



„Sie haben gute Chancen, das Trauma zu überwinden“

Schreckliche Bilder, quälende Erinnerungen, Flashbacks: Christina Alliger-Horn betreut am Bundeswehrkrankenhaus in Berlin mit ihrem Team Soldaten und Soldatinnen, die in Auslandseinsätzen traumatisiert wurden

PSYCHOLOGIE HEUTE Frau Alliger-Horn, Sie behandeln am Bundeswehrkrankenhaus in Berlin Menschen mit dem posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS), die bei Kriegseinsätzen in lebensbedrohliche Kampfhandlungen verwickelt waren oder die Ungerechtigkeit, Elend und Leid mit anse-

hen mussten, denen sie nicht gewachsen waren. Sind dies in den vergangenen Jahren hauptsächlich heimgekehrte Soldatinnen und Soldaten aus Afghanistan?

CHRISTINA ALLIGER-HORN Die Soldaten aus den ISAF-Einsätzen (für *International Security Assistance Force*, Anm.

d. Redaktion) machen eindeutig den größten Teil unserer Patienten aus. Panzereinsätze, der Tod von Kameraden, die Bedrohung des eigenen Lebens, aber auch mit ansehen zu müssen, wie die Bevölkerung, wie zum Beispiel Kinder leiden – Erlebnisse wie diese können von manchen einfach nicht verarbeitet

werden. Aber es kommen auch jetzt noch Soldaten zu uns, die nach ihren KFOR-Einsätzen (für *Kosovo Force*, Anm. d. Redaktion) im Kosovo vor zwölf Jahren einen langen Leidensweg durchgemacht haben und sich erst jetzt trauen, nachdem der Umgang mit Traumata selbstverständlicher geworden ist, ihre Probleme offenzulegen.

PH Behandeln Sie ausschließlich Soldatinnen und Soldaten oder auch Krankenpfleger, Einsatzleiter, Feldköche und so weiter?

ALLIGER-HORN Krankenpfleger, Ärzte, Feldköche sind ebenfalls Soldaten, und übrigens tragen auch Truppenpsychologen eine Uniform. Natürlich erfüllen sehr viele unserer Patienten die A-Kriterien, waren also Anschlagsoffer, in Kampfhandlungen verwickelt, mit Leichenteilen konfrontiert, von Verwundung oder Tod in ihrem Umfeld betroffen. Aber auch Ärzte und Sanitäter, also die typischen Helfer, stellen eine große Risikogruppe dar, auch weil sie dem Leiden oft machtlos gegenüberstanden. Meine derzeitige Traumagruppe besteht aus zwei Sanitätern, drei Kraftfahrern und einem Scharfschützen, das ist nicht repräsentativ, aber auch nicht untypisch.

PH Was löst den Gang zum Therapeuten aus?

ALLIGER-HORN Die wichtige Fähigkeit, Dinge verdrängen zu können, ging bei unseren Patienten irgendwann verloren. Wer in häufigen, zeitlich dicht aufeinanderfolgenden Einsätzen war, ist schwer belastet und kann sogenannte kumulative Traumatisierungen erlebt haben, auch im Rettungsdienst. Das Risiko steigt also mit der Zahl der Einsätze, mit Stress, Ermüdung und auch mit dem Alter an. Das gilt übrigens nicht nur für die momentan im Fokus der Medien stehende posttraumatische Belastungsstörung, sondern auch für Traumafolgestörungen oder Depressionen. Der Anstoß, sich in Behandlung zu begeben, kommt aber auch oft von außen, aus dem familiären Umfeld, von Kameraden, vom Militärpfarrer oder dem Truppenpsychologen. Gerade die Wachsamkeit unter den Ka-

meraden ist ungeheuer wichtig und funktioniert durch Stresslehrgänge und andere Fortbildungen wirklich gut. Wenn viele und erst recht wenn Kameraden sagen: „Irgendetwas stimmt mit dir nicht, du hast dich verändert, lass dir helfen“, dann dauert es oft noch eine Weile, bis die Betroffenen es sich selbst eingestehen und Hilfe suchen, aber der erste Schritt ist gemacht.

PH Mit welchen Symptomen und Beschwerden kommen Traumatisierte zu Ihnen?

ALLIGER-HORN In erster Linie kommen sie mit unverarbeiteten Bildern. Mit Erinnerungen, die sich aufdrängen, sogenannten Intrusionen, und mit Flashbacks. Mit mehreren Sinnen sind sie wieder in der unverarbeiteten Situation, sehen Angreifer, Leichenberge, hören Maschinengewehre, riechen Blut oder Verwesung. Viele haben Albträume in der Nacht, Schlaf- oder depressive Störungen, Ängste. Oft zeigen sie Rückzugs- oder Vermeidungsstrategien, haben sich von den Familien abgekapselt, ihre Sozialkontakte gekappt, was natürlich zu weiteren Belastungen und Spannungen führt. Viele sind auch enorm angespannt, getrieben, wir nennen dies *Hyperarousal*. Ich habe manchmal das Gefühl, die Luft vibriert, wenn mir hier die Betroffenen gegenüber sitzen, gerade auch wenn sie nicht reden.

PH Wie gehen Sie bei der Therapie vor? Gibt es dabei unterschiedliche Phasen?

ALLIGER-HORN Das kann man so sagen. In der ersten Phase geht es um die Stabilisierung, um die Wiederherstellung einer gewissen Sicherheit für den Patienten. Das gelingt mit Entspannungstechniken, mit Bewegung, oft kommt ein zuvor blockiertes Gespräch in Gang, wenn ich mit meinen Patienten hier in unseren Garten hinausgehe. Die sich anschließende zweite Phase dient der konkreten Bearbeitung der Traumata, der Konfrontation, wobei sehr genau darauf zu achten ist, wer wie viel aushält und welche Therapie passend ist. Hierbei werden die belastenden Bilder wachgerufen und bearbeitet. Neben therapeu-

tischen Gesprächen bedienen wir uns zum Beispiel solcher Techniken wie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) und IRRT (*Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy*). EMDR nutzt das Abflauen überbordender Gefühle beim Ansehen innerer Bilder durch pendelartige Augenbewegungen. IRRT ruft ebenfalls die belastenden Bilder auf, bringt sie zunächst unter Kontrolle und deutet die dazugehörigen negativen Gedanken allmählich um. Aber auch Kunsttherapie hilft vielen – und natürlich das Gehaltenwerden in einer Gruppe.

PH Können Sie einige Fälle und Ihren jeweiligen Lösungsansatz schildern?

ALLIGER-HORN Da war zum Beispiel ein Soldat, dessen Fahrzeug eine Bombe traf, durch die sein Kamerad auf dem Beifahrersitz getötet wurde. Er war danach gefangen in seinem Hass gegen die Taliban – und in seinem Schuldgefühl, dass nicht er es war, der auf dem Beifahrersitz Platz genommen hatte. Sein Hass verhinderte, dass er Trauerarbeit leistete. Genau diese holten wir dann gemeinsam nach und legten vorher nicht spürbare Gefühle der Ohnmacht offen. Der Soldat hat Briefe an seinen toten Kameraden geschrieben.

In einem anderen Fall sah ein Rettungssanitäter einen Soldaten, dem er kurz zuvor wegen eines geringfügigen Kratzers ein Pflaster aufgeklebt hatte, schwerverletzt wieder. Er hielt seine Hand, tauschte zweimal sein gesamtes Blut aus, sah ihn sterben. Bei ihm blieb das Gefühl, nicht genug für diesen Menschen getan zu haben. In diesem Fall galt es, die Selbstfürsorge des Patienten zu aktivieren, seine innere Härte zu überwinden, er musste lernen, sich selbst zu verzeihen und zu akzeptieren, dass er den anderen nicht vor dem Tod bewahren konnte.

Ein anderer Soldat litt ebenfalls unter schweren, irrationalen Schuldgefühlen. Er war mit Leichenteilen eines Kindes konfrontiert gewesen. Vor Ort hatte er versucht, alle Teile des Kindes zu finden, was ihm nicht gelungen war. Wir

Noch ist Psychotherapie nicht „kasernenfähig“.

Immerhin gibt es ein neues Verständnis von Prävention

gingen sehr behutsam daran, in seiner Imagination alle Teile zu finden und in eine Wiege zu packen. Bei ihm ging es darum, den Gedanken, für dieses Kind verantwortlich zu sein, zu bearbeiten und ihm zu vergegenwärtigen, dass er nicht mehr tun konnte, als er getan hatte.

PH Was genau ist das Ziel der Therapie? Können die Patienten danach wieder ein „normales“ Leben führen?

ALLIGER-HORN Ziel ist zunächst eine „Entängstigung“. Die Patienten erfahren, dass sie nicht „verrückt“, sondern krank sind, dass sie gute Chancen haben, die bedrohlichen inneren Bilder hinter sich zu lassen und das Trauma zu überwinden. Natürlich ist unser Ziel dann, die Patienten wieder arbeitsfähig zu machen. Aber oft erreichen sie viel mehr als das. Viele meiner Patienten erleben die Bewältigung eines Traumas als besondere Art der Reifung. Es gelingt ihnen, schlimmste Erfahrungen so zu integrieren, dass sie zu einer Lebensbereicherung werden – neue Werte werden wichtig, und es werden andere Prioritäten gesetzt.

PH Wie lange dauert die Therapie in etwa?

ALLIGER-HORN Im Schnitt behandeln wir zunächst sechs bis acht Wochen stationär, die erste Behandlungsphase dient manchmal ausschließlich der Stabilisation, hier läuft viel über Gruppentherapie. Danach arbeiten wir meist mit einem Intervallkonzept, das sich bewährt hat, auch weil die Betroffenen zwischenzeitlich wieder arbeiten. Oft beginnt die Konfrontationsphase erst mit dem zweiten stationären Aufenthalt, und viele Patienten kommen ein weiteres Mal zur Verarbeitung ihrer Traumata. Die Behandlungsdauer insgesamt liegt zwischen einem Monat und einem Jahr, je

nach Vorbelastung und weiteren Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen.

PH Gehen die meisten Ihrer Patienten zurück in ihren Beruf und auch in Kriegsgebiete?

ALLIGER-HORN Ja, das ist der Regelfall, und die meisten Soldaten wollen das auch unbedingt. Ein Feuerwehrmann will ja auch wieder Häuser löschen, und ein Soldat will eben wieder seinen Dienst tun. Das macht seine Identität aus.

PH Wer entscheidet darüber, ob Soldatinnen und Soldaten wieder zurück in Kampfeinsätze dürfen oder müssen?

ALLIGER-HORN Das ist im Falle des Falles eine diagnostisch-gutachterliche Entscheidung. Wir vermeiden übrigens konsequent, diejenigen Patienten, die wir in der Therapie sehen, auch zu begutachten, das wäre eine Rollenkonfusion. In den wenigsten Fällen steht aber die Frage der Dienstfähigkeit überhaupt zur Diskussion; die Wiedereingliederung in den Dienst, auch mit Auslandseinsätzen, ist der Normalfall.

PH Gibt es Ängste bei den Betroffenen, dass sich das Outing einer posttraumatischen Belastungsstörung und eine Therapie negativ auf ihre Karriere auswirken könnte?

ALLIGER-HORN Natürlich gibt es solche Ängste, aber sie sind in aller Regel unbegründet, und wir versuchen, sie zu „entkatastrophisieren“. Wie gesagt, die meisten kehren zu ihrem Dienst zurück. Und die meisten Vorgesetzten wissen inzwischen, dass ein posttraumatisches Syndrom oder eine Traumafolgestörung keine persönliche Schwäche darstellt.

PH Ist die Psychotherapie also kasernenfähig geworden? Gelten in der Bundeswehr neben Stärke und Zähigkeit auch andere Eigenschaften als wichtig für einen „guten Soldaten“?

ALLIGER-HORN Kasernenfähig ist die Psychotherapie nicht, dazu gibt es viel zu wenige Fälle, doch das Verständnis für psychische Erkrankungen ist im letzten Jahrzehnt deutlich gewachsen. Tatsächlich kasernenfähig ist aber ein neues Verständnis von Prävention. Es gibt neue geschätzte Qualitäten, die wir unter dem Begriff psychische Fitness zusammenfassen und die stabilisierend und stützend wirken: zum Beispiel Dinge kommunikativ zu verarbeiten, statt sie zu verdrängen. Im internationalen Vergleich ist die Zahl von 730 deutschen Soldaten im Jahr 2010, die wegen Traumaerkrankungen bei uns und anderswo behandelt wurden, relativ gering. Ein wesentlicher Grund dafür ist die exzellente Einsatzvorbereitung, ein weiterer sind die kürzeren Verbleibzeiten in den Krisengebieten im Vergleich beispielsweise zu US-amerikanischen Soldaten.

PH Welche Rolle spielen Partner, Kinder, Freunde und Bekannte? Beeinflusst das soziale Umfeld auch die persönliche Entwicklung während einer Therapie positiv oder negativ?

ALLIGER-HORN Selbstverständlich, das soziale Umfeld kann sehr unterstützend sein, aber auch zum Risikofaktor werden. Wir untersuchen derzeit Resilienzfaktoren, also das, was widerstandsfähig macht. Der Halt in der Gemeinschaft, eine intakte Familie und gute Freunde gehören dazu. Unverständige Vorgesetzte oder Partner, eine Trennungssituation oder kranke Kinder hingegen können zu einer Chronifizierung traumatischer Erkrankungen führen oder sie verstärken.

PH Gibt es andere Arten der Prävention, um einem posttraumatischen Belastungssyndrom vorzubeugen?

ALLIGER-HORN Allerdings. Wir haben in der Bundeswehr ein medizinisch-psy-

chologisches Rahmenkonzept zur Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von Einsätzen. Zur Vorbereitung gehören Stressbewältigungsseminare, Einführungen in Entspannungsverfahren, Seminare zur psychischen Fitness und auch das Sprechen über den Tod. Während des Einsatzes unterstützen wir die Soldaten durch ein psychosoziales Netz, das aus dem Truppenpsychologen, dem Militärpfarrer sowie den Truppenärzten besteht. Sehr wichtig sind auch die Peergroups, kleine Gruppen von Soldaten, die untereinander aufpassen, dass es den anderen gutgeht. Nach einem Einsatz wird jeder Soldat vom Truppenarzt untersucht und besucht ein Seminar zur Einsatznachbereitung. Wir arbeiten derzeit daran, diese Maßnahmen noch wirkungsvoller und spezifischer auszuarbeiten, damit denjenigen, die „angeknackst“ sind, möglichst noch schneller geholfen werden kann.

PH Dürfen Angehörige nach der Heimkehr eines Soldaten oder einer Soldatin auch eigenständig zu Ihnen kommen, wenn ihnen ihr Partner oder ihre Partnerin verändert scheint? Und gibt es weitere Hilfsangebote?

ALLIGER-HORN Viele Frauen von Soldaten nutzen unser Internetangebot für Anfragen, und es kommen auch verzweifelte Frauen zu mir, deren Familie leidet, weil die Männer noch nicht bereit für eine Therapie sind. Wir bieten Paargespräche für Betroffene an und ganz aktuell im Rahmen einer Studie auch präventive Paartrainings. Gemeinsam mit der Militärseelsorge und dem sozialen Dienst planen wir derzeit eine Projektwoche für Angehörige. Für ganz akute Fälle steht ein Notfalltelefon zur Verfügung. Konkret zur PTBS gibt es die hilfreichen Websites www.angriff-auf-die-seele.de und www.ptbs-hilfe.de. Diese versammeln viele Informationen, unter anderem auch einen Onlinetest, der eine erste anonyme Selbsteinschätzung ermöglicht. Erwähnen möchte ich außerdem unseren sozialen Dienst, der viele Familien dabei unterstützt, sich durch schwere Zeiten zu navigieren.

PH Wie gehen Traumatisierte eigentlich miteinander um? Meiden sie sich? Suchen sie sich?

ALLIGER-HORN Die Sozialisation von Soldaten beruht auf dem Prinzip der Kameradschaft. Ja, sie suchen sich. Deswegen funktionieren die Traumagruppen so gut. Die Soldaten wissen: Die anderen verstehen mich, sprechen die gleiche Sprache. Oft treffen sich sogar in den Gruppen Bekannte wieder, die Bundeswehr ist ein sehr überschaubares Gebilde. Und genau dieser Zusammenhalt ist eine enorme Ressource, die ich nutze in der Therapie. Die Kehrseite ist, dass viele sagen: „Meine Frau zu Hause versteht mich nicht.“ Aber auch daran kann man arbeiten.

PH Wie schützen Sie sich davor, dass die belastenden Erlebnisse der Soldatinnen und Soldaten Ihnen selbst schlaflose Nächte bereiten?

ALLIGER-HORN Das frage ich mich auch des Öfteren. Manchmal hilft mir mein Garten – ich wühle gern in der Erde. Und natürlich schützt der Kontakt zu Kollegen, die regelmäßige, wöchentlich stattfindende Supervision. Vertraute Kollegen, die ich gut kenne, haben auch ausdrücklich die Erlaubnis, mich zu warnen. Außerdem tausche ich mich mit Kollegen aus. Trotzdem gibt es immer wieder Fälle, die einem sehr zu Herzen gehen. Man kann nicht alles mit professioneller Gelassenheit abtun. Doch letztlich versuche ich mir auch klarzumachen, dass ich nicht die Retterin aller Traumatisierten sein kann, sondern bei allem Enthusiasmus einen Beruf ausübe, eine Dienstleistung erbringe. **PH**

■ MIT CHRISTINA ALLIGER-HORN SPRACH
MARGIT SCHLESINGER-STOLL



Christina Alliger-Horn ist Leitende Klinische Psychologin des Traumazentrums am Bundeswehrkrankenhaus Berlin im Rang einer Regierungsdirektorin. Am Institut für Verhaltenstherapie Brandenburg praktiziert sie als Verhaltenstherapeutin und Klinische Psychologin und ist zudem als Supervisorin tätig. 2010 begann sie mit einer Dissertation zum Thema „Kognitiv-behaviorale Therapie einsatztraumatisierter Soldaten“.



Zwang ausschalten!

Wir bieten:

- individuelle Einzeltherapie
mehrere Stunden täglich
- Vor-Ort-Therapie
(dort, wo der Zwang auftritt)
- kurze Aufenthaltsdauer
- auch bei starker Chronifizierung
- bei Erwachsenen und
Jugendlichen ab 14 Jahren
- wissenschaftliches und
fundiertes Behandlungskonzept

Zusätzlich bieten wir spezifische Interventionen insbesondere bei:

- Angststörungen
- Magersucht
- Bulimia nervosa
- Binge Eating
- Depressionen

Kostenübernahme:

Beihilfe, Privatversicherungen,
GKV-Einzelfallentscheidung.

Weitere Informationen
erhalten Sie auf
www.c-d-k.de

Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie

Christoph-Dornier-Klinik GmbH
Tibusstraße 7 – 11, 48143 Münster
Tel. 0251 48 10-110

Chefarzt: Prof. Dr. med. B. Croissant