



*Einbindung von EMDR in
tiefenpsychologisch -fundierte
Psychotherapiebehandlungen*

Dr. med. Helga Ströhle 2.6.2012

Überlegungen zu vier möglichen Umgangsweisen mit der EMDR -Methode bei Kollegen nach Besuch des Level 1: (Arne Hofmann 2010)

- Abbrecher
- Selektive Nutzer von EMDR
- Routinemäßiger Einsatz von EMDR
- Schwerpunktmäßige Traumatherapeuten / zu selektiv?

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

**Ätiologisch orientierte Therapieformen,
mit**

**welchen die unbewusste
Psychodynamik**

**aktuell wirksamer neurotischer Konflikte
und struktureller Störungen unter
Beachtung von Übertragung ,
Gegenübertragung und Widerstand
behandelt wird.**

(Psychotherapierichtlinien 2009,§14a,1)

Faber-Haarstrick Ausgabe 9

„ In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können bei **gesicherter Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** traumatherapeutische Interventionen indiziert sein. Diese Interventionen müssen jeweils in eine tiefenpsychologisch fundierte Gesamtkonzeption integriert sein. (2011,S.44)“

- Vortrag heute morgen und ausführlicher Kommentar von Ingo Jungclaussen im Emdria Rundbrief 25



Entsprechend der psychodynamischen Theorie versteht sie die Symptomentstehung der komplexen Traumafolgestörung auf der Basis aktualisierter unbewußter infantiler Konflikte und /oder struktureller Defizite (Wöller, Emdria Rundbrief)

Und lässt zunächst exogene Faktoren Unberücksichtigt.

- Bereits bei Sigmund Freud (1920..) finden sich Hinweise darauf, dass ein Trauma die Psyche so verletzen kann, dass normale Abwehr –und Bewältigungsmechanismen nicht mehr zur Verfügung stehen.
- Ferenczi (1933) Artikel: „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind „
„...Die nicht genügend tiefe Erforschung des exogenen Moments führt die Gefahr mit sich, dass man vorzeitig zu Erklärungen mittels Disposition und Konstitution greift...“

Überlegungen welche Kriterien eine tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (TP) bzw. eine analytische Psychotherapie (AP) erfüllen müssen, um traumatisierte Patienten lege artis zu behandeln, stellen u.a. 2003 Fischer, Reddemann et.al an

**Motto: Soviel Reform wie nötig,
 soviel Tradition wie möglich**

Konflikt versus Trauma

- Ein Trauma wirkt nicht vorwiegend „per se“ und direkt, sondern durch die Reaktionen, die es hervor ruft...
-auf Dauer gesehen wirkt sich ein Trauma darüber aus, dass es eine optimale Überwindung der Grundkonflikte verunmöglicht..

.(Mentzos,2009 Lehrbuch der Psychodynamik Kap.2.7)

AIP—adaptive Informationsverarbeitung

Annahme, dass die Ursache von
Traumafolgestörungen eine dysfunktionale
Erinnerungsverarbeitung ist.

Das physiologische Informationssystem,
welches

für Assimilation und Integration
verantwortlich ist,

wird durch die traumatische Einwirkung
gestört .

Somit werden die traumatischen Erlebnisse

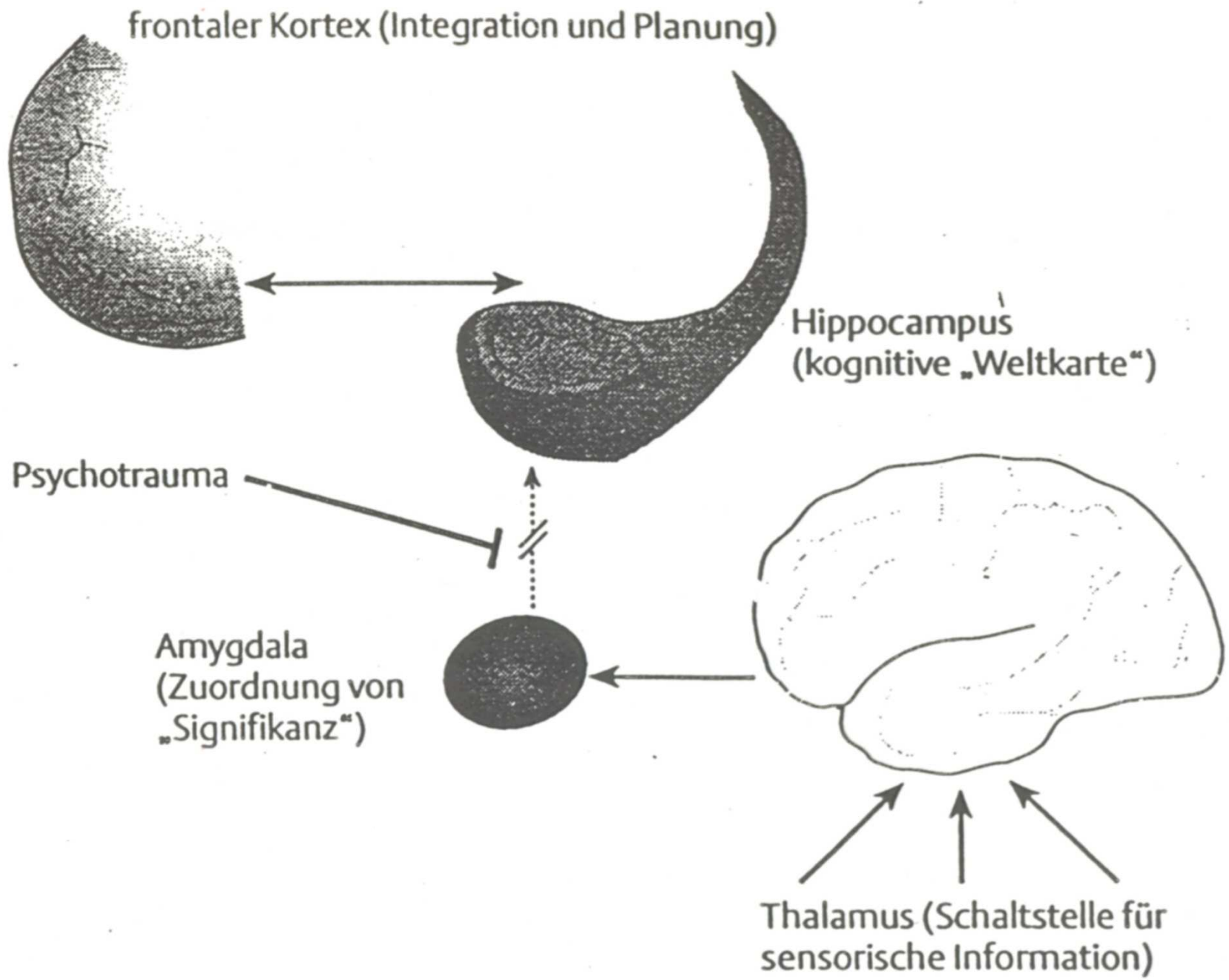
Störungsmodell

Angsterkrankung und Störung der Informationsverarbeitung

Angstmodell : Überflutung mit aversiven Reizen führt zu einer Angststruktur, daraus resultiert ein Vermeidungsverhalten, welches generalisiert

Informationsverarbeitungsmodell: durch extremen Stress kommt es zu einer Überforderung der Informationsverarbeitung

→ peritraumatische Dissoziation → Kohärenzverlust
Sensomotorischer Informationen → fragmentierte, implizite
Erinnerungen → Triggerbarkeit durch Auslösereize →
Erhöhtes Stressniveau(Hyperarousal) (M. Enderle, OÄ Ostalbklinikum Aalen)



Äußeres stressreiches Ereignis



Überflutung mit aversiven Reizen



nicht dagegen
ankämpfen können

=

NO FIGHT



nicht davor
fliehen können

=

NO FLIGHT



Konsequenz: **FREEZE** und **FRAGMENT**





Nach Wolfgang Wöller kann EMDR innerhalb der psychodynamischen Therapie für spezifische Aufgaben unterstützend sein.

- 1) Förderung der Integration von traumatisch verarbeiteter Erinnerung, Senkung der traumatischen Stressbelastung...
- 2) Unterstützung des notwendigen Prozesses der Durcharbeitung bei komplex traumatisierten Patienten.
- 3) „Umgehen“ von rationalisierender und intellektualisierender Charakterabwehr: d.h. lösen von alten dysfunktionalen Verknüpfungen...

4) Der Aufbau defizitärer Ich-Funktionen im Rahmen einer strukturbezogenen Psychotherapie kann durch bilaterale Verstärkung von Ressourcenvorstellungen gefördert werden (Rudolph 2006)

(Artikel von Wolfgang Wöller im Emdria Rundbrief 25)

Paradigmenwechsel

Es gibt Probleme, die von außen kommen und die die intrapsychischen Möglichkeiten der Verarbeitung überfordern, d.h. eine Verarbeitung blockieren oder zumindest deutlich erschweren können.

Es reicht nicht aus nur auf der corticalen Ebene zu arbeiten:

- zu sprechen
- zu erklären
- zu deuten

Hier kommt EMDR zum Einsatz, denn

EMDR setzt bei subcorticalen Prozessen an, dort wo die Verarbeitung stecken geblieben ist.

Studie von Cloitre (2010)

Patienten (n= 104) in der Anamnese sex. Mißbrauch:
62% Persönlichkeitsstörungen
31% Suchtvorgeschichte, 81% PTBS

Drei Interventionsgruppen:

- 1) Stabilisierung / Null Unterstützung (ST/ 0)
- 2) Null Unterstützung / Exposition (0/ EX)
- 3) Stabilisierung / Exposition (ST/EX)

Ergebnisse Cloitre (2010)

- 1) Stabilisierung / null Unterstützung (St/0)
- 2) Null Unterstützung / Exposition (0/ E)
- 3) Stabilisierung / Exposition (St/E)

	PTBS frei (post)	Klin. sign. schlechter	Abbruch
STAB / 0	47%	22%	26%
0 / EX	33%	31%	39%
STA/ EX	61%	0%	15%

Warum funktioniert das?

Cloitre :

- Motivation
- Gegenwartsfokussierung durch Skills
- Fähigkeiten zur Problembewältigung (Ressourcenaufbau)
- Beziehungsaufbau (Bindung)
- Co-Affektregulation (Bindung)
- Traumabearbeitung wirkt nachhaltig

(Studien Folien von Arne Hofmann aufbereitet)

Diagnoseproblem

Angststörung

Depression

PTSD

Somatophorme
Störung

Dissoziative
Störung

Sucht

Therapieplanung:

- Beziehungsaufbau/ Diagnostik / Denken an ein mögliches Trauma (BDI, DES, ETI, SDQ 20, ...)
 - Arbeitsbündnis,
 - Vertrauen und Sicherheit schaffen,
 - Konflikte erfassen
 - Ressourcenaktivierung, Imaginationsübungen zur Stabilisierung
 - Traumalandkarte, Konfrontation vorbereiten
- ❖ Sprich : Stabilisierung und Beziehungsaufbau geht jeder EMDR Arbeit bei komplex traumatisierten Patienten voraus.
(etwas geändertes Vorgehen bei Akuter Traumastörung, PTBS bei Monotrauma, (IES) Stabilität wird überprüft

Patientengeschichte Frau F. geb.1950

Anamnese:

Geboren in Serbien als 7. von 10 Kindern

Kindheit geprägt von Gewalt, Missachtung, Lieblosigkeit

Volksschule und Lehre als Teppichweberin

Mit 15 J Vergewaltigung durch den späteren Mann, Heirat dieses Mannes mit 17, da sie nichts Besseres verdient habe, 1968 Geburt der 1.Tochter

Flucht nach Deutschland im Alter von 20 J., 1971 Scheidung

Entwürdigungen im Haus der älteren Schwester in Deutschland gingen weiter,

Sie schlug sich als Fabrikarbeiterin mit ihrer Tochter durch.

1979 2. Ehe mit einem Italiener, 1981 Geburt der 2.Tochter

Mittlerweile Ehe als Zweckgemeinschaft

2001 Suizidversuch

2002 ambulante VT

In 2005 zwei längere stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie, dann Tagesklinik, dort weiter stabilisierende niederfrequente Anbindung
Ende 2008 erste Kontaktaufnahme durch Vermittlung der Oberärztin.

Diagnose: Schwere Depression ohne psychotische Symptome (Klinik)

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Autoimmunerkrankung der Leber

Symptomatik:

Alpträume, wenig Selbstwertgefühl, Massive triggerbare Ängste durch Fernsehen, Radio und entwertend lieblosen Umgang zu Hause.

Körperdissoziationen , Wutausbrüche und Schuldgefühle

Suizidgedanken

Diagnostik: ETI und SDQ 20 zur Diagnosesicherung

Behandlungsplan: Beziehungsaufbau und Stabilisierung
Psychoedukation , Sonnentagebuch, innere Kindarbeit ,
5 Päckchen Übung
Ressourcendiagramm
Belastungsdiagramm, Traumalandkarte , CIPOS,
und erste Konfrontation: Vergewaltigung1965 /
Gewalt durch ihren ersten Mann

EMDR: ab der 30.Std:

01.07.10 (30) NK: ich bin schwach; PK ich bin stark (VOC 2)

08.07.10 (31) Erinnerungen ausgepackt, ohne erneut NK u. PK erfragt: weiter prozessiert

22.07.10 (33) Symptomatik aufs Trauma bezogen: Trauer und Angst

29.07.10 (34) Paket noch da , aber nur noch klein: Angst

30.09.10 (38) Trauer mit SUD von 1-2; unter EMDR gefühlter Anstieg

21.10.10 (41) NK: ich bin es nicht wert; PK ich bin es wert! VOC 5,SUD 2

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !!!!!!!!

und ich hoffe, dass Sie noch mehr Mut
bekommen haben, EMDR in die
psychodynamischen Therapien einzubinden.

