf, verbindet sich mit ihm, auch mit vielen positiven Erinnerungen, die bis dahin zugekleistert waren. Was dann wieder stattfindet, ist Entfaltung. Und Entfaltung ist das Grundprinzip, dem alles Lebendige folgt. Auch die Organisation und Arbeitsweise unseres Gehirns ist auf Entfaltung der in ihm angelegten Möglichkeiten ausgerichtet. Wir Menschen allerdings können solche Entfaltungs- und Selbstheilungsprozesse mehr oder weniger bewusst unterstützen, aber auch blockieren. Wenn wir dauerhaft eine notwendige „Erneuerung“ unterdrücken, kann daraus eine chronische Erkrankung entstehen.

VH:

Sind schon sehr komplexe Zusammenhänge ...

GH:

Ja. Und eben die wenigsten davon verallgemeinerbar. Vielleicht ist genau das die versteckte Botschaft jeder Traumatisierung: Sie zwingt uns herauszufinden, was dieser besonderen Person so sehr zu schaffen macht und mit ihr nach passenden Lösungen für ihr Problem zu suchen und nicht eine „Krankheit“ zu heilen. Traumafolgen sind keine bakteriellen Infektionen, die man nach einer fest vorgegebenen Vorgehensweise behandelt. Sie sind keine Krankheit. Sie sind Ausdruck einer besonderen Problematik, in die eine bestimmte Person geraten ist. Mit Auswirkungen, die furchtbare Züge annehmen können. Und diese Problematik hat auch keinerlei genetischen Prädispositionen als Ursache.

VH:

Welche Möglichkeiten hatte denn ein Mensch vor Etablierung der Psychotherapie, sich von einer Traumatisierung zu erholen?

GH:

Zuwendung, Gespräche, Rituale – also alles, was auch heute noch hilft.

VH:

Noch einmal zur Bewertung: Würden Sie sagen, dass die subjektive Bewertung kulturell bedingt ist?

GH:

In jedem Fall! Wie man ein Ereignis als Einzelner bewertet, hängt ja ganz entscheidend davon ab, wie alle anderen das bewerten. In der Familie, in der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz, in dem betreffenden Land und auch in dem jeweiligen Kulturkreis. Davon hängt dann auch die jeweilige individuelle Bewertung ab.

VH:

Wie kann man Menschen nun helfen, ihre Bewertung zu ändern?

GH:

Man kann sie einladen, ermutigen und inspirieren, sich die Welt nochmal mit anderen Augen anzuschauen. Das geschieht immer dann, wenn wir uns auf den Austausch mit Menschen aus anderen Familien, anderen Städten, anderen Ländern und Kulturkreisen einlassen.

VH:

Und wie kann man eine traumatisierte Person unterstützen, wieder zum Akteur ihres Lebens zu werden?

GH:

Damit habe ich mich lange beschäftigt. Und das einzige, was ich gefunden habe, ist, dass man diese Person dazu ermutigt, ein bisschen liebevoller mit sich selbst umzugehen. Wenn sie nur ein wenig liebevoller mit sich umgehen könnte, löste sich alles auf. Ein Trauma hat viel mit Angst zu tun und das beste Heilmittel gegen die Angst ist die Liebe. Leider stellen sich die meisten Menschen unter dem, was sie „Liebe“ nennen, alles Mögliche vor. Aus meiner Sicht sehr hilfreich und erhellend ist diese Definition: „Liebe ist das unbedingte Interesse an der Entfaltung des Geliebten.“ Wenn ich mich selbst mag, dann habe ich auch ein unbedingtes Interesse an meiner eigenen Entfaltung. Ich muss mich dann eben auch fragen, was da los ist, wenn ich in bestimmten Situationen immer wieder auf die gleiche Weise reagiere, müsste herausfinden, woher das bei mir kommt und mich fragen, ob es mir gut tut und ich es so haben will. Dann könnte ich versuchen, dieses eingefahrene Muster in mir selbst aufzulösen. Dazu braucht es nicht unbedingt eine Therapie.

VH:

Abschließende Frage: Wie würden *Sie* jemanden, der unter starken Traumafolgeerscheinungen leidet, wieder Hoffnung machen?

GH:

Ich würde diese Person zu Menschen schicken, die so ein schweres Trauma überwunden haben. Zu erfahren, wie sie das geschafft haben, ist die beste hoffnungspendende Therapie.