

7.5.5 Was Sie veranlassen sollten – erste Maßnahmen

- ▲ Herstellen einer sicheren Umgebung: („Wo fühlen Sie sich sicher?“, „Fühlen Sie sich dort, wo Sie jetzt gleich hingehen/bisher gewesen sind, sicher?“, „Wo könnten Sie stattdessen hin?“ Könnte es eine Entlastung sein den Patienten krankzuschreiben? Seltener: Könnte eine akute Klinikeinweisung helfen?)
- ▲ Hilfe organisieren helfen: („Wen möchten Sie bei sich haben?“, „Wo können wir diese Person erreichen?“ Welche Psychotherapeutinnen in der Umgebung sind geeignet zu helfen? Eventuell sind zunächst zur Überbrückung kurzfristige Kontakte mit mir hilfreich, das Angebot sollte klar formuliert sein, auch wenn meine Möglichkeiten begrenzt sind.)
- ▲ Ermutigen Sie Ihre Patienten, sich helfen zu lassen. Opfer von Gewalt haben Anspruch auf Hilfen nach dem Opferentschädigungsgesetz. (s. Kap. 9.1.1) Informieren Sie gut bzw. lassen Sie Information zukommen. (Als Kopiervorlage: Zusammenstellung von Adressen (s. Kap. 9.7 ergänzt durch lokale Adressen). Veranlassen Sie gegebenenfalls juristischen Rat oder Hilfe durch Sozialarbeiter.

7.5.6 Traumasppezifische Krisenintervention und Stabilisierung

Pierre Janet legte bereits Ende des 19. Jahrhunderts die noch heute gültigen Prinzipien einer Traumatherapie fest.

- ▲ Symptomreduktion und Stabilisierung
- ▲ Traumabearbeitung
- ▲ Trauern und Neubeginn

Krisen sollten als Erstes aufgefangen werden. Das kann teilweise von der Hausärztin geleistet werden, da sie ohnehin häufig die erste Anlaufstelle ist! Überdies kann sie durch geeignete Maßnahmen (s.u.) bereits erste Schritte in Richtung Symptomreduktion und Stabilisierung einleiten.

Möglichkeiten der Krisenintervention

▲ Beruhigen

Allein mit ihren Anliegen Gehör zu finden, beruhigt die Patienten, zusätzlich beschwichtigt eine sorgfältige, behutsame körperliche Untersuchung (bitte die Zustimmung zur Untersuchung erfragen, selbst wenn sie selbstverständlich erwartet wird). Häufig konzentriert sich die Unruhe spürbar in bestimmten Körperregionen wie Abdomen oder am Herzen, hier wirkt Berührung oft sehr günstig. Jeder Hausarzt kennt die Wirkung des Handhaltens und Handauflegens bei der Untersuchung. Sie können im Rahmen unserer Rolle sehr zwanglos eingesetzt werden und sind sehr hilfreich.

- ▲ **Außerdem können wir den Patienten, wenn sie möchten, einfache**

Übungen zur Selbstberuhigung zeigen, z.B. Übung zur Achtsamkeit

„Ich bitte Sie jetzt, eine für Sie angenehme Körperhaltung zu finden ... Spüren Sie erst einmal, dass Ihr Körper Kontakt mit dem Boden hat. Es geht nur darum wahrzunehmen, dass Ihr Körper Kontakt hat und wo er Kontakt hat. Dabei geht es nicht um richtig oder falsch, sondern darum bewusst zu registrieren ... Und als Nächstes bitte ich Sie wahrzunehmen, dass Ihr Körper atmet und dass er dabei Bewegungen macht. Registrieren Sie diese Bewegungen. Registrieren Sie, dass sich der Brustkorb sanft hebt ... und senkt ... Und dass sich die Bauchdecke hebt und senkt ... Und wenn Sie sehr genau wahrnehmen, dann spüren Sie auch, dass die Nasenflügel ganz kleine Bewegungen machen. Und diese Bewegungen des Körpers beim Atmen nehmen Sie einige Augenblicke lang wahr ... Beenden Sie die Übung, indem Sie wieder bewusst wahrnehmen, dass Ihr Körper Kontakt hat mit dem Boden oder dem Stuhl. Und nehmen Sie Ihre Körpergrenzen achtsam wahr. Kehren Sie dann mit der Aufmerksamkeit bewusst in den Raum zurück und nehmen Sie diesen bewusst wahr.“ [Reddemann 2001]

▲ Distanzierungstechniken anbieten

Wichtig ist, unangenehme Bilder, Gefühle etc. zu kontrollieren und sich nicht ständig damit zu konfrontieren; eine Möglichkeit dazu bietet die „Tresorübung“: Die Patientin stellt sich einen Tresor vor, in den sie jederzeit

alle Bilder o.Ä. einschließen kann, später können diese wieder gezielt herausgeholt werden. Gelegentlich können auch einfache Ablenkungstechniken hilfreich sein, wie z.B. etwas Farbiges: Der Patient wählt eine Farbe aus, z.B. Rot. Die Aufmerksamkeit wird von den Symptomen abgelenkt, indem nacheinander die verschiedenen roten Objekte im Zimmer, auf der Straße oder wo immer sie sich befinden, aufmerksam betrachtet werden und die Nuancen verglichen werden [aus Isebaert 2005, S. 107].

▲ Psychoedukation und Information zur Verfügung stellen

▲ Soziales Umfeld miteinbeziehen

Als Hausarzt haben wir die Möglichkeit, die Patienten kurzfristig wieder zu sehen und ihnen vorzuschlagen, jemanden mitzubringen, den sie gern dabei haben möchten, damit die Umgebung informiert wird. So kann die Umwelt des Betroffenen Verständnis aufbringen und unterstützend wirken werden.

▲ Alle bereits vorhandenen Ressourcen eruieren und verstärken

▲ Gegebenenfalls Psychopharmaka verordnen (s. Kap. 7.13)

Ich habe wiederholt die Rückmeldung von Patienten erhalten, dass gerade einfach erscheinende Übungen sehr viel Entlastung bringen. Sie können jederzeit und mehrmals täglich eingesetzt werden und steigern das Erleben von Selbstwirksamkeit. Zuweilen werden Patienten auch selbst ausgesprochen kreativ, indem sie Bilder in ihrer Vorstellung kreieren und

mit sich selbst oder Gegenständen reden o.Ä. Fragen Sie nach solchen Ideen und Aktivitäten. Viele erzählen nicht davon, da sie meinen sich dafür schämen zu müssen. Zu erfahren, dass ihre Konzepte ärztlichen Zuspruch erhalten, wirkt sehr günstig, so wie jede Form wertschätzenden und komplimentierenden Kontaktes. Machen Sie Komplimente, wo immer sie für Sie aufrichtig möglich sind.

Fallbeispiel 5 (Fortsetzung)

Zurück zu Herrn J.: Es war schließlich sein Hausarzt, der sich die Frage stellte, ob sein Patient nicht eher an einer PTSD als einer Depression leide, sodass er sich darum bemühte, dass sein Patient sich einer Behandlung mittels EMDR unterzog (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing“, ein relativ neues Therapieverfahren, das Francine Shapiro 1995 erstmalig bekannt gemacht hat und das sich insbesondere bei Monotraumata weltweit bewährt hat). Nach wenigen Sitzungen war eine deutliche Besserung seines Befindens, insbesondere seiner Gereiztheit sowie seiner Schlafstörungen festzustellen. Die Schuldgefühle blieben aber hartnäckig. Sie waren durch das EMDR allein nicht zu behandeln. Da die behandelnde Therapeutin umfassend psycho- und traumatherapeutisch weitergebildet war, folgte eine längere tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (ca. 50 Stunden) zur Klärung und Aufarbeitung der Schuldgefühlsproblematik.

Fallbeispiel 1 (Fortsetzung)

Wir fragen Annette, die Patientin, ob wir sie auf etwas aufmerksam machen dürfen

und weisen mit ihrem Einverständnis darauf hin, dass sie mit der Fehlgeburt etwas sehr Belastendes erlebt habe, ermuntern sie mit ihrer Therapeutin noch einmal Kontakt aufzunehmen und lassen uns die wirksamen Atemübungen zeigen, mit denen sie ihre Angstzustände gut kontrollieren kann. Die Psychotherapie wurde wieder aufgenommen, die Patientin berichtet, sie habe das Kind verabschieden können und mit ihrem Partner in der Beziehung neuen Mut gefasst. Die Bauchschmerzen sind nicht wieder aufgetreten.

Weitere Möglichkeiten der Intervention für Hausärztinnen und Hausärzte

Im Folgenden finden Sie weitere Hinweise darauf, was Sie gegebenenfalls über die ersten Maßnahmen hinaus tun können (weiterführende Information s. Kap. 7.9)

„Die schwer fassbaren seelischen Eigenschaften, die eines jeden Menschen Einmaligkeit ausmachen, finden in der gegenwärtigen Staatsreligion, die allein dem geschäftlichen Erfolg huldigt, nur geringe Sympathien. Auch stehen diese Eigenschaften wissenschaftlich überhaupt nicht zur Debatte. Letzten Endes liegen ja Empathie, Freundlichkeit, Altruismus, Güte, Verständnis, Freude, Leid, Traurigkeit und Unglück außerhalb des Betätigungsfeldes der Molekularbiologie.“ (Bernhard Lown)

Hausärzte werden häufig von chronisch kranken, schwierigen Patienten konsultiert. Auf Psychotherapien müssen sie oft lange warten, sodass beide, Patientin und Hausärztin, – zumindest notgedrungen – immer wieder ins Gespräch kommen. Aus diesem Grund möchten wir hier einige Möglichkeiten der Gesprächs-

führung vorstellen, die Gespräche mit diesen Patientinnen und Patienten erleichtern können.

Zwei wichtige Prinzipien: Zuhören und Berühren.

Ein großer Vorteil der psychosomatischen und hausärztlichen Grundversorgung ist, dass Patientinnen und Patienten eher dort abgeholt werden können, wo sie sich im allgemeinen befinden, nämlich auf der körperlichen Ebene, selbst wenn sie seelisch leiden. Wir empfehlen, das hausärztliche Setting als Ressource zu nutzen. Patienten tut es gut, wenn man ihren Klagen zuhört. Das geht oft nach einem einleitenden Gespräch während der körperlichen Untersuchung besonders gut.

Lown [2004] verweist darauf, dass sich die Gesprächssituation während der körperlichen Untersuchung oft entspannt. Eher beiläufig kann so manches erörtert werden, das während der reinen Gesprächssituation zu viel Schwere hat. Wie weiter oben bereits erwähnt, können während der Untersuchung auch Berührungen von beruhigendem und damit therapeutischem Wert erfolgen. Wichtig ist jedoch, dass der Patient die Autonomie über seinen Körper behält, dazu gehört auch, dass vor der Untersuchung um die Erlaubnis zur Untersuchung gefragt wird, und wir genau erläutern, was wir tun.

Überwiegend kognitive Orientierung. Unsere Empfehlungen sind keinesfalls dog-

matisch zu verstehen, sie sollen Hausärztinnen und Hausärzten neue Möglichkeiten bieten, die sich in der hausärztlichen Praxis vielfach bewährt haben. In den letzten Jahren haben sich für Settings, in denen wenig Zeit zur Verfügung steht, ressourcenorientierte und eher vom Bewusstsein zum Unbewussten hin arbeitende Vorgehensweisen bewährt, was nicht die Notwendigkeit ausschließt, auch Tiefendimensionen im Sinne einer Tiefenpsychologie zu berücksichtigen.

Gerade bei Menschen mit komplexen Traumafolge-Störungen findet man häufig eine innerseelische Situation vor, in der Hoffnung, das Wahrnehmen von Möglichkeiten und das Wissen um Selbstwirksamkeit kaum vorhanden sind. Geht man hier zu rasch „in die Tiefe“, entdeckt man Abgründe, die den Patienten noch mehr verunsichern können.

Daher sollte man diesen Patienten zunächst helfen, sich wieder etwas selbstwirksamer zu erleben, das heißt u.a. auch bestimmte Regionen des linken präfrontalen Kortex zu stärken.

Die Interventionen könnten nach Fürstenau [2001] von einem psychoanalytischen Verständnis getragen sein, die systemische Sicht der Fähigkeit zur Selbstregulation nutzen und schließlich in hohem Maß suggestiv-ressourcenorientiert formuliert sein. Dazu bedarf es der Bereitschaft, eine einseitige Orientierung aufzugeben sowie flexibel und kreativ mit den vorhandenen Möglichkeiten umzugehen, denen der Ärztin und denen der Patien-

tin. Wir werden daher zum einen einige theoretische Prämissen etwas ausführlicher darstellen und andererseits anhand von Fallvignetten das Vorgehen illustrieren.

Im Folgenden möchten wir das Modell der **gesundheitsorientierten kognitiven Therapie** nach Isebaert, auch Brügger Modell genannt [Isebaert 2005], verbunden mit den Prinzipien der psychodynamisch imaginativen Traumatherapie [Reddemann 2001, 2004] und verwandten Modellen nutzen, da diese nach unserer Einschätzung besonders hilfreiche Instrumente zur Zusammenarbeit mit traumatisierten Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen und Elemente davon in der hausärztlichen Praxis angewandt werden können.

All diesen Interventionsmodellen ist gemein, dass sie von einem bestimmten Menschenbild geprägt sind, das wir wie folgt zusammenfassen:

- ▲ Auch geschädigte Menschen verfügen über Selbstheilungskräfte.
- ▲ Wir können nicht alles bestimmen, dennoch haben wir in vielem Wahlfreiheit.
- ▲ Die Zusammenarbeit zwischen Behandler und Behandeltem ist weitgehend partnerschaftlich.
- ▲ Der Patient weiß meist selbst am besten, was er braucht, und in jedem Fall kann er selbst entscheiden, was er tun oder lassen möchte.

Dieses Menschenbild gewährleistet den Patientinnen eine größtmögliche Kontrolle, die traumatisierte Menschen besonders dringend brauchen. (Auch gesün-

dere Menschen fühlen sich wohler, wenn sie Kontrolle über ihre Person haben, wie z.B. Forschungen zur Arbeitszufriedenheit zeigen: Wer das Gefühl hat, selbstbestimmt arbeiten zu können, ist gesünder und fühlt sich entsprechend wohler.)

Übertragung und Gegenübertragung wahrnehmen. Wichtig ist die Fähigkeit, eigene Reaktionen auf Patienten möglichst genau zu beobachten und diese im Sinne des Konzeptes von Übertragung und Gegenübertragung auch auswerten zu können. Diese Fähigkeit kann man am besten in Balintgruppen erwerben, die der patientenbezogenen Selbsterfahrung dienen.

Hier daher nur einige wesentliche **Prinzipien:**

Man kann davon ausgehen, dass die typischen zum Trauma gehörenden Erfahrungen der Patientin sich tendenziell in der Beziehung zur Ärztin widerspiegeln. Das heißt, Ärztinnen werden sich ohnmächtig, hilflos, sehr ängstlich fühlen, wenn sie diesen Patienten begegnen, aber auch tief traurig, hochgradig wütend, beschämt und schuldig.

Wenn Sie diese Gefühle bei sich bemerken, obwohl Sie sich kurz vor der Begegnung mit dem Patienten noch völlig anders fühlten, liegt es nahe, sie mit der Begegnung in Zusammenhang zu bringen. Zunächst können Sie sich dann fragen, ob Sie Gefühle erleben, die eigentlich die Gefühle der Patientin sind. Eine einfühlsame Frage, ob sich die Patientin so fühlt, ist manchmal ein sehr erhellender Einstieg.

Patienten können aber auch Emotionen in uns auslösen, die mehr mit uns selbst zu tun haben. Wir können uns an

eigene Ohnmachtserfahrungen erinnert fühlen und deshalb wütend auf die Patientin reagieren, die unsere Empfehlungen nicht annehmen will.

Übertragung und Gegenübertragung sind normale, ubiquitäre Phänomene, wichtig ist, sie zu erkennen und für die Zusammenarbeit mit den Patienten zu nutzen.

Zu erleben, dass auch Ihre eigenen Gefühle für Patientinnen wertvoll sind, ist für viele Ärztinnen nicht selbstverständlich.

Wahrnehmung, Bedeutungszuschreibung und Wahlmöglichkeit.

Im Brügger Modell wird zunächst von einem Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Realität, der Zuschreibung von Bedeutung und der Entscheidung für das Handeln ausgegangen.

So kann z.B. dem realen Gegenstand Aufzug die Bedeutung komfortables Transportmittel oder häufiges Steckenbleiben zugeschrieben werden. Im ersten Fall wird der Aufzug genutzt, im zweiten vermieden. Das zeigt, dass Bedeutungsgebungen zu Handlungen führen. Diese können zu mehr oder weniger Freiheit beitragen.

Für Beratung und Therapie bedeutet dies, dass man dem Patienten dabei hilft, aus der einseitigen, sie einschränkenden Bedeutungsgebung herauszufinden, um über **Wahlmöglichkeiten** zu verfügen.

Bei traumatisierten Patienten führen die zumeist negativen und mit dem Trau-

ma verknüpften Bedeutungsgebungen häufig zu massiven Einschränkungen. So kann z.B. jemand seit einem Zugunglück der Überzeugung sein, dass „alle Züge immer verunglücken“ – typischerweise wird hier stark verallgemeinert –, und deshalb keinen Zug mehr benutzen wollen. Würde dieser Mensch sich wieder auf die Vorstellung einlassen, dass Züge im Allgemeinen ein sicheres Transportmittel sind, so könnte diese Veränderung der Bedeutungsgebung auch zu einem veränderten Handeln führen.

Ziel des Brügger Modells ist, herauszufinden, ob es dem Patienten bereits einmal gelungen ist, Kontexte anders wahrzunehmen und ihnen andere Bedeutungen zuzuschreiben und ob daraus eine andere Wahl erfolgte. Erkennt der Patient dies, so kann er seine Wahlmöglichkeiten wiederherstellen oder erweitern.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist, Patientinnen dabei zu helfen, ihre Selbstwirksamkeit (wieder) zu entdecken.

Bewusstmachen von Gewohnheiten.

Selbstwirksamkeit und Gewohnheiten sind eng miteinander verknüpft, da pathologische Gewohnheiten Patientinnen mit einem Gefühl der Selbstunwirksamkeit – und gelegentlich Sabotage zurücklassen. Hier ist es wichtig, Patienten zu helfen, dass sie zwischen verschiedenen Gewohnheiten (wieder) wählen können und nicht auf eine (dysfunktionale) Gewohnheit fixiert bleiben.

Chronisch Kranke, wie Patientinnen und Patienten mit DESNOS, der komplexen

Posttraumatischen Belastungsstörung, brauchen Hilfe, sich mit neuen Gewohnheiten vertraut zu machen, wie z.B. etwas hoffnungsvoller und realistischer in die Zukunft zu blicken. Dazu benötigen sie im Allgemeinen viel Ermutigung. Neurobiologisch geht es um die Förderung der Aktivität einiger Strukturen des linken präfrontalen Kortex.

Da jede Gewohnheit in einem Kontext stattfindet, hilft häufig die Veränderung des Kontextes. Eine geniale Verschreibung dazu – sie stammt von Steve de Shazer [2000] – ist, dem Problem anders, in veränderter Weise zu begegnen. So könnte ein Patient, der sich bei bestimmten Verhaltensweisen seiner Kinder stets aufregt und diese dann schlägt, eine Veränderung bewirken, wenn er sich angewöhnte, aus dem Zimmer zu gehen. Er würde dadurch lernen, sich unter Kontrolle zu halten. Dies würde sein Gefühl für Selbstwirksamkeit stärken, und er würde dann weitere, möglicherweise bessere Lösung finden.

Die wenigsten Gewohnheiten laufen immer exakt nach demselben Schema ab. Kleine Varianten sind dabei von großer Bedeutung, da man sie ausbauen kann und sich so daraus neue Gewohnheiten entwickeln können. So könnte z.B. der prügelnde Vater mit der Posttraumatischen Belastungsstörung, bevor er losschlug, manchmal erst auf die Toilette gegangen sein. Man könnte ihm vorschlagen, dies oder etwas ähnliches regelmäßig zu tun und ein wenig auf der Toilette zu verweilen und bis 10 zu zählen.

Um solche Details zu erfahren, ist es notwendig, sehr genau Schritt für Schritt nachzufragen. Patienten neigen dazu, die

Ereignisse nur grob wiederzugeben: „Wenn die Kinder streiten, dann sehe ich rot und dann schlag ich zu.“

Fallvignette

Arzt: Können wir uns das noch einmal genauer anschauen, was passiert zuerst, was als Nächstes usw.

Patient: Die Kinder streiten ...

Arzt: Was denken Sie da?

Patient: Ich halte das nicht aus ...

Arzt: Was geschieht dann?

Patient: Ich sage ihnen, sie sollen aufhören.

Arzt: Und dann?

Patient: Dann denke ich meistens, mein Gott, was ist bloß mit diesen Kindern los? Ich muss was unternehmen, damit sie aufhören.

Arzt: Können Sie jetzt bemerken, dass Sie gar nicht sofort losschlagen?

Patient: Ja, stimmt.

Arzt: Hat es auch schon Situationen gegeben, in denen Sie etwas anderes gemacht haben?

Patient: Neulich bin ich zur Toilette gegangen, und als ich zurückkam, hatten sie aufgehört.

Arzt: Und dann haben Sie nichts gemacht?

Patient: Nö, warum sollte ich, sie hatten ja aufgehört.

Arzt: Was halten Sie davon, wenn Sie das beim nächsten Mal wieder so machen? Sie könnten natürlich auch woanders hingehen, ganz wie Sie wollen ...

Patient: Ob das was hilft?

Arzt: Sie könnten es ausprobieren ...

Patient: Ja, schaden kann es ja nichts ...