

Beziehungsgestaltung in der EMDR-Behandlung

Karsten Böhm

- 2.1 EMDR im Vergleich zu anderen Therapieschulen – 29**
- 2.2 Das Krankheitsmodell: das AIP-Modell – 30**
- 2.3 Schwierigkeiten beim Aufbau der therapeutischen Beziehung – 32**
 - 2.3.1 Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau mit traumatisierten Patienten – 32
 - 2.3.2 Täterintrojekte als Belastung für den Therapeuten – 34
- 2.4 Techniken der Beziehungsgestaltung – 34**
 - 2.4.1 Einbezug der Persönlichkeitsstile in den Beziehungsaufbau – 35
 - 2.4.2 Die Arbeit mit inneren Anteilen – 36
 - 2.4.3 Der misstrauische Patient braucht Kontrolle – 39
 - 2.4.4 Weiterentwicklung der Empathiefähigkeit – 40
 - 2.4.5 Neue Betrachtung der Emotionen einführen (Grundemotionen) – 40
 - 2.4.6 Das Konzept der Großzügigkeit – 42
- 2.5 Übungen zur Beziehungsgestaltung – 43**
 - 2.5.1 Übung zur Lebenseinstellung – 44
 - 2.5.2 Übung »Schönste Kleidung« – 45
 - 2.5.3 Übung »James Dean-Intervention« – 46
 - 2.5.4 Übung »Im Zweifel für den Zweifel« – 47
 - 2.5.5 Übung »Behandle jeden wie 35« – 49
- 2.6 Der Weg ist das Ziel – Präventive Aspekte der Therapie – 50**
 - 2.6.1 Aktives Coping – 50
 - 2.6.2 Passives Coping – 51

- 2.7 Unterschiede in der Entstehung von Traumata – 51**
- 2.7.1 Unterschiede in der Beziehungsgestaltung – 53
- 2.8 Therapieziele und Behandlungsplanung – 55**
- 2.9 Checkliste Kapitel 2 – 56**

Innere Haltung und philosophischer Hintergrund

»Verschwende dich selbst!« (Nietzsche, 1844–1900, 2013)

Psychotherapeutische Deutung

In einer Gesellschaft, die sich auf Effizienz und die Nutzung von Möglichkeiten konzentriert, wirkt dieser Satz geradezu provozierend. *Carpe diem* (Nutze den Tag) sollte es viel eher heißen. Doch Nietzsche spricht von einer inneren Haltung, die sehr nahe an eine Achtsamkeitsperspektive kommt. Im alltäglichen Stress sind wir oft wenig mit uns in Kontakt. Hektisch arbeiten wir eine Aufgabe nach der anderen ab, ohne wirklich inne zu halten. Er rät uns nun, uns einen Moment der Auszeit zu nehmen und nichts zu machen, den Moment zu verschwenden. Uns dieses zu gönnen, uns es herauszunehmen. Schließlich geht es im Leben um den Weg und nicht um das Erreichen eines Zieles, das ja nur der Tod sein kann. Indem man nun den Moment verschwendet und dieses akzeptiert, geschieht etwas Paradoxes: wir werden ruhig und die Aufgaben, die sich uns stellen, können schneller und effizienter abgearbeitet werden. Am Ende sind wir auf allen Ebenen Gewinner. Wie lange diese verschwendeten Momente dauern, bleibt offen, von Sekunden bis Monate erscheint vieles möglich.

Auszeiten sind wichtig

2.1 EMDR im Vergleich zu anderen Therapieschulen

In der Traumatherapie werden sehr persönliche, unangenehme und häufig für den Patienten peinliche sowie schuldbeladene Dinge besprochen und bearbeitet. Die Grundlage dieser Arbeit ist eine vertrauensvolle und stabile Therapiebeziehung, die auch in schwierigen Therapiesituationen Bestand hat. Die Art der Beziehungsgestaltung orientiert sich hierbei nicht dogmatisch an den klassischen Schulen der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie oder der Psychoanalyse, sondern bedient sich verschiedener Elemente der einzelnen Verfahren. In der Verhaltenstherapie herrscht zwar auch ein eher symptomorientierter Blickwinkel, die avisierten Therapieschritte sind jedoch eher auf eine Habituation in den Expositionen ausgerichtet. Der Patient wird durch den Therapeuten vorbereitet, die Konfrontation auszuhalten und nicht in ein Vermeidungsverhalten oder andere dysfunktionale Strategien zu fallen. Gerade die prolongierte Exposition bedient sich dieses Mechanismus: die traumatische Erinnerung wiederholt gezielt abzurufen und so lange zu wiederholen, bis eine Gewöhnung, und damit ein Abfall von Anspannung und Belastung einhergeht.

EMDR kombiniert Methoden aus den verschiedenen Therapieschulen

EMDR versus Verhaltenstherapie

Im EMDR wird hingegen nicht vorgegeben, wie der Patient mit dem Traumamaterial umzugehen hat, und kann deshalb ein höheres Maß an Autonomie behalten. Er geht mit dem Traumamaterial in Kontakt und kann dann in freier Assoziation »passieren lassen«. Dieser Unterschied spiegelt sich nun auch in der Beziehungsgestaltung wider. Im EMDR wird hierzu das freie Assoziieren schon sehr früh eingeführt und die Patienten ermutigt, ihren eigenen Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen zu folgen, ohne dies sofort negativ zu bewerten oder als »Muss« wahrzunehmen.

EMDR versus Tiefenpsychologie und analytische Psychotherapie

Gegenüber der Tiefenpsychologie und den analytischen Verfahren zeigt sich EMDR wesentlich symptombezogener. Die Einbeziehung der Biografie ist zwar auch im EMDR wichtig, wird jedoch nicht als unbedingte Konfliktgrundlage gesehen. Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte stehen im EMDR nicht im Vordergrund der Betrachtung, auch wenn sie bei vielen Patienten wichtige Marker in der Beziehungsgestaltung darstellen können. EMDR nimmt vielmehr einen humanistischen Blickwinkel ein und möchte den Patienten darin fördern, seine eigenen Selbstheilungskräfte zu finden und zu verwenden. Die freie Assoziation dient damit weniger der Aufdeckungen verdeckter und grundlegender Konflikte, sondern vielmehr der individuellen Förderung eigener Wege und dem Entwickeln des Selbstvertrauens, diesen zu folgen.

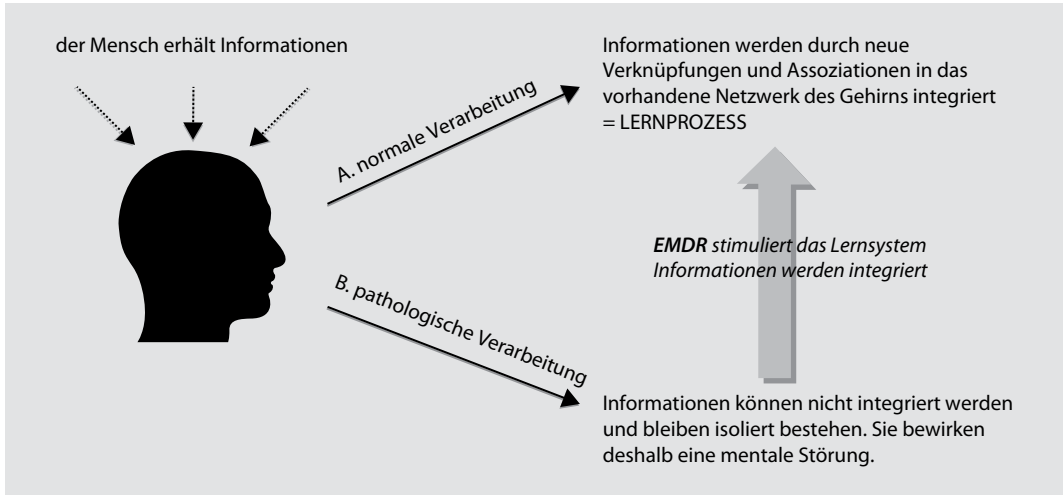
2.2 Das Krankheitsmodell: das AIP-Modell

Wie entsteht eine PTBS?

Dies macht sich auch in dem Krankheitsmodell von EMDR bemerkbar: das Adaptive Information Processing-Modell (AIP-Modell) von Francine Shapiro (2001). Das AIP-Modell beschreibt, wie aus Sicht von EMDR psychische Erkrankungen, wie die PTBS entstehen und diese hiervon abgeleitet behandelt werden können.

Wie werden Informationen neuropsychologisch verarbeitet?

Im Schaubild (■ Abb. 2.1) ist das AIP-Modell dargestellt. Es geht davon aus, dass das menschliche zentrale Nervensystem, das der Informationsverarbeitung dient, in Netzwerke unterteilt ist. Dieses Modell der Netzwerke – auch Schemata genannt – wird heute häufig in der Neuro- und Kognitionspsychologie verwendet. Eine neu aufgenommene Erfahrung oder, allgemein ausgedrückt, Informationen werden vom menschlichen Gehirn in dieses Netzwerk integriert – Assoziationen werden hergestellt. Hierfür werden neue Verbindungen (Neuronen) zwischen den vorhandenen Netzwerken gezogen. Dieser Lernprozess integriert somit eine neue Erfahrung und Information für das menschliche Gehirn in die vorhandenen komplexen Netzwerke. Die Netzwerke betreffen sowohl Gedanken und Gefühle, als auch Bilder und jede Form von Empfindungen.



■ **Abb. 2.1** Das AIP-Modell: neue Information – A. Durch Assoziationen wird der Lernprozess in Gang setzen (normale Verarbeitung) – B. Es werden keine Assoziationen gebildet, sie bleiben isoliert (pathologische Verarbeitung)

Was passiert jedoch, wenn die neue Erfahrung oder Information so anders oder unbegreiflich ist, dass sie nicht in die vorhandenen Netzwerke integriert werden kann? In diesem Falle bricht nach dem AIP-Modell die normale Verarbeitung der neuen Information zusammen. Es entsteht ein eigenes Netzwerk für diese neue, nicht verarbeitbare Information, ein sogenanntes Erinnerungsnetzwerk. Dieses ist nun nicht mit den anderen Netzwerken vielfältig verknüpft, sondern steht weitgehend isoliert. Francine Shapiro spricht hierbei auch von einem wie »eingefrorenen« Zustand. Dieses isolierte Erinnerungsnetzwerk bringt einige Nachteile mit sich. Der wichtigste ist, dass es über Trigger und damit einzelne Verbindungswege aktiviert werden kann, der Mensch diese Erinnerung somit wieder erlebt. Durch die geringe Zahl an Verknüpfungen kann der Mensch dieses jedoch nicht mehr so einfach verlassen, er ist im Traum gefangen und erlebt dieses wie in einem Flashback. Dieses ist das typische Erleben von Traumapatienten, keine Kontrolle über Gedanken, Gefühle und Empfindungen zu haben. Darauf zeigen viele Menschen Reaktionen und Verhaltensweisen, die dem Schutz dienen sollen, häufig jedoch die Problematik noch verstärken. So kann die Suche nach starken Reizen, wie bei einer Selbstverletzung mit einer Rasierklinge dazu dienen, wieder aus dem Erinnerungsnetzwerk zu gelangen. Gleichsam zeigen die Patienten oft Angst, Scham und Schuldgefühle. In der Folge vermeiden sie häufig jede Form von Triggern, um nicht mehr in dieses Erinnerungsnetzwerk zu geraten, was allerdings das Alltagsleben erheblich erschweren kann. Eine

Traumata behindern die Informationsverarbeitung

EMDR beugt Angst vor
Kontrollverlust vor

Posttraumatische Belastungsstörung oder andere Traumafolgerkrankung (s. ► Kap. 1) entsteht.

2.3 Schwierigkeiten beim Aufbau der therapeutischen Beziehung

Viele Traumapatienten zeigen Schwierigkeiten im Aufbau therapeutischer Beziehungen. Zwar besteht ein erheblicher Leidensdruck welcher eine Veränderungsmotivation im Sinne einer Therapie bedingt, zeitgleich kann die Angst vor Konfrontation mit Erinnerungen lähmend entgegenwirken. Vereinfacht kann gesagt werden, dass Bindungsstörungen umso ausgeprägter sind, umso früher und häufiger das Trauma erfolgte, und umso mehr enge Bezugspersonen involviert wurden. Bei frühkindlichen Traumatisierungen ist der Aufbau des Urvertrauens nachhaltig gestört, was den Aufbau einer therapeutischen Beziehung maßgeblich beeinflusst. Der traumatisierte Patient versucht den Verlust an Vertrauen durch ein höheres Maß an eigener Kontrolle zu kompensieren. In der Traumatherapie wird nun verlangt, Kontrolle abzugeben und dem Therapeuten zu vertrauen. Dies fällt traumatisierten Menschen besonders schwer. Die Methodik des EMDR ist hier besonders hilfreich, da es Autonomie und Kontrolle beim Patienten belässt und dies dem Patienten kommuniziert wird, und die Ängste vor einem Kontrollverlust mindert. Sowohl bei der Wahl des Themas als auch bei der Tiefe behält der Patient im EMDR die Kontrolle. Diese Haltung setzt sich während der ganzen Behandlung fort: »Wie weit gehe ich heute in der Erinnerung? Kann ich jederzeit aussteigen wenn es mir zu viel wird? Welche Form der Verarbeitung wähle ich heute?«

2.3.1 Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau mit traumatisierten Patienten

Misstrauen beachten

- Ambivalenz: Angst vor einer Behandlung vs. Leidensdruck durch Symptome
- Traumabedingter Verlust an Vertrauen in andere Menschen und die Welt
- Verlust an Urvertrauen bei frühkindlicher Traumatisierung
- Angst, Kontrolle an den Therapeuten abzugeben
- Mangel an Empathiefähigkeit

Medikamente und dysfunktionale Copingstrategien werden vom Patienten oft eingesetzt, um eine scheinbare Kontrolle herzustellen. Dies gilt es im Verlauf der Behandlung und Beziehungsgestaltung zu beachten. Therapeut und Patient verbünden sich, um das Trauma zusammen zu besiegen. Daher müssen Störfaktoren gemeinsam beseitigt werden. Dies ist unser Blickwinkel im EMDR. Gemeinsam arbeiten. Wenn Medikamente zur Vermeidung dienen, muss das thematisiert und mit dem Patienten offen besprochen werden. Die Vor- und Nachteile sollten maßgeblich durch den Patienten herausgearbeitet werden. Er sollte hiernach selbst entscheiden, wie damit umgegangen werden soll. Somit bleiben Verantwortung und Kontrolle beim Patienten, er wird aber nicht alleine gelassen. Der Therapeut ist im EMDR eng beim Patienten und kann durchaus mitregulieren – je nach Wunsch und Bedarf des Patienten: »Bitte entscheiden Sie das für mich!« kann durchaus hilfreich sein, wenn es einen Vertrauensbeweis darstellt und keine reine Vermeidung zugrunde liegt.

Bei traumatisierten Menschen sind Copingstrategien zunächst sinnvoll, um überhaupt überleben zu können. Im Verlauf können sie jedoch dysfunktionalen Charakter annehmen. Nichtsdestotrotz waren sie zu einem Zeitpunkt notwendig und auch klug. Dies ist die innere Haltung des Therapeuten. Patienten verhalten sich klug, auch wenn es in der aktuellen Situation schädlich und problematisch ist.

➤ **Seltsames und problematisches Verhalten wird meist erst dadurch erklärbar, dass es im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte und -entstehung betrachtet und verstanden wird.**

Unsere Beziehungsfähigkeit ist letztlich eine Folge dieser Copingstrategien. Dies wird dann unter dem Begriff der Persönlichkeit zusammengefasst: die aktuellen Eigenschaften eines Menschen. Dabei sind diese Eigenschaften veränderbar, und nicht wie häufig beschrieben, über das Leben hinweg statisch. Die Veränderung ist eine wichtige Motivation im Therapieprozess. Einfache und auf wenige Ursachen zurückgeführte Erklärungen sind oft Ausdruck eines mangelnden Selbstbewusstseins und -verständnisses. Erst in der Betrachtung der eigenen Komplexität entsteht eine differenzierte Selbstbetrachtung.

➤ **Cave: Monokausale Erklärungsmodelle fördern meist nicht die Entwicklung eines Patienten!**

Patient und Therapeut sind ein Team!

Heutige dysfunktionale Strategien waren einmal funktional

Menschen können sich ändern!

Integration von Täterintprojekten durch autobiographisches Bewusstsein

2.3.2 Täterintprojekte als Belastung für den Therapeuten

Nicht nur für den traumatisierten Patienten, auch für den Behandler können selbstverletzende innere Anteile (Täterintprojekte) eine erhebliche Belastung darstellen. Diese können auf den ersten Blick irrational, dysfunktional und ethisch kaum erträglich wirken. Wie nähert man sich also diesen Introjekten, die drohen, sich gegen den therapeutischen Prozess und auch die therapeutische Beziehung zu richten? Es ist wichtig, eine Distanzierung durch Verständnis und Würdigung für die Entstehungsgeschichte (ursprüngliche Schutzfunktion im Rahmen der Traumatisierung) für sich selbst und für die therapeutische Beziehung zu etablieren, und dieses Wissen für die Aufgaben der Gegenwart zu nutzen. Täterloyale Anteile müssen zunächst für die Therapie gewonnen werden, und eine respektvolle Koexistenz im Sinne einer partiellen Reintegration erreicht werden. Im Verlauf kann dann täteridentifizierendes Verhalten reduziert werden. Ziel ist die Integration der traumatischen Erinnerungen durch ein ganzheitliches autobiographisches Bewusstsein.

2.4 Techniken der Beziehungsgestaltung

Beziehung durch Verständnis

Die Beziehungsgestaltung ist grundsätzlich ein sehr individueller Prozess, um eine Passung zwischen zwei Menschen herzustellen. Ziel ist nicht nur der Aufbau einer stabilen Patienten-Therapeuten-Verbindung, sondern ebenso das Verstehen der inneren Prozesse und Bedürfnisse, sowie deren Limitierungen. Hierzu gehören bewusste und unbewusste Bereiche, ebenso wie Einstellungen und Glaubensbekenntnisse. Gottesglaube und Spiritualität können wichtige Motivationen für einen Patienten darstellen – diese gilt es zu verstehen. Und wer sich verstanden fühlt, ist in Beziehung.

➤ Das Verstehen fördert den Beziehungsaufbau.

Wie gelingt der Beziehungsaufbau?

Bereits in der ersten Therapiesitzung werden viele Grundregeln und Umgangsformen miteinander festgelegt. Daher erscheint es wichtig, gerade diese ersten Momente so zu strukturieren, dass sich der traumatisierte Patient verstanden und am richtigen Ort fühlt. Sinnvolle Vorgehensweisen, siehe ► graue Box.

Tricks für die ersten Therapiesitzungen

- Expertentum darstellen
- Sicherheit geben
- Fragen stellen, aber nicht ausfragen
- Symptome und Probleme antizipieren, aber nicht unterstellen, sondern erfragen
- Kontrolle bewusst herstellen: wo möchten Sie sitzen?
- Regeln und Grenzen klar benennen: wir beginnen pünktlich und überziehen die Zeit nicht; Non-Suizidvertrag für die Behandlungsdauer, egal wie schwer es wird
- Ehrlichkeit als Bedingung für beide Seiten
- Schweigepflicht und Teamarbeit benennen
- Täterintjekte erkennen und deren Schutzfunktion benennen

2.4.1 Einbezug der Persönlichkeitsstile in den Beziehungsaufbau

Beziehungsgestaltung ist stets mit der **Persönlichkeit** des Patienten verknüpft und, therapeutisch gesehen, auch mit deren Weiterentwicklung: Bestimmte Verarbeitungsmechanismen sind durch Persönlichkeitsanteile blockiert. Der Patient kann sich von Symptomen nicht befreien, da er diese Veränderung durch bestimmte Eigenschaften (dysfunktionale Copingstrategien) verhindert. In der Therapie kann dies Schritt für Schritt erarbeitet werden. Gewinnt der Patient diese Erkenntnis, kann dies eine wichtige Motivation darstellen: wenn ich mich verändere, dann kann ich auch die quälenden Bilder (oder ähnliches) überwinden. Gerade zu Beginn der Behandlung ist jedoch eine Beziehungsgestaltung von Vorteil, die dem Patienten das Gefühl gibt, verstanden und wertgeschätzt zu werden. Um diesen Prozess zu erleichtern, bietet sich ein Beziehungsumgang an, der direkte Antworten auf Persönlichkeitsprobleme des Patienten gibt, ihm somit Sicherheit und Vertrauen entgegenbringt.

Die Tabelle (■ Tab. 2.1) zeigt Persönlichkeitsstile und die Möglichkeiten in der Beziehungsgestaltung.

In der Traumabehandlung empfiehlt sich bei Persönlichkeitsproblemen (schwierigen Persönlichkeitseigenschaften) zunächst die Etablierung einer stabilen Beziehung und Betonung der Wertigkeit der Beziehung. Geplante Veränderungen führen bei Patienten zu Angst und Unbehagen. Sie benötigen somit ebenso wie andere Veränderungsschritte Stabilität und Ressourcen im Patienten. Die Defizitbearbeitung sollte erst im Verlauf erfolgen und wenn dies möglich ist.

Die Rolle der Persönlichkeit

»Antworten« Sie auf den
Persönlichkeitsstil!

Beziehung kommt vor
Änderung

■ Tab. 2.1 Liste von Persönlichkeitsstilen und deren mögliche Implikationen auf die Beziehungsgestaltung

Persönlichkeitsstil	Problem des Patienten	Verhalten des Therapeuten
Schizoid	Angst vor zu viel Nähe.	Distanz geben und die Möglichkeiten des Patienten beachten.
Schizotyp	Skurriles Auftreten und eigene Ansichten, die mit anderen Menschen nur schwer teilbar sind	Erlebniswelt des Patienten erarbeiten und nicht voraussetzen.
Paranoid	Misstrauen der Welt gegenüber und das Bedürfnis sich dagegen zu verteidigen	Kontrolle geben und Änderungen benennen und erklären.
Antisozial	Regeln gelten für andere, für einen selbst nicht	Die eigene Opferperspektive kann anfangs eine Beziehung erst ermöglichen. Evtl. erst später auf Täteranteile konzentrieren.
Narzisstisch	Bedürfnis, gesehen und beachtet zu werden. Der eigene Wert hängt von der Zustimmung der anderen ab.	Das Können und die erreichten Ziele des Patienten herausarbeiten und offen benennen. Gleichzeitig sich als Therapeut auf die gleiche Ebene stellen: als Experte für die Traumatherapie.
Histrionisch	Wunsch, die eigenen dramatischen Gefühle sichtbar machen zu dürfen.	Einen Raum oder Bühne für diese Erlebniswelt geben. Das Leiden offen ansprechen und validieren.
Emotional instabil	Selbstverletzendes Verhalten und/oder Beziehungsabbrüche.	Problemverhalten offen ansprechen noch bevor es auftritt und gemeinsamen Umgang damit vereinbaren.
Passiv-aggressiv	Angst vor Anforderungen und Leistungsansprüchen durch den Therapeuten.	Die eigene Vorgehensweise betonen und den Einsatz als Therapeut herausstellen. Therapieschritte engmaschig mit dem Patienten vorbesprechen und keine unvorhergesehenen Interventionen einsetzen.
Dependent	Bedürfnis nach Anlehnung und Hilfe. Angst vor Alleinsein und Versagen.	Einen klaren Weg bieten, der vom Therapeuten vorgegeben wird.
Ängstlich	Angst abgelehnt zu werden und wertlos zu sein.	Dieses Erleben antizipieren und offen ansprechen, aber gleichzeitig mit Kontrolle und Akzeptanz reagieren (validieren).
Zwanghaft	Das eigene Kontroll- und Ordnungssystem wird von anderen Menschen in der Umgebung abgelehnt.	Verständnis für das Erleben des Gegenübers zeigen, auch wenn es mit eigenen Wertmaßstäben nicht übereinstimmt.

2.4.2 Die Arbeit mit inneren Anteilen

Ich, Es und Über-Ich

Neben der Betrachtung der Persönlichkeitsstile ist auch eine Arbeit mit inneren Anteilen im EMDR-Prozess sinnvoll. Hierzu gibt es sehr viele verschiedene therapeutische Ansätze, die sich unterschiedlicher Perspektiven auf die Anteile bedienen, jedoch gemeinsam die inneren Prozesse eines Menschen durch eine Unterteilung zu verstehen versuchen. Freud (1856–1939) hatte hierzu das Strukturmodell, bestehend aus dem Ich, Es und Über-Ich erstellt (Freud 1923). Das Ich verfolgt hierbei das sogenannte



<http://www.springer.com/978-3-662-47892-9>

EMDR in der Psychotherapie der PTBS
Traumatherapie praktisch umsetzen

Böhm, K.

2016, XIV, 201 S. 23 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-662-47892-9