

Wieviel Traumatherapie brauchen SystemikerInnen? Was und wozu ist EMDR?

Dr.ⁱⁿ Mag.^a Theresia Gabriel
Mag.^a Eva Gruber
Mag.^a Johanna Schwetz-Würth

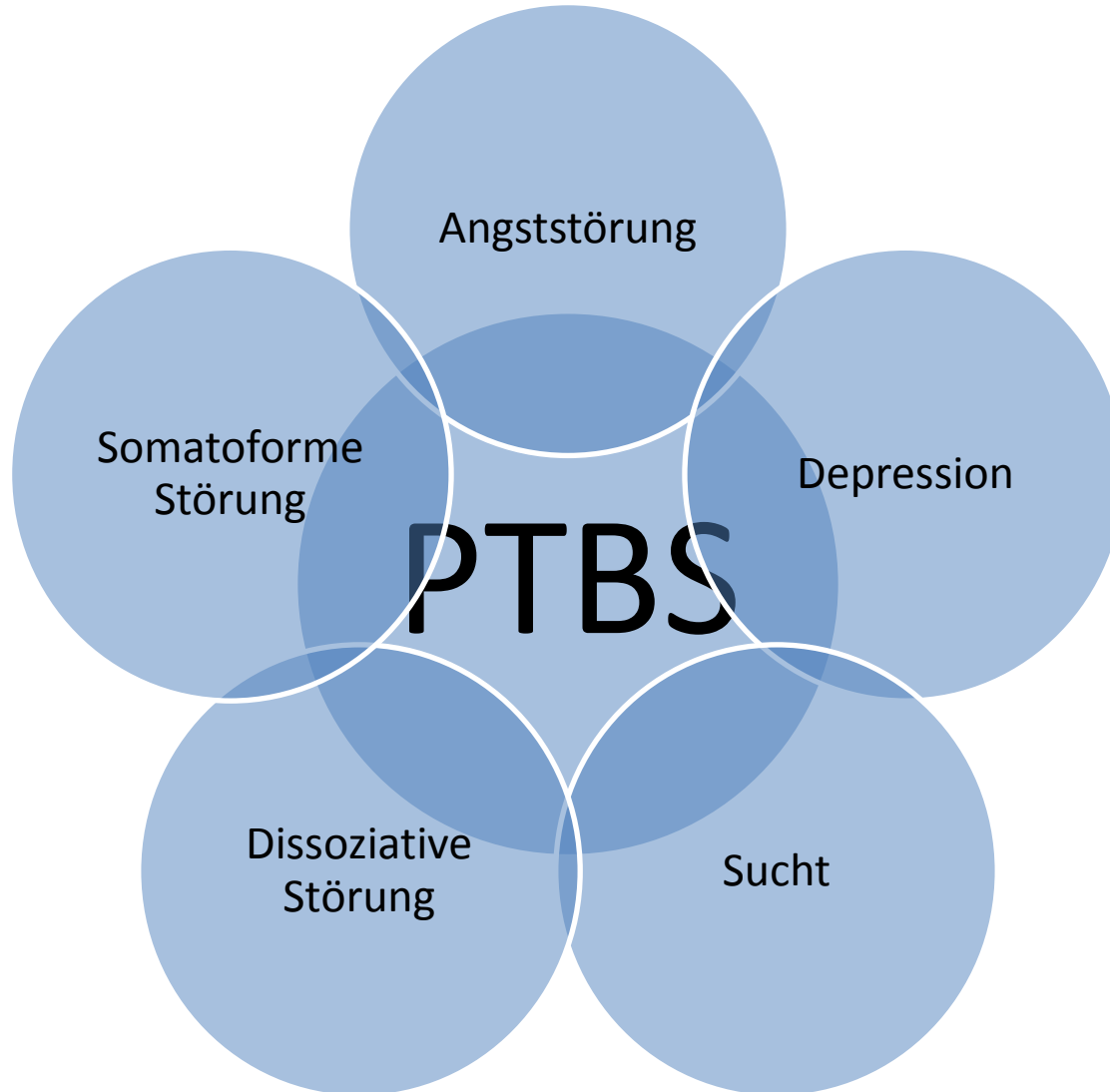
Jour-fixe der ÖAS, 24.11.2011

Ich hab keine *Traumaleute* in meiner Praxis.

Kennen Sie vielleicht ...

- Ein Klient, der seit ca. 10 Jahren mehrere Joints pro Tag raucht, kommt in die Therapie. Er hat keinen Leidensdruck.
- Ein Klient kommt zur Therapie: wenn er seine Affektdurchbrüche nicht in den Griff kriegt, drohe Verlust von Job und Partnerin.
- Ein Klient leidet unter Depressionen, die nicht und nicht besser werden – und es sei doch alles paletti, Kindheit super gewesen.
- Eine Klientin, die unter starken Zwängen leidet, erreicht zwar in der Therapie Besserung, aber die Zwänge werden nicht besser.
- Eine Klientin geht zum Alkohol-Entzug ins API und bricht dort, trotz vorab so hoher Motivation ab.
- KlientInnen leiden unter chronischen, stark belastenden Schmerzen o.B.
- ...

Komorbiditäten



Was ist Trauma?

Trauma ≠ Traumatisierung

- ICD-10: Ein Trauma ist ein „... belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“
- Fischer, Riedesser (1998): vitales Diskrepanz-Erlebnis, Gefühle von Preisgabe und Hilflosigkeit, Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (siehe unsere Sprache)
- Als Traumata können daher auch (≠ ICD-10) Ausgrenzungs- und Demütigungserlebnisse wie Mobbing bezeichnet werden – für Kinder auch Vernachlässigung sowie psychische, körperliche, sexuelle Gewalt.
- Traumatisierung ist eine normale Reaktion auf abnormale Erlebnisse.
- Hochstress wirkt auf Neurobiologie, Autonomes NS, subjektives Erleben.

Traumaformel

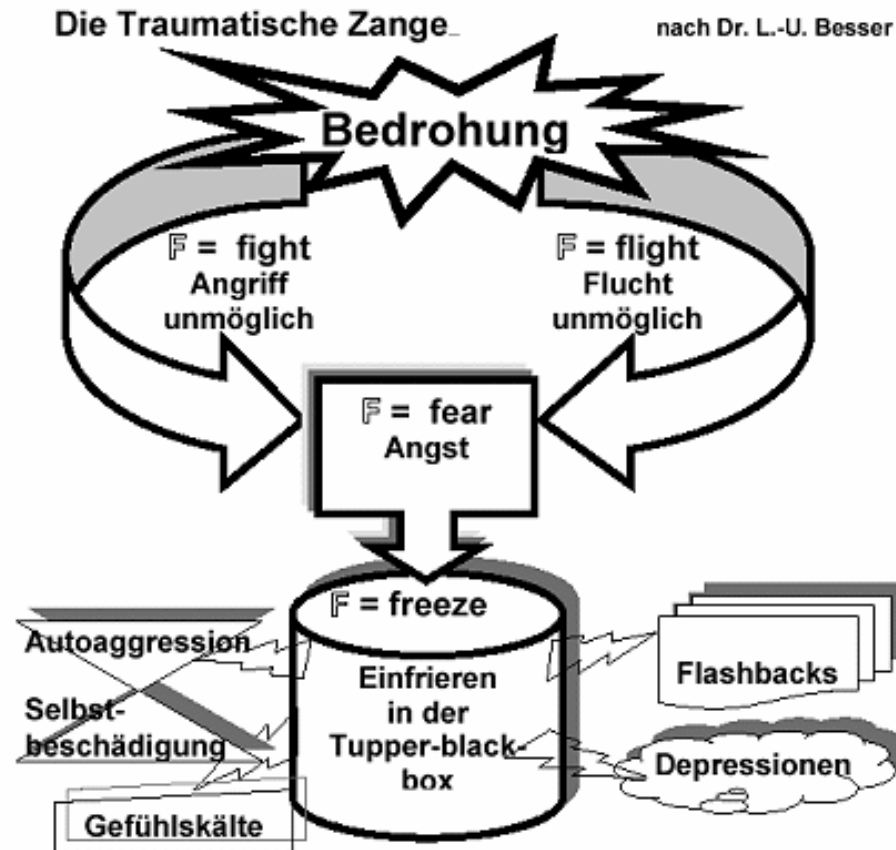
Sabine Lehmann

- Objektiv belastendes Erlebnis außerhalb der Erfahrungsnorm
- und
- Subjektives Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht, intensiver Furcht und Entsetzen

= psychische Traumatisierung

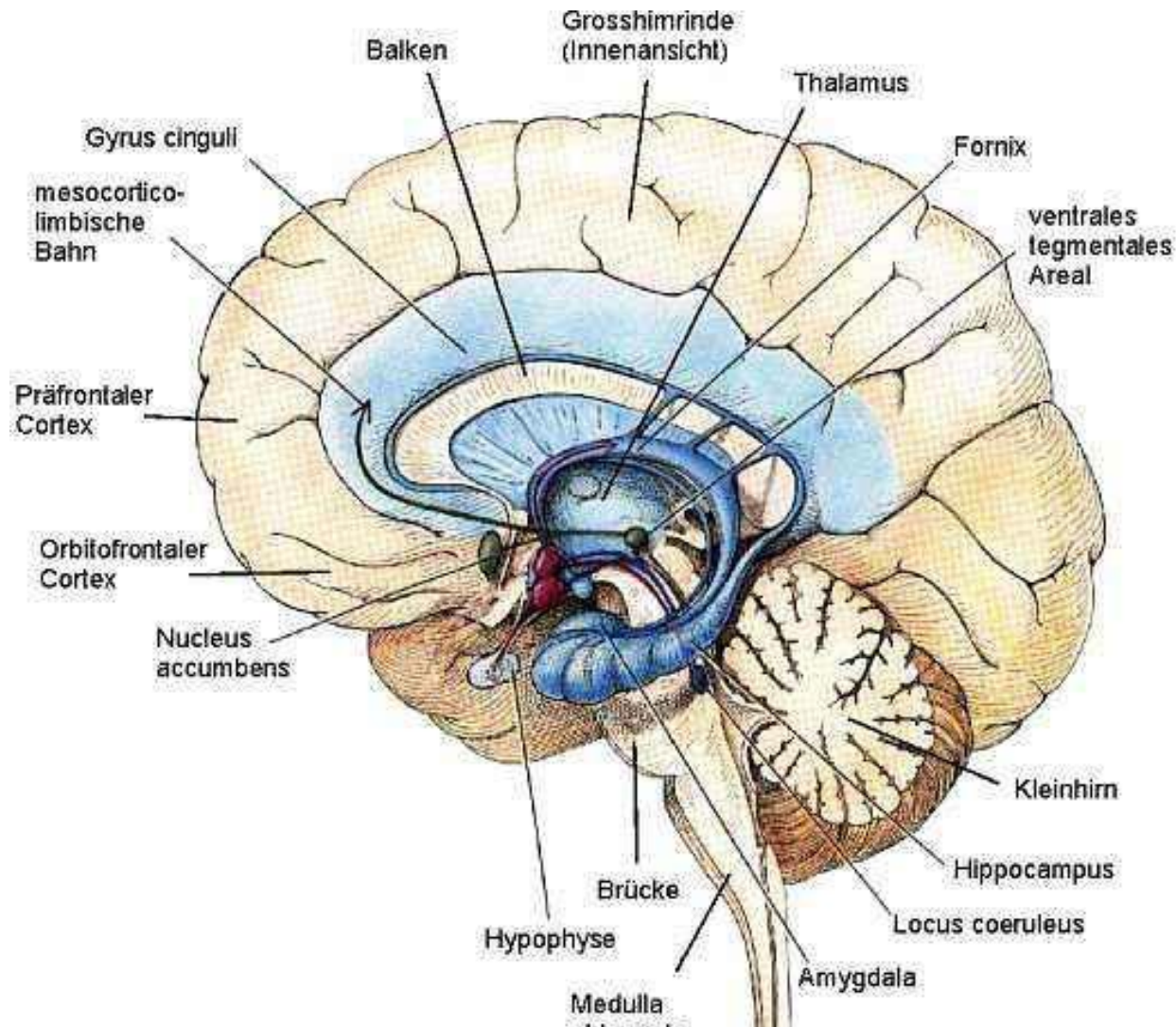
Wichtig: ein Trauma ist noch keine Traumafolgestörung!

Warum reicht das (systemische) Therapiewerkzeug für von Traumatisierung Betroffene Menschen nicht aus?



Fallvignette „ich hab ein Recht zu leben“

Strukturen der cerebralen Informationsverarbeitung



Typische Hauptsymptome nach Traumatisierung

- *Intrusion* (ungewolltes und wiederholtes Erinnern an das traumatische Ereignis oftmals hervorgerufen durch sog.Trigger)
- *Hyperarousal* (vermehrte Wut; Konzentrationsschwierigkeiten; gestiegene Wachsamkeit gegenüber Gefahrenreizen; leichte Erschreckbarkeit)
- *Avoidance* (Vermeidenwollen von Gedanken und Gefühlen, die an das Trauma erinnern könnten; Vermeiden des Traumaortes oder nicht mehr aus dem Haus gehen; Vermeiden von schmerzhaften Erinnerungen durch Dissoziation oder durch Teilamnesien)
- *emotionale Taubheit* (Fähigkeit sich zu freuen, zu lieben oder zur Trauer sind eingeschränkt)

- *Traumastates* (verändertes Bewusstsein, Depersonalisation, Derealisation, veränderte Körperfunktionen)
- *Dissoziative Symptome* (veränderte Bewusstseinszustände, Amnesie, Benommenheit, fugue-Zustände)

Trauma-Folgestörungen im Überblick

Typ I Trauma

Monotrauma

- Akute Belastungsreaktion
- Anpassungsstörung

Multitrauma

- PTBS

Typ II Trauma

sequenzielles T

- Angst. Depression
- Somatoforme St.
- Sucht
- ...
als Komorbiditäten

Entw.-Trauma

- DESNOS
- Entw.T.St.
- DDNOS
- DIS
- BPD

Je weniger soz. Unterstützung, heftiger/früher/länger die Traumata, desto höher die Traumatisierungsrate, schwerer die Folgen, länger die Therapie und später (wenn überhaupt) Trauma-Konfrontation.

Und was sagt das ICD-10 dazu?

F43.0 Akute Belastungsreaktion

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

F44 Dissoziative Störungen

F45 Somatoforme Störungen

F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F90-F98 Verhaltens- / emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend

Was ist Psychotrauma-Therapie?

- PionierInnen: Freud (Hysterie), Janet (Dissoziation)
- „Aufschwung“ der Psychotraumatherapie in der Arbeit mit Vietnam-Veteranen, Selyes Stressforschung (fight/flight)
- Arbeit mit den belastenden Erinnerungen: von „Es ist unaushaltbar. Ich bin ohnmächtig und hilflos!“ zu „Es ist vorbei und stört mich jetzt & hier nicht mehr.“
- wissenschaftliche Fundierung
- Therapieschulen-übergreifende Ansätze
- Qualitätssicherung in Aus- und Weiterbildung

Grundhaltungen

- Neugier: jedeR KlientIn ist anders
- Radikaler Respekt: Wertschätzung aller Anteile der Person
- Gewaltfreiheit: nach Außen und Innen
- Ressourcenorientierung: „Symptome“ als Lösungsversuche
- Lösungsorientierung: Linderung des Leidvollen von Beginn an
- Zielorientiert: Erreichung vereinbarter (Teil-) Ziele
- Nichtwissen: KlientInnen sind ExpertInnen für sich selbst
- Wissen: neurobiologische Erkenntnisse als Erklärungsmodelle
- Ressourcenschonung: so wenig wie möglich und viel wie nötig
- Sparsamkeit: so kurz wie möglich und so lang wie nötig
- ...

Phasen der Psychotrauma-Therapie

1. Beziehungsaufbau, Anamnese, Diagnostik, Psychoedukation
 - Ressourcen-/Traumalandkarte
Übung „Ressourcenlandkarte“
2. Stabilisierung, Ressourcenaufbau
 - Sicherheit im Außen (Ausstiegsbegleitung)
 - Helfersystem auf-/ausbauen
 - Imaginationsübungen (innerer sicherer Ort, inneres Team...)
 - Notfallkoffer
 - Screenen positive Life-Events
Fallvignette „Kürbissuppe“
3. Trauma-Konfrontation / Trauma-Synthese
 - Bildschirmtechnik
 - Screenen (KReST)
 - EMDR
Fallvignette „das Reh auf der Lichtung“
4. Integration, Trauer, Abschluss

Phasen überlappen sich oft, sind z.T. nicht nötig/möglich...

Psychotrauma-Konfrontation mit EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- Zufallsentdeckung: bei gleichzeitigem Denken an Belastendes und li-re-Augenbewegungen nimmt die Belastung ab
- Bilaterale Stimulierung mittels alternierend beidseitiger Sinnesreize (z. B. geleitete Augenbewegungen, Antippen der Hände/Knie, Schnippen mit den Fingern, Schmetterlingsumarmung)
- bringen die Verarbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen neu in Gang und führen sie zu Ende.

Psychotrauma-Konfrontation mit EMDR: Wie funktioniert das praktisch?

EMDR folgt einem standardisierten Ablauf (Protokoll) in 8 Phasen

1. Anamnese
siehe Phasen der Psycho-Traumatherapie
2. Vorbereitung und Stabilisierung
siehe Phasen der Psycho-Traumatherapie, Erklären EMDR, Behandlungsplan
3. Auswahl des zu bearbeitenden Erlebnis/Vorstellung
Bild, negative Kognition, positive Kognition, Stimmigkeit der positiven Kognition, Gefühle, Belastungsgrad, Körperempfindungen
4. Desensibilisieren / Prozessieren
bilaterale Stimulierung in so vielen *Kanälen* wie nötig, jew. zurück zum Ausgangsereignis bis Belastungsgrad 0-1
5. Verankerung
6. Körpertest
7. Abschluss

EMDR zum Ressourcenaufbau

- EMDR kann zur Verstärkung von Ressourcen (Fähigkeiten) verwendet werden.
- Diese werden auch als „Vorübung“ für Konfrontations-EMDR angewandt: Kennenlernen der Technik, Reaktion auf bilaterale Stimulierung
- Eine ausgewählte Technik ist z.B.: Position of Power:
Denken Sie an einen schönen Moment im letzten halben Jahr/Jahr.
(sinnliche Eindrücke)
Welche Fähigkeit hat Ihnen ermöglicht, das zu erleben?
Wo spüren Sie diese Fähigkeit jetzt im Körper besonders gut?
(Schmetterlingsumarmung)
Fokussieren Sie bitte den Moment mit all seinen sinnlichen Details, ihre Fähigkeit XYZ – die Sie (wo) spüren und tapen Sie langsam – auf jeder Seite ca. 10 mal.

Kontakt

- Dr.ⁱⁿ Mag.^a Theresia Gabriel : www.psyconsult.at
- Mag.^a Eva Gruber: www.evagruber.at
- Mag.^a Johanna Schwetz-Würth: www.johanna-schwetz.at