

Psychotherapie: Praxis



Karsten Böhm

EMDR in der Psychotherapie der PTBS

Traumatherapie schonend und
nachhaltig umsetzen

2. Auflage

 Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Weitere Bände in der Reihe: <http://www.springer.com/series/13540>

Karsten Böhm

EMDR in der Psycho- therapie der PTBS

Traumatherapie schonend und nachhaltig umsetzen

2. Auflage

Mit einem Geleitwort von Dr. Arne Hofmann

 Springer

Karsten Böhm
Klinik Friedenweiler GmbH & Co. KG
Friedenweiler, Deutschland

ISSN 2570-3285 ISSN 2570-3293 (electronic)
Psychotherapie: Praxis
ISBN 978-3-662-60337-6 ISBN 978-3-662-60338-3 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-60338-3>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2016, 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

(C) Logan Hicks / <http://workhorsevisuals.com/new/>

Planung/Lektorat: Monika Radecki

Illustrationen von Heike Müller

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Geleitwort

Seit der Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie 2006 hat sich EMDR in Deutschland fest etabliert. Ein wichtiger Schritt war dabei die Aufnahme der EMDR Methode in die deutsche Richtlinienpsychotherapie 2015. Die vom gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführte Metaanalyse hat deutlich gezeigt hat, dass EMDR die derzeit effektivste Psychotherapiemethode zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen ist (Schulz et al. 2015).

Der Ansatz von EMDR war dabei von Anfang an jedoch nicht auf die Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen begrenzt, sondern von erfahrenen Klinikern wurden immer schon auch Patienten mit EMDR behandelt, die an nicht primär traumaspezifischen Störungen wie Depressionen, Schmerzstörungen oder Angststörungen litten.

Hauptmotivation war dafür das Leiden der Patienten, die bei komplexen Erkrankungen nicht immer die Behandlungserfolge hatten, die man mit dem Einsatz gängiger Behandlungsmethoden erhofft hatte. Da viele der Erkrankungen, z. B. depressive Störungen oder auch Phantomschmerz, teilweise auch von Patienten berichtet wurden, die auch unter Traumafolgestörungen bzw. einer PTBS litten, bot es sich an, die bei PTBS bewährte EMDR Methode auch in ihrer Wirksamkeit bei diesen anderen Störungen einzusetzen. Das Ergebnis ist in vielen Fällen eine neue Behandlungsmöglichkeit für derartige Patienten.

Der intensive Dialog von Forschern und erfahrenen Klinikern, die solche Erfolge erst möglich machen, ist dabei eines der Merkmale, durch die sich die wachsende Gruppe von EMDR Therapeuten auszeichnet. Einer dieser forschenden Kliniker ist Dr. Karsten Böhm, der Autor des vorliegenden Buches.

Als engagierter Verhaltenstherapeut zeigt er nicht nur die unterschiedlichen Varianten der posttraumatischen Belastungsstörung und ihrer Behandlung mit EMDR auf, sondern integriert auch die 8 klassischen Phasen des EMDR mit verhaltenstherapeutischen Behandlungsplänen. Besonderes Augenmerk legt er dabei auf die praktischen Behandlungsschritte, so dass man seinem Buch wichtige methodische Hinweise entnehmen kann.

Dies gilt besonders für das Gebiet in dem er selbst seit vielen Jahren forscht und behandelt: die Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen mit EMDR. Hier hat er bahnbrechende Arbeiten geleistet, von der er wichtige Teile auch in diesem Buch vorstellt.

Mit seinem Verweis auf die Arbeiten von Grawe baut Dr. Böhm für EMDR dabei vielleicht auch eine wichtige Zukunftsperspektive. So beschreibt er EMDR nicht als eine Konkurrenz zu den in Deutschland bereits zugelassenen Verfahren, sondern als einen wichtigen Baustein einer zukünftigen erst in Entstehung befindlichen neurobiologisch informierten Psychotherapie.

Eine solche Psychotherapie der Zukunft könnte neben dem Wissen von und dem Umgang mit Bindungsstrukturen, Übertragungsprozessen, Lernvorgängen, kognitiven und neurobiologischen Prozessen sowie systemischen und hypnotherapeutischen Sichtweisen und Interventionen auch ein Element enthalten, das sich mit pathogenen Erinnerungen und ihrer Bearbeitung, eben die EMDR Methode, befasst.

Vielleicht ist der Weg dahin ja gar nicht mehr so weit.

Kommenden Generationen von Psychotherapeutinnen und Patienten wäre das zu wünschen.

Viel Spaß beim Lesen!

Arne Hofmann

Sommer 2015

Vorwort zur zweiten Auflage

Innere Haltung und philosophischer Hintergrund

„Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“ (Arthur Schopenhauer, 1788–1860, 1998)

Auch die zweite, überarbeitete Auflage dieses Buches möchte die EMDR-Therapie einfach aber präzise darstellen. EMDR wurde anfangs als Technik erfunden, dann zur Methode weiterentwickelt und versteht sich nun als Psychotherapieverfahren. Diese Entwicklung ist aber noch nicht abgeschlossen, sondern immer mehr Behandlungsfelder und -störungen werden herausgearbeitet und Evidenz aufgezeigt.

Unsere Patienten brauchen unseren Willen zu moderner und möglichst effizienter Psychotherapie. Dieses Buch kann nur ein Zwischenschritt zu noch besserer Therapie sein, aber es möchte seinen Beitrag leisten, psychische Leiden zu lindern und durch eine transparente Darstellung, Hoffnung und Spaß in die psychotherapeutische EMDR-Arbeit zu bringen. Die Verarbeitung belastender Erfahrungen muss nicht kräfteraubend sein. Psychotherapie kann mehr. Die Änderungen der zweiten Auflage versuchen, dieser stetigen Entwicklung gerecht zu werden.

Danke an alle Kolleg*innen, die sich für ihre Patient*innen einsetzen und bereit sind, sich den täglichen Herausforderungen unserer Arbeit zu stellen. In zahlreichen Fortbildungen und Ausbildungskursen treffe ich wunderbare Kolleg*innen und kritische Wissenschaftler*innen, die nur das Beste für ihre Patient*innen akzeptieren. Bleiben wir mutig genug, stets weiter zu lernen und das Vorhandene immer wieder in Frage zu stellen. Senden Sie mir gerne ihre kritischen Anmerkungen zu diesem Buch (boehm11@t-online.de). Ich freue mich über ihre Meinung.

Insbesondere meinen lieben Kollegen Dr. Julian Strauß und Dr. Kai Kreß, die mit ihrer täglichen Unterstützung in der gemeinsamen Klinikarbeit auch diese neue Auflage erst möglich gemacht haben. Zudem möchte ich meiner Frau Nadja Böhm für ihre Geduld und Liebe danken. Auch hat mich wieder Arne Hofmann mit Kritik und Rat in dieser zweiten Auflage begleitet. Einige Änderungen gehen auf seine Rückmeldungen und gemeinsame Diskussionen zurück. Danke an den Verlag Springer für die professionelle Begleitung des Buches, insbesondere an Monika Radecki und Esther Dür.

Eine Patientin sagte mir im Abschlussgespräch ihrer EMDR-Therapie (nach einer Vergewaltigung durch einen bis heute nicht gefassten Täter): „Endlich kann ich wieder leben wie es zu mir passt. So lange hatte ich nachts Angst und traute mich nicht mehr, am Leben der anderen teilzunehmen, auszugehen. Dabei hat gerade dies mich immer ausgemacht. Konzerte, Partys, Tanzen. Jeder Moment ohne diese Erinnerungen und Flashbacks ist es wert, sich den Erlebnissen zu stellen. Jetzt folge ich wieder meinem Motto: Den Langschläfern gehört die Nacht.“

Karsten Böhm
Friedenweiler
Januar 2021

Vorwort zur ersten Auflage

Gewalt, Unfälle, Naturkatastrophen und belastende Lebensereignisse sind in unserer Welt allgegenwärtig. Trotzdem hat sich die Psychotherapie erst spät auf den Weg gemacht, Traumafolgen gezielt zu behandeln. Traumapatienten sind verunsichert und meist tief erschüttert: ihr bisheriges Leben wurde von einem Moment auf den anderen buchstäblich zerstört. Kontrolle, Urvertrauen, innere Vollständigkeit und Sicherheit gehen verloren. Auch wenn viele Menschen von alleine und mit ihren eigenen Bewältigungsstrategien schwierige und oft schreckliche Situationen verarbeiten und überwinden können, so weiß doch niemand genau, ob er dies auch selbst schaffen wird. Psychotherapie wird dort notwendig, wo das Leid bestehen bleibt. Und genau hier setzt EMDR an. EMDR steht für *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* und ist eine komplexe Psychotherapiemethode, welche die ganze Behandlung des Patienten beschreibt. EMDR ist keine zusätzliche Belastung, sondern eine fürsorgliche und von Patienten in Anbetracht der Situation gerne durchgeführte Psychotherapie. Häufig kommen Patienten in die Sitzungen und fragen: „Können wir heute bitte EMDR machen?“ Dies erlebe ich bei anderen Methoden der Psychotherapie weit seltener.

EMDR im ganzheitlichen Kontext Dieses Buch hat den Anspruch, dem Leser praxisrelevantes Wissen über EMDR für den therapeutischen Alltag zu vermitteln. Theoretische Grundlagen zu Wirkungsmechanismen, Indikationen, Möglichkeiten und Grenzen werden erläutert und die praktische Umsetzung Schritt für Schritt erklärt. Es soll jedoch auch eine Einbettung von EMDR in den ganzheitlichen Kontext ermöglichen, bei der es nicht nur um die Umsetzung einer psychotherapeutischen Methode geht, sondern um eine therapeutische und integrative Haltung, welche die moderne humanistische und effektive Psychotherapie auszeichnet.

Psychotherapie unterliegt einem steten Wandel In der Antike wurden bereits 400 v. Chr. erste Beschreibungen psychischer Störungen von Hippokrates verfasst (460–370 v. Chr., s. auch Golder 2007). Zudem beschäftigten sich einige altgriechische Philosophen schon sehr eingehend mit der „Therapeutikos“, also der Behandlung der Seele (Chryssippos von Soloi, 281–208 v. Chr., s. auch Hülser 1987, 1988). Aristoteles (384–322 v. Chr.) hat viele, vor allem kognitive Denk- und Veränderungsprozesse, in seiner *Nikomachischen Ethik* (2011) detailliert erläutert. Nach der Antike gingen allerdings die Erkenntnisse der Psychotherapie erst einmal weitgehend verloren. Die sprechende Heilkunst zeigte sich nun stark in Religion und Mystizismus verwurzelt. Nur langsam entwickelten sich Elemente der Hypnotherapie, kognitiver und imaginativer Techniken. Seit Mitte des 18. Jahrhunderts entstand dann durch die moderne Psychologie, die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie das Gerüst für die heutige psychotherapeutische Behandlung, welche zugleich evidenzbasiert und humanistisch ist. Moderne Psychotherapie bedeutet heute, verschiedene Elemente diverser Verfahren zu kennen und auch zu verwenden. Mit EMDR wurde ein weiteres, aber auch neuartiges Element entwickelt, das eine effektive und schonende Psychotherapie komplexer Störungsbilder ermöglicht. EMDR kann sicherlich schon heute als Meilenstein in der Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren bezeichnet werden, und gilt aktu-

ell zurecht als Goldstandard in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen.

Der Aufbau des Buches folgt dem Gedanken, einen roten Faden durch den Behandlungsablauf mit EMDR zu legen. Die Kapitel geben deshalb die verschiedenen Therapieschritte wider. Damit soll das praktische Vorgehen nachvollziehbar und leicht umsetzbar werden. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden geschlechtsneutrale oder männliche Sprachformen gewählt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Versorgungsqualität unserer Patienten zu verbessern. Sie brauchen unser Streben, die Psychotherapie weiterzuentwickeln und mit neuen effektiven Methoden immer weiter zu verbessern. In der Traumabearbeitung zeigen sich immer wieder Bilder und Teile der Erinnerung, die nicht verbalisierbar sind. Patienten stehen ihnen wortlos gegenüber. Im EMDR dürfen diese Dinge unausgesprochen bleiben und werden trotzdem verarbeitet. Das ist in der Arbeit mit Traumafolgestörungen ein wertvoller Schatz. Und EMDR hat noch einen weiteren Vorteil: es ist nicht nur äußerst effizient, sondern macht auch dem Therapeuten Spaß!

Allen an der Entwicklung des Buches Beteiligten möchte ich sehr herzlich danken. Insbesondere Herr Dr. Julian Strauß hat mit seinen kritischen und konstruktiven Anmerkungen die Arbeit erst ermöglicht. Wir danken den Mitarbeiterinnen von Springer für die professionelle Begleitung des Buches, insbesondere Monika Radecki, Sigrid Janke und Kirsten Pfeiffer (Lektorat).

Dem Leser wünsche ich durch die Lektüre des Buches einen tiefen Einblick in die Möglichkeiten von EMDR und die Einbettung in einen gesamttherapeutischen Kontext.

Karsten Böhm
Friedenweiler
August 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Behandlungshintergrund mit EMDR und Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung	1
1.1	EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	4
1.1.1	Nutzen von EMDR im therapeutischen Prozess	8
1.2	Der Behandlungsaufbau	10
1.2.1	Der allgemeine Behandlungsaufbau nach Kanfer und Kollegen	11
1.2.2	Das klassische EMDR-8-Phasen-Protokoll	11
1.2.3	Das „Integrierte EMDR-Protokoll“ der PTBS-Behandlung	13
1.3	Symptomatik und Diagnostik der PTBS	16
1.3.1	Traumaarten	17
1.3.2	Komplexe PTBS	19
1.3.3	Anamneseerhebung	20
1.3.4	Hauptsymptomatik der PTBS	20
1.3.5	Hauptsymptome der komplexen PTBS	23
1.3.6	Das Symptom der Dissoziation	23
1.3.7	Antidissoziative Strategien	25
1.3.8	Psychosomatische Beeinträchtigungen	26
1.3.9	Komorbiditäten	27
1.4	Therapeutenverhalten in den ersten Sitzungen	27
1.5	Verhaltensanalyse und Funktionalitäten	29
1.6	Checkliste Kapitel 1	30
	Literatur	30
2	Beziehungsgestaltung in der EMDR-Behandlung	33
2.1	EMDR-Therapie im Vergleich zu anderen Therapieschulen	35
2.2	Das Krankheitsmodell: das AIP-Modell	36
2.3	Schwierigkeiten beim Aufbau der therapeutischen Beziehung	38
2.3.1	Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau mit traumatisierten Patienten	38
2.3.2	Täterintrojekte als Belastung für den Therapeuten	40
2.4	Techniken der Beziehungsgestaltung	40
2.4.1	Einbezug der Persönlichkeitsstile in den Beziehungsaufbau	41
2.4.2	Die Arbeit mit inneren Anteilen	43
2.4.3	Der misstrauische Patient braucht Kontrolle	45
2.4.4	Weiterentwicklung der Empathiefähigkeit	46
2.4.5	Neue Betrachtung der Emotionen einführen (Grundemotionen)	47
2.4.6	Das Konzept der Großzügigkeit	49
2.5	Übungen zur Beziehungsgestaltung	50
2.5.1	Übung zur Lebenseinstellung	50
2.5.2	Übung „Schönste Kleidung“	51
2.5.3	Übung „James Dean-Intervention“	52
2.5.4	Übung „Im Zweifel für den Zweifel“	54
2.5.5	Übung „Behandle jeden wie 35“	55
2.6	Der Weg ist das Ziel – Präventive Aspekte der Therapie	56

2.6.1	Aktives Coping	57
2.6.2	Passives Coping	57
2.7	Unterschiede in der Entstehung von Traumata	58
2.7.1	Unterschiede in der Beziehungsgestaltung	59
2.8	Therapieziele und Behandlungsplanung	61
2.9	Checkliste Kapitel 2	62
3	Sicherheit und das passende therapeutische Setting	65
3.1	Sicherheit im Therapieprozess	66
3.2	Sicherheit im Alltag – Täterkontakt	67
3.3	Ambulante vs. stationäre Behandlung	68
3.3.1	Entscheidungshilfen für die Wahl des therapeutischen Settings	70
3.4	Strafrechtliche Verfolgung	71
3.5	Frequenz der Behandlungssitzungen	72
3.6	Umgang mit dissoziativen Zuständen	72
3.6.1	Praktische Tipps zur Unterbrechung von (teil-)dissoziierten Zuständen	74
3.7	Psychoedukation	75
3.7.1	Mögliche Nebenwirkungen von EMDR	75
3.7.2	Arbeitsmodell des EMDR erklären	76
3.7.3	Praktischer Tipp: typische Fragen und Antworten in der Psychoedukation	77
3.8	Exkurs: Debriefing	79
3.9	Exkurs: Die Medikation der PTBS	81
3.10	Exkurs: Neurophysiologische Grundlagen der PTBS	83
3.11	Checkliste Kap. 3	86
4	Stabilisierungsphase im EMDR	89
4.1	Stabilisierungstechniken und Ressourcenarbeit	92
4.1.1	Intrapersonelle Ebene der Stabilisierung	92
4.1.2	Körperliche Ebene der Stabilisierung	95
4.1.3	Interpersonelle Ebene der Stabilisierung	96
4.2	EMDR Vorbereitung	99
4.2.1	Traumalandkarte	99
4.2.2	Behandlungsplan prüfen	100
4.2.3	EMDR kennenlernen	101
4.2.4	EMDR und der sichere Ort	103
4.2.5	Entscheidungsübung CIPOS	104
4.3	Andere Stabilisierungsübungen	105
4.3.1	Flashback stoppen können	105
4.3.2	Psychoedukation als Stabilisierungsstrategie	105
4.3.3	Stabilisierende Imaginationsübungen	107
4.3.4	Achtsamkeit	108
4.3.5	Atemübungen	109
4.4	Exkurs Neurobiologische Grundlagen von EMDR	110
4.5	Checkliste Kap. 4	112
	Literatur	114

5	Traumabearbeitung	115
5.1	Ebenen der Traumaverarbeitung	118
5.1.1	Exkurs: Typ II-Traumata	120
5.2	EMDR-Ablauf: Ein Überblick	121
5.3	Auswahl der zu bearbeitenden Erinnerung	122
5.4	Techniken der Stimulation	126
5.4.1	Bilaterale Stimulation mit Augenbewegungen	127
5.4.2	„Tappen“	132
5.4.3	Bilaterale Stimulation mit akustischen Reizen	133
5.5	Im Detail: Die traumaverarbeitende EMDR-Sitzung	134
5.5.1	Kognitionsphase	134
5.5.2	Affektphase	139
5.6	Umgang bei schwerer oder komplexer Traumatisierung – das umgekehrte Standardprotokoll	143
5.7	EMDR bei Dissoziation	143
5.8	Umgang mit Blockaden	145
5.9	Inkomplette EMDR-Sitzungen	147
5.10	Kombination von EMDR mit Expositionsübungen	148
5.11	Checkliste Kap. 5	151
	Literatur	152
6	Konfliktbearbeitung	153
6.1	Innere Konflikte herausarbeiten	155
6.1.1	Arbeit am Inneren Kind	156
6.1.2	Die Affektbrücke	157
6.1.3	Flexibilität und Perspektivenwechsel	158
6.2	Trost und Trauer des Inneren Kindes	158
6.3	Kritische Lebensereignisse	160
6.4	Träume	161
6.5	Das Window of Tolerance	163
6.6	Rolle von der Anteile-Arbeit (Ego-States) bei der Konfliktbearbeitung	164
6.7	Nutzung imaginativer Techniken	166
6.8	Arbeit an Lebenszielen	167
6.9	Scheitern ohne zu scheitern	168
6.10	Arbeit an Schemata	169
6.11	Das eigene zerbrechliche Selbst	170
6.12	Schwierige Therapiesituationen	171
6.12.1	Täter aus Bekanntenkreis mit fortgeführter Kontaktaufnahme	171
6.12.2	Vermeidung	172
6.12.3	Zugmetapher	174
6.12.4	Veränderung des Unveränderbaren	174
6.12.5	Neue negative Kognitionen (NK) während der Therapie	175
6.12.6	Persönlichkeitsstörung als therapeutisches Hindernis	175
6.12.7	Klärung der Motivationsfrage	176
6.13	Checkliste Kapitel 6	176
	Literatur	177

7	Weitere Störungsbilder	179
7.1	Unterschied von Trauma und Traumatisierung: „Big T“ und „small t“	183
7.2	Depression und EMDR	184
7.2.1	Depressive Symptomatik	185
7.2.2	Verlaufsformen einer Depression.....	188
7.2.3	Depressive Ursachensuche.....	189
7.2.4	EMDR-Arbeit an Überzeugungssystemen.....	191
7.2.5	EMDR-Arbeit an Episodenauslösern	192
7.2.6	EMDR-Arbeit an weiteren aufrechterhaltenden Faktoren.....	193
7.2.7	Zusammenfassung der EMDR-Therapie bei Depressionen.....	193
7.3	Zwangsstörungen und EMDR	194
7.3.1	Behandlungsplan.....	194
7.3.2	Vorbereitungsphase	195
7.3.3	Zwangsbearbeitung	200
7.3.4	Konfliktbearbeitung des Zwangs.....	205
7.3.5	Weiterführende Behandlung des Zwangs	206
7.4	Trichotillomanie und EMDR	207
7.4.1	Behandlungsplan.....	207
7.4.2	Interventionen der EMDR-Therapie.....	208
7.4.3	Arbeit an zugrundeliegenden Konflikten	209
7.5	Angststörungen und EMDR	209
7.6	Esstörungen und EMDR	212
7.6.1	Vorbereitungsphase Essstörungen	212
7.6.2	Behandlungsplanung der Essstörungen.....	215
7.6.3	Interventionsphase Essstörungen	216
7.7	Abhängigkeitserkrankungen und EMDR	221
7.8	Sterbebegleitung mittels EMDR	224
7.8.1	Den Sterbeprozess verstehen	224
7.8.2	Die Sterbebegleitung mit EMDR	228
7.9	Checkliste Kap. 7	232
	Literatur	232
8	Selbstmanagement mit EMDR	235
8.1	Nach dem EMDR ist vor dem EMDR: Eigenverantwortliche EMDR-Sitzungen durch den Patienten selbst	238
8.2	Praxis-Tipps für die Traumatherapie	241
8.2.1	Umgang mit Jahrestagen	241
8.2.2	Umgang mit Täterkontakten	242
8.2.3	Umgang mit Medien	244
8.2.4	Umgang mit Wut.....	245
8.2.5	Umgang mit Mut.....	245
8.2.6	Umgang mit Liebe und Beziehung	246
8.2.7	Umgang mit Scheitern.....	247
8.2.8	Umgang mit Ängsten vor einer Medikation.....	249
8.2.9	Angehörige von PTBS-Patienten	250
8.3	Achtsamkeit im EMDR	254
8.4	Kreativität und Kunsttherapie im EMDR	256
8.5	Lebensrückblick in der EMDR-Therapie	259

8.5.1	EMDR und die Philosophie	260
8.5.2	EMDR Standardprotokoll zu Lebenszielen	261
8.6	Gesellschaftlicher Blick auf Traumata	263
8.6.1	Weiteres Einüben von Perspektivenwechseln: „Boys Don't Cry“	263
8.7	Checkliste Kapitel 8	264
	Literatur	264
 Serviceteil		
	Weiterführende Literatur	268
	Stichwortverzeichnis	269

Über den Autor



Karsten R. Böhm Dr. phil. Dipl. Psych.

wurde 1973 in Lennestadt/Deutschland geboren, ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Er ist Klinikleiter der Privatklinik Friedenweiler im Schwarzwald für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; 1. Vorsitzender von EMDRIA-Deutschland; EMDR-Trainer und Traumatherapeut; Supervisor für Kognitive und Verhaltenstherapie und Berater in der Akutversorgung von Unfall- und Katastrophenopfern im In- und Ausland sowie Notfallseelsorger der Feuerwehr. An verschiedenen Aus- und Weiterbildungsinstituten ist Dr. Böhm als Referent, Selbsterfahrungsleiter und Supervisor tätig.

Werdegang

Studium der Psychologie und Philosophie an der Universität Freiburg, Promotion am Max-Planck-Institut Freiburg und Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten in Freiburg.

Klinik Friedenweiler

Akutklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Kurhausweg 2–4, 79877 Friedenweiler

boehm11@t-online.de



Behandlungshintergrund mit EMDR und Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – 4**
 - 1.1.1 Nutzen von EMDR im therapeutischen Prozess – 8
- 1.2 Der Behandlungsaufbau – 10**
 - 1.2.1 Der allgemeine Behandlungsaufbau nach Kanfer und Kollegen – 11
 - 1.2.2 Das klassische EMDR-8-Phasen-Protokoll – 11
 - 1.2.3 Das „Integrierte EMDR-Protokoll“ der PTBS-Behandlung – 13
- 1.3 Symptomatik und Diagnostik der PTBS – 16**
 - 1.3.1 Traumaarten – 17
 - 1.3.2 Komplexe PTBS – 19
 - 1.3.3 Anamneseerhebung – 20
 - 1.3.4 Hauptsymptomatik der PTBS – 20
 - 1.3.5 Hauptsymptome der komplexen PTBS – 23
 - 1.3.6 Das Symptom der Dissoziation – 23
 - 1.3.7 Antidissoziative Strategien – 25
 - 1.3.8 Psychosomatische Beeinträchtigungen – 26
 - 1.3.9 Komorbiditäten – 27

Eine gendergerechte Sprache ist wichtig und bildet die Grundlage eines gleichberechtigten Miteinanders aller Geschlechter (weiblich/männlich/divers). Nach langen Überlegungen und Ausprobieren habe ich mich für das generische Maskulinum entschieden, um das flüssige Lesen des Buches zu erhalten. Ich bitte Sie dies zu entschuldigen und eine jedwede Gleichberechtigung stets mitzulesen!

- 1.4 Therapeutenverhalten in den ersten Sitzungen – 27
- 1.5 Verhaltensanalyse und Funktionalitäten – 29
- 1.6 Checkliste Kapitel 1 – 30
- Literatur – 30

Innere Haltung und philosophischer Hintergrund

„Menschen lassen sich in der Regel besser von jenen Gründen überzeugen, die sie selbst entdeckt haben, als von solchen, die anderen in den Sinn gekommen sind.“ (Pascal Blaise, 1623–1662 2011)

Psychotherapeutische Deutung

Eine gute Diagnostik und Strukturierung des Behandlungsaufbaus erfolgt, wann immer möglich im Team zwischen Patient und Therapeut. Hierbei gibt es verschiedene Rollen: der Therapeut ist Experte der Vorgehensweise und hat Tricks und Wege, die Belastungen des Patienten zu lindern. Der Patient* hingegen ist Experte seiner Gefühle und Erlebnisse. Er kann genau berichten, was sich möglich oder unmöglich anfühlt. Nur gemeinsam ist eine erfolgreiche Behandlung erzielbar. Trotz der unterschiedlichen Rollen begegnen sich die beiden auf Augenhöhe, etwa so wie ein Boxer mit seinem Trainer zusammenhalten sollte, um schwierige Kämpfe gewinnen zu können.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine tiefgreifende Erschütterung im Leben. Dabei gehen der Erkrankung definitionsgemäß ein oder mehrere belastende Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes voraus. Das traumatische Ereignis, das der Störung zugrunde liegt und diese auslöst, unterscheidet sich von anderen belastenden Erlebnissen dadurch, dass es den Menschen in seinen Grundfesten und -annahmen erschüttert. Des Weiteren wird die gewonnene Sicherheit, die jeder Mensch zum glücklichen Leben benötigt, ganz oder in Teilen zerstört. Weder ist die PTBS Ausdruck einer vorausgehenden psychischen Erkrankung, noch einer vorbestehenden psychischen Labilität. Auch Gesunde können nach extremen Erlebnissen eine PTBS entwickeln. Nichtsdestotrotz gibt es prätraumatische und posttraumatische Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer PTBS erhöhen. Vor dem traumatischen Ereignis erhöhen Faktoren vorhandener psychischer Auffälligkeit und des Geschlechts (weiblich) die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS in der Folge eines traumatischen Ereignisses entwickeln zu können. Während des Traumas sind Faktoren der erlebten Hilflosigkeit, Todesangst und der Verletzungsschwere wichtige Einflussgrößen. Aber auch nach dem Traumaerleben gibt es Risikofaktoren, die die Genesung beeinflussen: die Befürchtung schlimmer Folgen, der Glaube mit den Folgen schlecht fertig zu werden und eine initial schnell beginnende Psychopathologie gehören dazu. Zudem ist eine geringe soziale Unter-

Die Bedeutung der posttraumatischen Belastungsstörung

stützung ein wichtiger Risikofaktor. Doch trotz all dieser Risikofaktoren bleibt die Erkenntnis, dass es jeden Menschen treffen kann und eine Traumaverarbeitung ein sehr individueller Prozess ist. Im Bereich der Hilfsorganisationen und professionellen Einsatzteams kann durch Training und Vorbereitung das subjektive Sicherheitsgefühl auch im Einsatz erhöht werden. Dies ist aber so im privaten Bereich nicht möglich. Opfer zu werden, bedeutet auch, meist völlig unvorbereitet und überrascht zu sein. Ein direkter Schutz ist hier nicht möglich. Immerhin können hohe Kommunikationskompetenzen, ein differenziertes Weltbild mit der Fähigkeit verschiedene Perspektiven einnehmen zu können und ein gutes soziales Netzwerk als Schutzfaktoren angesehen werden.

Die diagnostischen Kriterien der PTBS sind in den gängigen Klassifikationssystemen wie ICD und DSM zwar klar definiert, in der Praxis kann die Diagnose aufgrund der interindividuell großen Unterschiede im Erleben und in der Deutung der Symptome mitunter Schwierigkeiten bereiten.

Die Voraussetzung der Therapie der PTBS setzt normalerweise eine Beendigung der Traumatisierung voraus. Es ist schwer möglich, eine Behandlung der Traumafolgestörung durchzuführen, während der Patient dem Trauma weiterhin ausgesetzt ist. Gegebenenfalls müssen der Behandlung sozialpsychiatrische Maßnahmen oder eine juristische Beratung vorausgehen.

Häufige Folgen der PTBS

Menschen mit einer PTBS haben nach dem Trauma erhebliche Schwierigkeiten, in ihrem Leben wieder Halt zu finden. Der Alltag wird oft von Symptomen der Traumafolgestörung dominiert, Scham- und Schuldgefühle können die Rekrutierung von Helfersystemen erschweren. Erschwerend kommt hinzu, dass eine störungsspezifische psychotherapeutische Behandlung häufig nicht zur Verfügung steht. Zwar stehen verschiedene psychotherapeutische Verfahren, wie die Konfrontationstherapie, die narrative Expositionstherapie, die psychodynamische imaginative Psychotherapie und EMDR sowie andere Methoden zur gezielten Behandlung von Traumafolgestörungen zur Verfügung. In der Praxis haben Betroffene jedoch häufig Schwierigkeiten, eine zeitlich, räumlich und qualitativ zufriedenstellende Therapie zu finden.

1.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Was ist EMDR?

EMDR hat sich als hocheffektive und besonders schonende Traumatherapiemethode seit den späten 90er-Jahren bei der Behandlung von Traumafolgestörungen etabliert. Im Ver-

gleich zu anderen Psychotherapiemethoden wirkt EMDR oftmals unkonventionell und kann aufgrund der alternativen Herangehensweise ein wertvolles, wenn nicht sogar elementares Element der Behandlung sein. EMDR wird deshalb zunehmend auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungsbildern außerhalb der Traumafolgestörungen eingesetzt.

Ihren Ursprung und die nach gegenwärtigem Kenntnisstand größte Effektstärke hat das EMDR in der Behandlung von Traumafolgen. 1987 entdeckte die amerikanische Forscherin Francine Shapiro (geboren 1948 in New York, gestorben im Juni 2019 in Sea Ranch) aus Palo Alto in Kalifornien zufällig beim Spaziergehen in einem Park, dass sich belastende und traumatische Erinnerungen an ein eigenes Krebsleiden durch ein Hin- und Herblicken zwischen zwei Punkten veränderten (Shapiro 2001, 2002). Sie erlebte eine Erleichterung und Entlastung, was sie unter anderem auf eine Abschwächung der Erinnerungsintensitäten zurückführte. In den folgenden Jahren untersuchte sie diesen Effekt akribisch und entwickelte die heutige EMDR-Therapie, die sie anfangs noch EMD (Eye Movement Desensitization) nannte. Das hinzugefügte „R“ steht für die Neuverarbeitung von Gedächtnisinhalten (Reprocessing), die in der Methodenentwicklung und -ausarbeitung immer mehr im Mittelpunkt standen. Es geht nicht nur um eine Desensibilisierung gegenüber aversiven Erinnerungen, sondern auch um die Neubewertung von Einstellungen und Interpretationen. Beim EMD wird nach jedem Set von bilateraler Stimulation zurück zum Knoten (Ausgangereignis) gegangen. Anfangs wurde hier auch jedes Mal der SUD (Belastungsskala von 0 bis 10) abgefragt. 1990 erfolgte dann auch folgerichtig die Erweiterung des Namens in EMDR. Bereits 1991 führte Arne Hofmann EMDR in Deutschland ein und EMDR breitete sich auch in allen anderen europäischen Ländern nach und nach aus. Im Mai 1999 wurde die wissenschaftliche Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e. V. gegründet, die sich um Qualitätskriterien der EMDR-Ausbildung kümmert und diese zertifiziert. 2006 wurde EMDR in der Behandlung der PTBS in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat anerkannt und 2015 schließlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Deutschland für die Abrechnung mit den Krankenkassen in der Behandlung Erwachsener zugelassen. International wurde EMDR in der Behandlung der PTBS bereits 1998 in den USA ((APA) American Psychological Association), 2001 in Großbritannien ((UK DH) United Kingdom Dept. of Health) und 2013 von der WHO (World Health Organisation) anerkannt. Die deutsche S3-Leitlinie der DGPPN betont in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen den Einsatz von traumafokussierten Interventionen (Ehring et al.

Ursprung und Entwicklung
von EMDR

1

Warum EMDR nicht anders heißt

2020). Dabei werden EMDR und die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) als Behandlungen erster Wahl empfohlen.

Später wurde der Name EMDR immer wieder infrage gestellt, da sich auch andere bilaterale Stimulationen fanden, die gleichwertige oder zumindest ähnlich gute Resultate zeigten (so z. B. Tappen auf den linken und rechten Handrücken, Töne, die über Kopfhörer links und rechts abwechselnd zu hören sind). Francine Shapiro schrieb dazu, dass sie selbst im Nachhinein wahrscheinlich einen anderen Namen gewählt hätte (Reprocessing Therapy), doch ein Namenswechsel aufgrund der Bekanntheit nicht mehr sinnvoll erscheine (Shapiro 2018). Andererseits verwenden die kontrollierten Studien fast ausschließlich Augenbewegungen zur bilateralen Stimulation und auch Shapiro empfiehlt primär den Einsatz von Augenbewegungen. So steht EMDR also auch weiterhin primär für den Einsatz von Augenbewegungen im Verarbeitungsprozess, aber nicht ausschließlich (s. auch ► Abschn. 5.5).

Schlüsselerlebnisse reprozessieren

Nach dem Erleben eines traumatischen Erlebnisses leiden viele Menschen unter oft dauerhaften Folgen und Belastungen durch aufkommende Bilder, Gefühle, Gerüche oder Geräusche aus dem Traumageschehen. Diese Intrusionen oder Flashbacks verhindern eine Verarbeitung des Geschehenen und blockieren den Betroffenen in seinem Alltag. Mittels EMDR können genau diese katastrophalen Schlüsselerlebnisse „reprozessiert“, verarbeitet und reintegriert werden. Sie sind nicht mehr ausschließlich belastend, sondern werden zu einem Teil der erlebten Vergangenheit, nicht im Sinne des Vergessens, sondern einer schrecklichen Erfahrung, die aber keinen negativen Einfluss auf das heutige Leben mehr hat. Der Patient kann wieder seinen Interessen und Entwicklungen folgen.

Theorien zum Wirkmechanismus

Der genaue Wirkmechanismus von EMDR ist nicht bekannt. Ein Erklärungsmodell geht bei Traumatisierungen von einem „sprachlosen Entsetzen“ aus, in welchem die Erlebnisse zwar rechtshemisphärisch visuell prozessiert, hierbei jedoch nicht linkshemisphärisch verbal verarbeitet werden. Der Patient kann die Erlebnisse somit nicht in Worte fassen, was die Verarbeitung der Traumata beeinträchtigt. Die Erfahrungen sind so außergewöhnlich und unerklärbar, dass sie nicht in das vorhandene Erfahrungsgedächtnis integriert werden können. Es kommt deshalb zu einem mehr oder weniger getrennten Speichern dieser Informationen im Gedächtnis. Man nennt dies auch Desintegration oder Fragmentierung des Bewusstseins. Beim EMDR soll durch die bilaterale Stimulation mittels Augenbewegungen eine Synchronisation und somit Reintegration der Traumainhalte ermöglicht werden. Die externe Aufmerksamkeitsfokussierung im EMDR wirkt hierbei wie ein Katalysator, der erst einen wirkungsvollen Verarbeitungs-

prozess entstehen lässt oder beschleunigt. Das Unsagbare muss dabei nicht bereits im Behandlungsprozess benannt werden, wie dies bei vielen anderen Traumaverarbeitungsverfahren der Fall ist. Vielmehr darf im EMDR auch vieles „unsagbar“ bleiben, da das Trauma ebenso andersartig und unverständlich war.

Besonders an EMDR ist die sowohl kurz- als auch und langfristige Wirksamkeit, mittels einer Methode, die Patienten im Vergleich zu anderen traumatherapeutischen Verfahren als weniger belastend erleben. Für die meisten Patienten stellt EMDR zwar eine anstrengende, aber im Ganzen nicht unangenehme Behandlungsmethode dar.

In den EMDR-Sitzungen müssen dabei nicht alle Details des Traumas ausgesprochen werden. In einem Trauma-geschehen gibt es häufig Aspekte oder Bilder, die von dem Betroffenen als derart katastrophal erlebt werden, dass hierfür schwer Worte gefunden werden können, oder schlichtweg nicht vorhanden sind. Im EMDR dürfen diese unausgesprochen bleiben, nichtsdestotrotz kann intensiv daran gearbeitet werden. Somit schützt EMDR nicht nur den Patienten, sondern auch den Traumatherapeuten, welcher nicht alle Details erfahren muss. Dies ist auch für die Psychohygiene der Psychotherapeuten vorteilhaft.

Die Effizienz von EMDR im Bereich der Psychotraumatologie bei Erwachsenen konnte durch eine Vielzahl von Studien validiert werden (zusammenfassend in den Metaanalysen von Schulz et al. 2015; Chen et al. 2015; van Etten und Taylor 1998). EMDR gehört mit verhaltenstherapeutischen Expositionsverfahren zu den am besten untersuchten und validierten Behandlungsmöglichkeiten einer PTBS. Die genaue Gewichtung untereinander wird dabei aber weiter untersucht und diskutiert. Sehen einige Metaanalysen hier EMDR der traumafokussierten Verhaltenstherapie gegenüber leicht überlegen (so zum Beispiel die deutsche Metaanalyse von Schulz et al. 2015), sehen andere Analysen die Verhaltenstherapie vorne (Haagen et al. 2015) oder beide Vorgehensweisen gleich auf (Bisson et al. 2007; Watts et al. 2013). Im Bereich anderer psychiatrischer Störungen steht dieser Nachweis meist noch aus, der anzunehmende Wirkmechanismus und die klinischen Erfahrungen lassen jedoch jetzt schon eine Übertragung in andere Anwendungsbereiche zu. Interessant sind die Studien zur PTBS von Maxfield und Hyer (2002) sowie Sack et al. (2001), die übereinstimmend herausfanden, dass die Effektstärke der EMDR-Studien maßgeblich von einem strukturierten und genauen Anwenden von EMDR abhing. Der Therapieablauf von EMDR ist somit wichtig, um den Patienten möglichst effektiv und damit schonend zu behandeln. Mit Hilfe dieses Buches soll EMDR in das psychotherapeutische Gesamt-

Im EMDR muss nicht alles verbalisiert werden

Effizienzstudien zeigen eine klare Wirksamkeit von EMDR

EMDR ist sehr kosteffektiv

behandlungskonzept integriert werden. Durch die Herangehensweise auf verschiedenen Ebenen können Patienten individueller und effizienter behandelt werden. Da von den meisten Patienten bereits in den ersten EMDR-Sitzungen Veränderungen berichtet werden, können diese erlebten Effekte die Selbstwirksamkeitserwartung und damit den Verlauf der Behandlung positiv beeinflussen.

Besondere Beachtung findet EMDR unter dem Gesichtspunkt der Kosteneffektivität. EMDR soll demnach mit weniger Behandlungssitzungen mindestens den gleichen Therapieerfolg in der Behandlung einer PTBS bei Erwachsenen zeigen (Mavranouzouli et al. 2020). Es zeigte sich damit im Vergleich am kostengünstigsten, beispielsweise zur traumafokussierten Verhaltenstherapie (mit dem Element der Exposition oder ohne), zur Kognitiven Therapie, reiner medikamentöser Behandlung mit SSRIs oder Kombinationsbehandlungen aus Verhaltenstherapie und SSRIs.

EMDR ist bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland noch nicht zugelassen

Bei Kindern und Jugendlichen gibt es ebenso eine ganze Reihe an Studien und zusammenfassenden Arbeiten (zusammenfassend in der Metaanalyse von John-Baptiste Bastien et al. 2020). Ein Zulassungsversuch im Jahre 2014 wurde aufgrund mangelnder Anzahl an methodisch gut durchgeführten Studien abgelehnt. Dies soll zeitnah über EMDRIA Deutschland erneut, und durch neue Studien und Metaanalysen ergänzt, eingereicht werden.

Wirksamkeit von EMDR auch bei anderen Störungen interessant

Im Bereich anderer psychiatrischer Störungen stehen Evidenznachweise meist noch aus, es werden jedoch zunehmend Einzelfall- und randomisiert kontrollierte Studien in anderen Anwendungsbereichen durchgeführt. Bei Phobien, Depressionen und Schmerzstörungen ist aktuell diese Studienlage bei EMDR noch am besten anzusehen (Shapiro 2018). Gerade bei Angst- und Zwangsstörungen, bei denen in-vivo Expositionen aus welchen Gründen auch immer nicht angewendet werden können, erscheint EMDR eine interessante Behandlungsoption. Die Motivation der Patienten für eine EMDR Behandlung ist zudem ein wichtiger Faktor für weitere Psychotherapieentwicklungen.

1.1.1 Nutzen von EMDR im therapeutischen Prozess

EMDR macht Spaß!

EMDR macht Spaß! Spaß auf beiden Seiten, für Patienten und Therapeuten. Es entsteht das Gefühl, wirklich zusammen zu arbeiten, gemeinsam aktiv den Zielen des Patienten zu folgen und damit den Weg für ein freies und selbstbestimmtes Leben, ohne einschließende Traumaerinnerungen zu ebnen.

Der Patient kann an das Trauma denken, nun aber selbst entscheiden, wie lange und wann er dieses tut. Zuvor war er dem Trauma ausgesetzt, und hatte keine Hoheit über die Intensität und Dauer der Konfrontation. Diese Kontrolle ist für jeden Menschen sehr zentral, um sich auf neue Aufgaben konzentrieren und innere Sicherheit gewinnen zu können.

EMDR ist ein aktiver Prozess. Patienten, die Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein erst im Angesicht des Traumas, und hier nach der Traumafolgen erfahren mussten, erleben dies als ermutigend und motivierend. Kontrolle wird wieder gewonnen, in der Therapie wird aktiv gehandelt. Diese Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung fördert die Therapiemotivation des Patienten und des Therapeuten. Gerade diese steigende Motivation auf beiden Seiten kann das therapeutische Bündnis stärken und den Therapieerfolg beschleunigen.

EMDR bietet als methodisch klar definierte Intervention mit klar strukturiertem Vorgehen Halt und Sicherheit bei traumatisierten und komplex erkrankten Patienten. Der hohe Strukturierungsgrad von EMDR bietet somit Therapeut und Patient Sicherheit. Es kann jedoch kein allgemeingültiger Algorithmus für in der Therapie auftretende Probleme erstellt werden. Zwar sind die Phasen der Therapie klar gegliedert, Traumaerleben und -verarbeitung sind interindividuell jedoch zu verschieden, um eine allgemeingültige Vorgehensweise in der einzelnen Phase zu formulieren.

Psychotherapie unterliegt sozialen Normen und Vorstellungen. Dies zeigt sich häufig in den berichteten Behandlungszielen und dem davon abgeleiteten Behandlungsauftrag. Geht es hierbei oft um die Reduktion von belastenden Symptomen, kommen im Behandlungsverlauf nicht selten auch Wünsche nach Selbstentwicklung und einem Verstandenwerden zutage. Durch den offenen Verarbeitungsprozess im Reprozessieren mit bilateraler Stimulation (s. auch ► Kap. 5 und 6) kann genau diesem flexibel und wertschätzend gefolgt werden: schließlich entscheidet der Patient selbst, wie er verarbeitet und welche Veränderungen hierzu hilfreich und möglich sind. Diese Veränderungsfreiheit kommt dem menschlichen Wunsch nach Anerkennung des eigenen Selbst sehr nahe.

Im EMDR gemeinsam am Schrecklichen arbeiten: Zwar ist bei jeder medizinischen Behandlung ein gemeinsames Vorgehen von Patient und Behandler gefordert, wobei Ressourcen, Wünsche und der Informationsgrad des Patienten berücksichtigt werden müssen. Beim EMDR hat diese Haltung jedoch eine besonders hohe Wertigkeit, da hochsensible Inhalte bearbeitet werden. Intensität und Geschwindigkeit der Behandlung müssen im therapeutischen Prozess verändert und angepasst werden. Hierbei müssen stets die Möglichkeiten

EMDR ist ein aktiver Prozess

EMDR bietet eine klare Struktur und eindeutige Abläufe

Behandlungsauftrag klären – Veränderungsfreiheit geben

Im EMDR wird gemeinsam an den schrecklichen Erlebnissen gearbeitet

und die Verarbeitungsgeschwindigkeit des Patienten beachtet werden.

Ein wichtiger Gesichtspunkt ist die Trauer. Viele Patienten haben schreckliche Dinge erlebt, die eine Trauerarbeit und eine Auseinandersetzung mit den Inhalten des Ereignisses erforderlich machen. Das Traumaerleben verhindert dies, da die Belastung zu hoch ist und die Symptome der Traumafolgestörung zu viel Kraft und Ressourcen des Patienten kosten. Oft wird durch die Traumabearbeitung ein Trauerprozess überhaupt erst ermöglicht. Es geht nicht darum, den Prozess im EMDR gänzlich abzuschließen. Trauer ist ein langer Prozess, in dem ein Abschied bearbeitet werden muss, der oft nicht verstehbar bleibt (wie der Tod eines Kindes zum Beispiel). Trauer ist damit in Teilen ein lebenslanger Prozess, wohingegen ein Trauma überwunden werden kann. Diese Unterscheidung ist auch in der Therapieplanung mit dem Patienten häufig sehr hilfreich.

1.2 Der Behandlungsaufbau

EMDR zeigt den gesamten Behandlungsprozess auf

EMDR ist sehr gut mit anderen psychotherapeutischen Verfahren kombinierbar. Jedes Gesamtbehandlungskonzept in einer Psychotherapie muss sorgfältig erarbeitet und mit dem Patienten abgestimmt werden, so auch beim EMDR. Dabei steht EMDR heute für den gesamten Behandlungsweg und nicht nur für die traumaverarbeitende Technik mittels Stimulation. Wie alle modernen Therapieschulen werden hier verschiedene Vorgehensweisen von anderen Schulen übernommen und integriert. Im klassischen EMDR wird dieser Gesamtprozess in acht Phasen unterteilt, wohingegen in der Verhaltenstherapie gerne sieben anders lautende Phasen zugrunde gelegt werden (Kanfer et al. 2006). Die Gliederung in diesem Buch orientiert sich an beiden Blickwinkeln und baut daraus einen integrierten Ansatz: das integrierte EMDR-Protokoll. Dieser Therapieaufbau folgt dem praktischen Vorgehen des Therapeuten und vermittelt einen modernen Therapieansatz, der traumaverarbeitende Elemente ebenso beinhaltet, wie dahinterstehende Konflikte und Funktionalitäten. Dadurch soll die Anwendung von EMDR erleichtert werden. Die Querverweise auf die acht Phasen des EMDR-Protokolls werden parallel gegeben. In ► Abschn. 1.2.3 sind die Modelle zusammengefasst und integriert dargestellt.

Die Phasen der Therapie sowie der Gesamtbehandlungsplan sollen nicht nur dem Therapeuten, sondern auch dem Patienten als Struktur dienen und sollte transparent gemacht und kommuniziert werden.

1.2.1 Der allgemeine Behandlungsaufbau nach Kanfer und Kollegen

Betrachtet man den allgemeinen Therapieaufbau nach Kanfer et al. (2006) und deren Untergliederung in sieben Phasen, werden die übergeordneten Abläufe und Schritte einer Psychotherapie schnell deutlich. Gleichzeitig werden in der Psychotherapie die Phasen nicht streng hintereinander abgearbeitet, sondern grob gefasst in zwei Abschnitte unterteilt: 1. Der Prozess des Verstehens des Patienten und seiner Problematik und 2. die Bearbeitung der identifizierten und ausgesuchten Problembereiche. Daher finden vor allem die von Kanfer und Kollegen identifizierten Phasen 1–4 miteinander verknüpft statt. Die störungs- und methodenspezifische Betrachtung wird hier nicht eingenommen, wenn auch eine vornehmlich verhaltenstherapeutische Perspektive und Begrifflichkeit Verwendung findet:

1. Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von Änderungsmotivation und (vorläufige) Auswahl von Änderungsbereichen
3. Verhaltensanalyse: Problembeschreibung und Suche nach aufrechterhaltenden Bedingungen
4. Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden (als Mittel zum Ziel)
6. Evaluation der Fortschritte
7. Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Beratung/Therapie

Die 7 Phasen der Psychotherapie zeigen das grundsätzlich psychotherapeutische Vorgehen auf

1.2.2 Das klassische EMDR-8-Phasen-Protokoll

Im klassischen EMDR-Protokoll (Shapiro 2013) werden acht Phasen unterschieden, die teilweise allgemeine Behandlungsschritte des Gesamttherapieplanes beleuchten und in den Phasen 3–7 detailliert das Vorgehen während einer Sitzung beschreiben. Somit erfolgt eine Mischung aus Methoden- und Technikbeschreibung. Die acht Phasen sind wie folgt untergliedert:

1. Anamnese und Behandlungsplanung:
 - Erhebung der Anamnese (Biografie und Trauma)
 - Diagnostik der Gesamtpathologie, Dissoziationsneigung, Affektregulation
 - Psychotherapiefähigkeit, Ressourcen, Beziehungsaufbau, Therapiemotivation, Indikation und Kontraindikation, klinische Testungen, Gesamtbehandlungsplanung als Ergebnis dieser Phase.

Therapieplan nach Shapiro

2. Vorbereitung und Stabilisierung:
 - Erklärung der Theorie von EMDR und Trauma-Verarbeitung, Ausbau von Ressourcen mit dem Ziel der Selbststabilisierung und Distanzierung von posttraumatischen Inhalten, vorläufige Festlegung der Reihenfolge welche Erinnerungen zuerst bearbeitet werden sollen.
3. Bewertung des Traumas:
 - Hier wird die zu bearbeitende Erinnerung (das ausgewählte Trauma) in verschiedenen Facetten beleuchtet: Ein Bild der traumatischen Szene (im schlimmsten Moment), eine aktuell gültige negative Kognition dazu (z. B. „ich bin schuld“), die dazugehörige gewünschte positive Zielkognition, deren Stimmigkeit auf einer Skala eingeschätzt wird, dann der Grad der Belastung, den die traumaassoziierten Gefühle noch heute haben, und das Körperempfinden. Mit diesen bisher meist getrennt gespeicherten Teilen wird die Trauma-Erinnerung „getriggert“ und erlebbar.
4. Desensibilisierung und Reprozessieren:
 - Das nun aktivierte Trauma-Netzwerk wird hier unter Einsatz bilateraler Stimulation durchgearbeitet, bei Blockaden können unterstützende Interventionen oder Ressourcen durch den Therapeuten „eingewebt“ werden. Die Belastung sollte auf 0 sinken, nach komplexer Traumatisierung ist dies nicht immer erreichbar.
5. Verankerung der positiven Kognition:
 - Die positive Kognition wird mit der ursprünglichen Trauma-Erinnerung (bzw. deren Resten) verankert und soll in Zukunft im Vordergrund stehen.
6. Körpertests:
 - Reste sensorischer Belastung werden hier erfasst und wenn notwendig bearbeitet.
7. Abschluss:
 - Nachbesprechung mit Erfassen der erreichten Erfolge, Hinweis auf mögliche Nachverarbeitung in Träumen und Auftauchen neuer Erinnerungen, die „weggepackt“ werden sollen und in der nächsten Sitzung verarbeitet werden können; gegebenenfalls kann ein Tagebuch über die auftauchenden Erinnerungen oder Gedanken geführt werden.
8. Nachevaluation:
 - In der nächsten Stunde wird der Fokus erneut überprüft, die Belastung kann weiter abgenommen haben oder aber angestiegen sein, dann wird der Fokus weiter bearbeitet, sonst ein neuer gewählt.

1.2.3 Das „Integrierte EMDR-Protokoll“ der PTBS-Behandlung

Um ein störungsspezifisches EMDR-Protokoll zu entwickeln, welches den gesamten Therapieaufbau beschreibt, wurden beide Modelle zusammengefasst. EMDR versteht sich bislang als Therapiemethode und kann damit im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologischen oder psychoanalytischen Verfahrens angewendet werden. Wichtig erscheint hierbei die Trennung der Interventionsphase in traumabearbeitende und konfliktbearbeitende Bausteine. Selbstverständlich ist diese Trennung artifiziell und in traumaverarbeitenden EMDR-Sitzungen werden häufig auch zugrundeliegende Probleme und Emotionen bearbeitet. Jedoch ist es für den Therapieprozess wichtig, diese beiden Perspektiven auch getrennt voneinander einzunehmen und gezielt an ihnen zu arbeiten. Nur so können häufig Blockaden im Therapieverlauf beseitigt werden und gerade in komplexen Verläufen dauerhafte Veränderungen herbeigeführt werden. Der Aufbau des Buches folgt dieser Gliederung, beinhaltet jedoch zusätzlich noch ein Kapitel (► Kap. 7) zu Behandlungen von Komorbiditäten. Es ergibt sich folgendes Schema (modifiziert nach Shapiro 1998 und Kanfer et al. 2006), s. auch

■ Abb. 1.1:

1. Anamneseerhebung und Beziehungsgestaltung
 1. Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
 2. Anamneseerhebung; Änderungsmotivation und stärkste Belastungen identifizieren
 3. Verhaltensanalyse und Funktionalitäten herausarbeiten (vorläufige Hypothesen bilden, kein absolutes Wissen)
 4. Psychoedukation zu Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten
 5. Therapieziele und Behandlungsplanung
2. Sicherheit und das passende Therapiesetting herstellen
3. Stabilisierung und weitere Psychoedukation zu den geplanten Interventionen
 - Traumalandkarte
 - Sicherer Ort-Übung
 - EMDR-Stabilisierungsübungen
 - CIPOS-Test
4. Intervention – Traumata bearbeiten
 1. EMDR (Phasen 3–7)
 - Bewertung des Traumas
 - Desensibilisierung und Reprozessieren
 - Verankerung der positiven Kognition
 - Körpertests
 - Abschluss der Sitzung

Detaillierte Beschreibung des gesamten Therapieaufbaus

Trauma- und Konfliktbearbeitung in der Planung trennen