Februar 2014 | Jg. 17 | Nr. 01

psychopraxis. neuropraxis

Zeitschrift für praktische Psychiatrie und Neurologie

Schwerpunkt: Demenz

Normaldruckhydrozephalus:

Diagnose, Differentialdiagnosen und Therapie

Sekundäre Demenzen:

Demenzen als Folge struktureller, entzündlicher oder metabolischer Hirnerkrankungen

Akuter Verwirrtheitszustand (Delir):

Ein Stiefkind der Medizin

Therapieresistente Depression:

Eine differentialdiagnostische Herausforderung

+++ EMDR in der Traumatherapie / Hysterie im neuen Gewand (Teil I) / Die CERAD Testbatterie+++ EMDR in der Trauma

www.springer.at/psychopraxis

P.b.b. 02Z031191M | Verlagspostamt 1201 Wien | ISSN 2197-9707

Springer Medizin

Editorial

P. Kapeller · E. Fertl
2 **Input unserer Leser**

Originalien

P. Fischer · U. Moser · J. Scharfetter
6 **Akuter Verwirrtheitszustand (Delir) - Ein Stiefkind der Medizin**

I. Straker
10 **Therapieresistente Depression – eine differentialdiagnostische Herausforderung**

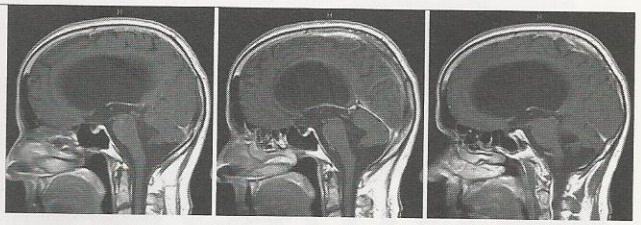
E. Münker-Kramer
13 **EMDR in der Traumatherapie**

H. Oberlerchner
17 **Die Hysterie im neuen Gewand und im Wandel der Zeit (Teil I)**

B. Iglseder
20 **Sekundäre Demenzen**

P. Kapeller
26 **Normaldruckhydrocephalus**

S. Rabitsch
30 **Die CERAD-Testbatterie**



Klassisches Bild eines INPH mit den erweiterten Ventrikeln in sagittaler Schnittführung. Die mittlere Schicht zeigt den ausgedünnten Balken, den aufgespreizten Aquädukt mit angehobener Lamina quadrigemina, sowie die prominente Zisterna magna. Die parasagittalen Schnitte zeigen die an die Kalotte gedrückt imponierenden Windungen. Ebenso zeigt sich die Diskrepanz der erweiterten inneren Liquorräume zu den normal weiten Hirnfurchen. (Bildquelle: ZRI Villach; Vstd.: G. Sabitzer) ► Seite 27

Aktuell

34 **„Molekularer Schalter" in Parkinson-Protein**

34 **Parkinson-Patienten als Teil der Lösung**

36 **Burnout-Syndrom oder Depression**

38 **Durchbruch dank Gentherapie**

38 **Fehlende „Bremse im Gehirn"**

39 **Kein Joint in der Schwangerschaft**

Verschiedenes

6 **Panorama**

40 **PharmaNews**

41 **Termine**

44 **Impressum**

Titelbild: © Harald Biebel/Fotolia.com

+++ alle Beiträge online lesen unter www.springerMedizin.at +++

Psychopraxis. Neuropraxis 2014 · 17:13–16
DOI 10.1007/s00739-013-0136-3
© Springer-Verlag Wien 2014

E. Münker-Kramer
Psychologisch-Psychotherapeutische Praxis und EMDR Institut Austria, Krems/Donau

EMDR in der Traumatherapie

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist ein effektiver und effizienter Ansatz zur Behandlung posttraumatischer Syndrome und darüber hinaus

Einleitung

EMDR wurde vor etwa 25 Jahren erstmalig von der amerikanischen Psychologin Francine Shapiro beschrieben (Shapiro, 2012). EMDR ist eine Methode zur nachhaltigen Verarbeitung traumatischer Erinnerungen, die – genau wie andere Traumatherapiemethoden – einem stufenweisen Vorgehen – Anamnese, Stabilisierung, Traumakonfrontation/Integration, Neuorientierung – folgt. Dies vollzieht sich im Kontext einer genauen und fundierten Behandlungsplanung und läuft in unterschiedlicher Intensität und Dauer in den einzelnen Phasen ab – je nach Art der (traumatischen) Erfahrung (vgl. auch ◘ Abb 1).

Innerhalb der Phase der Traumakonfrontation/Integration ist zudem ein sehr strukturierter Ablauf vorgesehen, dessen Kern eine Phase ist, in der der/die Therapeut(in) bilaterale Stimulationen des Gehirns – ursprünglich nur über Augenbewegungen, inzwischen auch über andere Reize – appliziert, wenn der/die Patient/-in in Kontakt mit aufgrund der sorgfältigen Vorarbeit genau definierten Belastungs-/Erinnerungsmomenten ist. Ziel ist die Integration der sogenannten pathogenen Erinnerung in die Gesamterinnerung, in das Lebenskonzept, in die Logik und Zeitlogik des/der Betroffenen, da die bisherige „Nichtintegration" als Kern der Symptomatik angesehen werden kann. Symptome bilden sich auf verschiedenen Repräsentanzebenen aus – Körper, Gefühle, Gedanken, Verhalten – eine Integration bedeutet eine Integration aller Ebenen/auf allen Ebenen, d. h. das Erlebnis sollte als Gesamtereignis in die Biographie des/der Betroffenen eingeordnet sein und willkürlich abrufbar sein – im sogenannten expliziten Gedächtnis.

Wissenschaftliche Evaluierung

Seit Beginn der 1990er-Jahre erfolgte nahezu eine Kaskade an Studien zur Behandlung posttraumatischer Syndrome mit EMDR, darunter viele randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) u. a. im „Wettlauf" mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Traumaverarbeitung. Der genaue Wirkmechanismus blieb bisher letztlich ungeklärt, die klinische Effektivität und daneben auch die Effizienz (weniger Sitzungen, schnellere Wirkung) sind aber inzwischen unbestritten und durch die Anerkennung in zahlreichen Richtlinien und durch relevante Fachgremien bestätigt.

Eine jüngere Entwicklung geht in die Richtung, EMDR als Behandlungsmethode über die Anwendung bei posttraumatischen Syndromen hinaus zu verwenden und zu evaluieren. Dies gilt einerseits für Komorbiditäten bei traumatischen Erfahrungen wie Ängste, Depressionen, Sucht, aber auch für den breiter angesetzten Begriff der Arbeit mit dysfunktionalen oder pathogenen Erinnerungen.

Dies bedeutet, EMDR immer dann in Erwägung zu ziehen, wenn Beschwerden dadurch entstehen, dass Verarbeitungsprozesse auf einzelnen und/oder mehreren Ebenen aus verschiedenen Gründen zum Stillstand gekommen sind. Diese Überlegungen fußen auf der Hintergrundannahme, dass sehr vielen Beschwerden eine zum Stillstand gekommene Informationsverarbeitung zugrunde liegt – die Hauptaussage des sog. AIP-Modells von Francine Shapiro, des Modells der adaptiven Informationsverarbeitung.

Aufgrund dessen können folgende Situationen dazu führen, dass sich Menschen in Behandlung mit EMDR begeben:

- Jemand weiß von früheren Traumatisierungen/Belastungen, leidet unter den Erinnerungen und möchte dies behandeln lassen.
- Jemand weiß von früheren Traumatisierungen/Belastungen, hat außerdem aktuelle Symptome im Sinne von aufgrund der aktuellen Lebenssituation

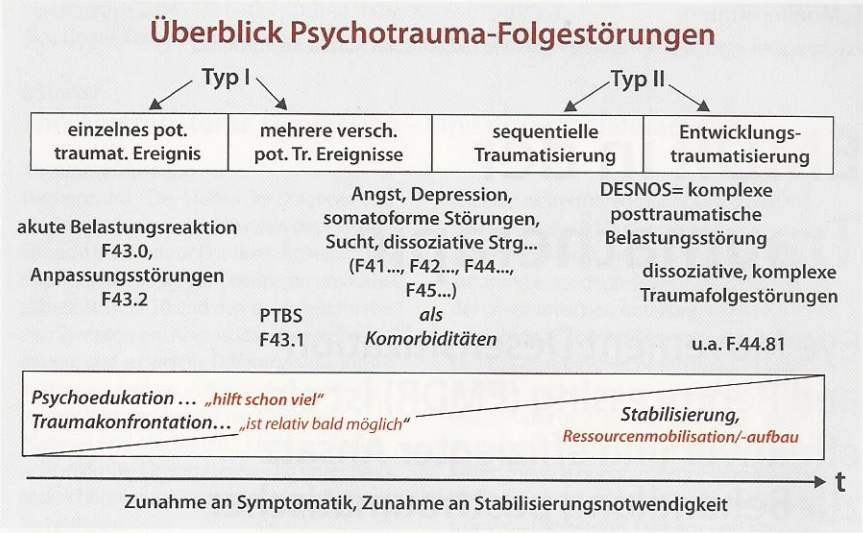


Abb. 1 ▲

nicht nachvollziehbaren Reaktionen und Erleben, weiß mehr oder weniger um „Traumatisierungen" und sucht gezielt Hilfe beim „Integrieren".

- Jemand leidet im Hier und Jetzt unter nicht nachvollziehbaren Reaktionen und Erleben (auf allen Repräsentationsebenen von psychischer Traumatisierung möglich – physisch, psychisch, mental und emotionell), hat keinen Zugriff auf möglicherweise zugrundeliegende alte Erinnerungen und möchte dieses aktuelle und Leidensdruck bescherende Erleben und Verhalten aber verändern.
- Jemand ist wegen etwas anderem da, z. B. einer Komorbidität oder z. B. im Coaching und es tauchen skurrile/überdimensionale Reaktionen oder andere alte Erinnerungen auf, die Hypothesen zu unbearbeitetem (Trauma-)material nahelegen und den Einsatz von EMDR andenken lassen

Illustration des praktischen Vorgehens bei EMDR

Behandlungsplanung

Nach der genauen Anamnese (Phase 1), Stabilisierung und Behandlungsplanung (Phase 2) wird in Abhängigkeit von der Art der Belastung, den Ressourcen und der aktuellen Symptomatik entschieden (s. **Abb. 1.**), mit auslösenden Ereignissen der Vergangenheit (primäres Belastungsmaterial) oder mit Auslösern der Gegenwart und Zukunft (oft sekundäres Material als Folge des primär Erlebten) zu beginnen. Leitfaden ist hier ein möglichst sicheres und schonendes Vorgehen, um die Patient(inn)en nicht zu überfluten.

Phase 1

Hier werden relevante Belastungsfaktoren und aktuelle Symptome – auch differenzialdiagnostisch – erfasst. Dabei ist wichtig, welche Symptome im „Hier und Jetzt" Leidensdruck verursachen (*Gedanken* wie: „Ich bin das Letzte", „Ich kann nie darüber hinwegkommen", „Ich halte es nicht aus, es zerreißt mich"... – auch Erinnerungslücken, dissoziative Zustände), *Gefühle* (Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schuld etc.), *Verhaltensweisen* (Vermeidung; skurrile, nicht adäquate Reaktionen auf harmlose Auslöser hin oder sämtliche Komorbiditäten, die nicht anders erklärt werden können) und *Körpersymptome* (Herzrasen, spezifische Schmerzen, somatoforme Störungen ...).

Auf dieser Basis werden Erklärungen für die und Zusammenhänge zwischen den Symptomen sowie Indikationen und Kontraindikationen für EMDR erörtert. Die therapeutische Haltung ist – wie grundsätzlich in der Traumatherapie – auf Psychoedukation ausgerichtet, partnerschaftlich, ressourcenorientiert und transparent. Jeder Schritt wird erklärt und gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin beschlossen und vorbereitet.

Phase 2

In der Stabilisierung und Vorbereitung stehen Ressourcen, Stressbewältigungs- und Distanzierungstechniken im Vordergrund, damit die Patient(inn)en fähig sind und sich kompetent erleben, sich von traumatischem Material eigenständig zu distanzieren und so sukzessive Kontrolle wieder übernehmen können. Zur Kontrollerfahrung – genau das haben Traumapatient(inn)en oft lange eingebüßt – gehört auch die mehrmalige genaue Erklärung der Hintergründe und der Technik der Methode, die nochmalige und wiederholte Überprüfung der Indikation und die Besprechung des konkreten Vorgehens mit allen Kontrollmöglichkeiten durch den/die Patienten/-in. Diese beiden Phasen können je nach Ausmaß/Art der Traumatisierung und je nach Stabilität des/der Patienten/-in von einigen Sitzungen bis zu mehreren Jahren dauern.

Phase 3

Die Arbeit mit dem genau manualisierten, standardisierten und immer wieder evaluierten sog. EMDR-Ablaufschema beginnt mit der Bewertungsphase. Hier werden die für die Behandlung relevanten Themen gemeinsam mit dem/r Patienten/-in präzisiert (z. B. *Selbstwertgefühl nach immer wieder erlittenen Demütigungen, das sich im „Hier und Jetzt" in Versagensangst in der Arbeit bei Anweisungen durch den Chef* zeigt (Fall) oder *irreale, aber im „Hier und Jetzt" sehr beeinträchtigende Todesangst nach einem Unfall, die bei bestimmten Auslösern immer wieder auftaucht und den/die Betroffene funktionsunfähig und panisch macht*). Damit wird die Voraussetzung geschaffen, strukturiert in das „Traumanetzwerk" ganz individuell bei der jeweiligen Patientin bzw. dem jeweiligen Patienten einzusteigen.

Nun wird weiter fokussiert und ein repräsentatives Bild für dieses „Thema" (*Selbstwert, Sicherheit/irreale Todesangst*) als Einstieg gewählt, das den schlimmsten Moment des Erlebten darstellt (sozusagen ein Standbild). Dies kann eine Demütigungssituation (z. B. *Einnässen vor der Schulklasse nach extremer Demütigung durch den Lehrer)* sein, oder *die Situation, bei der bei einem Autounfall klar wird,*

dass man dem entgegenkommenden Auto nicht ausweichen kann und da das Gesicht des Fahrers des Gegenverkehrsautos. Dieses wird nach verschiedenen Kriterien gemeinsam mit dem/r Patienten/-in bewertet. Zunächst wird erfasst, welche „dysfunktionalen" negativen Gedanken (sog. negative Kognition [NK]) die Erfahrung in einer generalisierten Form hinterlassen hat. Im Beispiel der Demütigung kann das sein: *„Ich bin das Letzte. Ich bin wertlos."* Im Beispiel mit dem Autounfall: *„Ich sterbe jetzt."* – Dies sind die Gedanken, die auf Auslöser hin Symptome machen und die Gegenwart beeinflussen, da sie als den Alltag blockierende Überzeugungen abgespeichert sind. Quasi als Gegenpol dazu werden nun gemeinsam sog. positive Kognitionen (PK) gesucht, die die Patient(inn)en gerne „statt dessen" über sich denken würden, in Kontakt mit der ausgesuchten Situation – z. B.: *„Ich bin o.k. und ich muss so was nicht mit mir machen lassen"* oder *„ich lebe, es ist vorbei."* Diese positiven Gedanken bilden sozusagen pathetisch ausgedrückt den „Stern am Horizont", in dessen Richtung sich der „Neubewertungsprozess im Hier und Jetzt" bewegen soll, eine Hilfe bei der Integration des Erlebten in die Gesamtbiografie. Nun wird bewertet, wie weit der/die Patient/-in diese positiven Gedanken schon als stimmig fühlen kann. Es ist eine wichtige Erfassung der gefühlsmäßigen Resonanz dieses Zielgedankens.

Nun werden die zur ausgesuchten Situation gehörenden und im Hier und Jetzt spürbaren Gefühle sowie deren subjektiv skalierbares Ausmaß (zwischen 0 und 10) erfasst, z. B. Scham, Angst sowie Panik im Fallbeispiel.

Der letzte Aspekt, der in der Bewertungsphase erfasst wird nach dem Bild, den Gedanken und den Gefühlen, ist die Repräsentanz des Erlebten im Körper: „Wo im Körper spüren Sie das jetzt?" Aus der einschlägigen Forschung ist bekannt, dass der Körper sozusagen das deutlichste Speichermedium für Erinnerungen ist und somit ist er in der Therapie wichtigster und letzter Indikator für Belastung und auch später Gradmesser für Entlastung. Dies ist einerseits individuell verschieden, es gibt aber auch logische und symbolische Zusammenhänge, die sich immer wieder zeigen.

Am Ende dieser Bewertungsphase ist die Person „getriggert", d. h. mental, gefühlsmäßig und körperlich mit den Komponenten der traumatischen Erinnerung fokussiert und strukturiert in Kontakt gebracht und die Phase des freien Prozessierens beginnt unmittelbar danach.

Phase 4

In dieser Phase, die bezeichnenderweise Desensibilisierung/Reprozessierung (D und R im EMDR) heißt, wird nach dem beschriebenen Einstieg ins Traumanetzwerk mit Hilfe der bilateralen Stimulationen der unbewusste Prozess begleitet, der wie ein Fluten im Belastungsnetzwerk verstanden werden kann und in unterschiedlicher Intensität, Ausprägung, Geschwindigkeit und Dauer abläuft und durch die/den Therapeuten/-in neutral, aber unterstützend und aufmerksam begleitet und geleitet wird. Erfasst werden Bilder, Gedanken, Gefühle und Körpersensationen. Die gesamte Konzentration ist auf dem inneren Prozess und dem Reprozessieren. Es wird hier nicht analysiert und diskutiert.

Phase 5 (Verankerung) und Phase 6 (Körpertest)

Nach erfolgreicher gesamter oder partieller Durcharbeitung der Erinnerungen wird nach bestimmten Kriterien auf die Ausgangserinnerung Bezug genommen. Die Kennfaktoren werden neuerlich bewertet und die Sitzung komplett oder partiell abgeschlossen und somit die Voraussetzung für die Folgeprozesse im Alltag und in der nächsten Sitzung geschaffen.

Phase 7

Die Erkenntnisse der Sitzung werden gemeinsam reflektiert und bewertet. Wenn notwendig, wird noch Belastendes imaginativ adäquat verpackt, die Integration in die Gesamttherapie erfolgt und es werden Distanzierungsmaßnahmen und Stressbewältigungsmaßnahmen für die nächste Zeit besprochen

Zusammenfassung · Abstract

Psychopraxis 2014 · 17:13–16
DOI 10.1007/s00739-013-0136-3
© Springer-Verlag Wien 2014

E. Münker-Kramer

EMDR in der Traumatherapie. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist ein effektiver und effizienter Ansatz zur Behandlung posttraumatischer Syndrome und darüber hinaus

Zusammenfassung

Der Artikel soll eine spezielle Methode illustrieren, die ursprünglich für die Bearbeitung posttraumatischer Syndrome entwickelt wurde, aber darüber hinaus für die Integration belastender Erinnerungen geeignet ist, die sich über Auslöser als belastende Gegenwartserfahrungen und Symptome reaktivieren. Einer grundsätzlichen Beschreibung soll ein Behandlungsbeispiele folgen, das diesen Behandlungsansatz deutlich macht.

Schlüsselwörter

EMDR · Posttraumatisches Syndrom · Behandlungsplanung · Psychotherapie · Gedächtnis

EMDR in trauma therapy. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is and effective and efficient method for the treatment of more than just post traumatic syndromes

Abstract

This article provides information about a special psychotherapeutic method that was originally developed for the treatment of posttraumatic syndromes. In the meantime it has developed into a therapeutic method that is appropriate for different types of dysfunctionally stored memories which may be activated in the present and lead to disturbing reactions and symptoms. The general procedure of treatment with EMDR is illustrated, which is made more clear using a case example.

Keywords

EMDR · Posttraumatic syndromes · Treatment planning · Psychotherapy · Memory

Phase 8

Hier findet die Überprüfung der Effekte der letzten Stunde statt, sozusagen der Alltagstest, bei dem Veränderungen der Symptomatik (andere Gefühle, Neubewertungen …) und die weiteren Behandlungsschritte und Indikationen sowie Implikationen für die „normale therapeutische Arbeit" besprochen werden.

Fallbeispiel

Triggerbare Feinmechanikerin, sequenzielle Traumatisierung im Hintergrund

Es handelt sich um ein Beispiel, bei dem die Betroffene primär „dysfunktionales" Erleben und Verhalten im „Hier und Jetzt" berichtet und deshalb Hilfe sucht.

Die 23-jährige Patientin, Feinmechanikerin, sozial gut integriert, beruflich bisher erfolgreich, kommt über einen Psychiater mit der Diagnose Panikattacken, die seit etwa einem halben Jahr immer wieder massiv auftauchen. Bei der genauen Anamnese und sog. situativen Verhaltensanalyse (das Vorgehen war zunächst verhaltenstherapeutisch angelegt) stellt sich der Zeitpunkt des Beginns der Symptomatik und der Auslöser bald heraus. Nach einem Vorgesetztenwechsel von einem eher ruhigen, berechenbaren Abteilungsleiter hatte kurz vor Beginn der Symptomatik ein eher cholerischer Vorgesetzter die Leitung übernommen, der oft abrupt und laut und schimpfend den Arbeitsbereich betrat. In diesen Situationen erlebte sich die Patientin dann völlig „wie ein anderer Mensch, wie ein kleines Kind".

Bei der genaueren Analyse stellt sich eine Kindheit mit cholerischem alkoholkranken Vater mit Gewalt an der Mutter über Jahre heraus, der sie sich aber seit Jahren „entwachsen" fühlt. Der Vater ist schon länger verstorben, mit der Mutter hat sie guten Kontakt.

Es erfolgt daraufhin eine genauere traumaspezifische Anamnese und es wurde deutlich, dass die heutigen Symptome durch das Verhalten des neuen Chefs entstanden und die sonst kommunikativ kompetente Patientin völlig „subkortikal" und „ohne Zugang zum Cortex und zu klarer Analysefähigkeit" offensichtlich mit Hyperarousal reagierte, das völlig ihre Erwachsenenkompetenz blockierte – bis hin zur aus der Traumaforschung bekannten Blockade des Broca-Areals. Sie beschrieb „von einem Moment zum anderen fassungslos und ohne Worte und ohne Denkfähigkeit zu sein".

Nachdem wir miteinander Hypothesen aus der Psychotraumatologie besprochen haben und mögliche Zusammenhänge zwischen den plötzlich real und massiv aufgetretenen Hilflosigkeitssituationen, die das Klima der Kindheit geprägt hatten, und der jetzigen Reaktion anlässlich des cholerischen Auftretens des Vorgesetzten, können wir Schlüsselerinnerungen identifizieren, die repräsentativ für die damalige Lebens- und Belastungssituation waren.

Es werden Schlüsselerinnerungen identifiziert, bei denen es einerseits um Erleben von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein von einem Moment auf den Anderen angesichts der Ausbrüche des Vaters ging, die sich offensichtlich im Erleben des Chefs schlagartig aktivieren („ich bin ausgeliefert" vs. „ich kann heute etwas tun") oder um Demütigung als Auswirkung auf den Selbstwert („ich bin das Letzte" vs. „ich verdiene Respekt und angemessenen Umgang"). Dies wird einerseits mit EMDR bearbeitet und dann verhaltenstherapeutisch „nachbearbeitet" mit kognitiver Arbeit und mit Rollenspielen. Kern ist jedoch das angesichts des Auslösers „Chef" auftretende plötzliche „in die frühere Reaktion kippende Verhalten" mittels EMDR zu verändern, indem „dem Hirn nachhaltig klargemacht wird", dass die Erwachsene im „Hier und Jetzt" im Gegensatz zum damaligen Kind Handlungsfähigkeit besitzt. Dies gelingt mittels EMDR schneller, deutlicher und physiologienäher als mit reiner kognitiver Arbeit – hier hatte die Patientin geäußert: „Ja, es ist mir vom Verstand her klar, dass das nicht vernünftig ist, so mit Angst zu reagieren und dass ich heute in einer anderen Situation bin, aber in der Situation ist das alles weg und mein Körper reagiert, als sei ich 8 Jahre."

Verbindung mit der Grundmethode und Qualitätssicherung

EMDR ist eine sehr spezifische, hochwirksame Methode, die in die „normale" psychotherapeutische Arbeit oder klinisch-psychologische Behandlung sehr gut integrierbar ist und – wie bei den Beispielen erkennbar – oft einen zusätzlichen Benefit für die Betroffenen bringt, der sonst gar nicht – wenn sprachliche Methoden und Einsicht nur begrenzt wirksam sind – oder nur langsam erreichbar wäre. Es ist aber auch eine Methode, die wie ein chirurgisches Skalpell bei nicht genau durchdachter und vorbereiteter Anwendung schaden kann – wenn z. B. etwa dissoziative Barrieren bei schwer belasteten Patient(inn)en ungezielt brechen und diese mit Erinnerungen ungezielt überflutet werden. Daher sind von den internationalen und nationalen EMDR-Fachverbänden (http://www.emdria.org, http://www.emdr-europe.org, http://www.emdr-netzwerk.at) genaue Richtlinien für die Qualifizierung der Ausbilder(innen) und Teilnahmevoraussetzungen für die Teilnehmer(innen) festgelegt worden. Damit soll sichergestellt werden, dass die Anwendung von EMDR auf einem klinischen Hintergrund fußt.

Umfassende Literatur zum Thema ist bei der Verfasserin erhältlich.

Korrespondenzadresse

Mag.ª Eva Münker-Kramer
Psychologisch-Psychotherapeutische Praxis/
EMDR Institut Austria
Brandströmstr. 7/7,
3500 Krems/Donau
Österreich
muenker-kramer@emdr-institut.at
www.emdr-institut.at

Einhaltung ethischer Richtlinien.

Interessenkonflikt. E. Münker-Kramer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.