

Psychotherapie: Praxis



Karsten Böhm

EMDR in der Psychotherapie der PTBS

Traumatherapie praktisch umsetzen

 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.

Karsten Böhm

EMDR in der Psychotherapie der PTBS

Traumatherapie praktisch umsetzen

Mit einem Geleitwort von Dr. Arne Hofmann

Mit 23 Abbildungen und 4 Tabellen

 Springer

Karsten Böhm
Privatlinik Friedenweiler
Friedenweiler

ISBN 978-3-662-47892-9
DOI 10.1007/978-3-662-47893-6

ISBN 978-3-662-47893-6 (eBook)

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

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

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 Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

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.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Logan Hicks / ► <http://workhorsevisuals.com>

Abbildungen: Abb. 5.2 bis 5.6 © Heike Müller

Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

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, 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 der 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!

Dr. Arne Hofmann

Sommer 2015

Vorwort

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 (Chrysippos 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 aktuell 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 wieder. 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.

Friedenweiler, im August 2015

Karsten Böhm

Der Autor



Dr. phil. Dipl. Psych. Karsten R. Böhm wurde 1973 in Lennestadt/Deutschland geboren, ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Er ist Leitender Psychologe an der Privatklinik Friedenweiler im Schwarzwald, Vorstandsmitglied der EMDRIA-Deutschland, EMDR- und Traumatherapeut und EMDR-Supervisor, Verhaltenstherapeut und Supervisor für Verhaltenstherapie, Psychotherapeut und Berater in der Akutversorgung von Unfall- und Katastrophenopfern im In- und Ausland sowie Notfallseelsorger der Feuerwehr. An verschiedenen Aus- und Weiterbildungsinstituten und auf Kongressen ist Dr. Böhm als Referent und Ausbildungsleiter 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
boehm@klinik-friedenweiler.de

Inhaltsverzeichnis

1	Behandlungshintergrund mit EMDR und Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung	1
	<i>Karsten Böhm</i>	
1.1	EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	3
1.1.1	Nutzen von EMDR im therapeutischen Prozess	6
1.2	Der Behandlungsaufbau	7
1.2.1	Der allgemeine Behandlungsaufbau nach Kanfer und Kollegen	8
1.2.2	Das klassische EMDR-8-Phasen-Protokoll	9
1.2.3	Das »Integrierte EMDR-Protokoll« der PTBS-Behandlung	10
1.3	Symptomatik und Diagnostik der PTBS	13
1.3.1	Traumaarten	15
1.3.2	Komplexe PTBS	16
1.3.3	Anamneseerhebung	17
1.3.4	Hauptsymptomatik der PTBS	18
1.3.5	Hauptsymptome der komplexen PTBS	20
1.3.6	Das Symptom der Dissoziation	21
1.3.7	Antidissoziative Strategien	22
1.3.8	Psychosomatische Beeinträchtigungen	23
1.3.9	Komorbiditäten	24
1.4	Therapeutenverhalten in den ersten Sitzungen	24
1.5	Verhaltensanalyse und Funktionalitäten	25
1.6	Checkliste Kapitel 1	26
2	Beziehungsgestaltung in der EMDR-Behandlung	27
	<i>Karsten Böhm</i>	
2.1	EMDR im Vergleich zu anderen Therapieschulen	29
2.2	Das Krankheitsmodell: das AIP-Modell	30
2.3	Schwierigkeiten beim Aufbau der therapeutischen Beziehung	32
2.3.1	Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau mit traumatisierten Patienten	32
2.3.2	Täterintrojekte als Belastung für den Therapeuten	34
2.4	Techniken der Beziehungsgestaltung	34
2.4.1	Einbezug der Persönlichkeitsstile in den Beziehungsaufbau	35
2.4.2	Die Arbeit mit inneren Anteilen	36
2.4.3	Der misstrauische Patient braucht Kontrolle	39
2.4.4	Weiterentwicklung der Empathiefähigkeit	40
2.4.5	Neue Betrachtung der Emotionen einführen (Grundemotionen)	40
2.4.6	Das Konzept der Großzügigkeit	42
2.5	Übungen zur Beziehungsgestaltung	43
2.5.1	Übung zur Lebenseinstellung	44
2.5.2	Übung »Schönste Kleidung«	45
2.5.3	Übung »James Dean-Intervention«	46
2.5.4	Übung »Im Zweifel für den Zweifel«	47

2.5.5	Übung »Behandle jeden wie 35«	49
2.6	Der Weg ist das Ziel – Präventive Aspekte der Therapie	50
2.6.1	Aktives Coping	50
2.6.2	Passives Coping	51
2.7	Unterschiede in der Entstehung von Traumata	51
2.7.1	Unterschiede in der Beziehungsgestaltung	53
2.8	Therapieziele und Behandlungsplanung	55
2.9	Checkliste Kapitel 2	56
3	Sicherheit und das passende therapeutische Setting	57
	<i>Karsten Böhm</i>	
3.1	Sicherheit im Therapieprozess	58
3.2	Sicherheit im Alltag – Täterkontakt	59
3.3	Ambulante vs. stationäre Behandlung	61
3.3.1	Entscheidungshilfen für die Wahl des therapeutischen Settings	62
3.4	Strafrechtliche Verfolgung	63
3.5	Frequenz der Behandlungssitzungen	64
3.6	Umgang mit dissoziativen Zuständen	64
3.6.1	Praktische Tipps zur Unterbrechung von (teil-)dissoziierten Zuständen	66
3.7	Psychoedukation	67
3.7.1	Mögliche Nebenwirkungen von EMDR	67
3.7.2	Arbeitsmodell des EMDR erklären	68
3.7.3	Praktischer Tipp: typische Fragen und Antworten in der Psychoedukation	70
3.8	Exkurs: Die Medikation der PTBS	72
3.9	Exkurs: Neurophysiologische Grundlagen der PTBS	74
3.10	Checkliste Kapitel 3	77
4	Stabilisierungsphase im EMDR	79
	<i>Karsten Böhm</i>	
4.1	Stabilisierungstechniken und Ressourcenarbeit	82
4.1.1	Intrapersonelle Ebene der Stabilisierung	82
4.1.2	Körperliche Ebene der Stabilisierung	85
4.1.3	Interpersonelle Ebene der Stabilisierung	86
4.2	EMDR Vorbereitung	87
4.2.1	Traumalandkarte	87
4.2.2	Behandlungsplan prüfen	89
4.2.3	EMDR kennenlernen	90
4.2.4	EMDR und der sichere Ort	92
4.2.5	Entscheidungsübung CIPOS	93
4.3	Andere Stabilisierungsübungen	94
4.3.1	Flashback stoppen können	94
4.3.2	Psychoedukation als Stabilisierungsstrategie	94
4.3.3	Stabilisierende Imaginationsübungen	96
4.3.4	Achtsamkeit	97

4.3.5	Atemübungen	98
4.4	Checkliste Kapitel 4	99
5	Traumabearbeitung	101
	<i>Karsten Böhm</i>	
5.1	Kombination von EMDR mit Expositionsübungen	104
5.2	Ebenen der Traumaverarbeitung	107
5.2.1	Exkurs: Typ II-Traumata	109
5.3	EMDR-Ablauf: Ein Überblick	110
5.4	Auswahl der zu bearbeitenden Erinnerung	112
5.5	Techniken der Stimulation	113
5.5.1	Bilaterale Stimulation mit Augenbewegungen	115
5.5.2	»Tappen«	119
5.5.3	Bilaterale Stimulation mit akustischen Reizen	121
5.6	Im Detail: Die traumaverarbeitende EMDR-Sitzung	122
5.6.1	Kognitionsphase	122
5.6.2	Affektphase	127
5.7	Umgang bei schwerer oder komplexer Traumatisierung – das umgekehrte Standardprotokoll.	130
5.8	EMDR bei Dissoziation	131
5.9	Umgang mit Blockaden	132
5.10	Inkomplette EMDR-Sitzungen	133
5.11	Checkliste Kapitel 5	135
6	Konfliktbearbeitung	137
	<i>Karsten Böhm</i>	
6.1	Trost und Trauer des Inneren Kindes	140
6.2	Kritische Lebensereignisse	142
6.3	Träume	143
6.4	Das Window of Tolerance	145
6.5	Rolle von der Anteile-Arbeit (Ego-States) bei der Konfliktbearbeitung	146
6.6	Nutzung imaginativer Techniken	148
6.7	Arbeit an Lebenszielen	149
6.8	Scheitern ohne zu scheitern	150
6.9	Arbeit an Schemata	150
6.10	Das eigene zerbrechliche Selbst	152
6.11	Schwierige Therapiesituationen	152
6.11.1	Täter aus Bekanntenkreis mit fortgeführter Kontaktaufnahme	152
6.11.2	Vermeidung	154
6.11.3	Zugmetapher	155
6.11.4	Veränderung des Unveränderbaren	156
6.11.5	Neue negative Kognitionen (NK) während der Therapie	156
6.11.6	Persönlichkeitsstörung als therapeutisches Hindernis	157
6.11.7	Klärung der Motivationsfrage	157
6.12	Checkliste Kapitel 6	158

7	Häufige Komorbiditäten der PTBS	159
	<i>Karsten Böhm</i>	
7.1	Unterschied von Trauma und Traumatisierung: »Big T« und »small t«	162
7.2	Depression und EMDR	163
7.3	Zwangsstörungen und EMDR	165
7.3.1	Vorbereitungsphase	165
7.3.2	Zwangsbearbeitung	168
7.3.3	Konfliktbearbeitung des Zwangs	172
7.4	Angststörungen und EMDR	173
7.5	Abhängigkeitserkrankungen und EMDR	176
7.6	Checkliste Kapitel 7	178
8	Selbstmanagement mit EMDR	179
	<i>Karsten Böhm</i>	
8.1	Nach dem EMDR ist vor dem EMDR: Eigenverantwortliche EMDR-Sitzungen durch den Patienten selbst	182
8.2	Praxis-Tipps für die Traumatherapie	183
8.2.1	Umgang mit Jahrestagen	184
8.2.2	Umgang mit Täterkontakten	184
8.2.3	Umgang mit Medien	186
8.2.4	Umgang mit Wut	187
8.2.5	Umgang mit Mut	187
8.2.6	Umgang mit Liebe und Beziehung	188
8.2.7	Umgang mit Scheitern	189
8.3	Achtsamkeit im EMDR	191
8.4	Gesellschaftlicher Blick auf Traumata	193
8.4.1	Weiteres Einüben von Perspektivenwechseln: »Boys Don't Cry«	193
8.5	Checkliste Kapitel 8	194
	 Serviceteil	
	 Literatur	196
	 Stichwortverzeichnis	199

Behandlungshintergrund mit EMDR und Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung

Karsten Böhm

- 1.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – 3**
 - 1.1.1 Nutzen von EMDR im therapeutischen Prozess – 6
- 1.2 Der Behandlungsaufbau – 7**
 - 1.2.1 Der allgemeine Behandlungsaufbau nach Kanfer und Kollegen – 8
 - 1.2.2 Das klassische EMDR-8-Phasen-Protokoll – 9
 - 1.2.3 Das »Integrierte EMDR-Protokoll« der PTBS-Behandlung – 10
- 1.3 Symptomatik und Diagnostik der PTBS – 13**
 - 1.3.1 Traumaarten – 15
 - 1.3.2 Komplexe PTBS – 16
 - 1.3.3 Anamneseerhebung – 17
 - 1.3.4 Hauptsymptomatik der PTBS – 18
 - 1.3.5 Hauptsymptome der komplexen PTBS – 20
 - 1.3.6 Das Symptom der Dissoziation – 21
 - 1.3.7 Antidissoziative Strategien – 22
 - 1.3.8 Psychosomatische Beeinträchtigungen – 23
 - 1.3.9 Komorbiditäten – 24
- 1.4 Therapeutenverhalten in den ersten Sitzungen – 24**
- 1.5 Verhaltensanalyse und Funktionalitäten – 25**
- 1.6 Checkliste Kapitel 1 – 26**

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 möglich. 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 Bedeutung der posttraumatischen Belastungsstörung

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 und 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 Extremerlebnissen 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

Unterstützung 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.

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.

Häufige Folgen der PTBS

1.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

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

Was ist EMDR?

Ursprung und Entwicklung von EMDR

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 Traumafolgeerkrankungen 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 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-Methode, die sie anfangs noch EMD (Eye Movement Desensitization) nannte. Das hinzugefügte »R« steht für die Neuverarbeitung von Gedächtnisinhalten, 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. 1996 führte Arne Hofmann EMDR in Deutschland ein. 1998 wurde der deutsche Dachverband EMDRIA gegründet. 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.

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.

Der genaue Wirkmechanismus von EMDR ist nicht bekannt. Ein Erklärungsmodell geht bei Traumatisierung von einem »sprachlosen Entsetzen« aus, in welchem die Erlebnisse zwar rechtshemisphärisch visuell prozessiert, hierbei jedoch nicht links-hemisphärisch 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 Verarbeitungsprozess entstehen lässt oder beschleunigt. Das Unsagbare muss dabei nicht bereits im Behandlungsprozess benannt werden, wie dies bei vielen anderen Traumaverarbeitungsmethoden 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 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 Traumageschehen 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 konnte durch eine Vielzahl von Studien validiert werden (unter anderem in den Metaanalysen von Schulz et al. 2015, Chen et al. 2015). Im Bereich anderer psychiatrischer Störungen steht dieser Nachweis meist noch aus, der anzunehmende Wirkmechanismus

Theorien zum Wirkmechanismus

Im EMDR muss nicht alles verbalisiert werden

Effizienzstudien zeigen eine Überlegenheit von EMDR

und die klinischen Erfahrungen lassen jedoch bereits jetzt eine Übertragung in andere Anwendungsbereiche zu. Interessant sind die Studien 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 Gesamtbehandlungskonzept 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.

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

EMDR ist ein aktiver Prozess. Patienten, die Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein erst im Angesicht des Traumas, und hiernach 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 eine klare Struktur und eindeutige Abläufe

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.

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 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 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

Im EMDR wird gemeinsam an den schrecklichen Erlebnissen gearbeitet

Trauer in der Traumaarbeit

EMDR zeigt den gesamten Behandlungsprozess auf

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

Die 7 Phasen der Psychotherapie zeigen das grundsätzlich psychotherapeutische Vorgehen auf

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 vor allem 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