

Erste desbezüglicheen Grundauferkasken bei psychologischen Untersuchungen zu unterscheiden (n) Phänomene möglicherst rasch als solche(n) zu differenzialdiagnostische Grundkenntnisse, um eine (n) logischen und artlichen Behandlern bzw. besser noch traumatisierte(n) Patientin möglichst rasch als solche(n) zu

Mit der gezielten Frage nach einem belastenden äußeren Traumatisierungserleben, obigeselten Diagnose Emmer Posttraumatische Belästigungshypothese bestätigt werden. Letztere hat immer einen Lebensorientierungen von 7-12%. (Ehlers, 1999 und Ehlers, 2003) gestellt werden. Gestaltete Hypothese bestätigt wird, wenn ein Lebenseindruck von 7-12% der weiteren Details im Beitrags von Hausmann in diesem Heft. Nicht selten zeigen sich nach psychischer Traumatisierung andere Symptome, die entweder alleine oder zusammen mit Traumatisierungssymptomen auftreten können. Solche Verhaltensweisen, wie Angstschieden, Formen, Angstschlafketten bis Panik, alle im Verschleiden bestehen; außerdem kann man: Sichtverhältnisse, Abschüttungen depressiver Symptome, somatoforme Störungen oder auch verschleierten Ausprägungen. Wenn diese Symptome in Verbindung mit Traumatisierungssymptomen auftreten, kann man differentialdiagnostisch vorgehen. Auch auf äußerer Potenzialbelastendes Ereignis am Anfang steht ein breit offenes Personen neu und ungewohnlich sind und im Außenpotenzial belastendes Ereignis am Anfang steht ein breit offenes Personen neu und ungewohnlich sind und objetivierbar ist, kann differentialdiagnostisch vgl. auch Austinburg von Rau in diesem Heft an eine Traumatisierung bestimmen werden - immer neben organischen und anderen psychischen Ursachen - es geht nicht darum,

Ein Patient benötigt z.B. von Vegetativen Liberellen-
ursache denken lassen: gungserscheinungen in verschiedener Ausprägung wie
Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten, oder auch
Schräckhaftigkeit, Jähzorn und Reizbarkeit. Weitere
Kann es sein, dass diese Patienten von qualenden Bildern
zurückgezogen sind. Freigießen, Bilder, erzählen, die unwillkür-
lich und „wie real“, aufzutauen, immer wieder in genau glei-
cher Form. Diese sogenannten „Nachhallerscheinungen“
belastend. Erstgrüsse sind deutlich zu unterscheiden von
Haluzinationen. Und wenn man genauer und gezielter ex-
ploriert und nach Verhältnissen und Erfahrungen seit der Zeit des
Autistens der anderen Symptome fragt, kann man häufig
auch massive Vermeidung bestimmen. Situationen und

In der Psychologischen oder ärztlichen Praxis finden sich oftmales Patientinnen mit vegetativer Erkrankung. Diesecheinungsphänomene sind nicht erklärbarer Symptome. Folgende typische Komplikation von Symptomen kann in eine traumatische

1. Erkennen von Traumapatientinnen in verschiedenen Behandlungssettings

Eva Münnker-Krammer, Sylvia Wintersperger & Arne Hofmann

Zum Verständnis von EMDR als Behandlungs-
methode für PTBS auf dem Hintergrund
der modernen Psychotraumatologie

Abstract

In diesen Beiträgen wird zunächst beschrieben, mit welchen Typen von Symptomen sich traumatisierte Patienten einfinden. Die Zusammenhang und die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen akuten oder psychologischen Praktiken wird erläutert. Keit profundierter Differenzialdiagnosisth werden erläutert. Es folgt ein kurzer historischer Abriss über die wichtigsten Schritte in der theoretischen und klinischen Befas- sung mit verschiedenen Themen sofern sie zur Anwendung der Posttraumatischen Belastungsstö- rung durch die WHO 1980. Psychische Trauma wird dann dargestellt als Reaktionssitzung von Extrem- und dessen klinischen Folgezuständen für die Symptomatik der PTBS. Diese dienen als Grundlage für das Verständnis und die therapeutische Freileitung und Informationsspektrum somatischer Beobachtungen und des EMDR.

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als weitere Methode wird detailliert beschrieben und PTBs. Die Methoden werden ebenfalls beschränkt auf der Beiträge und Evaluationen Behandlungsmethoden und schlossen.

Zusammenfassung

3. Diagnostische Einordnung von Traumafolgestörungen

In den letzten 20 Jahren gab und gibt es zahlreiche Theorie- und Forschungsarbeiten, die die neurobiologische und neuropsychologische Forschungsergebnisse, welche uns die einzelnen Symptome und Phänomene der Krankheitstypen erklären, erweitern und vertiefen. Diese Theorie- und Forschungsarbeiten sind von großer Bedeutung für die Therapie und Rehabilitation der Patienten.

Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTBS..

Bei den Soldaten aller Weltkriege und im Kontext des Ko-re-a- und Vietnamkrieges wurden Traumatafolgen wieder dis-kuhert, aber auch bei Frauen, die unter den Folgen häusli-cher Gewalt litt. Erst später, angesetzt von der Frauенbewegung und von den Vietnam-Veteranen-bewe-gungen in den 70-er Jahren des letzten Jahrhunderts, wur-deen zunehmend auch theoretische Ansätze zum Verständ-nis von Traumatafolgen entwickelt. Offiziell als Diagnose anerkannt wurden diese Störungen erst 1980 mit ihrer Aufnahme in die Liste der Erkrankungen der Weltge-sundheitsorganisation (WHO) – unter dem Namen „Post-traumatische Belastungsstörung“ (PTBS, engl. PTSD).

Psychotherapie gilt es natürliche, seit es Menschen gibt; in Form von zwischenebenenpsychischer Gewalt, im Kontext von Kriegschaufällungen, als Konsequenz von Naturkatastro- menpsychischen Gesellschaft und waren immer schon Teil der Phasen. Gewalt und deren Folgen waren immer schon Teil der menschlichen Geschichte und waren offenbar so im- mament, dass die Erfassung und Beschreibung, vor allem in den Auswirkungen als Karaltheitsbild erstmals etwa 150 Jahre nach der Entstehung der Beobachtungen zu dem außergewöhnlichen Spektrum der Neurologie Charcot untersuchte in Paris im Sezieren spektakulären Verlusten. Schließlich waren Sympome nicht körperlich sondern psychisch- seien Urtypen waren. Seitdem Schüller Sigismund Freud in Wien und Pierre Janet in Frankreich entwickelten weiter- schen Traumatistserungen seien (Freud, 1896).

Während Freud in Wien unter dem Druck der wissen- schaftlichen Offenlichkeit seine Hypothesen zurücknahm, und sein Interesse ganz der „inneren Realität“ zuwandte, behielt Janet diese Konzept weiter bei und entwickelte eine Therapieform, die in den Grundzügen schon der modernen Traumatherapie entspricht. Er prägte auch den Begriff der Dissoziation als einen wesentlichen Mechanismus, mitpsy- chischchem Extremstress umzugehen, fast wortlich so, wie er in moderaten Konzepten benutzt und weiterentwickelt.

2. Klinisches Erscheinungsbild und geschichtlicher Hinteregrund

erkenntnisse und ihr (ihm) kompetente Hilfe zu kommen zu lassen, sollte unbedingt vorhanden sein. Die Rolle der Kliniken psychologischen Diagnostik ist hier einmal mehr zu betonen.

Syrisch traumatisierte Menschen zeigen typische Folgeschäden, solte sie nicht vorhanden sein. Die Rolle der Kliniken hat die PTBS, vor allem die emotionale PTBS nach Mono-
trauma, heute eine ausgesprochen gute Prognose!

Ziel jeder traumatisierenden Therapie muss es sein, die Brüchstelle des Erlebens, die ja mit reiner sprachlichen Mitleid - und hier liegt sich die Limitierung der Meisten her- kommlicher Therapien - oft nicht erreichen wird, nach gezielter Bearbeitung zusammenzufügen, neu zu bedeuten und in die Persönlichkeit zu „integrieren“. Erst dann ist Kon- den sie auch erlebnismässig als „Vergangenheit“ zugeordnet.

Aufbauend auf dem open ausflutlich dragestellten neuro-biologischen Hintergrund der managenden Integration traumatischer Erlebnisse in die Persönlichkeit, die Biografie, in das „Selbstbild“ und das „Weltbild“ des Betriebe-phie, im Falle im Folgenden nun die EMDR-Methode vorgestellt.

5. Was ist EMDR – Wissenschaflicher Hintergrund, Effektivität und Effizienz

Klimisch zeigt sich, dass Traumatische Erinnerungen eine jüngliche Art (alle Arten von speziifischen Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken und auch Körpererinnerungen) jederzeit aus dem Sogenannten Impulzstein Gedächtnis heraus ins Bewusstsein treten können – häufig ausgelöst (getriggert) durch Stress- oder Angstsituationen, die Ahnlichkeit mit dem Ursprungserlebnis haben.

1. intrusivie Symptome: ein Permanentes Wiedererleben oder Erinnern des traumatischen Ereignisses: im Wachen und in den Träumen mit allen sensorischen Qualitäten mit oder Hyperarousal) 3. ein Permanenteranhaltende Stressbereitschaft des Organs (= vegetativen Hyperarousal)
2. einreaktives Beziehen, diesesen Albläufen zu entkommen mittels Vermeiden z.B. durch sozialen Rückzug, durch Beziehungsmitteln Medikamenten oder Drogen wie Alkohol (= konsistutive Symptome)
3. ein Permanenteranhaltende Stressbereitschaft des Organs (= vegetativen Hyperarousal)

In der modernen Neurobiologie, die von Bessell van der Kolk „emiglierete“, wurde (z.B. van der Kolk 1994, 1997), kann man die entsprechenden Veränderungen in diesen Bereichen des Gehirns sogar sichbar machen. Rauch und Mitarbeiter (1996, zit. Nach Servan-Schreiber, 2006, 160-161) untersuchten traumatisierte Menschen in einer Studie und zeigten mittlere bildgebende Verfahren (PET) eine Unterdrückung des Broca-Areals, sogenannt traumatische Brinne rungen erlebt werden. Gleichzeitig sind Breitläufige im limbischen System, vor allem in der rechten Hemisphäre, die für die Verarbeitung von Wahrnehmungen, Erinnerungen und Emotionen relevant sind (die Amygdala) überaktiv.

Aus diesen beschriebenen Vorgängen heraus sind die typischen Symptome (vgl. auch Fallobespiel in diesem Beitrag) der PTBs erklärbar.

Der traumatisierte Mensch erlebt „sprachloses Entsetzen“, er/sie kann dem Elternhaus keinem angemessenen Sinn oder Bedeutung verleihen und das Erleben kann nicht aufgezählt werden. Ein Raum und Zeit und das Erleben kann in die eigene Biografie eingearbeitet werden.

Neben dem Schutzeffekt, den man diesesm Reaktionsmuster wohl zuschreiben muss, haben diese Verbindungen weitreichende Folgen für die neuronale Informationsverarbeitung und Informationsspeicherung bezüglich des traumatischen Erlebnisses und damit engen Zusammenhang mit den schen Erlebnissen.

und subjektiver Bedeutungsgefüuge assoziiert ist, unterscheidet ebenfalls.

3. die Verneutzung mit dem bzw. die Weiterleitung der sen-sorischen Erlebnisse an den orbitonatalen Kortex, je-der Bereich neuer Erfahrungen mit dem mit Pferdehaltung

zentrum, das uns über unsre Freudenisse hinwoll sprechen lässt, ebenfalls blockiert; und

und zeitliche Einordnung von Kriterien und Sorgf, unterbrochen.

1. Es werden die Verbindungen zum Hippocampus, jenem subcortikalen Gehirnzentrum, welches für Raumliche

In einer Situation der Bedrohung wird im limbischen Sy stem die Amygdala (der „Mandrakein“), aktiv. Sie ist dann hauptsächlich für die blitzschnelle Einleitung der Stressreaktionen (Aktivierung von Stoßwechsel, Muskelparalysen, vegetativem System) verantwortlich. Für die Stressreaktionen ist die Amygdala verantwortlich. Sie ist eine der extremen Sensoren, die die Verarbeitung von Stressreizen auslösen. Ihre Reaktionen sind auf die Stresssituationen beschränkt. Wenn sie aktiv ist, kann es zu einem Anfall von Angst und Panik führen. Diese Reaktionen können zu schweren psychischen Problemen wie Angststörungen, Panikattacken oder Phobien führen. Um die Stressreaktionen zu unterdrücken, kann man verschiedene Techniken einsetzen, wie z.B. tiefes Atmen, Meditation oder Biofeedback.

seinen „Durchdringungen“ der sozialen und gesellschaftlichen Strukturen, die durch „soziale Schichten“ bestimmt werden, und hier eine entsprechende Rolle zu.

Man weiß inzwischen recht genau, wie sich unser Gehirn dann verhält. Man weiß heute, dass es eine traumspezifisch veränderte neuronale Informationsverarbeitung gibt.

Wie der amerikanische Forscher Joseph Le Doux im Jahr 2002 fand, dass es überwiegend subkortikale Strukturen des Gehirns, die hier beteiligt sind. Vor allem dem limbischen System, welches der transzönische Psychiater und Forscher Schen beschreibt. Weitere Befunde aus der neurologischen Literatur zeigen, dass die traumatische Erfahrung im Bereich des Hippocampus abgespeichert wird.

Bei traumatischer Situation ist eine Situation der Ausweg-losigkeit, die mit Angst, extremer Bedrohung, Schmerz verbunden ist. Es resultieren Verzweiflung und absolute Hilflosigkeit, evenuelle Todesangst. Neurophysiologisch be-treachte ist es eine Situation, in der die physiogenetisch vor-geprägten Reaktionen wiederholt werden, "Kampf und Flucht", nicht

4. Neurobiologische und neuropathologische Erklärungsmodelle zur PTBs

findet sich im Beitrag von Rau.

menhängen zwischen den Symptomen sowie Indikationen auf die Basis werden Erklärungen für die und Zusam-

matotorme Störungen...)

Körpergespüle (Hertzogen, spezifische Schmerzen, so-
mobilisieren", die leicht anderes erläutert werden können
touren auf harmose Auslöser hin) oder auch somatische "Ko-
tensweiseien (Vermeidung, Skarifie - nicht adaptate Break-
Gefühle (Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schulde...), Verhal-
mich... - auch innerregungssticken, dissociative Zustände;
über hinwegkommen", "Lch hält es nicht aus, es zerstört
Gedanken wie "Lch bin das Letzte", "Lch kann nie dar-
chen:)

welche Symptome im hier und jetzt lediglich verursa-
- auch differentiell agnosisch erfasst. Dabei ist wichtig,
den relevante Belastungssituationen und aktuelle Symptome
In der traumaspezifischen Anamnese und Diagnosekriterien

Phase 1:

Um diese Darstellungen konkreter beschreiben zu
können, sollen die einzelnen Phasen im Folgenden illu-

6.2. Die Phasen im Detail

Geschehnisse nach Zeit, Raum und zeitliche Abfolge
erklärt. Damit wird die so entstandene Unterscheidbar-
keit von „dort und dann“, und „hier und jetzt“ (vgl. Symp-
tome „Intrusionen“) für den Patienten spürbar und auch
sehr oft eine Reduktion der Symptome des Hyperarousals
oder Intrusionen“), für den Patienten spürbar und auch
sehr oft eine Reduktion der Symptome des Hyperarousals
wiederablaufen des damaligen Geschehens, wobei nun zu-
merist spontan eine Komplettierung und Einordnung der
Geschehnisse nach Zeit, Raum und Zeit den ohnehin we-
stattfindet. Damit wird die so entstandene Unterscheidbar-
keit von „dort und dann“, und „hier und jetzt“, (vgl. Symp-
tome „Intrusionen“) für den Patienten spürbar und auch
sehr oft eine Reduktion der Symptome des Hyperarousals
wiederablaufen des damaligen Geschehens, wobei nun zu-
(sogenannte „Phase 4 des Standardprotokolls“, siehe un-
Obwohl man die genauen Abläufe beim Reprozessieren
gen). Um diese Darstellungen genauer abzubilden werden
die einzelnen Phasen im Detail dargestellt: Verbindungen
zueinander. (siehe Abbildung oben).

Um Vorgegangen des Reprozessierens, welcher endet mit
Netzwerken hergestellt: Verbindungen zwischen den vier
chen wurden. (siehe Abbildung oben).

Im Vorgegangen des Reprozessierens, welcher endet mit
Netzwerken hergestellt: Verbindungen zwischen den vier
chen werden dadurch Verbindungen von neuronalen
in der traumatischen Situation im Extremstress unterspro-
Raum und Bedeutung. Es sind exakt jene Verbindungen, die
maßlichen Erfahrungen und dem kortikalen Wissen um Zeit,
abgekapselt im Impulzten Gedächtnis vorhandenen tra-
uchen wurden. (siehe Abbildung oben).

Im Vorgegangen des Reprozessierens, welcher endet mit
Netzwerken hergestellt: Verbindungen zwischen den vier
chen werden dadurch Verbindungen von neuronalen
in der traumatischen Situation im Extremstress unterspro-
Raum und Bedeutung. Es sind exakt jene Verbindungen, die
maßlichen Erfahrungen und dem kortikalen Wissen um Zeit,
abgekapselt im Impulzten Gedächtnis vorhandenen tra-
uchen wurden. (siehe Abbildung oben).

Diese Anordnung von multiplen Automeskalen (aut-
dem belastenden Ereignis in allen Sinnesqualitäten, auf der
sieheren Gegenwart) und gleichzeitigem bilateralem Stimula-

deren Stimuli durchgeführt.

Es wird in dieser Begegnungs-Situation, der Traumakon-

3. eine unmittelbare Begegnung mit der belastenden Stütze-
entwickelt wird und dann
2. eine bewusste korikale Zukunftsperpektive Logikiv-
nisse mittler wird, dass
1. eine kontrollierte Annäherung an das belastende Ereig-
schen Vorstellungssphäre

beim EMDR soll erreicht werden, dass auf der innerpsychi-
atrische der sehr stark strukturierten Vergangenweise
Traumabehandlung - Ammanse, Stabilisierung, Trauma-
tallierung des typischen Verfahrens in der
acht genau umschrieben Phasen. Diese stellen die
Methodisch folgt die EMDR-Methode einem Vergessen in
bearbeitung und Integration, Neuorientierung - dar.

6.1. Ziele und „Logik“

6. Konkrete Kurzbeschreibung der Methode

methode anerkann (Deutsche Ärzteblatt vom 15.9.2006).
therapie als wirksame wissenschaftliche Psychotherapie
2001) in Traumabehandlung einbezogen und wurde am
wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF, Flaten et al.,
Leidlinien der deutscher Arbeitsgemeinschaft medizinisch
deutschsprachigen Raum ist EMDR seit 2001 durch die
hingen anderen wirksamen Verfahren bestont wird. Im
schaftlichkeit von EMDR im Vergleich mit den ohnehin we-
der Wirksamkeit des Verfahrens auch die erhöhte Wir-
(www.ice.org.uk). Wichtig ist hier, dass neben dem Beweis
„National Clinical Practice Guideline No. 26“, bestätigt
stimmen Kreativitätserfordernisse ausspielt, hat EMDR in der
fließbarer Forschung Behandlungsformen zu be-
nical Excellence), das auf der Basis der besten aktuell ver-
mehr), Das „NICE“, National Institute for Health and Cli-
Ethen & Taylor, 1998, NICE Guidelines, 2005 und viele
zur Behandlung seither traumatischer Patientinnen (v.
Sie gehört zu den vier nachweislich effektiven Verfahren
open relativieren Integration belastender Freiburger
Zentrum steht die nachhaltige Verarbeitung im Sinne der
hige traumabehandelnde Psychotherapiemethode. In ihrem
cine Shapiro 1987-1991 (Shapiro, 1998) entwickelte neuar-
interventionellen Akutizierung =EMDR) ist eine von Dr. Fra-
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (in der
formationsverarbeitung und speicherung durch ein Psy-
lebnisse ist das offen ausgeschaffte Modell der blockierten In-
Methoden zur nachhaltigen Verarbeitung belastender Er-
Ausgangspunkt in der Darstellung des EMDR als einer
Kennissisen der Psychotherapie.

Dieser Weg ist je nach Art, Dauer und Schwere der Trau-
matisierung unterschiedlich lang, die Grundprinzipien fol-
gen aber den gleichen Schritten und diese basieren auf den
geen abrunden gespezialisierte Methoden der belastenden Er-
Kernprinzipien fol-
net werden.

Phase 4:

zesi^{re}ens begiⁿt unmittelbar danach.

Am Ende dieser Bewerlungssphase ist die Person „Getig-Komponenten der traumatischen Erfahrung fokussiert und damit strukturiert in Kontrakt. Die Phase des freien Pro-
-gräf“, d.h. Gedanklich, Gefühlsmäßig und körperlich auf die Komponenten der traumatischen Erfahrung fokussiert und damit strukturiert im Kontrakt. Die Phase des freien Pro-

Der letzte Aspekt, der in der Bewertungssphase erfasst wird, ist, nach dem Bild, den Gedanken und den Gefühlen, die Repräsentanz des Elterns im Körper, „Wo im Körper spüren Sie die Belastung jetzt?“; Aus der Psychotherapie schuhung ist bekannt, dass der Körper das deutlichste Speichermedium für die Erfahrungen ist und so mit ist er in der Therapie wichtigster und letzter Mittler. Aber später treten die Körperfahrungen wieder auf, als Graddemesser für Endlastung. Um Beispiele konkret zu bringen, wenn ein Kind mit einer Schultrennung oder einem Besuch im Restaurant Probleme hat, kann es sich auf die Belastung konzentrieren und die Körperfähigkeit, die die Schule vermissen, aufzunehmen. Auch später treten die Körperfähigkeiten wieder auf, wenn ein Kind nach einer Trennung mit einer anderen Person zusammenlebt.

Num werden die zur aussgeschütteten Situation gehörrenden und im Hier und Jetzt spürbaren Belastenden Gefühle sowie deren subjektiv spürbare Ausmaß (zweischen 0 und 10) erfasst, z.B. Scham beim Beispiel 1 und Angst, Panik beim Beispiel 2.

Quasi als Gegeapolt dazu werden nun Gemeinsam Sogel-
mannige positive Logiktionen (Plk) gesucht, die die Phäne-
mene gerne "statt dessen" über sich denken können wir-
den, wenn sie an die ausgesuchte Situation denken - z.B.
„Ich bin o.k. und ich muss so was nicht mir machen las-
sen“, oder „Lch lèbe, es ist vorbei.“ Diese positive Gedan-
ken bilden metaphorisch sozusagen den „Stern am Hor-
izont“, das Licht am Ende des Tunnels, im dessen
Rückhutung sich der Nebewerungsprozess im Hirn und jetzt
bewegen soll. Es ist eine Hilfe bei der Integration des Erleb-
ten und erlaubt gleichzeitig der/m Behandlerin abzuschät-
zen, wie es um die Ressourcen der/s Patientin bestellt ist.
Nun wird bewertet, wie weit der/die Patientin diese Po-
sitiven Gedanken schon als Stimme ihres Körpers, es ist eine
wichtige Erfassung der geistigen Gesamtheit gegen Re-
sonanz dieses positiven Zielgedankens.

negative statements ("sofern negative Logikution - uK") die Erfahrungseinheiten wird erfasst, welche "sympathomerklelevanten" negative Gedanken (negative Logikution - uK) die Erfahrungseinheiten entgegenüberstellen. Diese sind die Gedanken, die auf Auslöser hin Sympathome verursachen und die Gewalt beüben, da sie als den Alltagsvoll-

Phase 2: Stabilisierung und Vorbereitung

und Konzentrationsstörungen für EMDR erörtert und bespro- chen. Die therapeutische Handlung ist wie gründlich im der Traumatherapie auf Psychoedukation ausgerichtet; Partnerseuchatlich, ressourcenorientiert, transparant und je- der Sicht mit ehrlich, gemeinsam mit dem/r Patienten- und vorberreitet.

Um beschlossen und vorbereitet

der Schrift wird erklärt und geklärt.

Partnerschaftlich, ressourcenorientiert

der Traumatherapie am Psycho

chen. Die therapeutische Handlung

und kontinuierliche Arbeitsergebnisse.

Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTBS...

Die angemessene Differenzialdiagnose ist im Sinne der Leitsymptome PTBs und die Weiterleitung in spezielle Traumatherapie ermöglicht im sochen Fall rasche Hilfe. Mit wenigen gezielten Sitzungen können in den indizierten Fällen wie dem oben genannten dem Patienten eventuell langwierige möglicherweise falsche Wege erspart werden. Wie vielleicht die Entwicklungen permanenter Medikamenteneffekte auch die Entwicklungen von Komorbiditäten wie Depression, Angst, u.ä.) Nicht zuletzt kann so im Gesundheitsystem gespart werden. Auf diesein Aspekt beziehen sich ja die

erinner des Autos, das auf ihm zurückame und wache dann schwiegebadet (er kommt seinem Schlamazug auswurtingen) mit stärkstem Herzklöpfen, Schmetzen in der Schulter und den Beinen, Benommenheit auf. Er spräche auch immer sehr viel und schlage um sich. Dadurch sei seine Leidensqualität und Arbeitsfähigkeit massiv eingeschränkt. Zwei-chen von Seelbstverstümlichkeit auch vorhadden. Er verleiße das Haus selbstverstümlich auch vorhadden. Er verleiße das Haus kaum noch, weil ihm sein Verhälten - kurze dissociative Episoden - auch peinlich war.

6.3. Fallbeispiel Monotrauma

Nach erfolgreicher gesamter oder partiellem Durchbarbeitung der belastenden Erkrankungen und dem damit assoziierten „Materia“, wird nach bestimten Kriterien auf die Ausgangsserbinnenreduktion Bezug genommen, die Keimfaktoren werden neuertlich bewertet und die Sitzung komplett oder parallel abgeschlossen und somit die Voraussetzung für die Folgeprozesse im Alltag und in der nächsten Sitzung ge- schaffen. Die Erkenntnisse der Sitzung werden gemeinsam reflektiert und bewertet, wenn notwendig, wird noch vor- handenes belastendes Material imaginativ adaptiert „ver- packt“ (mittels hypnotherapeutischer Imaginativer Distan- zierungstechniken). Es werden, soweit es die Situation erfordert, Distanziierungsmethoden und Stressbewälti- gungsmaßnahmen für die nächste Zeit besprochen.

Hier findet die Überprüfung der Effekte der letzten Studie statt, sozusagen der Alltagsbeste. Es werden Veränderungen der Symptomatik (andere Gefühle, Nebewertungen...) be-prochen und die weiteren Behandlungsschritte und Indi- kationen geplant.

Phase 5: Verankern und Phase 6: Körperfest

gelernt, der wie em Fluhen im Traumamnezwerk verstanden werden kann und in unterschiedlicher Intensität, Ausprägung, Geschwindigkeit und Dauer abläuft. Er wird durch die/den Therapieerfolg neutral, aber unterstützend und aufmerksam begleitet und mit Wertschätzung, gezielten Lernrhythmus geleiht. Beim Durchgang durch das Traumamnezwerk werden Bilder, Gedanken, Erfahrungen und Automarken erfasst, die ganze Konzentration und Aufmerksamkeit legt auf dem Prozess und dem Reprozessieren. Welche: Es wird nicht analysiert oder diskutiert.

Literatur

Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTBS...

Eva Münnker-Krammer, Sylvia Wintersperger & Arne Hofmann

6.4? Einsetzbarkeit der Methoden und Qualifizierung der Anbieter

"ist nicht alles Trauma", und geht nicht jede Behandlung nur auf den spezifischen traumatischen Verlust zurück, sondern berücksichtigt auch die allgemeine Traumatisierung des Kindes. Eine solche Behandlung ist nicht nur eine Therapie der Traumatisierung, sondern auch eine Therapie der Traumatisierung des Kindes.

DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (1991): Interaktionale Klassifizierung psychischer Störungenen. ICD-10. Huber, Berlin

DRIESSEN, M., BEBLO, T., RIEDDEMAN, L., ET AL. (2002): Ist die Bordelheimer-Personlichkeit-Skala eine komplxe Posttraumatische Struktur? Der Nervenarzt, 2002, 73: S. 820-829

EHLERS, A. (1999): Posttraumatische Belastungssymptome. Hogrefe, Göttingen

FISCHER, G., REDESSER, P. (2003): Leitbuech der Psychotherapie - logische. Reinhardt Verlag, Stuttgart

ACHTSSE, U. (1995): „Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeit“

SCHERFFER, D. (2006): Die neue Medizin der Emotionen,

SHPATRO, F. (1998): EMDR - Grundlagen und Praxis; Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, Jüntermann, Paderborn

WAN DER KOLF, B.A. (1994): The body keeps the score. Harvard Review of Psychiatry, L, 253-265.

WAN DER KOLF, B.A. (1997): The psychology of posttraumatic stress disorder. In: Journal of Clinical Psychiatry, Vol 58, S.16-24

VAN TITEN, M., TAYLOR, S. (1998): Comparative Efficacy of Trauma measures for Post-Traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. Psychiatric News, 33(1), 12-14.

WILHELM-EMDR-INSTITUTAT: EMDR Institut Austria: Österreichische Parteienstiftung von Francine Shapiro, USA und Partner des EMDR-Institut Deutschiland, Abieter speziischer Fortbildungseinheiten im Bereich des EMDR hinausgehender traumaspezifischer Fortbildungseinheiten mit überwiegendem Psychopathologen, Ärztlernen und anderer Gesundheitsthemen, Psychotherapeuten, Ärztlernen und andere Gesundheitsthemen

WILHELM-ZAP-THERAPIE: Centrum für Angewandte Psychotherapie und Traumatologie mit überwiegendem Psychopathologen

WILHELM-ZAP-THERAPIE: Zentrum für Angewandte Psychotherapie und Traumatologie mit überwiegendem Psychopathologen

WILHELM-ZAP-THERAPIE: Zentrum für Angewandte Psychotherapie und Traumatologie mit überwiegendem Psychopathologen

WILHELM-ZAP-THERAPIE: Zentrum für Angewandte Psychotherapie und Traumatologie mit überwiegendem Psychopathologen

LÄNTEN, G., ET AL.: *LETTUNTE DFL AWAR* (2001): (www.dmu-duesseldorf.de) Stand der Letzten Aktualisierung: Januar 2004

SPREUD, S. (1996): Zur Ästhetik der Psychoanalyse „Fischer-Vergleiche 1991, Bd. 104A, S. 53 – 64“

HOFMANN, A. (2005): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belebensgeschichten. Theorie, Stuttgart

HÜBNER, M. (2003 I): Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung, Berlin

HÜBNER, M. (2003 II): Wie Eмоцииen entstehen, deutsche Ausgabe, Deutscher Taschenbuch Verlag, München

MUNKER-KRAMER, EVA: *F43.0 (ABR) UND F43.1 (PTBS)* (2006): Schubert, Fischer Verlag, Wien, New York

WICKE REPPORT (2005): National Clinical practice Guideline No. 26: Posttraumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children by primary and secondary care. Gaskell & British Psychological Society, www.bps.org.uk

REDDMAN, L., HOFMANN, A., CAST, U. (HG.) (2006): *Psychotherapy and Research*, der International Society for Traumatic Stress Studies, Stuttgart, New York, 2.

DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (1991): Interne funktionale Klassifizierung psychischer Störungen. ICD-10. Huber, Berlin

DRIESSEN, M., BEELO, T., REDDEMAN, J., ET AL. (2002): Ist die Bordelleinre-Personlichkeits-Skalung eine Komplexie posttraumatische Siltrung? Der Nervenarzt, 2002, 73; S. 820-829

EHLERS, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung: Högrefe, Görlitz

FISCHER, G., REDESSER, P. (2003): Lehrbuch der Psychotrauma-therapie. Reinhardt Verlag, Stuttgart

Dr. Arne Hofmann
Medizin. Er ist Leiter des MINDR-Institutes
Facharzt für Psychosomatik und Innere
Medizin. Hofmann erlitt eine
spezielle Psychotherapie und MINDR seit einem
Studentenauftum im Jahr 1991 in Palo Alto (USA).
Als erster von Dr. Shabtai autorisierte Ausbilder
hat er die MINDR Methode im deutschsprachigen
Forschungssprojekten in diesem Bereich beteiligt. Dr. Hofmann ist
Mitglied der deutschen Leitigenkommission zur posttraumatischen
Belastungsstörung sowie Vorsitzender und Vizepräsident von
EMDR-Europa, der europäischen Fachorganisation. Dr. Hofmann
lebt in Koblach, Österreich.



www.emdr-institut.at

Dr. Sylvia Winterepferger für Psychotherapie und Neurologie, FFA für Psychiatrie und Neurologie, Psychopathologie, Psychotherapie, Psychosomatik, Psychoanalyse, Traumatherapie und Neuropsychiatrie, EMDR-Supervisorin und Fachtherapeutin am EMDR-Institut Deutschland und Austria, Alteingeschworenein des EMDR-Institut Austria und Zentrum für Angewandte Psychotherapie und Netzwerke Wien, Vorsitzende des Österreichischen Netzwerkes für Traumatherapie (ONT), Lehrbeauftragte für Psychiatrie und der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.



A collage of text snippets from a presentation slide, likely about EMDR and related therapies:

- Autoforlinnen
- Mag. Eva Münker-Kramer
- Klinische- und Gesundheitspsychologie,
- Nozihalspsychologie, Psychodramatherapie (VT; EMDR,
- Therapeutische Arbeit) in eigener Praxis in Krems/D.
- EMDR Supervisorin und Facilitatorin am EMDR
- Institut Deutschland und Austria, Mitglied international
- des EMDR Institut Austria und Zentrum für
- Angewandte Psychotherapie Wien, Vorsteherin
- der österreichischen Fachgesellschaft EMDR-Netzwerk Österreich und
- Sozialen Akteuren No. 0.



Krammer, Eva: F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBs) - Grundlagen-
schrift, Beendigungsausgabe Iu: Begeleitbuch, Reese Mayer, Hohenems, Hand-
buch klinisch-psychologischer Behandlung (S. 319), Springer-Verlag,
Wien, New York, 2006

WWW.EMDR.COM: EMDR-Institut von Francine Shapiro, U.S.A.
WWW.EMDR-DE.COM: EMDR-Fachgesellschaft
EMDR International Association Internationale

www.EMDR-EUROPE.ORG: EMDR Europe Association Europäische Fachgesellschaft, Dachorganisation für alle Autorenstellen seines Fachgebietes.

www.wandk-institut.de: EMDR Institut Deutschland

WIRKUNGSART: Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie; Major-aktion über Traumatherapie Allgemein und Therapie der unverarbeiteten Erfahrungen; mis

Ergebnisse der Traumatherapie - Ein Lern-Netzwerk für Praktizierende und Therapeuten aus verschiedenen Disziplinen, insbesondere von EMDR vorurteile zu löschen und Therapeuten zu unterstützen, die mit Angst- und Panikstörungen konfrontiert sind. Ausbildungsgänge für spezielle Techniken wie z.B. EMDR, Qualitätsstandards, Ausbildungsfür-