

Psychotraumatologie und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

die Behandlung psychotraumatischer Belastungssyndrome, PTBS, ab 1987 entwickelt von Frau Dr. Francine Shapiro, Palo Alto, USA

Literatur: Fischer, G., P. Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie, Ernst Reinhardt Verlag 1999

Hofmann, Arne: EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome, Thieme Verlag 1999

Zeitschrift „Persönlichkeitsstörungen“: Traumazentrierte Psychotherapie I (3/97) und II (2/98), Schattauer

Egle/Hoffmann/Joraschky: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer 2000

Reddemann, Luise: Imagination als Heilsame Kraft, Pfeiffer 2001; - Psychodyn. Imaginative Traumatherapie, Pfeiffer 2004: Trauma, Trias 2005

Butollo, W.: Leben nach dem Trauma, Pfeiffer-Verlag

Hüther, G.: Biologie der Angst, Vandenhoeck&Ruprecht Verlag

Zielke, M, Meermann, R., Hackhausen, W.: Das Ende der Geborgenheit, Pabst Verlag 2003

Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“: Der verletzte Mensch, Heft 2/2003, Psychiatrie-Verlag Bonn

ICD-10 (International Classification of Diseases), Kapitel V (F) „Psychische und Verhaltensstörungen“:

F 43.0 akute Belastungsreaktion (erst „Betäubung“, Einschränkung von Bewusstsein und Aufmerksamkeit, Unfähigkeit der Reizverarbeitung und Desorientiertheit; dann Rückzug oder Unruhe und Überaktivität, Fluchtreaktion. Vegetative Angstsymptome. Teilweise Amnesie für diese Zeit. Abklingen in Stunden oder bis 3 Tagen). **Therapie:** möglichst in normaler Umgebung, auch Arbeitsplatz, weitermachen, „**Abzittern**“ ermöglichen: Umgebung über die wechselnden Verhaltensweisen informieren (Weinen, Verstummen, Reden, Angst, Gereiztheit usw.), nicht sedieren, da hoher Erregungspegel für die Verarbeitung benötigt wird! Nicht die Traumasituation „durdarbeiten“!!!

F 43.1 posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (s. u.)

F 62.0 andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (Jahrzehnte chronifiziert)

Die Psychotraumatologie befaßt sich mit den Folgen seelischer **Traumatisierungen durch extreme Belastungssituationen:** gewalttätige Angriffe, lebensbedrohliche Verkehrsunfälle, Vergewaltigung, Naturkatastrophen, Krieg, Gefangenschaft, Folter, lange Mißhandlungen als Kind. Ein Teil der Opfer verarbeitet diese Erlebnisse ohne professionelle Hilfe, andere nicht.

Verschiedene **Kriterien** werden für die **Diagnose F 43.1, PTBS**, gefordert:

A: die Belastung muß außergewöhnlich sein (s. Beispiele oben)

B: Flaschbacks als **fragmentierte** Erinnerung, die immer wieder, auch in Träumen, oft konstanten **Alpträumen**, auftaucht, als ob das Trauma jetzt gerade wieder geschehe. Häufig auch durch **Trigger** ausgelöst: **visuelle** Eindrücke (Ort des Überfalls bzw. ähnliche Orte), **Geräusche** (Knall nach Schussverletzungen), **Gerüche** (Zigarette nach Rettung aus brennendem Haus), **taktile** Eindrücke (Berührung nach Überfall), **Gefühle** (fröhliche Autofahrt vor Unfall).

C: Angstausbreitung und Vermeidungsverhalten, bezogen auf Gegenstände und Situationen, die an das Trauma erinnern (Autos nach Unfall, Schmutz nach „schmutziger“ Vergewaltigung).

D: öfter traumatische Amnesie für das Trauma, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Überwachtheit, Schreckhaftigkeit, öfter Konzentrationsstörungen. Oft Angst und Depression dabei, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabusus nicht selten zur Dämpfung der Ängste und Bilder.

Einsetzen der PTBS Wochen bis Monate nach dem Trauma. Verlauf und Dauer wechselnd.

Neurophysiologisch bewirkt das Trauma ein Entkopplung wichtiger Funktionsbereiche der beiden Hirnhemisphären: die linke (Worte, analytische Verarbeitung usw.) und die rechte (nonverbal, emotional usw., in der die fragmentierten Traumainformationen gespeichert sind) Hirnhälfte arbeiten gewissermaßen nicht zusammen, die Informationen bleiben stecken und können nicht verarbeitet werden. Deshalb **zielt EMDR auf eine Aktivierung der Hirnhälften durch Reizung ab:** der Therapeut bewegt eine Hand bogenförmig nach beiden Seiten, Patient folgt mit den Augen. Dies wird auf Verträglichkeit abgestimmt. Auch wechselweises Klopfen auf die Knie des Patienten (bei Missbrauchsoffern in dessen geöffnete Hände tippen), Schnipsen vor den Ohren, optisch laufende Lichter von rechts nach links und umgekehrt möglich. Dabei Traumabilder vorstellen.

Vorausgehen muss aber stets in der 8-phasigen Therapie (EMDR ist erst die 4. Phase!) das Vermitteln von Stabilisierungstechniken, mit denen sich der Patient jederzeit selbst aus unerträglichen Spannungs- und Angstzuständen befreien kann: **einen sicheren Ort** als Phantasie einüben; Vorstellungen entwickeln, wie die Beschwerden als ein **inneres Kind** von dem erwachsenen Patienten betreut werden könnten; **Pendeln** zwischen den häufigen massiven negativen Kognitionen, intrusiven Gedanken in die positiven Gegenbegriffe, jeweils mit Bezug auf die Körperreaktion bei diesen Vorstellungen – und dem Deponieren in einem **Tresor**, s. Literatur bei Luise Reddemann.

Dies könnten auch Hausärzte beginnen!