

**DUALE-FOKUS-ARBEIT BEI
TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN - ASPEKTE
DER WEITERENTWICKLUNG VON EMDR
AUF GESTALT THERAPEUTISCHEM
HINTERGRUND**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen
Grades

MSc

im Universitätslehrgang Psychotherapie Integrative Gestalttherapie

von

Ela Neidhart, A -1050 Wien, Schwarzhornngasse 12/10-11

Department für Psychotherapie und
Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien, November 2014

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Daniela Neidhart, geboren am 26. 12. 1964 in Villach, erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum...) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Danksagung/Widmung

Mein Dank gilt meinem Mann Ernst, der mit großer Ausdauer meinem lauten Denken zuhörte und der durch seine Liebe und Klugheit mein Arbeiten und Leben bereichert; meinen wundervollen Kindern Liliom, Laurin und Elia Luna, deren Kochkünste nach den Schreibphasen immer wieder schmackhafte Motivation waren und weil sie das Beste sind, woran ich je mitgearbeitet habe.

Mein Dank gilt meinem Mentor Gerold Schneider, der mir das weite Feld der Psychotherapie eröffnete; Herta Hoffmann-Widhalm für die langjährige freigiebige und fachlich immer hilfreiche Supervision schwieriger Prozesse; allen Lehrenden, deren Haltungen meine psychotherapeutische Arbeit mitgeprägt haben, darunter Do Warta und Sylvester Walch. Ein großes Dankeschön geht auch an meinen Freund und Kollegen Thomas Langer für den fachlichen Austausch und die Korrektur der Arbeit. Danke auch an meine geschätzte Kollegin Susanne Soukup für das kompetente fachliche Feedback.

Mein Dank gilt meiner Schwester, die immer an mich glaubt, und meinen Eltern, die dem, was ich tue, mit Wertschätzung und Anerkennung gegenüberstehen.

Danke auch an all jene Menschen, durch deren Weiterentwicklungen und Heilungsprozesse ich tagtäglich in meiner psychotherapeutischen Arbeit weiterlerne.

Gewidmet ist diese Arbeit meinem Großvater Willi Zmölnig, weil er am Leben und dessen Weiterentwicklungen bis ins hohe Alter interessiert war, weil er an ein vereinigtes Europa glaubte, noch lange bevor es umgesetzt wurde, weil er Weiterbildung und Forschung, die ihm nicht möglich waren, sehr hoch schätzte, weil er auch mit 90 Jahren an neuester Technik interessiert war, weil er trotz verheerender, traumatischer Kriegserlebnisse im 1. und 2. Weltkrieg ein liebevoller Groß- und Urgroßvater werden konnte.

Duale Fokus-Arbeit bei Traumafolgestörungen – Aspekte der Weiterentwicklung von
EMDR auf gestalttherapeutischem Hintergrund
Dual Focus Work and Posttraumatic Stress Disorders – aspects of enhancements of
EMDR based on a Gestalt theoretical background

Abstract

Ela Neidhart, Wien 2014

In der Annahme, dass Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) eine wirksame Methode in der gestalttherapeutischen Praxis sein kann, stellen sich bei vorliegender Arbeit folgende Fragen: Passt die Methode EMDR in die gestalttherapeutische Arbeit mit Traumafolgestörungen? Wenn ja, braucht es Modifikationen und wie können diese aussehen? Ausgehend von diesen Fragenstellungen wird versucht, auf Basis aktueller Studien und Erfahrungen bzw. Beobachtungen in der ambulanten Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen, EMDR in der Vielfalt gestalttherapeutischer Interventionen zu verorten und die praktische Umsetzung der Methode den aktuellen Studienergebnissen anzupassen.

Basierend auf der Annahme von lerntheoretischer Wirksamkeit (Working Memory Theory) kommt es zur Erstellung eines adaptierten Arbeitsablaufes: Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE). Die Methode wird als traumakonfrontatives Werkzeug im (gestalt-)therapeutischen Prozess gesehen, die Regelmäßigkeit des standardisierten EMDR-Protokolls wird modifiziert zu individueller Prozessarbeit, die sich in den entwickelten Manualen in Form der DFBE-Protokolle abbildet.

Assuming that Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is an efficient method in practising Gestalt therapy, the paper in hand asks the following questions: Does the method EMDR fit in the frame of gestalttherapeutical work with

people suffering from posttraumatic stress disorders or DESNOS. If this is so, will there be a need of modifications and how could they look like?

Based on present studies and empirically experiences and research in private practise the author tries to site EMDR among Gestalt therapy and its variety of methods.

Taking into account recent findings of EMDR research confirming the Theory of Working Memory leads to establish an adapted operational procedure: Dual Focussing during Burdening Recall (DFBR). The method is seen as part of other effective tools during gestaltpsychotherapeutical work confronting the traumatic experience. The normative regulation of the standardized EMDR-protocol is modified to an individual work proceeding, which is displayed in the development of new manuals, the DFBR-protocols.

Stichwörter:

Trauma, Gestalttherapie, Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung, DFBE, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR, Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS, Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, KPTBS

Keywords:

Trauma, Dual Focussing during Burdening Recall, DFBR, Gestalt therapy, EMDR, PTSD, KPTSD, DESNOS, Working Memory

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	9
1 WAS IST EIN TRAUMA?	11
1.1 Begriffsentstehung.....	11
1.2 Definition von Trauma.....	12
1.3 Zur Klassifikation von Traumata.....	12
1.4 Die Folgen von traumatischen Erfahrungen.....	15
1.5 Begünstigende Faktoren für die Entstehung von traumabezogenen Störungen.....	17
1.6 Diagnostische Problematik	18
1.6.1 Allgemein	18
1.6.2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	21
1.7 Das weite Spektrum von Reaktionen auf ein Trauma.....	22
1.7.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	24
1.7.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS).....	26
1.7.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31).....	27
1.8 Was passiert im Gehirn? Neurobiologische Betrachtungen von traumatischen Lebensereignissen	28
1.8.1 Hirnatrophien und die Vielfalt unterschiedlicher Studiendesigns.....	28
1.8.2 Die Polyvagal-Theorie.....	32
1.8.3 ANP und EPs – Die Theorie der Strukturellen Dissoziation	36
2 ASPEKTE DER TRAUMAFOLGENTHERAPIE	39
2.1 Was wirkt? – Aktuelle Metanalysen.....	39
2.2 Allgemeine Zugänge in der Traumafolgentherapie.....	41
3 ASPEKTE DER TRAUMAFOLGENTHERAPIE IN DER GESTALTHERAPIE	45
3.1 Ein geraffter Überblick gestalttherapeutischer Grundkonzepte als Basis in der Behandlung von Traumafolgestörungen	46
3.2 „Reich ausgestaltet und voll tiefen Verstehens“	51

3.3	Das Kontakt-Support-Konzept	53
3.4	Trauma als Unterbrechung im Kontaktzyklus	54
3.5	Ganzheitlichkeit als Grundprinzip	56
3.6	Exkurs: Elemente aus anderen psychotherapeutischen Fachrichtungen, die zunehmend in die Gestalttherapie integriert werden – Arbeit mit den Selbstanteilen.....	58
3.7	Die Gestalttherapie kontaktiert EMDR.....	60
3.8	Zusammenfassung	63
4	EMDR (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING)	65
4.1	EMDR wirkt.....	66
4.2	Wie wirkt EMDR?	67
4.3	Wie wichtig sind die links-rechts Augenbewegungen bei EMDR?	70
4.4	Wie wirkt bilaterale Stimulation mit Tönen?	71
4.5	EMDR goes IGT (Integrative Gestalttherapie).....	72
4.6	EMDR in der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis	74
4.6.1	Forschungslage	74
4.6.2	Verbindungen und Reibungsflächen	75
5	VOM STANDARDISIERTEN EMDR-PROTOKOLL ZUR DUALEN FOKUSSIERUNG BEI BELASTENDER ERINNERUNG (DFBE)	79
5.1	Wieso überhaupt ein Protokoll?	81
5.2	Weiterentwicklungen und Modifikationen	82
5.2.1	Was ist eine Ausgangserinnerung, die mit dualer Fokussierung bearbeitet werden kann?	84
5.2.2	Die Einführung in eine DFA-Sitzung im Unterschied zur EMDR-Sitzung	87
5.3	Die Wahl der DFBE-Methode	90
5.4	Der Recall – das Aufrufen der Ausgangserinnerung.....	97
5.5	Der SUD (Subjective Unit of Disturbance) – relevant und relativ	98
5.6	Duale Fokussierung (DFA) – Taxing the Working Memory	100
5.6.1	Das Grundprinzip	100

5.6.2	Die Feinabstimmung – Das DFA-Tuning oder: Der Klient hat recht und nicht das Protokoll.....	101
5.6.3	Therapeutische Interventionen während der Dualen Fokusarbeit (DFA)	103
5.7	Stabilisierung am Ende der Dualen Fokusarbeit.....	104
5.7.1	Keine duale Fokussierung bei positiven Erinnerungen	104
5.7.2	Schlaf als Wirkungsverstärker?.....	105
5.8	Überlegungen für die freie Praxis	107
5.8.1	Dauer der DFBE-Sitzung	107
5.8.2	Duale Fokusarbeit (DFA) als symptomreduzierende Methode bei anderen psychischen Erkrankungen und Beschwerden	108
5.9	DFBE – eine erste Zusammenfassung	110
6	DISKUSSION	113
7	SCHLUSS	117
8	LITERATUR	119
9	TABELLENVERZEICHNIS.....	136
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	136
11	ANHANG	137
11.1	Neidhart, DFBE – Unterlagen	137
11.1.1	DFBE-Ablauf – Kurzfassung.....	138
11.1.2	DFBE – Beobachtungsbogen für wissenschaftliche Weiterarbeit	139
11.1.3	DFBE – Dokumentationsvorlage.....	145

Einleitung

In den vergangenen Jahren litt rund die Hälfte der KlientInnen, die mit mir in meiner Praxis gearbeitet haben, an belastenden Folgen von traumatischen Erfahrungen. Häufig war die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) klar ersichtlich, genauso oft war sie „verpackt“ in vielfältige Diagnosen wie Schizophrenie, Dissoziative Persönlichkeitsstörung oder Depression sowie in deren Kombinationen.

Ich habe mir in dieser Arbeit erlaubt, so vorzugehen, wie es mir für meine praktische Arbeit mit den Menschen, die mit mir wöchentlich ein bis zwei Stunden psychotherapeutisch arbeiten, am meisten hilfreich ist: Zum einen, um meinen persönlichen Wissensstand bezüglich Traumatherapie dem Present State of the Art der Forschungs- und BehandlerInnen-Community anzugleichen, zum anderen, um in diesem Rahmen meine Erfahrungen und Beobachtungen mit EMDR theoretisch und praktisch zu beleuchten und um diese vor meinem praktischen und theoretischen Hintergrund der Integrativen Gestalttherapie zu integrieren bzw. gegebenenfalls zu modifizieren und zu adaptieren.

Dabei stellen sich Fragen sowohl zum standardisierten EMDR-Protokoll als auch zu den Wirkfaktoren der Methode. Was an dem detailreichen 8-Stufen Protokoll nach Francine Shapiro (1989, 2001) ist für die Wirksamkeit unabdinglich? Was ist möglicherweise nicht mehr zeitgemäß?

Ziel der Arbeit ist es unter anderem, EMDR auf dem Hintergrund aktueller Studien zu beleuchten, um die belegt wirksame Methode weiter zu entwickeln. Ein weiteres

Anliegen ist es, die standardisiert gelehrt Methode zur Traumafolgenbehandlung EMDR so zu adaptieren, dass eine wissenschaftliche Weiterentwicklung in der ambulanten Arbeit gefördert wird.

In der ambulanten psychotherapeutischen Praxis und in der Integrativen Gestalttherapie im Speziellen sind wir gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten immer auch Experimentierende und ForscherInnen. Diese Haltung liegt meinem Denken und Arbeiten – und somit auch vorliegenden Überlegungen - immer zu Grunde.

Die abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form steht jeweils pars pro toto, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar.

1 Was ist ein Trauma?

1.1 Begriffsentstehung

Extrembelastungen und ihre Folgen für den Menschen sind seit Ende des 19. Jahrhunderts Thema der medizinischen Wissenschaften. Janet, Freud, Kraepelin und Oppenheim begründeten mit bahnbrechenden neuen Krankheitslehren die „psychologische Medizin“ (vgl. Seidler, 2013). Oppenheim wird es auch sein, der mit seinem Buch „Die traumatischen Neurosen“ 1889 den Begriff des Traumas einführt.

Heute nähert man sich der Definition eines Traumas und dessen Folgen von unterschiedlichen Seiten. Länge und Intensität der belastenden Ereignisse werden ebenso erfasst wie die möglichen komplexen Folgewirkungen auf den einzelnen Menschen.

In den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2008) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) passiert diese umfassende Zugangsweise nur partiell. Unter anderem wird darin nicht unterschieden, ob ein Trauma einmalig oder wiederholt stattgefunden hat (vgl. dazu Schellong, 2013).

Die Versuche, die Folgen von traumatischen Ereignissen in Krankheitsbildern und Klassifikationen abzubilden, sorgen in der Fachwelt bereits seit der Einführung der Diagnose >Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)< (engl. PTSD = Posttraumatic Stress Disorder; erstmals 1980: Aufnahme in das amerikanische Diagnose-Manual DSM III) bis heute für lebhafte Diskussionen. Dementsprechend

weit und vielfältig ist die Landschaft der Einteilungs- und Diagnosekriterien, dementsprechend zahlreich sind die Modelle für die Entstehung und den Verlauf der PTBS.

1.2 Definition von Trauma

Im derzeit aktuellen Klassifikationsschema der Weltgesundheitsorganisation, dem ICD-10 lautet 1994 die Beschreibung eines Traumas:

„Die Betroffenen waren einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Dilling & Freyberger, 2008, S. 174).

Das amerikanischen DSM IV unterscheidet zusätzlich zwischen leiblicher Betroffenheit und Beiwohnen einer Katastrophe und beschreibt Traumata als „ein Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten.“ (DSM IV, American Psychiatric Association, 2000, S. 491).

1.3 Zur Klassifikation von Traumata

Die amerikanische Psychiaterin Lenore C. Terr nimmt in ihrem Buch „To scared to cry“ (1991) eine Unterteilung von traumatischen Ereignissen in Trauma Typ-1 und Trauma Typ-2 vor, wo Art und Schweregrad der belastenden Ereignisse berücksichtigt werden. Beim Trauma Typ-1 handelt es sich um einmalige traumatische Ereignisse, Trauma Typ-2 fasst komplexe, länger dauernde oder wiederholt geschehende Traumatisierungen zusammen.

Diese Unterscheidung greift auch Andreas Maercker auf und erweitert das Spektrum um einen dritten Traumatyp, der medizinisch bedingt ist. Zudem unterscheidet er klar zwischen nicht direkt von Menschen verursachten Katastrophen – „akzidentellen Traumata“ – und solchen, die „man made“ sind (Maercker, 2013, S. 16).

TABELLE 1: Traumatypen

(Neidhart nach L.C. Terr, 1991; Maercker, 2013; Kapfhammer, 2013)

	Typ-1 Trauma (Monotrauma, Schocktrauma): einmalig, selbst betroffen oder beobachtend beteiligt	Typ-2 Trauma (Polytrauma): länger anhaltend; wiederholtes stark belastendes Geschehen; mehrere unterschiedliche traumatische Lebens-Ereignisse; selbst betroffen oder beobachtend beteiligt
akzidentell	Unfall (z.B. Autounfall, Flugzeugabsturz Berufsunfall)	
	berufsbedingtes Trauma (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte, ÄrztInnen)	Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen, AKW-Unfall)
	Naturkatastrophe (z.B. Brand, Lawine, Wirbelsturm)	Naturkatastrophe (z.B. Dürre, Hungersnot, Erdbeben, Überschwemmung)
	akute lebensgefährliche Erkrankung (z.B. Herzinfarkt, Atemnot)	chronische lebensbedrohliche, schwerste Krankheiten (z.B. HIV, Krebsarten)
	medizinische Eingriffe (z.B. Defibrillationsbehandlung)	medizinische Eingriffe (z.B. schwere operative Eingriffe, Amputationen)
man made (wird direkt von einem Menschen zugefügt; passiert zwischenmenschlich)	einmalig erlebte Gewalttaten (z.B. Vergewaltigung; Opfer eines Amoklaufs oder Überfalls)	wiederholte körperliche Gewalt (Schläge, Zufügung von körperlichen Verletzungen)
		wiederholte seelische Gewalt (Einsperren, Drohen)
		wiederholter Missbrauch (z.B. sexuell, rituell) sexuelle Ausbeutung
		Krieg
		Verfolgung
		mehrfache Folter
		Geiselhaft
		Vernachlässigung
berufsbedingte Traumata (Polizei, NotärztInnen, Feuerwehr u.a.m.)		

1.4 Die Folgen von traumatischen Erfahrungen

Wer einmal von einer Schlange gebissen worden ist,
ist selbst einem aufgerollten Seil gegenüber auf der Hut.“
Tenzin Gyatsho, 14. Dalai Lama

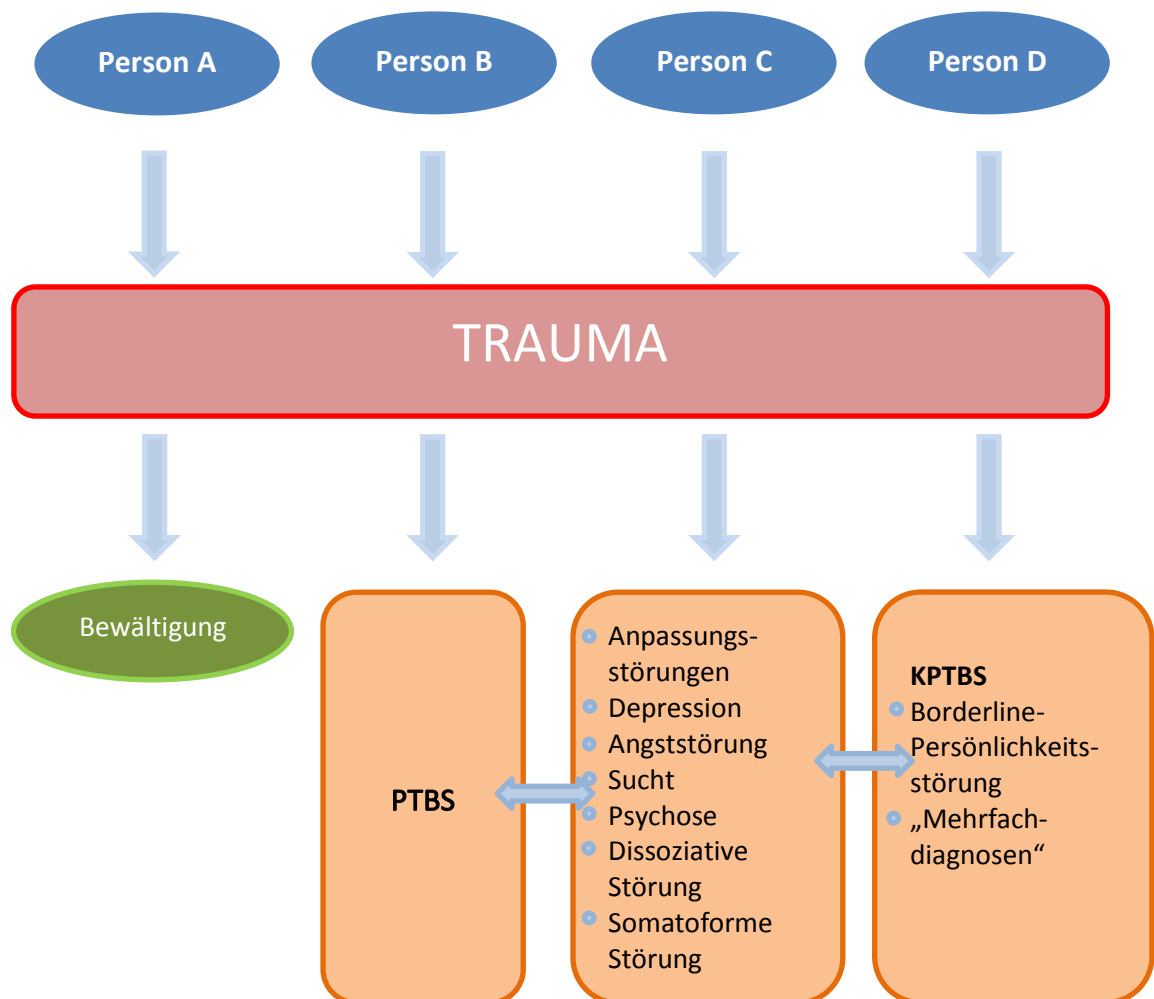
Nicht jedes traumatische Ereignis führt zu einer Traumafolgestörung (vgl. Stompe, 2013; Kapfhammer 2013; Maercker 2013). Oder anders formuliert: Traumatisches Erleben kann zu keinen oder zu unterschiedlichen Symptomen führen, die sich je nach Klassifikationsschema in verschiedene Störungsbilder zusammenfassen lassen. Das Spektrum der möglichen psychischen Folgen reicht von spezifischen, direkt inhaltlich traumaassoziierten klinischen Bildern wie PTBS bis hin zu unspezifischen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder somatoformen Störungen.

Hans-Peter Kapfhammer, der in Österreich tätige deutsche Psychiater mit Schwerpunkt Psychotherapie und Psychosomatik, betont die Persönlichkeitsveränderungen infolge chronischer oder früher Traumatisierungen: Defizite in der Selbstfürsorge, Schwierigkeiten bei der affektiven Regulation, grobe Verzerrungen in der Wahrnehmung und veränderte persönliche Verantwortlichkeit und Selbstwirksamkeit (Kapfhammer, 2013 nach Keane, 2007) können die Folge sein. Dies führe zu einer „deutlich erniedrigten gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (u.a. durch Störungen des Immunsystems) und zu „deutlich erhöhten psychosozialen Behinderungsgraden“ (Kapfhammer, 2013).

Ob und wie eine traumatisierte Person erkrankt, hängt von komplexen Faktoren ab, die vor, während und nach dem traumatischen Erleben zum Tragen kommen. PTBS ist eine häufige, aber nicht die einzige Reaktion auf ein Trauma (Flatten, Gast, Hofmann et al., 2011; Kapfhammer, 2013).

Die Ergebnisse von Studien beziehen sich weitgehend auf Folgen nach Trauma Typ-1. Bisher gibt es nur wenige Studien über die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS; engl. DESNOS = Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) bzw. über Folgen von Trauma Typ-2 (Maercker, 2006). Maercker folgert aus der Zusammenfassung aktueller Studien, dass Vergewaltigung, Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit und Kriegsteilnahme die drei „pathogensten Traumata“ seien (Maercker, 2013, S. 29).

ABBILDUNG 1: Traumafolgen (Neidhart modifiziert nach Stompe, 2013)



Viele der von einem Trauma betroffenen Menschen erkranken *nicht* (unabhängig von der Dauer und Schwere des Traumas). Ein traumatisches Erlebnis kann auch bewältigt und integriert kompensiert werden. Die Zahl der nicht-erkrankten Menschen nach Traumaexposition anzugeben, gestaltet sich als schwierig, da Studien unterschiedliche Kriterien für Traumata heranziehen und die Erkrankungsraten dadurch differieren. (Siehe dazu exemplarisch die zwei unterschiedlichen Ergebnisse der Studien von Stompe und Maercker, ► Abschnitt 1.7.1 PTBS). Weiters enthalten die Studien keine Hinweise darauf, inwieweit Personen ein Trauma erfahren und dieses verarbeiten und integrieren konnten, die *vorübergehend* Symptome einer PTBS zeigten.

1.5 Begünstigende Faktoren für die Entstehung von traumabezogenen Störungen

Ob und wie schwer Menschen nach einem katastrophalen Lebensereignis erkranken, hängt von vielen, miteinander zusammenspielenden und sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren ab. Es hat sich gezeigt, dass manche Gegebenheiten die Entstehung einer pathologischen Traumareaktion begünstigen.

Begünstigende Faktoren für eine Traumafolgestörung:

Prätraumatische Faktoren: (nach Stompe, 2013; Flatten, Gast, Hofmann, Liebermann, Reddemann, Wöller und Petzold, 2011; Brewin, 2000)

- sehr junges oder sehr hohes Alter
- weibliches Geschlecht
- niedrige Bildung/Intelligenz
- niedriger sozio-ökonomischer Status
- psychische Erkrankungen in der Familie
- vorangegangene Traumatisierungen
- mangelnder Kohärenz-Sinn (nach Antonovsky, 1997)

Peritraumatische Faktoren sind abhängig von der Art und Dauer des katastrophalen Ereignisses und vom subjektiven Erleben: (nach Kapfhammer, 2013; Flatten, 2011; Maercker, 2013):

- Dauer der Extremlastung (je länger, desto höher das Risiko einer psychischen Erkrankung)
- Art des Traumas (interpersonell betroffen oder beiwohnend; akzidentell; Lebensbedrohlichkeit)
- Subjektive Faktoren: peritraumatische Dissoziation, erlebte Hilflosigkeit/Lebensbedrohung, Schuldgefühle (Je stärker diese subjektiven Gefühle während des Erlebten, desto höher das Risiko, an Traumafolgestörungen zu erkranken)

Posttraumatische Faktoren: (nach Kapfhammer, 2013; Maercker, 2013)

- Mangelnde soziale Unterstützung
- Keine Offenlegung der Erfahrung
- Geringschätzung seitens der Gesellschaft
- Weitere belastende Ereignisse

Warum bleiben viele Menschen nach einer traumatischen Erfahrung gesund oder gesunden „von selbst?“

Die Frage nach der Resilienz bei Traumata stellt sich, wenn wir beobachten, dass zahlreiche Menschen *nicht* an Folgeerscheinungen von katastrophalen Geschehen leiden oder diese ohne medizinische oder psychotherapeutische Behandlung vergehen. Verstärkte Resilienzforschung bei Traumata kann Hinweise darauf geben, was bei der Heilung unterstützend wirksam ist – und diese Erkenntnisse könnten wiederum in Bezug mit der traumafolgenspezifischen Psychotherapie gebracht werden um die Wirksamkeit der Behandlungsmethoden zu erkennen und zu verbessern.

1.6 Diagnostische Problematik

„Wie viele Beine hat ein Pferd, wenn man seinen Schweif Bein nennt?“, fragte Zenon von Kition seine Schüler. „Fünf“, antworteten sie. „Ihr irrt“, beschied Zenon sie, „denn auch, wenn man einen Schweif Bein nennt, wird kein Bein daraus.“
(Anekdoten über Philosophen und andere Denker, P. Völkler, Hrsg.)

1.6.1 Allgemein

Auf die Problematik der Klassifizierung aufgrund der Komplexität der möglichen Belastungsstörungen wurde eingangs bereits hingewiesen. Die Bezeichnung PTBS wurde 1980 erstmals in das DSM-III aufgenommen. Die Diskussion in den vergangenen Jahrzehnten hat über eine Differenzierung und Einbeziehung

zeitlicher Kriterien im DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) zu einer stärkeren Betonung des subjektiven Erlebens und einer Erweiterung der potentiellen Auslöser im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) bis zu Neuerungen im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) und geplanten ICD-11 geführt.

Fachleute wie Ulrich Sachsse, Otto Kernberg, Birger Dulz und Martin Sack (2011) zeigen mit Studien große Überlappungsbereich von KPTBS und der Borderline Persönlichkeitsstörung bzw. mit Mehrfachdiagnosen und diskutieren eine Gleichsetzung.

Für die Arbeit in der freien Praxis in Österreich heißt das, Diagnosen nach dem ICD-10 sind nicht zwingend aussagekräftig über das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von traumatischen Lebensereignissen in der Lebensgeschichte der Klientin/des Klienten!

Maercker (2013) fasst die Symptomatik der Traumafolgestörungen in drei Hauptsymptomgruppen:

- Intrusionen/Wiedererleben (Bilder, Geräusche oder andere lebhaftere Erinnerungen des traumatischen Ereignisses gelangen unwillkürlich in den wachen Bewusstseinszustand; Flashbacks, Alpträume)
- Vermeidung/Numbing (Vermeidung von Orten/Tätigkeiten, die an das Trauma erinnern; Numbing: Gefühl der Entfremdung von anderen Menschen; sozialer Rückzug)
- Hyperarousal (generelle Erregungssteigerung, auch kleinere nachfolgende Belastungen führen zu stärkerer Erregung: Ein- und Durchschlafstörungen, Schreckhaftigkeit bei Berührungen oder Geräuschen)

Diese Hauptsymptome ordnet Maercker nach zusammengefassten Studien „unabhängig davon, ob bei den Betroffenen ein Trauma z.B. durch Naturkatastrophen, Kriminalität, Vergewaltigung oder ein anders traumatisches Ereignis ausgelöst wurde (Davidson & Foa, 1993)“ (Maercker, 2013, S. 21).

Interessant und aufschlussreich in diesem Zusammenhang sind auch die Erklärungsmodelle von Stephen W. Porges (Psychiater und Biomedizintechniker), der in seiner „Polyvagal-Theorie“ neurobiologisch veranschaulicht, dass sich eine „Missbrauchsvorgeschichte“ signifikant auf die physiologischen und psychologischen

Coping-Strategien auswirken kann“ (Porges, 2010, S. 252), (▶ Abschnitt 1.8.2. Die Polyvagaltheorie).

Für viele traumafolgenbezogene Erkrankungen gilt die Polarität der Phänomenologie von Symptomen: Betroffene spüren die Belastung entweder zu intensiv oder zu wenig.

TABELLE 2 (Cillien & Ziegler, 2013, S. 92 nach Sack, 2010)

Polarität der Traumafolgensymptomatik: intrusive und konstruktive Symptome

	Intrusive Symptomatik	Konstruktive Symptomatik
Gedanken	<ul style="list-style-type: none"> • sich aufdrängende Erinnerungen • zwanghafte Gedanken an das Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungslücken • Konzentrationsstörungen
Affekt	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • fehlendes Sicherheitsgefühl • Ohnmacht • Hilflosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühllosigkeit • Lustlosigkeit • fehlende Zukunftsperspektive
Körpererleben	<ul style="list-style-type: none"> • Körpererinnerung • Schmerzsymptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Entfremdungserleben • Depersonalisation • Funktionsverlust
Ausdrucksverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • unkontrollierbare Stressreaktionen • Abreaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Stupor • Lähmung • Kraftlosigkeit • extreme Müdigkeit

Diese Symptome können auch alternieren, „was dem fortlaufenden Wechsel zwischen zwei verschiedenen Funktionssystemen geschuldet ist, deren Aufgabe die Bewältigung des Alltags (Vermeidung/Betäubung) sowie die Verteidigung (Wiedererleben) sind“ (Cillien & Ziegler, 2013, S. 93).

Gemeinsam ist den Fachmenschen das Ringen um einheitliche, nachvollziehbare Modelle der Symptomerfassung und Zuordnung zur Klassifizierung von Erkrankungsbildern, von denen wirksame Behandlungshypothesen abgeleitet werden können. Im Zuge dieser Bemühungen ist auch eine Vielzahl von Screening-Instrumenten und strukturierten und standardisierten Interviews entstanden. Für einen gut strukturieren und umfassenden Überblick der gängigen

Diagnostikinstrumente sei auf den Artikel „Instrumente zur strukturierten Diagnostik“ von Wirtz, Overkamp und Schellong (2013) hingewiesen.

1.6.2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Ein weiterer diagnostischer Zugang soll hier Erwähnung finden, da dieser dem Psychotherapeuten eine wichtige, zusätzliche Position im weiten Feld der Diagnostik einnehmen lässt, dessen Blickwinkel/Standort nicht diagnosenspezifisch nach ICD oder DSM ist: Die sogenannte Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), deren Anfänge in Deutschland 1992 liegen und die 2012 im OPD-2 weiterentwickelt wurden.

Im OPD-2, entwickelt vom Arbeitskreis OPD (2014), wird mit vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse gearbeitet:

- Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse 2: Beziehung
- Achse 3: Konflikt
- Achse 4: Struktur
- Achse 5: psychische und psychosomatische Störungen

Das multiaxiale Vorgehen bietet die Möglichkeit, das komplexe Geschehen des Menschen, der vor uns in der Praxis sitzt, umfangreicher und klarer zu erfassen. Gerade im Bereich der Folgen von (komplexen) Traumatisierungen ist eine umfassende Einschätzung der Verfasstheit des Klienten hilfreich, um den adäquaten Behandlungsplan zu erstellen bzw. immer wieder zu adaptieren. Die ebenenreiche Diagnostik im OPD-2 ergänzt die deskriptiven Beschreibungen des ICD 10. Zudem entspricht die phänomenologische Herangehensweise der OPD-2-Diagnostik dem Grundprinzip der Phänomenologie und des psychodynamischen Zugangs in der Gestalttherapie).

Mit den theoretischen Grundlagen der Salutogenese der Gestalttherapie lässt sich die OPD-Diagnostik theoretisch vereinbaren, da beide die Integration von bisher

nicht integrierten Lebensereignissen als zentrales Kriterium der Gesundheit ansehen (zur Diagnostik mit OPD in der GT vgl. Hochgerner, 2005).

1.7 Das weite Spektrum von Reaktionen auf ein Trauma

Die Traumaprävalenz für PTBS (eher Typ-1-Trauma) ist länderabhängig. Über dem Atlantik ist sie deutlich höher als im europäischen Raum (Stompe, 2013 nach Spitzer et al.). Man vermutet, dass dem zwei Umstände zu Grunde liegen: Zum einen ist die Zahl der Überfälle am amerikanischen Kontinent höher, gleichzeitig ist auch der Traumbegriff dort weiter definiert.

Wie viel Prozent der Menschen, die ein Trauma erlebt haben, entwickeln auch eine PTBS? Stompe (2013) fasst zusammen, dass die Zahlen weltweit ähnlich bei 2 bis 10 Prozent liegen, wobei Frauen deutlich häufiger erkranken als Männer.

Die Liste der Erkrankungen, denen Traumata zugrunde liegen können, ist lang (Gruppen-Reihenfolge nach Häufigkeit, dass ein Trauma zugrunde liegt (nach Kapfhammer, 2013; Maercker 2013; Stompe 2013; Fischer & Riedesser, 2009)).

Spezifische Traumafolgestörungen:

PTBS (ICD-10: F43.1)

KPTBS (=DESNOS) (nicht als eigenständige Diagnose im ICD oder DSM vertreten; wird häufig gleichgesetzt mit)

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)

Posttraumatische Verbitterungsstörung (ICD-11)

Weitere Traumafolgestörungen (hochgradig traumassoziiert):

Dissoziative Störung (ICD-10: F44)

Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31)

Weitere traumaassoziierte Störungen (häufig bis weniger häufig Traumata in der Lebensgeschichte):

- Psychotische Erkrankungen (ICD-10: F2)
- Depressive Störungen (ICD-10: F32-34)
- Angststörungen (ICD-10: F40, F41)
- Substanzmissbrauch ((ICD-10: F1)
- Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)
- Essstörungen (ICD-10: F50)
- Zwangsstörungen (ICD-10: F42)
- Organische Erkrankungen

Traumatische Ereignisse, die zu PTBS führen, können sich schließlich auch gesamtkörperlich letal auswirken:

ABBILDUNG 2: Gesamtkörperliche Folgen von PTBS (Kapfhammer, 2013 nach Schnurr, Green 2004)



Menschen mit diesen Erkrankungen können eine oder mehrere traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte haben. Die Verfasserin erachtet das Bewusstsein über die möglichen mannigfaltigen pathogenen Ausprägungen nach traumatischen

Ereignissen als hilfreich für die ambulante Behandlung möglicher Traumafolgen. Für die Psychotherapie in der freien Praxis heißt das, Ausschau nach Traumata zu halten, denn häufig erzählen KlientInnen in der Therapie nicht von traumatischen Lebensereignissen. Zum einen, weil sie vielleicht (noch) nicht erinnerlich sind, zum anderen, weil sie subjektiv nicht als traumatisierend bewertet oder eingeordnet werden (z.B. Vernachlässigung, existentielle Einsamkeit) und zum dritten, weil sie vielleicht im vorsprachlichen Alter erlebt wurden.

Mit Ausschau halten nach traumatischen Lebensereignissen meint die Autorin vorliegender Arbeit in der Therapie der freien Praxis:

- Sorgsames lebensgeschichtliches Explorieren (z.B. methodisch mit Lebensabschnitts-Panorama, Ressourcen- und Belastungs-Diagramm)
- Gewährsein und im Bewusstsein halten, dass es möglicherweise (noch) nicht Erinnerliches gibt
- (Gegen-)Übertragungsphänomene sorgfältig erfassen
- Behandlungsmethoden gegebenenfalls adaptieren (Einbeziehung traumaspezifischer Methoden wie EMDR)

1.7.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

PTBS ist eine häufige, aber nicht die einzige Reaktion auf ein Trauma (Kapfhammer, 2013; Flatten et al. 2011). 80 Prozent von PTBS-Erkrankten haben komorbide psychiatrische Störungen im Verlauf (Kapfhammer, 2013). Aus anderer diagnostischer Perspektive könnte man auch sagen, dass bei auffällig vielen, häufig auftretenden schweren psychischen Erkrankungen ein Trauma oder mehrere traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte zu finden sind beziehungsweise diesen zugrunde liegen. So zeigen z.B. Studien (Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005), dass von Menschen, die jemals eine psychotische Episode in ihrem Leben erlebt haben, 50% bis 98% von einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen in ihrem Leben berichten.

PTBS kann in jedem Lebensalter auftreten. Die Kernsymptome von PTBS treten üblicherweise in den ersten Monaten nach dem Traumazeitpunkt auf (Maercker, 2013). Dauer, Spontanheilung oder Heilung durch Therapien lassen sich nicht aussagekräftig zusammenfassen, da die Komplexität der untersuchten Faktoren Zusammenfassungen oder Vergleiche nicht zulässt. Repräsentativ seien zwei aktuelle Ergebnisse (Maercker und Stompe) ausgewählt, die die Unterschiedlichkeit im Zugang und damit auch die Unterschiedlichkeit der prozentuellen Ergebnisse abbilden.

Maercker (2006, 2013) stellt fest, dass nach KZ-Haft 50-65% der Menschen an PTBS erkranken.

Bei sexuellem Missbrauch oder Vergewaltigung sind es 50-55% der Betroffenen, die eine Posttraumatische Belastungsstörung zeigen.

Nach einem Verkehrsunfall erkranken 3-11% der Menschen an PTBS.

Naturkatastrophen führen bei 5% der Betroffenen zur PTBS.

Beim Beiwohnen, Zeuge-Sein des katastrophalen Ereignisses erkranken zwischen 2 und 7% der Betroffenen.

Vergewaltigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch in der Kindheit sowie Kriegsteilnahme (zivil und beruflich) sind die drei nach Maercker am meisten krankmachenden Traumata. Maercker weist allerdings ausdrücklich darauf hin, dass „auch im Falle eines „weniger“ pathogenen Traumas sich das volle Symptombild einer PTBS herausbilden kann“ (Maercker, 2013, S. 2).

Stompe (2013) bringt die Art der Traumaexposition und das konditionale Risiko einer PTBS in folgende Zusammenhänge:

Gewalteinwirkung führt bei 20,9% der Menschen zu PTBS

Tod einer Bezugsperson führt bei 14,3% zu PTBS

Schockierende Erlebnisse bei 6%

Die Traumatisierung anderer (Zeuge-Sein) führt bei 2,2% der Betroffenen zu PTBS

Die deutschen AWMF-Leitlinien (Flatten et al. 2011, 2013) wiederum sieht die Häufigkeit von PTBS abhängig von der Art des Traumas wie folgt:

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern

- Ca. 10% bei Verkehrsunfällen
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Morbide Störungen sind bei der PTBS „eher die Regel als die Ausnahme“ (AWMF-Leitlinien 2011/2013, S. 205). Zudem führt PTBS auch zu Gedächtnisstörungen (Schmahl, 2013 nach Bremner, 2003).

Kennzeichnend für die Posttraumatische Belastungsstörung sind, wie bereits erwähnt, drei Hauptsymptomgruppen:

- Intrusion/Wiedererleben (Träume, Albträume, sich aufdrängende Erinnerungen, „Flashbacks“)
- Vermeidung/Numbing (Erinnerungslücken; Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern; Gefühl von Gefühllosigkeit; Isolierung, Rückzug)
- Hyperarousal (Gereiztheit, Schreckhaftigkeit, Wutausbrüche, gesteigerte Nervosität; Neigung zu Reizüberflutung; Ein- und Durchschlafstörungen)

Diese werden in den weltweit gebräuchlichen Klassifikationssystemen ICD-10 (2008) und DSM-5 (2013) dargestellt (mit einigen Unterschieden, vor allem in der unterschiedlichen Symptomanzahl zur Festlegung der Diagnose).

1.7.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist keine eigenständige Diagnose nach ICD-10 oder DSM-5. Diese sich in der Fachwelt herausgebildete Diagnose kann zu diagnostischen Verwirrungen führen, da zahlreiche Überschneidungen mit anderen Diagnosen (z.B. Borderline) vorhanden sind. Maercker sieht als eine Unterscheidung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) „dass die letztgenannte durch Furcht vor dem Verlassenwerden, Wechsel der Identitäten und häufiges suizidales Verhalten charakterisiert ist“ (Maercker, 2013, S. 24). BPS erfordere auch nicht das Vorliegen einer traumatischen Belastung (ibid.). (Vergl. dazu ► Abschnitt 3.6 Diagnostische Problematik).

Die komplexe PTBS ist gekennzeichnet durch Defizite in der Selbstfürsorge, Defizite bei affektiver Regulation, grobe Verzerrungen in der Wahrnehmung persönlicher Verantwortlichkeit und Selbstwirksamkeit, Probleme in der Beziehungsfähigkeit und Dissoziationsneigung (vgl. Sack, 2013). Geprägt wurde der Begriff >Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung< durch Judith Herman (1992) und sie findet in der Fachwelt weites Echo (u.a. Sack, Sachsse, Schellong, 2013; Maercker, 2013; et al.). Sie erweist sich vor allem dann als praktikabel, wenn bei einem Menschen mehrere Erkrankungen diagnostiziert werden (z.B. F43.1. PTBS und F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und F60.31 Emotional instabile Persönlichkeit, Borderline-Typ und F44.81 Dissoziative Störung, Multiple Persönlichkeit). Hierzu entwickeln sich auch zahlreiche Vorschläge für neue Diagnosekriterien (u.a. Schellong, 2013; Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 2000; Herman, 1992), auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen wird.

Die Verfasserin hält fest, dass für die ambulante Arbeit mit Traumafolgestörungen diese Entwicklung hin zu einem einheitlichen Diagnoseschema KPTBS wissenschaftlich und hilfreich ist, da sich die Behandlungsansätze für einzelne bzw. mehrere gleichzeitig auftretende Diagnosen auf die Behandlungskonzepte von PTBS bzw. KPTBS umlegen lassen.

1.7.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31)

Der deutsche Psychiater und Psychoanalytiker Birger Dulz hat 2011 gemeinsam mit dem austroamerikanischen Psychoanalytiker Otto Kernberg, der Heidelberger Psychiaterin, Psychotherapeutin und Neurologin Sabine Herpertz und dem deutschen Psychoanalytiker und Psychiater Ulrich Sachsse ein Referenzwerk zur Borderline-Störung verfasst, das Perspektiven und Blickwinkel sowohl zur Theorie als auch zur Behandlung von traumabasierenden Störungsbildern umfassend beschreibt.

Die Autoren stellen in ihrer Studie zu Diagnoseüberschneidungen von KPTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung einen so großen Überschneidungsbereich fest,

dass es nahe liege, „beide Diagnosen als Ausprägung einer gemeinsamen, durch Entwicklungstraumatisierungen ausgelösten Grundproblematik zu fassen“ (Dulz et al., 2011, S. 201). Bereits vor ihnen haben Miller und Resick (2007) und Scher und McCreary et al. (2008) zit. nach Dulz et al. 2011, S. 199fff) diese Sichtweise vorgeschlagen.

Man vermutet, dass 60% - 80% aller BorderlinepatientInnen eine Traumahistorie aufweisen (vgl. Irle, E., Lange, C., Sachsse, U. und Weniger, G., 2013). Martin Sack nennt dazu Studien (Lewis und Grenyer, 2009; Sack et al. 2012; Sansone et al., 2011, zit. nach Sack, 2013, S. 107), die nachweisen, dass bis zu 96% der Borderline-Patienten Kindheitstraumatisierungen aufweisen. Kindliche Traumatisierungen einschließlich extremer Formen von Vernachlässigung und psychischer Gewalt sind demzufolge mit der Entstehung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen stark assoziiert.

1.8 Was passiert im Gehirn? Neurobiologische Betrachtungen von traumatischen Lebensereignissen

1.8.1 Hirnatrophien und die Vielfalt unterschiedlicher Studiendesigns

Bei den in dieser Arbeit erwähnten Studien und Modellen der Gehirnfunktionen und deren möglichen Wirkungsweisen muss uns gewahr bleiben, dass es sich dabei nach wie vor vorrangig um *deskriptive Modelle* von *Beobachtungen von Hirnreaktionen* handelt und nicht um Belege der neurobiologischen Funktionsweisen an sich.

Drei Hirnareale sind es, die aktuellen Untersuchungen zufolge bei PTBS in Mitleidenschaft gezogen werden: frontaler Cortex, Amygdala, und Hippocampus (Verstärkter Angst-Response in der Amygdala, defizienter Hippocampus und Frontalkortex) (vgl. Grawe, 2004).

Die komplexen Zusammenhänge von neurobiologischen Mechanismen bei und nach dem Erleben eines Traumas nachvollziehbar darzustellen, erfordert neurobiologische Detailkenntnisse, deren Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen (siehe dazu Grawe, 2004; Porges, 2010; Schiepek, 2011; Schmahl, 2013; et al.). Die Autorin erlaubt sich, eine stark vereinfachte Zusammenfassung des Forschungsstandes in Bezug auf Hippocampusverkleinerungen, Amygdala-Atrophien und den Einsatz von Glukokortikoiden hier aus zwei Gründen wiederzugeben: Einerseits um der Vollständigkeit des Themenzugangs willen und andererseits sind neurobiologische Erkenntnisse und Modelle gerade in den letzten Jahrzehnten hochinteressant für die Beforschung und (Weiter-)Entwicklung von traumafolgenspezifischen Behandlungsmethoden wie EMDR oder Ego-State-Therapiemethoden.

Durch die noch relativ junge Technologie der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) ist es heute möglich, einzelne Funktionsabläufe im Gehirn zu erforschen, dem Gehirn gewissermaßen bei der Arbeit zuzusehen. Dabei wird beobachtend erfasst, welche Hirnregionen bei unterschiedlichen indirekten Stimulantien (Bilder, Wörter, Bewegung) aktiv sind und miteinander agieren bzw. sich ausbalancieren (vgl. Irlé et al., 2013). Durch datenauswertende Computerprogramme wird aufgrund von Änderungen des Blutflusses und der Blutsauerstoffzunahme auf die Gehirnaktivität geschlossen und diese indirekte Aktivität wird im Hirnareal bildhaft sichtbar gemacht (vgl. Huettel, Song & McCarthy, 2004; Ogawa, 1990; Schneider & Fink (Hrsg.), 2007; et al.).

Diese Technik findet im vergangenen Jahrzehnt auch immer mehr Anwendung bei der Erforschung psychischer Störungen (z.B. Bremner, Vythilingam, Vermetten, Southwick, McGlashan et al., 2003).

Die große Mehrzahl neurobiologischer Studien beziehen sich auf PTBS, (nach ICD-10, DSM-IV, also nicht unterschieden zwischen Typ-1- und Typ-2-Traumata!). Das weite Feld der weiteren posttraumatischen Belastungsstörungen ist damit nicht erfasst und Studien für KPTBS stehen noch aus (vgl. Kapfhammer, 2013). Aus Sicht der Autorin lassen die Komplexität und Unterschiedlichkeit der individuellen Ausprägungen von KPTBS Studiendesigns, die inhaltlich gültig und replizierbar wären, augenscheinlich (noch?) unbewältigbar erscheinen. Nicht zuletzt mag die nach wie vor lebendige Diskussion der Kategorisierung von Traumafolgenerkrankungen dazu beitragen, dass komplexe Studien zu Störungsbildern wie zum

Beispiel Borderline-Persönlichkeitsstörung in Bezug auf neuronale Korrelate schwierig bis gar nicht zu vergleichen sind.

Der aktuelle Stand der neurobiologischen Forschung betreffend PTBS zeigt zahlreiche Untersuchungen (vgl. Schmahl, 2013). Befunde zur Veränderung im Gehirn von Vietnamveteranen mit chronifizierter PTBS (Gilbertson, Shenton, Ciszewski, Kasai, Lasko, Orr & Pitman, 2002) sowie Gehirnuntersuchungen von Menschen, die terroristischen Attacken ausgesetzt waren (Jonkhout, 2012), zeigten bei den Probanden deutlich verkleinerte Hippocampi sowie deutliche Gedächtnisprobleme.

Metaanalysen bestätigen den Einfluss von PTBS auf das Hippocampus- und das Amygdala-Volumen (Karl et al. 2006 u. Kitayama et al. 2005 zit. nach Irle, 2013; Sachsse et al., 2013; Schmahl, 2013).

Der deutsche Psychiater und Psychotherapeut Christian Schmahl (Forschungsschwerpunkt Schmerz Wahrnehmung von BorderlinepatientInnen), fasst zwei wesentliche Erklärungen der in Studien und Metaanalysen bestätigten Hippocampusverkleinerungen zusammen: Diese seien entweder genetisch determiniert oder Folge der Traumatisierung. Offen bleibt, „ob es sich bei der Hippokampusverkleinerung um einen Risikofaktor, eine Folge der Traumatisierung oder einen Marker der Krankheit handelt“ (Schmahl, 2013, S. 57). (Die Zwillingsstudien von Gilbertson et al. (2002, zit. nach Schmahl, 2013) deuten eher darauf hin, dass die Hippocampusverkleinerung einen Risikofaktor darstellt.) Die Ursachen der Hippocampusverkleinerungen sind somit noch unklar, aktuelle Metaanalysen deuten aber „auf einen deutlichen Einfluss der Traumatisierung hin“ (Schmahl, 2013, S. 65).

Auch Kapfhammer (2013) weist darauf hin, dass mittels strukturellem Neuroimaging Atrophien von 5-26% des Gehirns gemessen wurden. Der wahrscheinlich zugrunde liegende Mechanismus sei Zellverlust mit Hemmung der Neurogenese.

Bei emotionaler Ausgeglichenheit, bei Nicht-Stressbedingungen kontrolliert der präfrontale Kortex unser Verhalten. Sind wir traumatischen Stressbedingungen ausgesetzt, übernimmt die Amygdala die Kontrolle (vgl. Kapfhammer, 2013 nach Arnsten, 2009). Bei Stressreaktionen spielt das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) eine wesentliche Rolle. Tierversuche haben gezeigt, dass chronischer Stress zu einem Anstieg des CRH führt (Lippmann et al., 2007; Richter-Lewin, 1998;

Adamec und Shallow 1993; Cohen et al. 2006; alle zit. nach Schmahl, 2013). Der Hippocampus wiederum spielt eine wesentliche Rolle zur Hemmung des CR-Hormons; ein verkleinerter Hippocampus könnte so „indirekt zu einer gesteigerten Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse beitragen“ (Schmahl, 2013, S. 58).

Akuter Stress führt auch zu einem Anstieg des Kortisolspiegels im Blut. Die durch Versuche in den 2000er Jahren resultierende Vermutung, dass die externe Gabe von Glukokortikoiden den Abruf von Traumaerinnerungen reduziere, hat sich bis dato nicht bestätigt (nach Schmahl, 2013). Die Auswertungen der aktuellen Metaanalysen zeigen zum Teil sich widersprechende Ergebnisse und Schmahl fasst zusammen, dass es noch weiterer Forschung bedarf, „bevor Aussagen über den therapeutischen Nutzen von Glukokortikoiden getroffen werden können“ (Schmahl, 2013, S. 59).

Abruf von Intrusionen/Traumaerinnerungen sind aber nur ein Teil von stress-assoziierten kognitiven Veränderungen – Dissoziationen bilden die weitere große Gruppe von stressassoziierten Hirnreaktionen.

Menschen mit lebhaften Intrusionen und Flashbacks reagieren bei Traumexposition mit erhöhter Herzfrequenz, während Menschen mit dissoziativer Symptomatik (Erstarren, Taubheit, Veränderungen des Identitätsgefühls) eine leichte Reduktion der Herzfrequenz aufweisen. Schmahl (2013, S. 60) spricht von dem Vorliegen eines dissoziativen PTBS-Subtypus. Irle ortet, dass „Dissoziative Störungen (...) klinisch und diagnostisch regelmäßig übersehen werden“ (Irle et al., 2013, S. 15). Über die neurobiologischen Effekte dissoziativer Störungen sei wenig bekannt.

Nach Irle (2013) zeigen sich auch aus neurobiologischer Sicht zwei wesentliche Abwehrstile bei PTBS: Intrusionen und Hyperarousal gingen häufig mit Volumenminderungen der temporal- limbischen Region (Hippocampus, Amygdala) einher. Die dissoziative Abwehr hingegen scheint diese Regionen stressbezogen zu schützen und es kommt eher zu einer Überkontrolle limbischer Aktivität (Irle, 2013), was mit erklären könnte, warum Menschen mit PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder dissoziativen Störungen häufig weniger schmerzempfindlich sind.

Weiters halten die ForscherInnen fest, dass die beschriebenen Veränderungen *nicht störungsspezifisch* für PTBS sind. Bei vielen neurologischen Erkrankungen wie

Depression, Schizophrenie, Alkoholismus oder Zwangsstörungen ist eine Verkleinerung des Hippocampus festzustellen (vgl. Irle et al., 2013; Kapfhammer, 2013; Schmahl, 2013). Da bei dem überwiegenden Teil der störungsspezifischen Studien nicht erhoben wird, ob zum Beispiel bei einer Major Depression eine Traumahistorie dabei ist, ist es schwierig, festgestellte Veränderungen im Gehirn störungsspezifisch zuzuordnen (Metaanalysen zit. nach Irle, 2013: MacQueen, 2009; McKinnon et al., 2009; Hamilton et al., 2008). Irle et al. stellen fest, dass sich bei den Studien „leider bei Weitem“ noch nicht etabliert habe, eine sorgfältige Traumanamnese durchzuführen und diese zu klassifizieren (Irle et al., 2013, S. 22).

Mangelnde oder fehlende Erhebung der Traumahistorie bei zahlreichen Studien ist der Umstand, den Eva Irle auch in Verbindung mit Bindungstraumata („attachment trauma“ nach A. Schore, 2002) konstatiert (Irle et al., 2013, S. 23).

Bindungserfahrungen werden neurologisch vor allem mit dem Nucleus accumbens in Verbindung gebracht. Die dort wirksame mesokortiko-limbische dopaminerge Aktivität ist für Belohnung und Aufbau von Motiven, deren Zielerfüllung wiederum zur Belohnung führt, zuständig (nach Irle et al. 2013). Neurowissenschaftliche Studien, die die Folgen von frühen Beziehungstraumata untersuchen, sind, so Irle, „extrem selten“ (Irle et al., 2013, S. 24). Die deutsche Neurologin tritt dafür ein, dass „ein grundlegendes neurowissenschaftliches Verständnis von Traumafolgestörungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht ohne eine Untersuchung von Patienten mit definiertem Beziehungstrauma entwickelt werden kann“ (Irle et al., 2013, S. 24).

1.8.2 Die Polyvagal-Theorie

Stephen W. Porges beschäftigt sich mit den Erklärungsmodellen von Reaktionen, emotionalen Erlebnissen und affektiven Prozessen von Säugetieren, die ihren Ursprung in der für Primaten spezifischen Entwicklung des autonomen Nervensystems haben (Porges, 2010).

Porges hebt die neuroanatomische Unterscheidung zwischen zwei Verzweigungen des Vagusnervs hervor, die – so das Modell – unterschiedliche Verhaltensweisen

unterstützen. Er beschreibt drei phylogenetische Phasen der Entwicklung des Autonomen Nervensystems, „von denen jede mit einem anderen autonomen Subsystem verbunden ist, die alle bei Säugetieren weiterhin existieren“ (Porges, 2010, S. 199):

- Soziale Kommunikation (Mimik, stimmlicherer Ausdruck und die Fähigkeit zuzuhören)
- Mobilisation (Kampf - oder Fluchtverhalten)
- Immobilisation (Totstellen und vasovagale Synkope)

Alle drei Systeme hängen mit den zwei Vaguszweigen zusammen:

- myelinisierter Vagus
- und nicht-myelinisierter Vagus (auch vegetativer Vagus)

Die Aufgabe des myelinisierten Vagus ist es, ruhige Verhaltenszustände zu fördern, indem er die Einflüsse des Sympathikus auf das Herz hemmt und die Wirkung der HNA-Achse einschränkt (Porges, 2010 nach Bueno et al. 1989). Vom myelinisierten Vagus hängt das für die soziale Kommunikation zuständige System ab.

Das Mobilisationssystem ist von der Funktionsfähigkeit des sympathischen Nervensystems abhängig (ibid. S. 199). Der vegetative Vagus ist für das Immobilisationssystem zuständig.

TABELLE 3: Die drei phylogenetischen Stufen neuronaler Kontrolle des Herzens nach der Polyvagal-Theorie (Porges, 2010, S. 227)

Phylogenetische Stufe	ANS-Komponente	behaviorale Funktion	untere Motoneuronen
III	myelinisierter Vagus	soziale Kommunikation, Selbstberuhigung und Ruhezustand, Hemmung sympatho-adrenaler Einflüsse	Nucleus ambiguus
II	sympatho-adrenal	Mobilisation (aktives Vermeiden)	Rückenmark
I	nicht-myelinisierter Vagus	Immobilisation (Totstellen, passives Vermeiden)	Dorsaler Moto-Nukleus

Eine Schlüsselrolle in der phylogenetischen Entwicklung im Zusammenhang mit prosozialem oder defensivem Verhalten wird in der Polyvagal-Theorie der Entwicklung des Mittelohrs zugeschrieben. Das menschliche Mittelohr hat sich so weiterentwickelt, dass es als eine Art natürlicher Verstärker funktioniert und so die Fähigkeit unterstützt, vor allem menschliche stimmliche Äußerungen aufzuspüren. Die Mittelohrmuskeln filtern den artenspezifischen Frequenzbereich, beim Menschen heißt das, dass tiefere Frequenzen abgeschwächt werden (wir hören also tiefere Töne weniger als der physische Schalldruck nahelegen würde). Die Mittelohrmuskeln filtern menschliche stimmliche Äußerungen in diesem Frequenzbereich, dem sogenannten *Wahrnehmungsvorteil* (ibid. S. 215ff). „Das menschliche Ohr beispielsweise vermag nach allgemeiner Auffassung zwar Frequenzen zwischen 20 Hz und 20.000 Hz zu hören, doch umfasst der Frequenzbereich des Wahrnehmungsvorteils beim Menschen nur ein Spektrum von circa 500 Hz bis 4.000 Hz“ (Porges, 2010, S. 218). Gewöhnlich ist dies auch der Bereich sozialer Kommunikation. Bei prosozialem Verhalten wird die sympathische Aktivität gedämpft und der parasympathische Tonus erhöht.

Da unser Nervensystem ständig prüft, ob in der Umgebung Gefahren lauern, kommt dem Hören dabei möglicherweise eine Schlüsselrolle zu. Tiefe Frequenzen empfinden wir als bedrohlich (was sich Filmmusiker bei Horrorfilmen zunutze machen). Hohe Schreie eines Menschen oder anderen Säugetieres hingegen rufen Gefühle starker Sorge oder Empathie hervor. Der Frequenzbereich der menschlichen Stimme umfasst musikalisch den Bereich vom mittleren C bis zum zwei Oktaven höher liegenden C. Porges veranschaulicht, dass Musik die Defensivstrategien von KlientInnen reduzieren kann, „ohne dass gleich zu Beginn eine Blickkontakt erfordernde Interaktion stattfinden muss“ (Porges, 2010, S. 263), da diese bereits als bedrohlich empfunden werden.

Als einen wichtigen Grundfaktor der (menschlichen) Kommunikation sieht Porges die Beurteilung der wahrgenommenen Sicherheit in der Interaktion. „Tatsächlich ist die Wahrnehmung von Sicherheit bei den meisten Säugetieren ausschlaggebend für das Anknüpfen von Beziehungen. Von ihr hängt ab, ob sich prosoziales oder defensives Verhalten entfaltet“ (Porges, 2010, S. 203). Porges führt in der Folge den Begriff der *>Neurozeption<* ein, die Fähigkeit von Säugetieren, erstens die aktuelle Gefahrenlage einzuschätzen, um dann – falls die Umgebung als sicher wahrgenommen wird –

„die primitiven limbischen Strukturen zu hemmen, um die defensiven Handlungsstrategien zu neutralisieren“ (Porges, 2010, *ibid.*). Diese neuronalen Schaltkreise bei der Neurozeption passieren ohne Bewusstsein.

Porges beschreibt die sogenannte Vagusbremse als einen neurophysiologischen Mechanismus, der schnelle Wechsel ermöglicht, die entweder die soziale Kommunikation proaktiv oder Kampf und Flucht fördern. Die Vagusbremse schafft also die Voraussetzung, sich Objekten oder anderen Menschen schnell entweder zuzuwenden oder sich von ihnen abzuwenden „und außerdem, selbstberuhigende Verhaltensweisen zu nutzen oder sich in ruhige Verhaltenszustände zu versetzen“ (Porges, 2010, S. 229).

Funktioniert die Vagusbremse nicht oder nur teilweise, dann folgen funktionale „Einschränkungen der Mimik, der Gestik des Kopfes, der Fähigkeit die menschliche Stimme aus Hintergrundgeräuschen herauszufiltern“ (Porges, 2010, S. 230-231). Porges liefert damit explizite neurobiologische Erklärungsmodelle, die die Schwierigkeiten vieler Autisten erklären. Er wendet das neurobiologische Erklärungsmodell auch für die Posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen einer Studie an Frauen mit Missbrauchserlebnissen an, die keine PTBS diagnostiziert hatten. Die Studie zeigte, dass eine „Missbrauchsvorgeschichte das autonome Nervensystem so „einstellen“ könnte, dass es die defensiven Mobilisationsstrategien des Kampf- oder Fluchtverhaltens fördern und die physiologische Erholung nach leichtem Körpertraining beeinträchtigen würde“ (Porges, 2010, S. 249). Im Vergleich zu anderen Studien stand das Experiment von Porges in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit Traumata oder Missbrauch. Bei den Probandinnen wurde die Fähigkeit der autonomen Erholung nach Radfahren gemessen. Die (subjektiven) Missbrauchserlebnisse wurden mittels Fragebogen davor erhoben.

Menschen mit Missbrauchserlebnissen verfügen der Studie zufolge über eine mangelhafte Vagusbremse und sind eher bereit für Kampf oder Flucht. (Einschränkend konstatiert der Autor, dass aufgrund der relativ kleinen, nicht randomisierten Stichprobe eine Übertragung der Interpretation der Resultate nur mit Vorsicht gemacht werden sollte.)

Die Verfasserin hält fest, dass die Studie unterstreicht, dass die Folgen von Missbrauch multidimensional sind. Sie zeigt auch, dass die duale Betrachtungsweise

von psychologischen und physiologischen Vorgängen nach Missbrauchserlebnissen sich als unzulänglich erweist. Sie verdeutlicht, dass die künstliche Begriffsaufspaltung von Körper, Geist und Seele in der Erforschung und Arbeit mit Traumafolgestörungen bewusst wieder als Ganzheit zusammengeschaute werden muss (was als ein Grundprinzip in der gestalttherapeutischen Theorie gilt, die seit jeher theoretisch und praktisch dieser holistischen Sicht verpflichtet ist; (siehe dazu ► Abschnitt 5.5 Ganzheitlichkeit als Grundprinzip). Für die Psychotherapiewissenschaften folgt daraus die Einladung, vermehrt fächerübergreifende Studien zu gestalten, die neurobiologische und psychotherapeutische Hypothesen vereinen, weil (nicht zuletzt durch die dabei notwendige Entwicklung gemeinsamer Forschungs-Paradigmen) möglicherweise neue Erkenntnisse bezüglich Hirnfunktionen, psychotherapeutischer Methoden und deren Zusammenspiel gewonnen werden können.

1.8.3 ANP und EPs – Die Theorie der Strukturellen Dissoziation

Ebenfalls auf neurobiologischer und neurophysiologischer Basis baut sich die Theorie der strukturellen Dissoziation rund um die Forschergruppe von Ellert Nijenhuis (Nijenhuis, Hart & Steele, 2004) auf. Dabei gehen die ForscherInnen davon aus, dass mentale Aktionen höherer Ordnung sich ontogenetisch um der Erhaltung der Spezies willen entwickeln. Diese übergeordneten Systeme fördern oder hemmen die untergeordneten Systeme und wählen Hirnaktivitäten (Aktionen) aus, die in der Lage sind, sich am besten der sich wandelnden Umwelt anzupassen (nach Huber 2007, (vgl. Baldwin, 2013). Die holländische ForscherInnengruppe Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis und Kathy Steele (2004) gründet ihr Modell auf den britischen Experimentalpsychologen Charles Samuel Myers.

Auf Pierre Janets Überlegungen fußend (vgl. Fiedler, 2006) kann der Prozess der Dissoziation nach Nijenhuis, Steele und Van der Hart (2004) als „a failure to synthesize and personify terrifying experiences“ (Nijenhuis et al., 2004, S. 24) gesehen werden. In der akuten Stresssituation bilden sich dissoziative Symptome, die die Forschergruppe als basale Antwort auf essentielle Bedrohung sieht.

Eingebettet in ein Modell von „Aktionssystemen“ finden psychoforme und somatoforme dissoziative Symptome während des Erlebens der Katastrophe statt.

„The theory holds that dissociative processes do not split the emotional system that constitutes the premorbid personality in random ways, but rather along metaphoric minute cracks that naturally exist between action systems and subsystem.“ (Nijenhuis et al., 2004, *ibid.*).

Nijenhuis und KollegInnen gehen demnach davon aus, dass ernsthafte Bedrohung zu einer strukturellen Dissoziation der prämorbiden Persönlichkeit führt. Es entwickelt sich ein Alltagssystem, das der Organisation des täglichen Lebens gewidmet ist und eine Art Verteidigungssystem, das an das Trauma gebunden ist mit neuronalen, nicht bewusst zugängliche Netzwerken. Der Diktion Myers folgend nennen sie diese beiden Selbstzustände ANP („apparently normal personality“), „anscheinend normale Persönlichkeit“ und EPs („emotional personalities“), „emotionale Persönlichkeitsanteile“. Der Neurologe, Psychiater und Arzt für psychotherapeutische Medizin Jochen Peichl fasst den EP zusammen als „einen dissoziativen Zustand, ein zeitstabiles, komplexes neuronales Netzwerk, auf der Grundlage eines oder mehrerer tierähnlicher Abwehrsysteme bei extremem Stress.“ (Peichl, 2007, S. 125). Die EPs können Einzelaspekt des Traumas, komplette Erinnerungen, überwältigende Ereignisse oder Serien dieser Ereignisse umfassen. „Wenn der EP aktiviert ist, dann tendiert der Patient in diesem Ego-State dazu, den Zugang zu anderen Erinnerungsspeichern zu verlieren, die für die Alltagspersönlichkeit (ANP) normalerweise gut zugänglich sind“ (Peichl, 2007, S. 126). Peichl erwähnt die wichtigen klinischen Forschungs-Beobachtungen (Kolk & Fisler 1995, zit. nach Peichl, 2007), dass traumatische Erinnerungen bei Menschen mit PTBS sensorisch und affektiv eingespeichert werden „mit sehr wenigen oder gar keine linguistischen Komponenten“ (Peichl, 2007, *ibid.*). Traumata können häufig sprachlich kaum oder nicht symbolisiert werden (weil die linke Broca-Rindenaktivität unterdrückt wird). Nijenhuis et al. unterscheiden die EPs klar von „processed narratives of trauma“ (Nijenhuis et al., 2004, S. 6f). Diese seien versprachlichbar, zeitbezogen, veränderlich im sozialen Kontext, wohingegen traumatische Erinnerungen als „overwhelming event happening here and now“ ((Nijenhuis et al., 2004, *ibid.*) erlebt werden. Die Bilder, Körpersensationen und/oder Bewegungen sind eben nicht verbalisierbar und erscheinen zeitlos. Dazu gehören positive psychoforme Symptome wie Verzweiflung oder Angst ebenso wie negative Symptome wie

Schmerzunempfindlichkeit, Erstarren, Numbing und zeitliche und/oder örtliche Orientierungslosigkeit.

Der ANP ist nach der Theorie der Strukturellen Dissoziation ebenfalls ein dissoziativer Persönlichkeitsanteil, der sich erst nach dem traumatischen Ereignis ausbildet, der das Trauma nicht integriert hat. Er ist für die Alltagsbewältigung zuständig und will von den traumatischen Ereignissen nichts wissen (Amnesie, Erinnerungslücken und andere dissoziative Symptome wie Gleichgültigkeit oder Betäubungsgefühl). Das Funktionsniveau von Menschen mit herausgebildetem ANP kann sehr variieren bis hin zu hochfunktionalen ANPs, die beruflich erfolgreich sind (Nijenhuis et al., S. 8).

Peichl hält fest: „Somit sind Ego-States bei traumabasierten Borderline-Patienten oder Alters bei der DIS nicht nur psychische Konfigurationen, sondern neuronale Netzwerke, die sich entlang eines zentralen Aktionssystems auf neurobiologischer Grundlage bilden“ (Peichl, 2007, S. 128).

Nijenhuis und KollegInnen (Nijenhuis et al. 2004; Van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008) kommen zu einer Dreiteilung traumabezogener Dissoziation.

- Primäre strukturelle Dissoziation: ein ANP, ein EP
(Akute Belastungsstörung, PTBS)
- Sekundäre strukturelle Dissoziation: ein ANP, mehrere EPs
(KPTBS, Borderlinestörung, dissoziative Erkrankungen)
- Tertiäre strukturelle Dissoziation: mehrere ANPs, mehrere EPs
(Dissoziative Identitätsstörung)

Die kohärente Theorie verbindet Janets Theorien zur Dissoziation mit aktuellem psychotherapeutischen, psychiatrischen Wissen und neurobiologischen Beobachtungen und Erkenntnissen und gelangt schließlich zur praktischen Beschreibung einer phasenbezogenen Langzeit-Psychotherapie, die nach Meinung der Autorin auch für die ambulante Arbeit zu einem tieferen Verständnis der scheinbaren Polarität von intrusiven und konstruktiven Traumafolgen-Symptomen von traumatisierten Menschen führt, das konkret in der therapeutischen Arbeit umgesetzt werden kann (z.B. bei der Arbeit mit den Inneren-Kind-Anteilen oder bei der Arbeit mit EMDR bzw. DFBE (▶ Kap. 5, DFBE – Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung).

2 Aspekte der Traumafolgentherapie

2.1 Was wirkt? – Aktuelle Metanalysen

Was wirkt bei der Behandlung von PTBS am besten? Diese Frage wurde von drei Meta-Analysen in den letzten zwei Jahren aufgegriffen, die unterschiedliche Ergebnisse zeigen.

2012 untersuchten Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, und D'Abrew die psychologischen Behandlungen von PTBS bei Kindern und Erwachsenen. Es handelt sich dabei um eine groß angelegte Meta-Studie, die die großen Datenbanken für kontrollierte Studien (CENTRAL, EMBASE, MEDLINE sowie PsycINFO) (ab 1967 bis 2011) durchforstete. 14 Studien wurden herangezogen, bei denen dann die Methoden Kognitive Verhaltenstherapie, (CBT), „exposure based psychodynamic, narrative, supportive counselling“, und EMDR miteinander verglichen wurden. Das Ergebnis: Alle Methoden führten zu einer Abnahme der Beschwerden. Als bestbeforschte Methode mit den klarsten Wirksamkeitsstudien zeigte sich CBT, allerdings nur in Anwendung innerhalb eines Monats nach dem traumatischen Erleben. Über diesen Zeitraum hinaus sehen die Studienautoren keine klaren Hinweise, dass eine psychotherapeutische Methode besser wirke als die andere (Gillies, et al., 2012).

Eine zweite groß angelegte Metastudie (Watts, Schnurr, Mayo, Young-Xu, Weeks & Friedman, 2013) setzte sich ebenfalls das Ziel, die Wirksamkeit aller

Behandlungsmethoden (auch der pharmakologischen), die bei PTBS zum Einsatz kommen, zu untersuchen und zu vergleichen. Dazu wurden 112 Studien, die zwischen 1980 und 2012 in den großen Online-Fachdatenbanken in englischer Sprache gelistet sind, miteinander verglichen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass einige psychotherapeutische Methoden durchaus wirksamer sind als andere: Cognitive Therapy, Exposure Therapy und EMDR. Pharmakologische Therapien zeigten sich als weniger wirksam und symptom-suppressiv. Wirkstoffe, die positive Ergebnisse bei der Behandlung von PTBS erzielen konnten sind Paroxetin, Sertralin, Fluoxetin, Risperidon, Topiramid und Venlafaxin.

Die großen Unterschiede der Studiendesigns lassen, so die Autoren, nicht zu, eine einzige Methode als die beste Behandlungsmethode zu identifizieren.

Die dritte aktuelle Metastudie von Jonas, Cusack, Forneris u.a. (Jonas et al., 2014) widmet sich dem Vergleich der Effizienz von Behandlungsmethoden von PTSD anhand von 92 Studien in der Zeit von 1980 bis 2012. Sie kommt auf weiten Strecken zu ähnlichen Ergebnissen wie Watts et al. 2013. CBT, EMDR und „narrative exposure“ zeigten Wirksamkeit in der Behandlung von PTBS. Bei der psychopharmakologischen Behandlung mit zumindest moderater Effizienz nennen die AutorInnen Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Topiramid und Venlafaxin. Risperidon wird ebenso genannt.

Will man Psychotherapie mit Pharmakotherapie in der Behandlung von PTBS vergleichen, findet man eine einzige Studie (nach Jonas, Cusack, Forneris et al., 2013), die EMDR und Fluoxetin miteinander vergleicht. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass beide Methoden zu Verbesserungen der Symptome führen, nach 6 Monaten EMDR aber vor allem die depressive Symptomatik deutlich mehr reduzieren würde als das Pharmakon. Die AutorInnen der Metastudie erlauben sich daraus keine Schlüsse, „primarily due to unknown consistency (with data from just one study) and lack of precision“ (Jonas et al., 2014, S. ES 14).

Die Frage, ob bei Menschen mit speziellen Trauma-Typen eine Methode wirksamer sei als die andere, wird auch in dieser Metastudie nicht beantwortet, da die Studiendesigns entweder selbst diese Unterscheidung nicht oder nicht vergleichbar vornehmen.

Bemerkenswert ist auch, dass über die möglichen negativen Nebeneffekte (Sterblichkeit, Suizid, selbstverletzendes Verhalten) der untersuchten Traumafolgen-

Behandlungsmethoden keine Aussagen getroffen werden können, da die meisten Studien (durchschnittlichen Studiendauer: 8 bis 24 Wochen) entweder nicht mit untersuchte oder ungenau waren (Jonas et al., 2014, S. ES 14).

Für keine andere psychische Erkrankung gibt es so zahlreiche empirische Überprüfungen der Wirksamkeit wie für die Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (nach Stompe, 2013; Maercker, 2013;)

Vergleicht man die Anzahl der Studien innerhalb der einzelnen Therapiemethoden, zeigt sich, dass CBT und EMDR die meiste Wirksamkeitsforschung betreiben. Wirksamkeitsstudien überhaupt oder speziell zu PTBS von anderen psychotherapeutischen Verfahren wie Gestalttherapie, körperorientierter Richtungen oder Psychoanalyse liegen bis dato kaum bis gar nicht vor oder – anders formuliert – stehen noch aus (vgl. dazu für die Gestalttherapie M. Hochgerner und Wildberger, 2000) Die Verfasserin hält fest, dass das Fehlen belegter Wirksamkeitsstudien keinen Rückschluss auf eine Wertung der Therapiemethoden zulässt. Gestalttherapeutische und psychoanalytische Behandlungsmethoden finden heute im deutschsprachigen Raum weit verbreitet auch im klinischen Bereich wirksame Anwendung. Butollo, Hirsch, Sack, Sachsse oder Rudolf arbeiten im deutschsprachigen Raum in Kliniken und an Universitäten zum Teil mit kombinierten Methoden sowohl theoretisch als auch praktisch an der Weiterentwicklung der Behandlung von Traumafolgestörungen.

2.2 Allgemeine Zugänge in der Traumafolgentherapie

Psychotraumatologie ist eine relativ junge Wissenschaft und damit ständig in Weiterentwicklung und im Wandel. Judith Lewis Herman, die amerikanische Psychiaterin und klinische Psychologin, hat mit ihrem vielbeachteten Werk „Trauma and recovery. The aftermath of violence from domestic abuse to political terror“ (1992; deutscher Titel: „Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden“, 1993) Grundsteine für die weitere Forschung zu den krankmachenden Folgen von Gewalt gelegt (und damit wesentlich dazu beigetragen,

dass Gewaltfolgen als Erkrankung in der Gesellschaft anerkannt werden). Daraus abgeleitet und populär geworden ist das 3-Phasen-Modell bei der Therapie von PTBS: Sicherheit (Stabilisierung und Affektregulation) - Trauma Synthese/Trauma Exposition - Integration und Neuorientierung.

Die Notwendigkeit dieser Phasenabfolge ist jedoch wissenschaftlich nicht belegt und die einzelnen Therapiephasen sind bis dato nicht systematisch untersucht worden (vgl. Maercker, 2013). Heute geht man in der stationären und freien Praxis eher davon aus, dass der Ablauf der Behandlung unter anderem vom Traumatyp und den therapeutischen Zielen jeder Phase abhängen (Maercker, 2013; Butollo, 1997; et al.).

Jonkhout, der 2012 die neurologischen Einflüsse auf Menschen untersuchte, die einem terroristischen Akt ausgesetzt waren, bekräftigt Studienergebnisse, die eine möglichst rasche Behandlung von PTBS nahelegen. Er schließt auf einen kritischen Zeitraum, „that there is a critical period during which the traumatic memories are stored in the hippocampus, and during which they are susceptible to consolidation. Early intervention in this first month after a terrorist attack, according to these findings, could be important to prevent the chronic development of PTSD“ (Jonkhout, 2012, S. 50).

Maercker bietet eine weitere hilfreiche Unterscheidung zwischen „Trauma Fokussierung vs. breites therapeutisches Vorgehen“ (Maercker, 2013, S. 154). Ersteres stellt die Reduktion der PTBS-Symptomatik in den Vordergrund, dazu zählen die prolongierte Exposition z.B. nach Foa, EMDR nach Shapiro und kognitive Therapien z.B. nach Ehlers und Clark). Das „breite therapeutische Vorgehen“ hingegen hat weitere Therapieziele im Fokus, die traumaassoziierte Störungsbilder mit sich bringen (bezogen zum Beispiel auf Ärger, Scham, Schuldgefühle, Ressourcenförderung, Sinnggebung („posttraumatische Reifung“)). Dazu zählen unter anderem die Imaginative psychodynamische Therapie nach Reddemann und auch die Integrative Gestalttherapie (► Kap. 3 Aspekte der Traumafolgentherapie in der Gestalttherapie).

Grundsätzlich gilt für die Traumafolgentherapie all das, was für jede gute Psychotherapie gilt. Die Verfasserin meint damit: gesicherte Diagnostik, vereinbarte Therapieziele, sichere Rahmenbedingungen, ein an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasster Therapieplan, gemeinsame Evaluationen, Wahrung von

Grenzen, Transparenz, Akzeptanz und Wertschätzung, Ressourcenaktivierung und Aufbau von Kompetenzen, Containment. Bei der Behandlung von schweren oder komplexen Traumafolgestörungen in der freien Praxis kommen erfahrungsgemäß weitere Schwerpunkte hinzu (vergl. Maercker 2013, Huber 2006 et al.):

- Erfassung der Komplexität der Symptome
- Umfassende traumspezifische Ausbildung des Behandlers
- Vernetzung, Aufbau Helfernetz
- Längere Behandlungsdauer
- Schwerpunkt Skillsförderung zur Regulation von Affekten
- Arbeit mit starken traumatische Übertragungsphänomenen (Ogden, projektive Identifikation, 1977, 1988)
- Andere Grenzen (notwendige Gratwanderung)
- Scharfer Blick der PT auf die Rahmenbedingungen (Sack & Karameros, 2013)
- Fähigkeit und Willen, den akuten Leidensdruck der Klientin auszuhalten; Hohe emotionale Belastbarkeit seitens der Therapeutin
- Gefahr der „Compassion Fatigue“ (Figely, 2002)
- Kollegiale Unterstützung (Supervision, Intervision)
- Hohe Selbstfürsorge-Kompetenz der Therapeutin

Für eine übersichtliche tabellarische Zusammenfassung bzw. Gegenüberstellung von konfrontativen, psychodynamischen, narrativen und hypnotherapeutischen Methoden von Traumafolgesymptomen sei auf Sack und Sachsse (2013, S. 251ff) hingewiesen. Den Autoren gelingt es in diesem Artikel, heute verbreitete Techniken zur Ressourcenaktivierung und Stabilisierung sowie die Kombination verschiedener Methoden überblickend gerafft darzustellen.

Als potentiell problematische Behandlungsmethoden bei KPTBS nennen sie energetisch mobilisierende Methoden (z.B. Bioenergetik, holotropes Atmen), erlebnisaktivierende Methoden verbunden mit intensiver körperlicher Berührung (z.B. Rolfing, Reiki, Bonding) oder in besonderen Maße regressionsfördernde Methoden (z.B. Rebirthing, Pränataltherapie) (Sack & Sachsse, 2013, S. 289). Diese Methoden würden nach der Erfahrung der Autoren das „Traumamaterial“ häufig viel zu intensiv berühren, das dann unkontrolliert wieder ins Bewusstsein gelangen könne. Sack und

Sachsse empfehlen diese Methoden „nur durch sehr erfahrene Behandler (...) und im Kontext eines Gesamtbehandlungsplans bzw. im Rahmen einer stationären Behandlung“ (Sack & Sachsse, 2013, S. 289).

3 Aspekte der Traumafolgentherapie in der Gestalttherapie

Die „integrative Potenz der Psychotraumatologie“ (Maercker, 2013, S. 155) findet nach Ansicht der Verfasserin ihre Entsprechung in den integrativen Behandlungsansätzen und vielfältigen Methoden der Integrativen Gestalttherapie. Das ist möglicherweise ein Mitgrund, warum die (Integrative) Gestalttherapie bereits seit Jahrzehnten wirksam und erfolgreich in der Therapie von posttraumatischen Belastungsstörungen weltweit in Kliniken und im ambulanten Bereich eingesetzt wird.

Die Entstehungszeit der Gestalttherapie selbst fällt in eine Epoche der Traumatisierungen: Der Erste und der Zweite Weltkrieg, Holocaust, Vertreibungen und Exil sind die Rahmenbedingungen, in der sich die Gestalttherapie formt.

Die Posttraumatische Belastungsstörung als psychische Erkrankung kann im theoretischen Rahmen der Gestalttherapie als Störung der organismischen Selbstregulation (Goldstein, 1934; Perls, Hefferline, & Goodman, 1951; Votsmeier, 1995) verstanden werden, als Störung der Ich-Du-Beziehung im Sinne von Buber (1995), oder, wie der Münchner Psychologe, Verhaltens- und Gestalttherapeut Willi Butollo (2008) ausführt, als Störung des Kontaktzyklus.

3.1 Ein geraffter Überblick gestalttherapeutischer Grundkonzepte als Basis in der Behandlung von Traumafolgestörungen

An dieser Stelle findet sich ein Überblick über Grundkonzepte in der Gestalttherapie, die die Verfasserin herausgreift und im Rahmen dieser Arbeit gerafft in Bezug zu gegenwärtigen Traumafolgen-Behandlungsaspekten setzt.

- Feldtheorie
- Phänomenologische Grundhaltung
- Das dialogische Prinzip

Die **Feldtheorie** wurde von Kurt Lewin (1890-1947) begründet und von Yontef (1993) und Resnick (1995) als dritte - neben Phänomenologie und Dialog - von drei eigenständigen Säulen erachtet, auf denen die Gestalttherapie fußt (nach M. Parlett, 2001). Der Mensch wird dabei als Individuum gesehen, das immer innerhalb von Beziehungssystemen existiert. Innere und äußere Realitäten (Figur-Grund, Haltungen, Situationen, Person u.a.m.) werden dabei, wie Parlett es beschreibt, nicht aufgehoben, aber als vorübergehend und relativ gekennzeichnet (Parlett, 1997/2001, S. 280). Der aus der Physik stammende Feldbegriff lädt den Gestalttherapeuten dazu ein „nicht-linear zu denken“ (Parlett, 1997/2001, S. 281), Felder seien zudem miteinander verbunden, überschneiden sich und beeinflussten sich gegenseitig. Das Denken in feldtheoretischen Größen stehe dem fragmentierten Wahrnehmen der Realitäten, wie sie sich vor allem in der menschlichen Sprache zeige, gegenüber (ibid., S. 283). Die Feldtheorie als eine der Grundsäulen in der Gestalttherapie führt unmittelbar zu einem holistischen Denken, in dem die sprachliche Unterscheidung von Körper, Geist und Psyche aufgehoben ist.

Kurt Goldsteins Überlegungen bei der Behandlung von hirngeschädigten Soldaten führen zur Sichtweise, „der Organismus ist eine ganzheitlich funktionierende Einheit, die mit ihrer Umwelt (Situation) engstens verflochten ist“ (Nausner, 2004, S. 42), worin Fritz und Lore Perls in der Zusammenarbeit mit Goldstein in Frankfurt in der Entwicklung gestalttherapeutischer Grundprinzipien geeignete Grundlagen fanden (nach Nausner, 2004, S. 43).

Ein weiteres Grundprinzip der Gestalttherapie entwickelt sich aus dem Feld-Denken: die Arbeit im Hier & Jetzt. Wenn der Mensch eingebettet in Felder und deren Interaktionen gesehen wird, dann ist jeder Augenblick einzigartig, was Prozess-orientierung in jeder Therapiesitzung erfordert (vgl. Parlett, 1997/2001).

Fritz Perls: „In der Psychotherapie gibt uns dieses Konzept [des geschlossenen Feldes in der holistische Doktrin; Anm. d. Verf.] ein Instrument für die Behandlung des ganzen Menschen in die Hand Weder Patient noch Therapeut müssen sich auf das beschränken, was der Patient sagt und denkt; beide können in die Betrachtung miteinbeziehen, was er *tut*“ (F. Perls, 1973/2002, S. 33).

In der gestalttherapeutischen Arbeit wird der Mensch als eingebettet in Felder (z.B. Familie, Beruf, Gender, Politische Strukturen, kulturelle Herkunft) betrachtet und dies wird in die psychotherapeutische Arbeit miteinbezogen.

Für die Arbeit mit Menschen mit Traumatisierungen heißt die feldtheoretische Grundannahme für die Verfasserin unter anderem, dem dichotomen Angebot der Diagnostik von vermuteter Ursache (Trauma) und vermuteter Wirkung (Traumafolgestörung), in der Therapie durch feldtheoretischen Zugang erweiternd zu widerstehen indem das Trauma als Zustand des Ungleichgewichts in einem umfassenden Feld gesehen wird. Die psychotherapeutische Behandlung wird weit umfassender sein als die direkte versuchte Linderung von Symptomen. Jede psychische Erkrankung und die Folgen von traumatischen Ereignissen im Speziellen sind komplexe Geschehnisse, die, wenn sie eingebettet in geschichtliche, soziokulturelle, politische Zusammenhänge und bedingt von gegenwärtig angenommenen Paradigmen gesehen werden können, in der Therapie vielfältige Behandlungsideen und -umsetzungen erfordern. Als konkretes Beispiel in der Traumafolgentherapie sei die Anerkennung des traumatischen Geschehens durch die Öffentlichkeit (z.B. Aufarbeitung der Missbrauchsgeschehnisse im Kinderheim mit Entschädigungszahlungen für 1320 Betroffene (vgl. DerStandard.at, 2013) heraus gegriffen, die die Aufarbeitung und Integration der traumatischen Erfahrungen zusätzlich heilsam unterstützt (vgl. zur heilsamen Wirkung von gesellschaftlicher Anerkennung traumatischen Leidens: Kapfhammer, 2013; zum Begriff Posttraumatische Reifung: Maercker, 2013, S. 39.)

Oben stehendes Zitat von Fritz Perls weist gleichzeitig auf die Bedingtheiten von feldtheoretischen Grundannahmen, holistischem Denken und phänomenologischem therapeutischem Arbeiten im Hier und Jetzt hin.

Der methodologische Ansatz, der aus der ganzheitlichen Sichtweise resultiert, ist die **Phänomenologie** (im Unterschied zur Hypothesenbildung). Der Ausgangspunkt im Sinne der Gestalttheorie ist „immer eine möglichst *unvoreingenommene Beschreibung der Phänomene*. Dabei erfolgt der *Weg von oben nach unten*, also vom Ganzen zu den Teilen (vgl. Metzger, 1975b, S. 211ff.), damit auch die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den Teilen, die ein Ganzes bilden, mitberücksichtigt werden“ (M. Soff, M. Ruh & D. Zabransky, 2004, S. 23-24).

Der phänomenologische Ansatz unterstützt (auch) in der Traumafolgentherapie einen ebenenreichen Behandlungszugang. Hypothesen werden gebildet, um wieder verworfen zu werden. Der Klient wird in diesen Prozess miteinbezogen und erlebt eine weitere Ermächtigung in der gegenwärtigen therapeutischen Situation. Die „möglichst unvoreingenommene Beschreibung der Phänomene“ schafft nicht nur bei der wissenschaftlicher Weiterentwicklung weite Räume, in der konkreten Therapiesituation gewährt diese konsequente Haltung unter anderem, Distanz einzunehmen zum katastrophalem Erlebten und Distanz zu halten zum Wiedererleben durch die Erinnerungen an die Katastrophe.

Auch wenn Fritz Perls das von Martin Buber entwickelte **dialogische Prinzip** in reduzierter Weise übernimmt (und dadurch Widersprüchlichkeiten in der Theoriebildung entstehen (nach Rumppler, 2004, S. 94), bildet die dialogische TherapeutIn/KlientIn-Beziehung die dritte wesentliche Grundlage gestalttherapeutischen Arbeitens. Der deutsche Gestalttherapeut Christoph Schmidt-Lellek unterscheidet den eher ich-orientierten sogenannten Westküstenstil von Fritz Perls, der in seinem „Gestaltgebet“ zum Ausdruck komme (Schmidt-Lellek, 2004, S. 54.) von der Begegnung von „Ich“ und „Du“ im Sinne Bubers, der „das Moment der Beziehung als anthropologisches Grundelement menschlicher Existenz“ (Schmidt-Lellek, 2004, S. 58) beschreibt. Somit können „alle psychischen Konflikte, Störungen, Defizite usw.“ als „Ausdruck bzw. als Folge von konflikthafter, gestörter, defizitärer Beziehungen“

begriffen werden (Schmidt-Lellek, 2004, S. 59). Der erlebten Beziehung im therapeutischen Setting kommt in der Gestalttherapie eine heilsame Wirkung zu, die sowohl in der Grundhaltung der „selektiven Offenheit“ (Petzold, 1980, zit. nach Schmidt-Lellek, 2004, S. 60) ihren Niederschlag findet als auch in den vielfältigen gestalttherapeutischen Methoden wie z.B. bei Ein-Stuhl-Techniken (vgl. Hartmann-Kottek, 2008).

In der Traumafolgenbehandlung ist das Zur-Verfügung-Stellen von authentischem Beziehungsgeschehen wichtiger Teil im Gesamtbehandlungsprozess. Wenn die Posttraumatische Belastungsstörung (bei man-made Traumata Typ-1 und Typ-2) als Folge von gestörtem Beziehungsgeschehen aufgefasst wird, dann kommt der therapeutischen Beziehung im Behandlungsprozess eine Schlüsselrolle zu. Der Therapeut bietet mit seiner Persönlichkeit die Möglichkeit der positiven Beziehungserfahrung. Er kann im Idealfall als zuverlässig, konstant, zugewandt, verständnisvoll, belastbar und empathisch wahrgenommen und erlebt werden (der traumatisierte Patient wird diesbezüglich den Therapeuten auch immer wieder prüfen und testen). Die dialogische Grundhaltung ermöglicht den differenzierten Umgang mit der Rolle der Therapeutin und dem Menschen, der die Therapeutin ist, den sie auch *ver-körpert*.

Fritz Perls zufolge ist „alles Leben von einem Prozess regiert, .. den die Naturwissenschaftler **Homöostase** nennen“ ... „Alles Leben ist durch dieses endlose Spiel von Gleichgewicht und Un-Gleichgewicht im Organismus gekennzeichnet“ (F. Perls, 2002, S. 22; Hervorhebung durch die Verfasserin). Perls überträgt die physische Regulierung von Bedürfnissen auf psychische *Kontakt*-Bedürfnisse (ibid. S. 24), die miteinander das Prinzip der **Selbstregulation** beinhalten.

Davon unterscheidet sich der Begriff der **schöpferischen Anpassung**. Diese „bedeutet die Hervorbringung optimaler Beziehungen zwischen den Interessen und Bedürfnissen eines Organismus und der Beschaffenheit seiner Umwelt, so wie er sie wahrnimmt Sie ist eine gegenseitige intrapersonelle, interpersonelle und soziale Tätigkeit ...“ (N. Amendt-Lyon, I. Bolen & K. Höll, 2004, S. 113).

Jegliche menschliche Reaktion – und somit auch die Traumafolgestörung – kann als schöpferische Anpassung, als mögliche Antwort des Individuums im Gesamtfeld seiner

Existenz betrachtet werden. Die Dissoziation, das Hyperarousal, die Ausbildung von ANPs und EPs (vgl. Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) wären demzufolge die in diesen Situationen möglichen Reaktionen auf das Umfeld.

In seiner Konsequenz stimmt die Autorin den Ausführungen Perls, Hefferlines und Goodmans(1992/1951) nicht zu. Die Gründerväter meinen, „daß [sic] das freie Wechselspiel der Fähigkeiten, solange es sich auf eine aktuelle Angelegenheit konzentriert, nicht ins Chaos oder in Wahnphantasien führt, sondern vielmehr zu einer Gestalt gerät, die ein reales Problem bewältigt.“ (Perls, Hefferline & Goodman, 1992, S. 30). Bei dem Versuch, das traumatische Erleben zu bewältigen, kommt es aber häufig nicht zu diesen Regulierungsfunktionen, die „organische Selbstregulation“ (ibid., S. 31) findet nicht statt, weil möglicherweise die Fähigkeiten dazu durch das traumatische Ereignis unterbrochen wurden oder (bei früh erlebten und langanhaltenden katastrophalen Ereignissen) diese Fähigkeiten (z.B. Affektregulation, Selbstfürsorge, sich selbst als Ganzes zu fühlen) gar nicht erst ausgebildet werden konnten. In der Traumatherapiesituation können wir uns demnach nicht auf die Grundannahme der Selbstregulation verlassen, denn das Erinnern der traumatischen Geschehnisse ohne spezifische traumatherapeutische Unterstützung und Begleitung birgt die Gefahr der Retraumatisierung und der Verfestigung der maladaptiven Erinnerungen in sich.

Dennoch stimmt die Grundannahme der organismischen Selbstregulation in der GT, wenn man sie direkt auf den Verarbeitungsprozess bezieht. Durch die Bindung der Aufmerksamkeit auf zwei parallele Geschehnisse, traumatische Erinnerung und Ablenkung durch Augenbewegungen zum Beispiel, kommt ein Konsolidierungsprozess in Gang (vgl. Eidhof, 2012), bei dem belastende Symptome abnehmen und manchmal ganz verschwinden. Welche Prozesse *danach* im Gehirn weiter stattfinden, ist unbekannt. Sichtbar wird die weiterführende organismische Selbstregulation dann, wenn ehemalige KTBS-PatientInnen einen Freundeskreis aufbauen, einen erfüllenden Beruf finden oder selbstfürsorgliches Verhalten im Alltag zeigen.

Kurz erwähnt sei im beschränkten Rahmen dieser Arbeit ein weiterer Schwerpunkt der Gestalttherapie basierend auf dem holistischen Grundprinzip und der **Leibphänomenologie** (vgl. dazu die umfassenden Zusammenschau von I. Netzer, 2009): die psychotherapeutische **Arbeit über und mit dem Körper**. Körperarbeit

(phänomenologisch und experimentell) kann gerade bei Menschen mit strukturellen Schädigungen ein probater Zugang in der Psychotherapie sein, um einerseits das komplexe Geschehen von traumatischen Ereignissen ganzheitlich zu erfassen (um den Körper als „Sprechenden“ wahrzunehmen) und andererseits, um Körperarbeit gerade bei nonverbalen, nicht versprachlichbaren Prozessen heilsam einzusetzen. Laura Perls in Bezug auf ihren eigenen therapeutischen Stil: „Ich arbeite viel mit Körperbewußtheit [sic], mit Atmung, Haltung, Koordination, Kontinuität und Flüssigkeit der Bewegung, mit Gesichtsausdruck, Gestik und Stimme“ (L. Perls, 2005, S. 104).

In den folgenden Abschnitten werden einzelne Aspekte der Traumafolgenbehandlung in der Gestalttherapie näher betrachtet, der perspektivische Schwerpunkt liegt dabei auf der möglichen Verbindung mit EMDR.

3.2 „Reich ausgestaltet und voll tiefen Verstehens“

Der Psychologe und Kinder- und Jugendpsychotherapeut **Wolfgang Wirth** (2008) weist in seinen Betrachtungen der Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Perspektive auf die Traumatisierungen als lebensgeschichtlichen Hintergrund bei Fritz Perls hin. Körperliche und seelische Gewalt in Perls Herkunftsfamilie, Repressionen wegen seiner jüdischen Herkunft, Kriegstraumatisierungen im Ersten Weltkrieg, das Trauma der erzwungenen Emigration und die Ermordung des Großteils seiner gesamten Familie, Verwandtschaft, Freunde und Kollegen zeigen den Schulengründer als kindheitstraumatisiert und kriegstraumatisiert. Neben Sex- und Nikotinsucht seien die Prügelorgien gegenüber seinen Kindern „weitere Hinweise auf seine traumageprägte Persönlichkeit im Sinne einer Wiederholung als hilfloser Versuch einer Täter-Opfer-Umkehr“ (Wirth, 2008, S. 18).

Wirth sieht die Gestalttherapie „reich ausgestaltet und voll tiefen Verstehens traumatheoretischer Prozesse“ (Wirth, 2008, S. 29), fußend auf der Zeit der

Entstehung in der von zwei Weltkriegen geprägten Epoche. Als gestalttherapeutische Traumakompetenzen beschreibt er:

- Phänomenologische Grundhaltung (Das gezeigte Verhalten des Klienten wird gemeinsam phänomenologisch exploriert. Dies schaffe ein „unspezifisch supportives Feld“ (Wirth, 2008, S. 34).
- Körperbewusstheit
- Gleichberechtigung als Ziel (nur bedingt möglich, aber als therapeutische Grundhaltung „für traumatisierte Menschen mit massiven Ohnmachtserfahrungen sehr heilsam“ erscheinend (Wirth, 2008, *ibid.*)
- Feldeinflüsse (die Bewusstheit der Organismus-Umweltbedingtheit)
- Integration (Kohärenz von Erlebnissplittern; Erlebensteilstücke werden zu einem Ganzen und Integration dessen)
- Therapie der Gefühle (Wirth bezieht sich dabei u.a. auf Strümpfel (2006) und Greenberg (2003) Yontef (1999), Staemmler (2003) und Dreitzel (2007) (alle zit. nach Wirth, 2008) wo sichtbar werde, dass der „Umgang mit therapeutisch häufig schwierig zu erfassenden Gefühlen wie Scham, aber auch Angst oder Leere eine langjährige und sehr effiziente Tradition innerhalb der Gestalttherapie haben“ (Wirth, 2008, S. 35).
- Hier-und-Jetzt-Fokus („Ausdrucksfeld und Anker gegenüber dem Sog des Vergangenen“ (Wirth, 2008, *ibid.*))
- Selbstprozesse (Wirth bezieht sich auf Goldstein und Lewin; Dreitzel, 2004 zit. nach Wirth, 2008). Gestörte Selbstprozesse entstünden durch traumatische Erfahrungen bis hin zu abgespaltenen, dissoziierten Selbstanteilen. Die Integration dieser sei das eigentliche Ziel der Traumfolgentherapie.
- Kontakt – Dialog (nach Buber; Butollo 1996, 2008; Butollo, Krüsmann & Hagl, 1998; alle zit. nach Wirth, 2008)
- Arbeit mit dem leeren Stuhl
- Support (nach Lore Perls, 2005)
- Offene Gestalt, Figur/Hintergrund (Wirth bezieht sich dabei auf Lewin und Fritz Perls „unfinished business“ (Wirth, 2008, S. 39.). Beim Trauma kann die Gestalt, die Figurbildung nicht abgeschlossen werden.

Abschließend plädiert Wirth für eine achtsame und vorsichtige Traumfolgenarbeit (dies gelte auch bei PsychotikerInnen) in der Therapie. Er reiht sich damit, soweit die Autorin vergleichend feststellen konnte, in die europäische Gewichtung ein, deren

Schwerpunkt in der Behandlung mehr auf Stabilisierung und Ressourcenarbeit liegt im Gegensatz zur größeren Gewichtung von traumakonfrontativen Herangehensweisen in der Traumafolgenbehandlung in den USA.

3.3 Das Kontakt-Support-Konzept

Lore Perls Kontakt-Support-Konzept und die Ganzheitstheorie des Organismus von **Kurt Goldstein** bilden die auch noch heute theoretisch und praktisch tragfähige Basis für die wirksame psychotherapeutische Arbeit mit schweren Störungen und somit auch für PTBS und KPTBS. Sie seien deshalb an dieser Stelle kurz herausgegriffen.

„Kontakt kann nur in dem Maß gut und kreativ sein, wie genügend und angemessen Stütze dafür vorhanden ist“ (L. Perls, 2005, S. 103). Mit „Kontakt“ meint Lore Perls in diesem Zusammenhang keinen Zustand, „sondern eine Aktivität in einem bestimmten Rhythmus des Berührens und Loslassens“ (L. Perls, 2005, *ibid.*).

Achim Votsmeier-Röhr (2005) beschreibt den Kontakt nach Lore Perls als „Grenzerlebnis“. „Kontakt ist das aktive Erfahren von Unterschiedlichkeiten an einer *Kontaktgrenze*, dem Bereich der *Verbindung* mit und der gleichzeitigen *Getrenntheit* von jemand oder etwas anderem. Hier findet Grenzinteraktion im Austausch und Auseinandersetzung statt, hier treffe ich den anderen“ (Votsmeier-Röhr, 2005, S. 31).

Votsmeier beschreibt Support nach Goldstein als die gesicherte Position im ständig stattfindenden Prozess kreativer Anpassung an herausfordernde Situation im Leben („Erschütterungen“, in der Diktion von Goldstein (Goldstein, 1934, zit. nach Votsmeier, 2005). Bei unzureichendem Support käme es zu Angst „vor der Gefährdung der persönlichen Identität“ (Votsmeier, 2005, S. 33).

Aus Sicht der Verfasserin heißt das, übertragen in die heutige Traumfolgentherapie, dass ich als Gestalttherapeutin gewahr sein muss, wie der vorhandene Support meiner Klientin ausschaut, welcher Kontakt darauf basierend in der therapeutischen Beziehung (behandlungszeitpunktbezogen) möglich ist. Lore Perls und Goldstein waren demnach bereits in den 40er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gewahr, welche komplexen Prozesse in der therapeutischen Beziehungsarbeit beständig

ablaufen und welche inneren Angstaussgleichstendenzen im Klienten ständig wirksam sind. Dieses Gewährsein von parallellaufenden Prozessen (bei der Klientin und bei der Therapeutin) gilt auch heute als Basis wirksamer Traumafolgentherapie und findet aktuelle neurobiologische Äquivalente, wie z.B. im Modell der oben erwähnten „Neurozeption“ von Stephen W. Porges (2010).

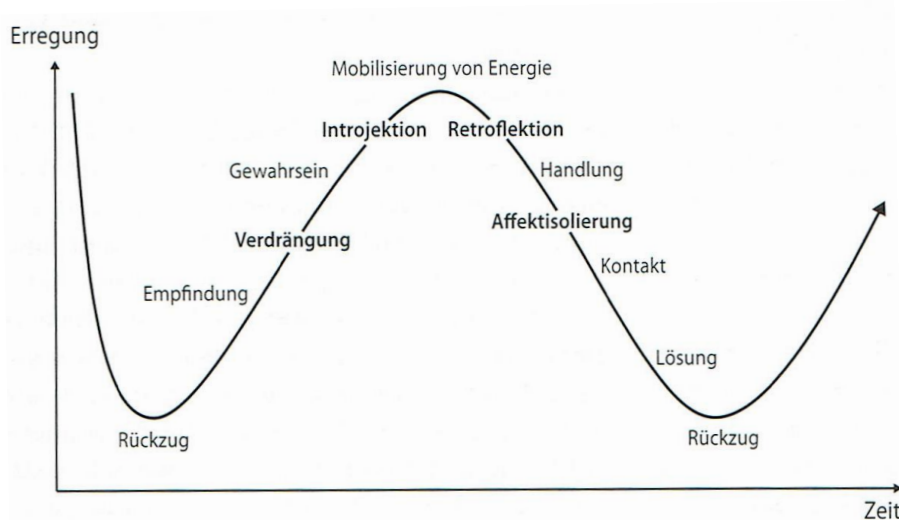
3.4 Trauma als Unterbrechung im Kontaktzyklus

Willi Butollo (Butollo & Maragos, 2008) verortet Traumatisierung in der Gestalttherapie mit Hilfe des Kontakt-Erfahrungszyklus. Er verweist dabei darauf, dass das Behandlungskonzept in einem integrativen Psychotherapieansatz eingebettet sei, der sich aus verhaltens- und gestalttherapeutischen Elementen zusammensetzt (Butollo, 2008, S. 310).

Dieser Kontakt-Erfahrungszyklus fände beständig statt, indem der Mensch Figur-Hintergrund-Formationen bilde. Dieser gälte nicht nur für visuelle oder auditive Wahrnehmungen, sondern auch für innerpsychische Vorgänge. Energie wird mobilisiert, um zu handeln, der Kontakt wird abgeschlossen, damit die in den Vordergrund getretene Figur in den Hintergrund zurücktreten kann.

Bei einem traumatischen Ereignis wird dieser Prozess unterbrochen (vgl. dazu auch Ulrich Wolf, 2001, S. 831).

ABBILDUNG 3: Der Kontakt-Erfahrungszyklus und seine Unterbrechungen (Butollo, 2008, S. 312)



Die Traumatisierung ist diesem Modell zu Folge an dem Punkt zu verorten, wo die traumatische Erfahrung wieder in den Hintergrund absorbiert werden müsste, das heißt, wenn der Kontakt zu einer Lösung und zum anschließenden „Rückzug“ kommen sollte. („Rückzug“ ist hier gemeint als geglückte Verarbeitung/Integration der Erregung bei den sich ständig konstituierenden Kontakt-/Erfahrenszyklen, die der Mensch bei seinen äußeren und inneren Wahrnehmungen beständig durchläuft.)

Die Trauma-Figur bleibt auch zeitlich nach dem Ereignis stark präsent und einnehmend, Figur-Hintergrundprozesse in der Gegenwart finden nur eingeschränkt statt, die Versuche blieben „oberflächlich und flüchtig“ (Butollo & Maragos, 2008, S. 313). Die Betroffenen leiden u.a. an Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz und/oder emotionaler Taubheit. Sogenannte Flashbacks und Intrusionen können demnach als nicht abgeschlossene Gestalten verstanden werden, die „die Tendenz haben, immer wieder in den Vordergrund (und dadurch ins Bewusstsein) zu treten“ (Butollo & Maragos, 2008, *ibid.*).

Dem Phasenmodell einer allgemeinen Traumafolgentherapie folgend, unterteilt Butollo den therapeutischen Prozess in vier Phasen: Sicherheit – Stabilität – Konfrontation – Integration.

Ausgehend von einem „dialogischen Selbst“ wird durch Leere-Stuhl-Arbeit die Wiederaufnahme der dialogischen Selbstprozesse angestrebt, die durch die

Traumatisierung gestört oder unterbrochen wurden. Diese Methode hilft dem Klienten auch, „aus seiner möglichen Opfer- oder der Rolle des Ohnmächtigen herauszutreten“ (Butollo & Maragos, 2008, S. 313), er erlebt sich (wieder) als gestaltend, kontrollierend, in der Welt wirksam. Diesem prozessualen dialogischen Verständnis des Selbst liegen also nicht nur ein „Selbst“ sondern verschiedene „Selbste“ zu Grunde, die Butollo auch als „verschiedene Identitäten“, „innere Stimmen“, „Anteilen seines Selbst“ oder „Selbstanteile“ bezeichnet.

3.5 Ganzheitlichkeit als Grundprinzip

Das gestalttherapeutische Konzept, dass menschliches Leben und Verhalten untrennbare Handlungen auf verschiedenen Aktivitätsstufen sind, setzt „uns in den Stand das menschliche Wesen als das was es ist zu betrachten, nämlich als Ganzes, und sein Verhalten zu studieren, wo es sich manifestiert, nämlich auf der offenen (overt) Ebene der körperlichen und auf der verdeckten (covert) Ebene der psychischen Aktivität. Wenn wir einmal erkannt haben, daß [sic] Gedanken und Handlungen aus dem selben Stoff sind, können wir von einer auf die andere Ebene übertragen und transponieren“ (Fritz Perls, 2002, S 32/33 (1. Aufl. 1973)).

Das traumatische Geschehen wird im ganzen Menschen erinnert. Nach außen gelangt es (nicht immer) durch die Verbalisierung stark belastender Bilder, Gefühle und/oder körperlicher Schmerzen. Die mit unseren Begriffen Körper, Seele und Geist vollzogene künstliche Trennung kommt häufig bei Menschen mit psychischen Störungen in Wahrnehmungsblockaden oder -defiziten zum Ausdruck beziehungsweise spiegelt sich darin. Die Gestalttherapie legt aller Behandlung das Prinzip der Ganzheitlichkeit zu Grunde. Körper, Geist und Seele sind niemals zu trennen, sie sind immer gleichzeitig. Jede emotionale Reaktion ist mit einem gleichzeitigen körperlichen, biochemischen Geschehen verbunden, jeder versprachlichte Gedanke wird von und mit der Leiblichkeit produziert (vergl. Netzer, 2009).

Diese Grundhaltung der Gestalttherapie eröffnet und fördert eine interessierte und sich befruchtende Zusammenschau der unterschiedlichen wissenschaftlichen

Forschungsblickwinkel wie Neurobiologie, Psychiatrie und Körpertherapien, die ihren Niederschlag in den umfassenden gestalttherapeutischen Behandlungskonzepten bei der Traumafolgen-Therapie findet.

Nach Ansicht der Verfasserin wird in der Gestalttherapie diese ineinanderfließende Leib-Seele-Kognition-Ganzheit (wieder-)trainiert durch Fragen wie „Wie fühlen Sie sich jetzt, wenn wir über das reden?“ oder „Wo spüren Sie das gerade am ehesten in ihrem Körper?“, „Welche Form oder Farbe hätte dieses Gefühl, oder ist es eher eine Art Bewegung?“ etc. Damit findet eine Art Wahrnehmungsschulung statt, die der Klientin hilft, eigene Reaktionen in eine bewusste Ebene zu holen. Durch diese befähigte Eigenbeobachtung wird es dem Klienten möglich, sich als ermächtigt und gestaltend zu erleben.

Die integrative Gestalttherapie ist eine der psychotherapeutischen Fachrichtungen, die im Behandlungsprozess bei der Verarbeitung von Belastungen schwerpunktmäßig beständig auch die emotionale Abbildung im Körper, Körperzustände und die Empfindungsdimensionen – verbal angefragt und phänomenologisch beobachtend - im Auge hat. Wenn wir das Modell der Aufspaltung der Persönlichkeit in ANP und EPs nach Nijenhuis et al. (2008) zu Grunde legen, dann wissen wir, dass gerade die EPs sich kaum bis nicht verbalisieren (lassen). Das heißt in der traumafolgentherapeutischen Arbeit mit dualer Fokussierung ist es von besonderer Bedeutung, die Körperreaktionen (Herzschlag, Schweiß (Geruchsveränderungen), Stimmlagenveränderungen, Reflexe (Zuckungen in der Mimik, Blinzeln, Schlucken), u.ä.) wahrzunehmen, da die Therapeutin zum einen differenzierte, zusätzliche Informationen über die Intensität der sich rekonstruierenden Traumaerinnerung erhält, zum anderen über unterschiedliche Körperinterventionen den Verarbeitungsprozess auch während der Durcharbeitung präziser steuern bzw. unterstützen kann.

3.6 Exkurs: Elemente aus anderen psychotherapeutischen Fachrichtungen, die zunehmend in die Gestalttherapie integriert werden – Arbeit mit den Selbstanteilen

Selbstprozesse, wie Wirth (2008) oder Butollo (Butollo, 1997; Butollo & Karl, 2011) sie gestalttherapeutisch theoretisch zusammenfassen, weisen im Grundmodell Parallelen und Überschneidungen mit den Ego-State-Modellen von Watkins und Watkins (2003) und weiters mit den ANP („apparently normal personality“) und EPs („emotional personalities“) nach Myers und Nijenhuis, Van der Hart et. al (2008) auf. Weil im KollegInnenumfeld vielversprechende Erfahrungen mit der Integration bzw. Adaption dieser Modelle beobachtet werden, finden beide Modelle hier kurz Erwähnung. Zudem erweitern beide Modelle das theoretische Verständnis für die therapeutische Arbeit mit Selbstanteilen in der (gestalttherapeutischen) Traumafolgen-Therapie.

Die Psychologin **Helen Watkins** und der Hypnotherapeut **John Watkins** entwickelten 1997 mit psychoanalytischen Grundlagen das Therapie-Modell mit der Arbeit von „Ich-Anteilen“ („Ego-States“). Unter „Ich-Anteile“ versteht das US-Amerikanische TherapeutInnen-Ehepaar einzelne Aspekte der Persönlichkeit, die immer wirksam sind. Beim gesunden Menschen sind etwa 5 bis 15 solcher Ego-States bewusst zugänglich. Watkins und Watkins unterscheiden davon ungesunde integrierte Anteile, die ebenfalls bewusst zugänglich sind. Als Folge von traumatischen Situationen kann der Mensch sogenannte abgespaltenen Ego-States ausbilden (Verfolger, Täter-Introjekte, täterloyale Anteile u.ä.). Diese Anteile sind abgespalten und erscheinen, als hätten sie eine eigene Persönlichkeit.

Ziel der Ego-State-Therapie ist es, diese Anteile wieder miteinander in Kontakt kommen zu lassen (Vgl. dazu Friedemann Schulz von Thun „Inneres Team“, 1998), im Sinne einer vollständigen Integration bzw. als konstruktiv einsetzbare Persönlichkeitsanteile.

Im deutschen Sprachraum entwickelte u.a. **Jochen Peichl** (2007) die Ego-State-Therapie weiter, der neben der Bindungstheorie nach Allan N. Shore die „Strukturelle Dissoziation“ nach Ellert Nijenhuis und KollegInnen (2008) „zum

vertieften Verständnis der Bildung der Ego-States“ heranzieht (Peichl, 2007, S. 122 ff). (Vgl. ► Kap. 1.8.3. ANP und EPs – Die Theorie der Strukturellen Dissoziation.)

Wenn wir von der Arbeit mit „inneren Anteilen“ sprechen, dann zeichnet für eine weitere zentrale Weiterentwicklung im deutschsprachigen Raum die Psychoanalytikerin **Luise Reddemann** (2011, 1. Aufl. 2004) verantwortlich. Ihr Modell der Arbeit mit dem Inneren Kind basiert auf der Ego-State-Therapie nach Watkins, J. und Watkins H. (2003). Reddemann versteht „Ego-State-Therapie als ein Bindeglied zwischen Psychoanalyse und Hypnotherapie“ (Reddemann, 2011, S. 114). Reddemann entwickelte eine eigene, vielbeachtete Antwort auf die mit TraumapatientInnen beobachteten Schwierigkeiten der Psychoanalyse (Gefühlsüberflutung, Übertragungs- und Gegenübertragungs-Konflikte) in Form der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT).

Viele der von Reddemann integrierten Zugangsweisen sind gestalttherapie-originiert (u.a. das „Wie?“ vor dem „Was?“; Wahrnehmung des Klienten mit allen Sinnen; Prozessorientierung). In Bezug auf Resilienzförderung verwendet Reddemann auch die gestalttheoretische Diktion: „Dies [die Zuwendung erwachsener Ich-Anteile hin zu seinen jüngeren, verletzten Ich-Anteilen, Anm. d. Verf.] geschieht einerseits vorbereitend während der Arbeit mit verletzten Anteilen in der Stabilisierungsphase und dann noch einmal am Ende jeder traumakonfrontierenden Sitzung. Nach meiner Vorstellung *ist die Gestalt erst dann geschlossen* [Hervorhebung v. Verf.]“ (Reddemann, 2011, S. 39).

Rückwirkend im fruchtbaren Austausch finden Elemente von Reddemann in der Kombination unterschiedlicher Techniken in der Praxis von vielen gestalttherapeutischen Kollegen und Kolleginnen Eingang. Hier sind zum Beispiel die von Reddemann (weiter-)entwickelten imaginativen Experimente (Fantasiereisen, Arbeit mit (Tag-)Träumen oder heilsamen Bildern), spezielle Ressourcenarbeit (z.B. Ressourcenkreise, der „Tresorraum“) und Arbeit mit Ego-States (Arbeit mit verletzten kindlichen Anteilen) gemeint. Bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen erlebe ich GestalttherapeutInnen-Kollgegnen als prozess- und klientInnenorientiert experimentierfreudig in der Entwicklung eigener Übungen und in der Kombination vielfältiger, schulenübergreifender Methoden.

Ebenfalls die Kräfte der Imagination nutzend beschreibt die deutsche Traumaexpertin **Michaela Huber** (2011) wirksame Methoden der Stabilisierung und Traumverarbeitung. Übungen wie der „Der geborgene Raum“, „Die Schatzkiste“ oder der „Hand aufs Herz“-Methode lassen sich auch in der gestalttherapeutischen Arbeit mit EMDR in der Traumtherapie sinn- und wirkungsvoll integrieren und einsetzen.

3.7 Die Gestalttherapie kontaktiert EMDR

Bereits 2001 finden sich im „Handbuch der Gestalttherapie“ die traumafolgenbezogenen Überlegungen des deutschen Psychiaters und Psychotherapeuten **Ulrich Wolf**, die deutliche Parallelen zur methodischen Arbeit mit EMDR zeigen.

Wie Butollo (2008) nach ihm differenziert darstellt, verortet auch er die Posttraumatische Belastungsstörung als Veränderungen und Blockaden im Kontaktzyklus und in der Gestaltbildung. Klar fordert er einen „sehr dosierten“ Kontakt mit dem Trauma, das sei „fast wie ein physikalisches Gesetz“, vergleichbar mit einem Unfall, wo „das Ausmaß des Schadens sich aus dem Verhältnis der Schutzvorrichtungen (Knautschzone, Airbag) und der Heftigkeit des Unfalls ergibt“ (Wolf, 2001, S. 832).

Bei der Behandlung der posttraumatischen Reaktionen unterscheidet Wolf die Behandlung direkt nach dem Trauma von der Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt. Direkt nach dem Trauma betont er zur Verhinderung einer PTBS das gemeinsame Gespräch mit anderen Betroffenen, Rekonstruktion des Herganges, und schließlich das erleichternde Erleben, dass „bei sich selbst als unnormal erlebte Reaktionen auch bei anderen auftreten“ (Wolf, 2001, S. 833). Wolf nennt diese Art der Verarbeitung *debriefing*. Bei der Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt rät Wolf „von jeder Arbeit mit *kathartischen* Methoden“ ab (Wolf, 2001, *ibid.*).

Als aus der Erfahrung wirksame Grundprinzipien der Integrativen Gestalttherapie nennt er

- Erarbeitung von ausreichendem Self-Support („Sicherer Ort“, „Innere Helfer“; Erlernen von Unterbrechungs- und Entspannungstechniken (z.B. Progressive Muskelrelaxation))
- Arbeit mit den traumaspezifischen Erinnerungsbildern und Wiederherstellung von Eigenkontrolle
- Wiederherstellung mitmenschlicher Beziehungen, das Erleben von Verständnis und Solidarität (z.B. durch Gruppentherapie; Erarbeitung von Zukunftsperspektiven; körperorientierte Aktivierungsarbeit (Wolf, 2001, S. 834))

Wolf erwähnt, dass eine von ihm verwendete Methode zur Traumaverarbeitung EMDR sei (Wolf, 2001, S. 835). Und tatsächlich erinnert seine Beschreibung der traumakonfrontativen Phase an den Ablauf einer EMDR-Sitzung: In Verbindung mit dem „repräsentativen Einzelbild“ wird die „mit dem traumatischen Ereignis verbundene Selbstbewertung“ beachtet, ebenso die „vegetativen Begleitreaktionen“, „gleichzeitige Ablenkung durch Konzentration z.B. auf Fingerbewegungen“ und schließlich „Verknüpfung der Bilder *vor* dem Trauma mit den Bildern *nach* dem Trauma“ (Wolf, 2001, *ibid.*).

Wolf übernimmt damit nahezu unverändert die Vorgangsweise bei einer EMDR-Sitzung in die integrative gestalttherapeutische Arbeit. Bis auf die nicht erwähnte Skalierung der subjektiven Belastung (SUD) ist die Vorgangsweise ident.

Lotte Hartmann-Kottek (2008) führt als „Ausgangsbasis für spätere Traumatherapie“ drei Instrumente an, die der Gestalttherapeutin in der Krisensituation zur Verfügung stehen:

- Basisakzeptanz (entspricht „der einfühlsamen und fürsorglichen elterlichen Einstellung in der frühen Kindheit“ (Hartmann-Kottek, 2008, S. 315))
- Stabilisierungsmaßnahmen (alle bekannten Methoden der Imagination: „Sicherer Ort“, „Innere Helfer“ u.a.m.)
- Distanzierungstechniken („Video-Technik“, „Fernrohr“)

Die deutsche Psychiaterin und Gestalttherapeutin ortet eine große Schnittmenge von Gestalttherapie und EMDR nach Shapiro. „Sowohl die Stabilisierungstechniken (...) wie auch die Distanzierungstechniken sind Gestalttherapeuten bestens vertraut“ (Hartmann-Kottek, 2008, S. 33). Hartmann-Kottek nimmt an, dass Shapiro, die in den 80-er Jahren die Workshop-Szene in Kalifornien miterlebte, gestalttherapeutisch

beeinflusst wurde, da „diese Szene damals von Gestalttherapie und ihren Derivaten geprägt und dominiert war“ (Hartmann-Kottek, 2008, *ibid.*).

Als ausreichend für spezifische Traumatherapie sieht sie die Gestalttherapie allerdings nicht: „Es gilt dann aber für traumtherapeutisch interessierte Gestalttherapeuten das spezifische Know-how für den Umgang mit Traumatisierten hinzuzulernen evtl. auch die EMDR-Technik, (...)“, (Hartmann-Kottek, 2008, S. 33). Eine genauere Differenzierung der Technik EMDR im Rahmen der Gestalttherapie nimmt sie praktisch wie theoretisch nicht vor.

In der derzeit gelehrten Integrativen Gestalttherapie in Österreich wird EMDR (und Brainspotting) als traumaspezifische Behandlungsmethode bereits vorgestellt (siehe z.B. Lehr-Skriptum Hoffmann-Widhalm, 2010). Ab 2015 wird es ein eigenes schulenübergreifendes Weiterbildungs-Curriculum für Traumafolgentherapie im Rahmen des ÖAGG (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik) geben, bei dem Lehrende aus der Integrativen Gestalttherapie, dem Psychodrama und der Systemischen Familientherapie traumafolgenspezifische Weiterbildung für PsychotherapeutInnen anbieten. Die Wiener Traumafolgentherapeutin und Lehrtherapeutin für Integrative Gestalttherapie **Herta Hoffmann-Widhalm** beschreibt Traumatherapie in der Integrativen Gestalttherapie als Kombination unterschiedlicher Ansätze (2004, 2009):

- Das Vier-Phasen-Modell nach Butollo et. al. von Sicherheit – Stabilität – Konfrontation – Integration
- Die Integration belastender traumatischer Erinnerungen als Schließen von offenen Gestalten
- Der Einsatz Kreativer Medien (vgl. dazu Hochgerner, 2007)
- Der Imaginierte Gestaltdialog als Ermächtigungserfahrung (vgl. Butollo, 2012)
- Die Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung und projektiver Identifikation
- Das „therapeutische Arbeitsbündnis“ nach Reddemann (2007) verbunden mit
- Der „nicht-neutralen Abstinenz“ (nach Becker-Fischer und Fischer, 1996 zit. nach Hoffmann Widhalm, 2005)

Für Hoffmann-Widhalm bildet die bewusste Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung und darunter vor allem mit der projektiver Identifikation nach Ogden einen Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Behandlung von Traumafolgestörungen. In diesem Zusammenhang sei auf die bahnbrechenden

Grundlagen und Weiterentwicklungen der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen von Otto Kernberg verwiesen, der mit John F. Clarkin und Frank E. Yeomans 1998 die Transference-Focused-Psychotherapy (deutsch: Übertragungsfokussierte Psychotherapie) vorstellte. Das Augenmerk der psychotherapeutischen Behandlung liegt dabei auf die Durcharbeitung der Übertragungsphänomene und das – eine Parallele zu einer der wichtigsten theoretischen und praktischen Grundlage der Gestalttherapie – in der therapeutischen Beziehung im Hier und Jetzt.

Mit Staemmler (1993) und Yontef (1983) (beide zit. nach Hoffmann-Widhalm, 2005) sieht sie die frühzeitige Durcharbeitung der Übertragungsphänomene mittels dialogischen und phänomenologischen Methoden als wichtig an, „da Traumatisierte in einem besonderen Maß auf eine stabile und gute therapeutische Beziehung angewiesen sind“ (Hoffmann-Widhalm 2005, S. 86).

Hoffmann-Widhalm vertritt bereits 2005 die Meinung, dass der bewusste Umgang mit Übertragungsphänomenen und „das traumaspezifische Verfahren EMDR in die Phase der Traumkonfrontation“ ergänzend in die Traumatherapie in der Integrativen Gestalttherapie aufzunehmen bzw. zu integrieren seien (Hoffmann-Widhalm, 2005, S. 99).

3.8 Zusammenfassung

Aus Sicht der Verfasserin sind wesentliche Aspekte der Traumakonfrontations-Methode EMDR für die Gestalttherapie adaptierbar. Der Ablauf einer EMDR-Sitzung (Einführung – Duale Fokusarbeit bei belastender Erinnerung – Stabilisierungsphase) lässt sich übersetzen in den gestalttherapeutischen Kontaktzyklus. Dem holistischen Zugang der Gestalttherapie, der Einheit von Körper-Geist-Seele wird durch die im EMDR-Standardprotokoll geforderte konkrete Arbeit mit Emotion und Körpergefühl Rechnung getragen. Das Trauma in der Gegenwart mittels „Ablenkung“ durcharbeiten und damit auch in gewisser Weise neu zu erleben (nämlich als überlebbar, aushaltbar, von einem haltenden Menschen begleitet, etc.) entspricht dem in der Gestalttherapie grundlegenden phänomenologischen Arbeiten im Hier und Jetzt. Die durch das Trauma unterbrochene Fähigkeit zur Selbstregulation wird

unterstützend wiederhergestellt. Mit den Grundprinzipien der Feldtheorie betrachtet, wird bei der Arbeit mit dualer Fokussierung das gesamte Feld (innerliche und äußerliche Faktoren) dadurch in neue Bewegung und Dynamiken versetzt.

Um die Methode EMDR konkret in den psychotherapeutischen Prozess fußend auf der Prozessorientierung einzubeziehen, die immer die Klientin im Mittelpunkt sieht und nicht die Methode, wird sich bei näherer Betrachtung zeigen, dass sie von generalisierenden Protokollen losgelöst werden muss, um die für den Klienten höchste Wirksamkeit zu erreichen.

Gestalttherapie allgemein und die Integrative Gestalttherapie im Besonderen bietet sowohl theoretisch als auch praxisbezogen ein weitgefächertes Repertoire für die Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen, die dem State of the Art der Traumfolgenbehandlungen entspricht (▶ Abschnitt 3.1. Ein geraffter Überblick gestalttherapeutischer Grundkonzepte als Basis in der Behandlung von Traumafolgestörungen). In der Phase der Traumakonfrontation bedient sie sich in der Praxis auch integrierter Methoden wie der Ego-State-Therapie in einer Form integrativer Entwicklung der Arbeit mit Selbstanteilen, die auch in der Gestalttherapie theoretische Wurzeln hat (Butollo, 2008 et al.). EMDR wird von in Kliniken arbeitenden und in freier Praxis tätigen GestalttherapeutInnen angewandt. In der gestalttherapeutischen Fachliteratur findet EMDR immer wieder Erwähnung (Hartmann-Kottek, 2008; Wolf, 2001; Hoffmann-Widhalm, 2005, 2009 et al.). Allerdings steht EMDR dabei isoliert als „Methode von außen“, im Rahmen dieser Arbeit wurden keine fachwissenschaftlichen Beiträge aufgefunden, die eine gestalttherapeutische Auseinandersetzung mit EMDR zum Inhalt hätten.

4 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing – kurz EMDR – ist eine junge Traumafolgen-Therapiemethode. 1989 entdeckte die amerikanische Literaturwissenschaftlerin und Psychologin Francine Shapiro (Shapiro, 1989, 1998, 2001), dass sich bei PatientInnen, die während einer traumatischen Erinnerung rasche Links-Rechts-Bewegungen der Augen machten, die Eindringlichkeit, die Ängste und die Belastung der traumatischen Erinnerung deutlich verringerten. 2001 entwickelte sie damit ein standardisiertes Verfahren (Acht Phasen der Vorgehensweise in einem Protokoll (► Anhang 11.2. Shapiro-EMDR Protokoll), bei dem die Klientin in kurzen Kontakt mit der traumatischen Erinnerung gebracht wird, um dann mit den Augen den raschen Links-Rechts-Bewegungen der Finger der Therapeutin zu folgen und den Ereignissen/Gedanken/Erinnerungen beobachtend freien Lauf zu lassen. Mehrere (ca. 20) solcher links-rechts Bewegungen der Therapeutin werden zu „Sets“ zusammengefasst und folgen aufeinander. Dazwischen beschreibt der Klient kurz seine Gedanken, Gefühle und (Körper-) Wahrnehmungen. Auf einer Skala von 1 bis 10 wird vor und nach dem EMDR-Prozess der subjektive Belastungsgrad (= SUD, Subject Unit of Disturbance) erhoben. Körperresonanz und vorherrschende Emotion werden in Verbindung mit negativer und positiver Kognition mittels dieser bilateralen Stimulation „durchgearbeitet“.

In der Folge kam es zur Entwicklung von weiteren „Spezialprotokollen“, wie zum Beispiel dem EEI-Protokoll von Elan Shapiro (2009), einer standardisierten Anleitung von EMDR zur Behandlung von Akuttraumata.

Die Methode verbreitete sich rasch und sorgte weltweit für zahlreiche Diskussionen und führte zu zahlreichen Studien zur Behandlung von PTBS (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards & Turner, 2007; Van der Kolk et al., 2007; Rodenburg, Benjamin, De Roos, Meijer, & Stams, 2009; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002; Lee, Taylor & Drummond, 2006, et al.). In den 90er Jahren wurde die Methode durch den Arzt Arne Hofmann im deutschsprachigen Raum eingeführt (Gründung der ersten EMDR-Ausbildungsstätten). EMDR zählt heute neben CBT zur meistbeforschten psychotherapeutischen Methode (siehe untenstehende Wirkungsstudien).

Für Kritik und Diskussionen sorgte unter anderem die stark kommerzialisierte Verbreitung und in diesem Zusammenhang auch die Versuche von lehrenden Vereinigungen (z.B. EMDRIA in Deutschland) Exklusivrechte für die Lehrtätigkeit von EMDR einzufordern (was letztlich erfolglos war, da Heilmethoden in Europa nicht patentierbar sind) (vgl. Wirtz, 1997).

4.1 EMDR wirkt

Unabhängige Metaanalysen belegen die klinische Wirksamkeit bei der Behandlung von Traumafolgestörungen (Davidson & Parker, 2001; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Seidler & Wagner, 2006; Bisson, Ehlers, Mathews, Pilling, Richards & Turner, 2007).

Seit 2006 gilt EMDR auch im deutschsprachigen Raum als wissenschaftlich anerkannte Methode (Rudolf & Schulte, 2006) für die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen.

4.2 Wie wirkt EMDR?

Wie bei den meisten (allen?) anderen psychotherapeutischen Verfahren, ist auch die Wirkungsweise von EMDR nicht endgültig geklärt. Je nach eingenommener Forschungsposition (lerntheoretisch, neurobiologisch oder Shapiros Modell der adaptiven Informationsverarbeitung) erhalten wir unterschiedliche Wirkungsweisen-Modelle.

Shapiro diente als Arbeitshypothese das Modell der beschleunigten Informationsverarbeitung (Accelerated Information Process), im Folgenden zusammengefasst nach Gebhardt und Schubbe (2006).

Sie ging von der grundlegenden Annahme aus, dass die Psyche eine Tendenz zur Selbstheilung habe, normalerweise werden demzufolge Informationen angemessen verarbeitet, so dass ein Zustand neurologischen Gleichgewichts besteht. (Hier findet sich eine Parallele zur IGT-Theorie der Selbstheilung, der organismischen Selbstregulierung und zur Homöostase-Theorie nach Perls, Hefferline und Goodman, 1951).

Durch eine traumatische Erfahrung sei diese Informationsverarbeitung gestört. Affekte, Kognitionen, Verhaltensweisen blieben „frozen in time“, so dass sie jederzeit durch innere oder äußere Reize wieder aktiviert werden können. Als Wirkfaktoren der Stimuli von EMDR nahm Shapiro an:

- „Teilung der Aufmerksamkeit auf äußeren Reiz und die Erinnerung an das Trauma
- Veränderung des synaptischen Potenzials durch die mittels äußerer Stimuli erzeugten neuronalen Impulse und
- Dekonditionierung infolge einer Entspannungsreaktion“ (Schubbe, 2006, S. 89).

Shapiro geht davon aus, dass Informationen in assoziativen Netzwerken gespeichert werden. Zustandsspezifische Erinnerungen fasst sie als neuronal isolierte Netzwerke auf. Den Ursprung eines solchen isolierten Netzwerkes sieht Shapiro im ersten traumatischen Erleben (Referenzerfahrung). Ähnliche Erfahrungen werden assoziativ an diesem „Knoten“ angelagert und ebenfalls nicht angemessen verarbeitet.

Während einer EMDR-Sitzung würde nun dieser „Knoten“ angetriggert. Durch freie Assoziationen der PatientInnen würden die „Kanäle nacheinander von dem dysfunktional gespeicherten Material „gereinigt“, so dass die bestehenden Blockaden aufgehoben werden, die Informationen adaptieren und in das funktionale Netzwerk assimilieren können.“ (Gebhardt & Schubbe, 2006, S. 90). Bessel van der Kolk sieht EMDR als eine Art beschleunigte Informationsverarbeitung (Van der Kolk et al. 1998, zit. nach Gebhardt und Schubbe, 2002, S. 102).

Das Modell wurde auf Grund der vielen nicht operationalisierbaren Begriffe wiederholt kritisiert, andere Modelle – darunter vor allem lerntheoretische und neurobiologische entwickelten sich, um die belegte Wirksamkeit zu erklären.

Auf der neurobiologischen Ebene konnte das Forschungsteam rund um den italienischen Neurophysiologen Marco Pagani (Pagani, Di Lorenzo, Verard et al., 2012) feststellen, dass ein signifikanter Wechsel aktivierter Hirnareale während einer EMDR-Behandlung stattfindet. Mittels EEG-Monitoring wird sichtbar, dass die Hirnaktivität, die durch Traumaerinnerung vor allem in den limbischen Hirnregionen (mit hoher emotionaler Wertigkeit) stattfindet, durch EMDR-Therapie in kortikale Regionen wechselt (mit höherer kognitiver und assoziativer Wertigkeit). Dies legt nach Pagani et al. nahe, dass es „a strong neurobiological rationale“ (Pagani et al., 2012, S. 10), „eine starke neurobiologische Begründung“ für EMDR gibt.

Ein weiteres Erklärungsmodell für die Wirkungsweise von EMDR ist die Verbesserung der interhemisphärischen Kommunikation. Dabei gehen die ForscherInnen davon aus, dass EMDR die Synchronisation der beiden Hirnhemisphären fördert (Servan-Schreiber, 2000; Propper and Christman, 2008, zitiert nach Samara, Elzinga, Slagter und Nieuwenhuis [sic], 2011). Samara et al. untersuchten diese Hypothese. Die Ergebnisse der Studie widerlegten klar die genannte Hypothese, dass Augenbewegungen „enhance memory through a change in functional connectivity of the right and the left prefrontal cortices“ (Samara et al., 2011, S. 8). Das Forschungsteam weist auf die Grenzen der Studie hin, da sie sich auf Augenbewegungen bei *gesunden* Menschen und nicht auf Menschen mit PTSD beschränkt und die Länge und Dauer der wiederholten Augenbewegungssets nach Shapiro nicht berücksichtigt. „However, if replicated, the present results shed serious

doubts on the interhemispheric interaction hypothesis as the neurobiological mechanism underlying EMDR" (Samara et al., 2011, S. 8).

Derzeit findet vor allem die lerntheoretische Annahme, die sich auf den „Arbeitsspeicher“ im Gehirn bezieht, in der Fachwelt Beachtung. Dabei gehen die ForscherInnen davon aus, dass vor allem die gleichzeitige zweigeteilte Aufmerksamkeit (Traumaerinnerung – Augenbewegungen) dafür verantwortlich ist, dass sich die belastenden Symptome verringern (Gunter und Bodner, 2008 et al.). Diesen Studien zufolge wird die Wirkungsweise von EMDR so erklärt, dass es weniger die spezifischen Augenbewegungen sind, die die PTBS-Symptome reduzieren, sondern dass diese gleichzeitige, duale Herausforderung des „Arbeitsspeichers“, des „Arbeitsgedächtnis“ (hier verstanden als Teil des Kurzzeitgedächtnis) zur Symptomverbesserung führt. (Gunter & Bodner, 2008; Van den Hout & Engelhard, 2011 zit. nach Eidhof, 2012). Wenn ich mich emotional an ein katastrophales Ereignis erinnere und gleichzeitig gefordert bin, eine weitere Tätigkeit auszuführen (z.B. eben links-rechts Augenbewegungen) so scheinen diese Gleichzeitigkeiten im Gehirn ein „Überschreiben“ bzw. eine Konsolidierung der durch EMDR „getrübten“ (Eidhof verwendet den Begriff *blurred memory* (Eidhof, 2012, S. 2 ff)) traumatischen Erinnerung zu bewirken, und zwar in nachhaltiger Art und Weise. Von dieser Position aus nimmt man an, dass der Arbeitsgedächtnisspeicher während des Aufrufens der (belastenden) Erinnerung begrenzt ist und die Erinnerung damit „labil“ wird und Erfahrungen während des Aufrufens konsolidierend auf eben diese Erinnerung wirken. Dadurch, dass der Arbeitsspeicher gefordert ist, gleichzeitig die Erinnerung aufzurufen und die Augen zu bewegen, wird die Erinnerung als weniger lebendig und weniger emotional empfunden und als solche auch in das Langzeitgedächtnis (wieder) abgespeichert (Baddeley, 1998; Gunter & Bodner, 2008; Van den Hout et al., 2010; alle zusammengefasst nach De Bok und Van Daalen, 2010).

4.3 Wie wichtig sind die links-rechts Augenbewegungen bei EMDR?

Die Studien zeigen (Grundner und Bodner 2008 zit. nach Bok, 2010), dass auch andere gleichzeitig durchgeführte „Stimulationen“ wie vertikale Augenbewegungen, Zeichnen komplexer Figuren, Wiederholen von dargebotenen Wörtern, zu Veränderungen in der betroffenen Erinnerungen führen (bruchstückhafter, distanzierter, weniger vollständig). Es scheint, als ob der duale Fokus – die Überforderung des Arbeitsspeichers des Gehirns durch eine simultane zweite Tätigkeit – die alte traumatische Erinnerung konsolidierend verändert wird.

Die britische Psychologin Fiona W. Jeffries und der Psychologe Paul Davis (2013) kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass die Augenbewegungen „essential“ für diese Art der Traumafolgentherapie wären, allerdings im Vergleich zu anderen „exposure based therapies“. Sie untersuchten dabei nicht die Effizienz der Augenbewegungen an sich. Eine Überlegenheit gegenüber CBT können sie nicht feststellen, sie schlagen vor, den/die PatientIn die Art der „Traumaexposition“ wählen zu lassen.

Van den Hout und Engelhard (2012) konstatieren, dass die links-rechts Bewegungen der Augen nicht zwingend für die Wirksamkeit seien, horizontale Bewegungen ergäben denselben Effekt. Die Augenbewegungen mit der gleichzeitig aufgerufenen traumatischen Erinnerung verbessern allerdings deutlich den therapeutischen, konsolidierenden Effekt, wie schließlich zahlreichen Studien (Lee, Taylor und Drummond, 2006; et al.) und Metaanalysen zeigten.

Wenn die Hypothese stimmt, dass EMDR durch eine Überlastung des Arbeitsgedächtnisses während aufgerufener Erinnerung funktioniert, dann müsste diese auch für positive Erinnerungen gelten.

Dies belegt sich auch durch jüngere Studien (Van den Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001; Engelhard, Uijen, & Van den Hout, 2010) Das heißt, auch positive Erinnerungen nehmen durch EMDR in ihrer Intensität ab. Van den Hout schließt daraus, dass der Teil des EMDR-Protokoll, der die positive Kognition mit Augenbewegungen „verankern“ soll, nicht nur unwirksam sei, sondern „it is counter-effective, and results in effects that are opposite the desired ones“ (Van den Hout

und Engelhard, 2012, S. 729). Auch sogenannte Flash-forwards – belastende Zukunftsbilder – werden durch EMDR weniger lebendig und belastend (Engelhard et al., 2010).

In Folge der Taxing-Working-Memory-Hypothese, ist es wichtig, das Arbeitsgedächtnis dementsprechend zu „überfordern“, dass dieser konsolidierende Effekt der Abnahme der Intensität der Erinnerung einsetzt. Unterschiedliche Menschen haben unterschiedlich „große“ Arbeitsspeicher und die genannten Untersuchungen zeigen, dass die zusätzlichen Anforderungen während des Recalls auch nicht zu sehr ablenken dürfen.

„This seems to imply the existence of an inverted U: not taxing WM or heavily taxing it during the recall does not change the memory, but taxing at a level somewhere in between does produce effects” (Van den Hout & Engelhard, 2012, S. 731).

4.4 Wie wirkt bilaterale Stimulation mit Tönen?

Eine Umfrage unter BehandlerInnen im Jahr 2009 in Amsterdam ergab, dass 72 Prozent der BehandlerInnen „binaural stimulations“ verwendeten, indem sie ihre PatientInnen über Kopfhörer alternierende links-rechts Töne hören ließen (Van den Hout , Engelhard, Rijekeboer et al., 2011).

Van den Hout, Rijekeboer, Engelhard et al. führten 2012 eine klinische Studie an 12 PatientInnen mit PTSD durch, die zeigte, dass die stärkste Wirkung mit Recall und Augenbewegungen zu beobachten war. Keinerlei Effekt konnte bei der Behandlung mit Recall und Tönen festgestellt werden.

Die ForscherInnen machten zudem eine interessante Beobachtung:

„Curiously, patients expressed a preference for beeps relative to eye movements and in written clarifications of their preferences; they mentioned that eye movements were “distracting” and “tiring”, and, ironically, this may signal the efficacy of the eye movements. Patients may communicate their satisfaction with beeps to therapists, who may mistake satisfaction for effectiveness” (Van den Hout & Engelhard, 2012, S. 732).

Augenbewegungen werden also von den PatientInnen eher als ermüdend und ablenkend empfunden, sie würden die links-rechts Töne bevorzugen. Für die Therapeutin sei es dabei wichtig, Zufriedenheit der PatientInnen nicht mit der Wirksamkeit der Behandlung zu verwechseln.

Die ForscherInnengruppe um Van den Hout schließt aus den Ergebnissen ihrer Studie, dass – der Taxing-Working-Memory-Theorie folgend – der Grad der Herausforderung des Arbeitsgedächtnisses individualisiert werden sollte. Lebendige Erinnerung verlangten höhere kognitive Herausforderungen. Wenn die traumatische Erinnerung eher vage ist, sollte eine weniger herausfordernde Tätigkeit bessere Wirksamkeit erzielen.

4.5 EMDR goes IGT (Integrative Gestalttherapie)

Bei der im Kapitel 5 beschriebenen Dualen Fokusarbeit bei belastender Erinnerung in Bezug auf eine adaptierte Vorgehensweise von EMDR werden diese Erkenntnisse aus den aktuellen Studien konkret miteinbezogen. Dabei wird nicht nur die erste Wahl der Art der Parallelherausforderung am Anfang der Sitzung diskutiert, es wird auch auf die sich während dem Recall in der Intensität verändernde Erinnerung prozessbezogen von der Therapeutin reagiert und es erfolgt eine Variation oder Änderung der stattfindenden gegenwärtigen Aufmerksamkeitsbindung.

Bis dato gibt es keine randomisierten Studien, die das Wiederaufrufen der belastenden Erinnerung(en) („Recall“) verbunden mit der Beziehungsdynamik in Form der achtsamen Präsenz der Therapeutin und deren Interventionen untersuchen. Wenn es sich dabei derzeit auch noch um Spekulationen handelt, so ist aufgrund der aktuellen Studien (Engelhard, Van den Hout, Dek, Giele, Wielen et al. 2010a; Van den Hout & Engelhard, 2012; Eidhof, 2012; et al.) anzunehmen, dass es bei der Behandlung mit EMDR darauf ankommt, das passende Maß an dualem Fokus für den individuellen Menschen herzustellen, bzw. durch Interventionen der Therapeutin das Zusammenspiel von erlebter traumatischer Erinnerung und gleichzeitiger kognitiver und/oder motorischer Tätigkeit so auszubalancieren, dass

der zweite Fokus nicht zu sehr von den belastenden Erinnerungen ablenkt – und nicht zu wenig.

Ein wichtiger Aspekt für die Arbeit mit und die Weiterentwicklung von EMDR in der freien gestalttherapeutischen Praxis sind die mit Studien belegten Hinweise (Grundner und Bodner 2008 zit. nach Bok 2010), dass es nicht die Augenbewegungen an sich sind, die die Behandlungsmethode effizient machen, sondern der duale Fokus auf die belastende Traumaerinnerung und gleichzeitig auf eine zweite, aufmerksamkeitsfordernde Tätigkeit.

Das passende Maß an emotionaler Involviertheit des Klienten bei der Traumaerinnerung scheint weiters eine zentrale Rolle für die Wirksamkeit von EMDR zu spielen, wie die aktuelle Studie der Utrechter (NL) Forscherin Marloes Eidhof (2012) nahelegt (zu wenig emotionale Involviertheit zeigt eher den gegenteiligen Effekt, nämlich dass Erinnerungen nach der EMDR-Arbeit als lebendiger empfunden werden).

An dieser Stelle verortet die Verfasserin eine EMDR-Sitzung oder jede Art von Trauma-Durcharbeitungs-Protokoll als Teil eines umfassenden Behandlungsprozesses. Eine oder mehrere aufeinanderfolgende EMDR-Behandlung- en/Sitzungen können nur dann isoliert betrachtet werden, wenn sie als Therapie unmittelbar nach dem Ereignis eines Akut-Traumas (Trauma Typ-1) eingesetzt wird. Darüber hinaus (Trauma Typ-2 und während der psychotherapeutischen Behandlung anderer traumaassoziierten Erkrankungen) ist jede traumakonfrontative Methode immer als eingebunden in den psychotherapeutischen Prozess zu betrachten (was unter anderem ein Grund dafür ist, dass vergleichbare Studien schwierig zu erstellen sind).

4.6 EMDR in der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis

4.6.1 Forschungslage

Wiewohl GestalttherapeutInnen weltweit EMDR anwenden und auch in der gestalttherapeutischen Fachliteratur bereits seit Jahrzehnten erwähnen, steht die theoretische und wissenschaftliche Auseinandersetzung damit in bemerkenswertem Gegensatz. Im Rahmen dieser Arbeit waren bis auf die unten erwähnten Überlegungen von Schrader keine Forschungsarbeiten direkt zu EMDR und Gestalttherapie auffindbar, wenngleich gestalttherapeutische TheoretikerInnen und PraktikerInnen schon früh die Bedeutung dieser Methode erkannten und diese auch benannt haben (Butollo 1995, Wolf 2001, Hartmann-Kottek 2004, Hoffmann-Widhalm 2005 et al.).

Als GestalttherapeutInnen sind wir in der achtsamen Wahrnehmung von Gleichzeitigkeiten in der freischwebenden Aufmerksamkeit geschult: Wie spricht der Klient? Wie ist seine Körpersprache, seine Hautfärbung, seine Atmung? Was berichtet die Klientin? Wie ist die Stimmelmelodie? Welcher Augenkontakt entsteht? Welche Beziehungsatmosphäre entsteht mit/im sogenannten Zwischen (vgl. Cioflec, 2012; Buber, 1923; Rumpler, 2004, 2006). Welche Körperreaktionen/Gefühle/Gedanken/Handlungsimpulse löst der Klient in uns aus (Übertragung und Gegenübertragung)? GestalttherapeutInnen sind aufgrund der fachspezifischen Schulprägung für parallel stattfindende Prozesse vielschichtig sensibilisiert, was dem Zugang zu und der praktische Handhabung von EMDR-Prozessen – die ja, wie oben beschrieben, auch beim Klienten zwei parallele Aufmerksamkeitsfokusse etablieren – sowohl in der ambulanten als auch bei der stationären Arbeit entgegenkommt.

Der Vortrag der deutschen Sonder- und Heilpädagogin und Gestalttherapeutin Cornelia Schrader im Rahmen der DVG-Gestalt Jahrestagung in Bonn (2013) findet hier Erwähnung, weil er den einzigen direkten Beitrag zum Thema Gestalttherapie und EMDR darstellt, der theoretische und praktische Bezüge herstellt. Schrader

plädiert für eine „geschwisterliche Beziehung von EMDR und Gestalttherapie“. Was Schrader mit „geschwisterlich“ meint, bleibt unbeantwortet. In Abgrenzung zu Schrader, die den EMDR-Prozess mehr oder weniger klassisch nach Shapiro übernimmt und bei der sich die Integration in den gestalttherapeutischen Prozess auf eine theoretische Umlegung auf den Kontaktzyklus beschränkt, findet in vorliegender Arbeit eine differenzierte Auseinandersetzung mit der standardisierten EMDR-Behandlung nach Shapiro in Bezug auf eine zeitgemäße gestalttherapeutische Traumafolgenbehandlungsmethode in Form von dualer Fokussierung statt. Mehrjährige ambulante Beobachtungen und Erfahrungen werden mit den aktuellen theoretischen und wissenschaftlichen, hier vor allem auch neurobiologischen Überlegungen und Ergebnissen in Verbindung gebracht und reflektiert.

4.6.2 Verbindungen und Reibungsflächen

EMDR weist sowohl in seinen Wurzeln als auch in seiner Durchführung Parallelen zur Gestalttherapie auf. Der Ablauf einer EMDR-Sitzung ist gut mit dem gestalttherapeutischen Prinzip des Kontaktzyklus (gemeint ist an dieser Stelle das Modell des Kontaktzyklus nach Perls, Hefferline & Goodman 1951/1992, S. 196-226) und dessen Weiterführung zum „Wachstumskreis“ durch Hartmann-Kottek (2008), et al.) zu vereinbaren.

Ein näherer Blick auf das im ► Abschnitt 3.4 beschriebenen Modell des Kontakt-Erfahrungszyklus von Willi Butollo lohnt sich auch in Hinblick auf die Umlegung/Übersetzung der Wirkungsweise von Dualer Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE) in die Modelle der Gestalttherapie.

Wenn wir das Trauma als Unterbrechung an der Stelle des Kontaktzyklus verstehen, wo die Figur wieder in den Hintergrund absorbiert und sich Sinn und Bedeutung der gemachten Erfahrung einstellen müssten (Melnick und Nevis, 1982, 1998 zit. nach Butollo 2008), dann setzt die Duale-Fokus-Arbeit genau hier an. Durch die parallele Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die traumatische Erinnerung und auf die vom Therapeuten angebotene Aufgabe (Mustergehen, Links-Rechts-Augenbewegungen

u.a.m.) wird eine (weitgehende) Wiederherstellung eines normalen Figur-Hintergrund-Wechsels ermöglicht (spürbar dadurch, dass sich PTBS-Symptome reduzieren). Die beim Recall und gleichzeitiger Dualer-Fokus-Arbeit erlebte Ermächtigung des Klienten („Ich kann jederzeit unterbrechen, weggehen“ (Stopp-Vereinbarung); „Ich werde nicht überflutet“; „Ich kann anders handeln“ (u.a. auch durch gezielte unterstützende Interventionen der Therapeutin); „Ich bin nicht allein, jemand ist aufmerksam haltend, helfend und respektvoll *beiwohnend*“) wirkt sich positiv auf das Schließen der Gestalt aus. Das Trauma wird im Hier&Jetzt als überleb- und aushaltbar erlebt. Die duale Fokussierung ist dafür eine gut dosierbare und belegt wirksame geeignete methodische Möglichkeit.

Als eine der derzeit bestforschten Methoden bezüglich der positiven Wirksamkeit bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen erscheint es der Autorin angebracht, diese Methode fundiert in die gestalttherapeutische Praxis zu integrieren. Dazu sind Adaptionen bzw. Weiterentwicklungen notwendig, um einerseits dem oben dargestellten aktuellen Forschungsstand Rechnung zu tragen und andererseits, um die suggerierte Regelmäßigkeit des standardisierten (und seit 1995 weitgehend unveränderten) EMDR-Protokolls (vgl. Gebhardt und Schubbe, 2006, S. 107) weiterzuentwickeln hin zur erforderlichen flexiblen Anpassung an den jeweiligen Prozess des individuellen Klienten bei der Traumakonfrontation, um damit nicht zuletzt die Wirksamkeit zu erhöhen und Therapieabbrüche zu verringern, wie es Eidhof (2012) vorschlägt.

An diesem Punkt erscheint auch eine Veränderung der Nomenklatur sinnvoll: Die Verfasserin zieht die Bezeichnung *Duale Fokussierung bei belastender Erinnerung* (DFBE) bzw. *Duale-Fokus-Arbeit* (DFA) vor (engl.: Dual Focusing during Burdening Recall (DFBR) bzw. Dual Focus Work (DFW) – weil darin neben Augenbewegungen auch alle anderen wirksamen Methoden der gleichzeitigen Aufmerksamkeitsbindung bei traumatischer Erinnerung mitgedacht sind (► Kap. 5.3. Die Wahl der DFBE-Methode). Mit der Bezeichnung DFBE bzw. DFA wird zudem auch dem aktuellen Forschungsstand Rechnung getragen, der zeigt, dass es sich dabei theoretisch nicht um „Reprocessing“, wie Shapiro es formuliert, handelt, sondern vielmehr um „Arbeitsspeicherüberforderungen“ des Gehirns gemäß der Taxing-the-Working Memory-Theorie (Engelhard, 2001, 2008, 2012; Van den Hout, 2012; et al.).

Auch wenn persönlich zahlreiche positive Behandlungsverläufe mit dualen Fokussierungsarbeiten beobachtet werden konnten, EMDR bzw. Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE) wird hier als eine *Methode* zur Behandlung von PTBS und traumaassoziierten Erkrankungen in einer bestimmten Phase oder bei bestimmten Phasen der Behandlung aufgefasst – sie ist eingebettet in den von vielfältigen und mit zahlreichen Methoden gekennzeichneten individuellen therapeutischen Prozess, dessen unabdingbare Basis die therapeutische Beziehung darstellt. Dieser klar eingenommene Standort wird Einfluss auf Veränderungen des Standard-EMDR-Protokolls haben, wie sie im Kapitel 5 detailliert beschrieben werden.

Ein weiterer wichtige Aspekt der Behandlung von PTBS und vor allem von KPTBS sei an dieser Stelle vermerkt – die Traumatherapeutin ist im Regelfall eingebunden/ bindet sich ein in ein HelferInnennetz, was wiederum die Grundlage für jegliche erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit mit PTBS und vor allem KPTBS in freier Praxis bildet.

Schubbe und Püschel (2006) halten dazu im vergleichbar kurzen Abschnitt „Einordnung von EMDR in den allgemeinen Therapieprozess“ fest: „EMDR ist als Bestandteil einer indizierten, geplanten und kontrollierten Psychotherapie durch ausgebildete Psychotherapeutinnen zu verstehen“ (Schubbe, 2006, S. 113). In weiterer Folge des Lehrbuchs wird dieser Haltung kaum weiter Rechnung getragen bzw. werden zahlreiche einzelne therapeutische Interventionen herausgestellt.

Auch Arne Hofmann erachtet bei der Anwendung von EMDR „klinische Erfahrungen als notwendig“ (Hofmann, 2014, S. 44). In seiner Darstellung von EMDR in der Praxis werden in der Folge ausgewählte Anleitungen für eine allgemeine Traumatherapie gegeben (die als solche nicht deklariert sind). Einen Gutteil der Ausführungen nehmen detailreiche Anwendungsanleitungen ein, wo EMDR für unterschiedliche PatientInnengruppen beschrieben wird.

Wie die in der Folge ausgeführten Überlegungen zeigen werden, ist diese zerteilende Sichtweise der Anwendung einer psychotherapeutischen Methode wie EMDR nicht zwingend. Vielmehr nimmt die Verfasserin an, dass die Grundprinzipien der Dualen Fokussierung bei belastender Erinnerung bei jeder PatientInnengruppe relativ unverändert angewandt werden können. Den fachlichen Hintergrund der

psychotherapeutischen Arbeit dafür bildet, solange es keine belegte „Allgemeine Psychotherapie“ gibt, die jeweilige psychotherapeutische Schulenausrichtung und ihre Grundkonzepte bzw. -prinzipien.

5 Vom standardisierten EMDR-Protokoll zur Dualen Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE)

„Das Fehlen von Wissenschaft, das heißt Unkenntnis von Ursachen, macht dazu geneigt, oder besser, zwingt dazu, sich auf den Rat und die Autorität anderer zu verlassen“.
(Thomas Hobbes (1588 - 1679), englischer Philosoph
Quelle: »Leviathan«, 1651)

“Since about 40% of PTSD patients do not show any clinical meaningful improvement after EMDR or CBT treatment, (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005) and approximately 20% of the patients drop-out during evidenced based PTSD treatment including EMDR (Hembree, Foa, Dorfan, Street, Kowalski, & Tu, 2003), it is of paramount importance to optimize this treatment” (Eidhof, 2012, S. 1).

Auf Basis der oben dargestellten Studien und in Übereinstimmung mit Eidhof (2012) scheint es angebracht, eine auf die jüngsten Erkenntnisse der Neurobiologie und Lerntheorie abgestimmte Arbeitsweise mit EMDR zu entwickeln. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, ein Protokoll auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstandes auszuarbeiten und zu begründen, fußend auf dem Menschenbild und der Salutogenese sowie der Beziehungsarbeit in der Gestalttherapie und eingebettet in die vielfältigen methodischen Möglichkeiten der Integrativen Gestalttherapie.

Bereits 2002 weist Daniel J. Siegel darauf hin, dass „sorgfältige Studien“ dazu beitragen könnten, „Fragen der individuellen Reaktionen auf EMDR zu klären und festzustellen, welche Elemente der EMDR-Methode für bestimmte Patienten besonders wichtig sind“ (Siegel, 2002, S. 146). Das derzeit weltweit gelehrte „EMDR-

Standardprotokoll“ bietet einen eingeschränkt Raum zur Weiterforschung, da der standardisierte Behandlungsablauf Weiterentwicklungen in der Individualisierung der Art der dualen Fokussierung für den einzelnen Patienten entgegensteht.

Ziel eines adaptieren EMDR-Protokolls hin zu einer Dualen Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE) ist unter anderem die Einladung an die (gestalttherapeutischen) BehandlerInnen in freier Praxis, die noch junge Methode als solche zu erkennen und kreativ weiterzuentwickeln, indem jedes Protokoll eine Art dokumentierten Fallverlauf darstellt, der in seinen Einzelheiten (z.B. Wahl der dualen Fokus-Methode oder Interventionen der Therapeutin und deren Wirksamkeit) evaluiert werden kann.

Veränderungen und Weiterentwicklungen des EMDR-Standardprotokolls:

- Standortbestimmung: Das Protokoll als Methoden-Anleitung(v.a. in der Lehre) im Gegensatz zur Trauma-Therapie-Anleitung wie sie die EMDR-Literatur impliziert
- Einführung eines aktualisierten Modells der Begründung der Wirkungsweise auf lerntheoretischer Basis
- Modifikationen der Regelmäßigkeit des EMDR-Standardprotokolls hin zu individualisierter Prozessarbeit
- Weiterentwicklungen bei der Wahl der Art der „Stimulation“ bzw. der Aufmerksamkeitsbindung während des Recalls
- Neueinführung der Feinabstimmung der dualen Fokussierung (*DFA-Tuning*) unter Berücksichtigung aktueller Studienergebnisse, die den Grad der emotionalen Involviertheit des Klienten als einen wichtigen Faktor für die Wirksamkeit der Methode belegen (Eidhof, 2012)
- Weglassen einzelner Schritte des Shapiro-Protokolls darunter vor allem die „Verankerung“, begründet mit neurobiologischen Forschungsergebnissen (Engelhard et al., 2010).
- „Positive Kognition“ und „Negative Kognition“ („PK“ und „NK“) sowie „VoC“ aus dem EMDR-Protokoll werden als eine von vielen Interventionsmöglichkeiten bzw. -methoden seitens des Therapeuten gewertet und finden keinen expliziten Eingang in eine standardisierte Vorgehensweise.

5.1 Wieso überhaupt ein Protokoll?

KollegInnen berichten, dass sie EMDR in ihrer psychotherapeutischen Arbeit gezielt verwenden, ohne dabei dem weltweit gelehrten Protokoll von Shapiro zu folgen. Je nach Schulenzugehörigkeit wird die duale Fokussierung mit Körperarbeit, Ego-State-Therapie oder empathischer Spiegelung kreativ kombiniert oder verändert.

Es scheint sich in der Praxis bereits zu vollziehen, was sich in der (gestalttherapeutischen) Theorie und Forschung bis dato kaum niedergeschlagen hat, nämlich die Veränderungen und Weiterentwicklung von EMDR in der Behandlung von Traumafolgen (und Belastungen anderer Art).

Mag ein Protokoll per se auf den ersten Blick in Widerspruch zur prozessgeleiteten Vorgehensweise in der Gestalttherapie stehen, so scheint bei näherer Betrachtung gerade in der gestalttherapeutischen Praxis ein adaptiertes Protokoll hilfreich, einerseits für die Weitervermittlung zum zeitgemäßen Erlernen der Methode und andererseits für die weiterführende Forschungsarbeit, da damit das, was (Integrative) GestalttherapeutInnen in ihrer Arbeit traumafolgenspezifisch täglich feststellen und dabei weiterentwickeln, auch wissenschaftlich erfasst und evaluiert werden könnte.

Als GestalttherapeutInnen sind wir immer auch Experimentierende und damit aufmerksame ForscherInnen. Gestalttherapie beinhaltet per se einen experientiellen, existentiellen und experimentellen Ansatz (vgl. Reinhard Fuhr, 1999). Da die Art der dualen Fokussierung bei Menschen mit PTBS oder KPTBS noch wenig bis gar nicht beforscht ist, kann das eigene Protokoll die Effizienz der angewandten Methodenwahl oder -kombination verdeutlichen. Wertvolle qualitative und quantitative Informationen würden dadurch verfügbar gemacht.

Diese Form der Ablaufbeschreibung kann als aktualisierter und erweiterter Zugang in der Lehrtätigkeit einer zeitgemäßen, schulunenabhängigen und effizienten traumakonfrontativen Methode dienen. Und nicht zuletzt bietet es eine praktische Vorlage zur Verlaufsdokumentation des Verarbeitungsprozesses über mehrere Sitzungen, die für die ambulante und stationäre Dokumentation verwendet werden kann.

In der Therapiesitzung selbst kommt der verschriftlichen Ablaufbeschreibung in Form eines Blatt Papiers, das sichtbar neben der Therapeutin liegt vor allem beim Erlernen der Methode eine weitere Bedeutung zu: Die Vorgehenslistung kann dem Sog des

Traumata entgegenwirken und damit unterstützen, dass die professionelle Arbeitsfähigkeit des Therapeuten erhalten bleibt, bzw. sich wieder einstellt. Gerade bei der Arbeit mit schweren Traumata und starken Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen kann es dazu kommen, dass das Trauma reinszenierend wirksam wird und wichtige Behandlungsschritte verdrängt.

5.2 Weiterentwicklungen und Modifikationen

TABELLE 4: Gegenüberstellung: EMDR- Sitzung – DFBE-Sitzung

EMDR (nach Schubbe und Püschel, 2006, S. 216 f)	DFBE (Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese und Behandlungsplan 2. Stabilisierung und Vorbereitung für EMDR <ol style="list-style-type: none"> 1) Ressourcen 2) Sicherer Ort 3) Erklärung 3. Einschätzung <ul style="list-style-type: none"> - Ausgangssituation - Ausgangssituation – intrusiver Sinneseindruck zum schlimmsten Moment - Negative Selbsteinschätzung (NK) - Positive Selbsteinschätzung (PK) - Stimmigkeit der PK (VoC) 1-7 - Emotionen - Belastungsgrad SUD 0-10 - Lokalisieren der Körperempfindungen 4. Durcharbeiten <ul style="list-style-type: none"> - SUD - VoC 5. Verankerung (bei SUD 0) 6. Körpertest 7. Abschluss in einem ausgeglichenen Zustand 8. Überprüfung in der nächsten Sitzung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung <ul style="list-style-type: none"> - Erklärung der Methode und möglicher Wirksamkeit - Aufruf der erlernten Methoden zur Stabilisierung und Affektregulation - Stoppsignal vereinbaren 2. Wahl der DF-Methode 3. Ausgangserinnerung <ul style="list-style-type: none"> - Wahl und Eingrenzung - Recall - Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit des Klienten („Windows of Tolerance“) - SUD 4. Duale-Fokus-Arbeit (DFA) <ul style="list-style-type: none"> - Tuning - der DF-Methode an sich - durch psychotherapeutische Interventionen 5. Stabilisierung (Nachkontakt) <ul style="list-style-type: none"> - SUD - Schlaf - Arbeit im Hier und Jetzt - Ressourcenarbeit 6. Nachbesprechung mit Überprüfung des SUD in der nächsten Sitzung

Der Vorschlag des DFBE-Protokolls stellt neben der Weiterentwicklung auch den Versuch einer Zusammenfassung dar, die komprimiert, was an der EMDR-Methodik für den ausgebildeten Psychotherapeuten in die eigene Behandlungsmethode integrierbar ist.

Über weite Strecken sind die Erklärungen und Schulungen in der internationalen EMDR-Literatur von psychotherapeutischen Haltungen und Interventionen geprägt (z.B.: Umgang mit dissoziativen Reaktionen, (Schubbe, 2006, S. 171 ff), Umgang mit Blockaden und Widerstand (Schubbe, 2006, S. 181ff; Hofmann 2014, S. 85ff) Ressourcenübungen (Schubbe, 2006, S. 243ff; Hofmann, 2014, S. 64ff), die in *jedem* psychotherapeutischen Prozess vorkommen. Die umfassende Beschreibung von Arne Hofmann (5. Aufl. 2014) von EMDR in der Traumafolgenbehandlung unterstreicht die Beobachtung, dass rund um die EMDR-Methode an sich eine weitgefächerte, psychotherapeutische Schulung für Traumafolgentherapie entwickelt wird/wurde, die in ihrer subjektiven Auswahl unvollständig und lückenhaft bleiben muss. Zentrale Aspekte bzw. Werkzeuge der psychotherapeutischen Traumafolgenbehandlung wie die Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung oder die therapeutische Beziehung z.B. bleiben unberücksichtigt, dafür werden für einzelne Störungsbilder (nach Hofmann (2014) wie: Anpassungsstörungen und körperliche Erkrankungen, Akuttraumata, Depression, Phobien und Panikstörungen, Substanzabhängigkeit u.a.m.) spezielle standardisierte EMDR-Protokolle entwickelt.

Die Verfasserin geht davon aus, dass PTBS-Sonderprotokolle wie im EMDR für Zwangsstörungen, Phobien oder Komplizierte Trauer sich erübrigen, da das Grundwissen über die Behandlung von genannten Störungen beim Psychotherapeuten vorhanden sein muss (und dem nicht mit standardisierten Einzelinterventionen in Form eines Methoden-Protokolls Genüge getan werden kann). Um der Komplexität der Erkrankung und deren Behandlung gerecht zu werden, werden in Deutschland und auch in Österreich derzeit umfassende Aus- und Weiterbildungen für Traumafolgen-Behandlung (weiter-)entwickelt und angeboten (vgl. Maercker, 2013, S. 154), um aufbauend auf der Grundausbildung zum Psychotherapeuten speziell und umfassend in der Traumafolgentherapie zu schulen.

DFA bzw. DFBE ist so betrachtet eine verdichtete Methode, die aus den ebenenreichen Anwendungsanleitungen von EMDR herausgearbeitet und in der

Folge mit aktuellen Studienergebnissen abgeglichen wird. Ziel ist unter anderem die Entwicklung einer Beforschbarkeit von Fragen wie: Welche Taxing-Methode (bzw. welche Kombination von DFA-Methoden) wirkt bei welchen Symptomen am besten? Was wirkt nicht? Wie lange muss die Dauer der DFA sein, um wirksam zu sein? Welche Faktoren unterstützen die Wirksamkeit von DFBE, welche sind der Wirksamkeit abträglich?

Der erste Teil unter Punkt 1 des klassischen EMDR-Protokolls, „Anamnese und Behandlungsplan“, wird nicht übernommen. Eine umfassende Anamnese und der fachlich fundierte Behandlungsplan sind Teil jeder psychotherapeutischen Arbeit und nicht spezifisch für die Methode EMDR oder jede andere Duale-Fokus-Arbeit und beide sind demzufolge nicht Teil des DFBE-Protokolls. Anamnese und Behandlungsplan müssen im Vorfeld, in den Sitzungen davor im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung bereits abgeklärt sein.

Der zweite Teil unter Punkt 1 beim EMDR-Protokoll gelistete Punkt – „Die Ausgangserinnerung – Target“ wird *nach* der „Einführung in die Methode“ gereiht, da in der Einführung der Klient unter anderem bereits über die Art des Recalls informiert wird (sich zum Beispiel nicht zu wenig und nicht zu viel zu involvieren). Ein weiterer wichtiger Grund für die Nachreihung ist die Vermeidung von Überlastung und Retraumatisierung. Nach dem Aufrufen der traumatischen Erinnerung soll zügig mit der Dualen-Fokus-Arbeit begonnen werden können, damit die Klientin nicht länger als unbedingt notwendig den traumatischen Bildern und Gefühlen ausgesetzt ist, *ohne* der parallel dazu stattfindenden WM-Taxing-Methode (► Kap. 5.4 Der Recall – das Aufrufen der Ausgangserinnerung).

5.2.1 Was ist eine Ausgangserinnerung, die mit dualer Fokussierung bearbeitet werden kann?

Wenn ein Klient mit Trauma-Typ 1 in die psychotherapeutische Behandlung kommt, ist das Thema für die Ausgangserinnerung greifbar da (z.B. einen Autounfall, einen Banküberfall oder eine Vergewaltigung erlebt zu haben).

Bei Menschen mit Trauma Typ-2 wird in der Mehrzahl der Fälle die Auswahl der Ausgangserinnerung selbst prozesshaft sein. In einer der bereits erfolgten Therapie-sitzungen wird die eine oder andere traumatische Erinnerung beim Klienten möglicherweise bereits aufgetaucht sein. Oder das traumatische Ereignis bzw. die traumatischen Ereignisse durften bereits am Beginn der Therapie im Rahmen eines „Lebensabschnittspanoramas“ oder einer „Belastungs- und Ressourcenlandschaft“ benannt werden. Die Therapeutin entscheidet den Zeitpunkt der Traumakonfrontation (in Abstimmung mit der Klientin, die Letztentscheidung fußend auf der fachlich belegten Einschätzung bleibt bei der Therapeutin).

Es hat sich als günstig erwiesen, die Methode der Dualen Fokussierung bei Belastenden Erinnerungen (DFBE) bereits mit der Klientin durchzuführen bei Belastungen, die *nicht* (direkt) zu einem traumatischen Geschehen gehören. Einerseits verliert die Klientin dadurch die Scheu vor einer „neuen Methode“, zudem wird sie selbst bereits geübter in dieser Arbeitsweise und gleichzeitig hat sie dann bereits positive Erfahrungen mit dieser Behandlungsart gemacht. Die Therapeutin wiederum erhält bereits wichtige Erfahrungswerte, weil unterschiedliche Taxing-Methoden ausprobiert werden konnten. Und sie hat damit ein größeres Wissen darüber, wie die Klientin bei DFA möglicherweise reagiert und welche Arten der dualen Fokussierung der Klientin liegen bzw. effizient sind.

Häufig setzt die DFBE eine Kette von unterschiedlichen traumatischen Erinnerungen frei: Frau. K. wird als 4jährige von der Mutter an der Hand zum geplanten Suizid geführt (= Recall). Während der Dualen-Fokus-Arbeit tauchen Bilder vom gewalttätigen Vater auf. Wenn die Klientin auch eine emotionale Verbindung – Ohnmacht mit Todesdrohung – herstellt, handelt es sich hier um eine zweite traumatische Episode, die im Laufe der weiteren therapeutischen Behandlung erneut mit DFBE aufgegriffen werden wird. Es erscheint wichtig, bei der am Beginn der Sitzung vereinbarten Ausgangserinnerung zu bleiben und weitere traumatische Ereignisse für spätere Bearbeitungen bei Seite zu stellen (z.B. durch die „Tresorübung“). Der Therapeut erfüllt hier eine Hilfsposition, indem er dafür sorgt, dass „es nicht zu viel“ wird, dass das Maß an Recall in der aktuellen Sitzung für beide überschaubar bleibt.

Andererseits kennen wir die sich konsolidierenden Netzwerke im Gehirn nicht. Wer Erfahrung mit Dualer-Fokus-Arbeit oder EMDR hat, kennt Verarbeitungsverläufe, wo

scheinbar zusammenhanglose Erinnerungsbilder, Körperreaktionen und/oder Emotionen auftauchen. Solange das Maß der Ablenkung der Taxing-Methode stimmt, mag dies Ausdruck des Prozesses der Konsolidierung sein. Es scheint, als ob sich die milliardenhaften, gleichzeitig stattfindenden vielfältigen synaptischen Verknüpfungen und neurophysiologischen Vorgänge des Gedächtnisses dabei bruchstückhaft zeigten. Für diese Annahme spricht auch die Beobachtung, dass nach dem erfolgreichen Durcharbeiten einer bestimmten traumatischen Erinnerung sich häufig auch andere belastende Symptome verringern oder auflösen, die scheinbar nicht in direktem Zusammenhang mit der traumatischen Erinnerung standen.

Bei der Wahl der Ausgangserinnerung kann es sich um jede Form der Erinnerung handeln: eine bildhafte Szene, ein starkes negatives Gefühl, Flashforwards (Engelhard et al., 2011) oder Körpererinnerungen wie starke Schmerzen. Wenn mit starken Gefühlen oder Körpererinnerungen mit DFBE gearbeitet wird, kann es vorkommen, dass die erlebte Situation dazu während des Prozesses auch bildhaft erinnert wird. In der Mehrzahl der in meiner ambulanten Praxis dokumentierten Behandlungsverläufe kommt es dazu nicht – die posttraumatischen Symptome nehmen dabei aber dennoch durch die DFA ab.

5.2.1.1 Don't push the river!

Selbst wenn der Klient seine Zustimmung zur bevorstehenden DFBE gegeben hat und ein Übereinkommen über die Wahl der Ausgangserinnerung getroffen wurde, ist es häufig dem Prozess förderlich, wenn eine erneute Überprüfung der Bereitschaft des Klienten zur Durcharbeitung auf seinem lebensgeschichtlichen Hintergrund durchgeführt wird.

Menschen, die ein Trauma (oder mehrere Traumata) erlebt haben, waren immer einer massiven Überschreitung ihrer Grenzen ausgesetzt. Gerade wenn der Klient man-made Traumata erlebt hat (sexueller Missbrauch, psychische und physische Gewalt) ist die Gefahr der Reinszenierung bei der traumakonfrontativen Arbeit im Raum. Wenn eine traumakonfrontative Methode angeboten wird – in dem Fall Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE) – ist die gesamte Achtsamkeit des

Therapeuten aufgerufen, um die Grenzen des Klienten (und seine eigenen) zu wahren (vgl. dazu Maercker, 2013, „Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Therapeuten“, S.159-174.).

Die wiederholte Einladung an den Klienten, seine Entscheidung zur traumakonfrontativen Arbeit widerrufen zu können (um diese zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen), könnte möglicherweise den hohen Abbruchraten entgegenwirken. Gleichzeitig ist seitens der Therapeutin darauf zu achten, dass dem Vertagen keine vermeidende Haltung der Behandlerin zu Grunde liegt.

5.2.2 Die Einführung in eine DFA-Sitzung im Unterschied zur EMDR-Sitzung

5.2.2.1 Theorie der Wirksamkeit

Bei der Dualen Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE) handelt es sich um eine Methode der Traumfolgenbehandlung, bei der die traumatische Erinnerung aufgerufen wird, während gleichzeitig eine weitere Aufgabe zu bewältigen ist (zum Beispiel links-rechts Augenbewegungen, links-rechts Klopfen mit den Händen und/oder Füßen, oder Zeichnen mit der „schwächeren“ Hand), basierend auf den Erkenntnissen der Traumafolgenbehandlung mit Augenbewegungen von Francine Shapiro (1998, 2003). Aktuellen neurobiologischen Studien (Van den Hout & Engelhard, 2012) zufolge wird die Wirksamkeit durch eine Art der Überforderung des Arbeitsspeichers aufgrund der parallelen Fokussierung erreicht. “A combination of re-experiencing an emotion plus having to reconsolidate a blurred memory, suggest an enhancement of reconsolidation of the blurred memory” (Eidhof, 2012, S. 2). Wenn die belastende Erinnerung durch den dualen Fokus labil geworden ist, wird diese rekonsolidiert, und in der Folge verändert (weniger bis gar nicht belastend) im Langzeitgedächtnis abgespeichert. Dabei stellt Eidhof in ihrer Studie fest, dass der emotionalen Involviertheit eine entscheidende Rolle zukommt und liefert auch eine neurobiologische Begründung:

“It seems that emotional stimuli are better consolidated due to release of the stress hormones adrenaline and cortisol, which influence noradrenergic activation within the amygdale. Amygdale activity in turn modulates memory processing in other brain regions, including the hippocampus; this results in an enhancement of long-term memory (Mc Gaugh, 2006)” (Eidhof, 2012, S. 2).

Werden emotional *neutrale* Erinnerungen mit Dualer-Fokus-Arbeit (DFA) verbunden, kommt es zu gegenteiligen Ergebnissen, diese würden durch die DFA eher lebendiger (Eidhof, 2012, S. 5). (Was auch erklären kann, dass bei eher dissoziativen Persönlichkeitsstilen der SUD während einer DFBE steigt, wie die Verfasserin bei mehreren DF-Arbeiten beobachten konnte.)

Im Unterschied zum EMDR nach Shapiro, die die Wirkung neurobiologisch mit „Synchronisation von Erregung und Hemmung der beiden Hirnhemisphären“ (nach Schubbe, 2006, S. 92) begründete bzw. mit dem Reinigen von „dysfunktionale Kanälen“ (nach Schubbe, S. 90), bildet für das DFBE-Protokoll ausschließlich die Weiterentwicklung der lerntheoretischen Working Memory-Theorie die Basis. Wie aktuelle Studien (Van den Hout, Engelhard et al., 2011, 2012; Nijenhuis, S., Elzinga, B., Ras, P., Berends, F., Duijs, et al., 2013) zeigen, ist nicht nur das visuelle Arbeitsgedächtnis wirksam einsetzbar, sondern auch viele weitere Arten von paralleler Aufmerksamkeitsbindung.

Dem Klienten kann erklärt werden, dass mittels einer zweiten Aufmerksamkeitsbindung, einer zweiten Aufgabe während der Erinnerung an das Trauma, heilsame Prozesse in Gang kommen können, die sich beruhigend auf das Langzeitgedächtnis – und somit auf den ganzen Menschen – auswirken. Freies Assoziieren und dem Prozess seinen Lauf lassen sei erwünscht. Eine erwartungslose, absichtslose und beobachtende Haltung sei dabei hilfreich. Hilfreich sei auch, dabei mit den traumatischen Ereignissen und Gefühlen in Kontakt zu gehen – nicht zu viel und nicht zu wenig.

5.2.2.2 Aufruf der erlernten Stabilisierung und Affektregulation

Um sich unbeschadet in Todesnähe zu begeben bedarf es viel Kraft und einer soliden Basis, auf die man jederzeit zurückkehren kann. Traumakonfrontative Arbeit

bei Trauma Typ-1 ist dann angebracht, wenn der Klient über ausreichend Ressourcen und eine gute psychische Struktur (vgl. OPD-Diagnostik) verfügt. Vor allem bei Trauma Typ-2 ist eine Konfrontation mit dem traumatischen Geschehen erst dann indiziert, wenn eine ausreichende stabilisierende Phase in der Therapie stattgefunden hat (vgl. Maercker, 2013; Reddemann, 2011; Huber, 2011; et al.). Erst ausgestattet mit ausreichenden Ressourcen und (wieder)erlernter Affektregulation kann das traumatische Geschehen verarbeitet werden. Wenn die Fähigkeiten zur Affektregulation (noch) nicht ausreichend ausgebildet sind, ist Duale-Fokus-Arbeit kontraindikativ, weil sie nicht *möglich* ist; weil die Klientin den Aufruf der traumatischen Erinnerung nicht stoppen kann, überflutet wird und sich eine Retraumatisierung durch Wiedererleben einstellen kann. Eine zweite, parallel stattfindende Aufmerksamkeitsbindung, wie sie zur positiven Wirksamkeit von DFBE notwendig ist, kann in diesem Moment nicht (mehr) etabliert werden.

Stabilisierende „Maßnahmen“ (dazu gehört auch die Beziehungsarbeit) sind wie Anamnese und Behandlungsplan Teil des gesamten Therapieverlaufs und nicht DFBE-spezifisch, weshalb dieser Teil der Methodenbeschreibung auch im Unterschied zum EMDR nicht „Stabilisierung und Vorbereitung für EMDR“ genannt wird, sondern „Aufruf der erlernten Stabilisierung und Affektregulation“.

5.2.2.3 „Stopp!“ – Von der Ohnmacht zum Gestalten

Imaginative Techniken (Sicherer Ort, Innere HelferInnen, Tresorübungen, Bildschirmtechnik) stehen vielfach am Beginn einer Traumafolgenbehandlung (vgl. Barnow und Lotz, 2013). Die Schulung der inneren Achtsamkeit ist Teil der gesamten Therapie und im Besonderen auch bei der am Beginn stehenden Stabilisierungsphase. Skills-Training ist in vielen Therapieschulen ein weiterer wichtiger Teil dieser Behandlungsphase. Bei zahlreichen dieser Übungen geht es darum, dass traumatisierte Menschen (wieder) erlernen und erfahren, dass sie „Stopp“ sagen können – und der belastende Prozess dann auch unterbrochen wird bzw. unterbrochen werden kann. Auf dem Stoppen-Können (von negativen Gedanken, belastenden Erinnerungen, selbstschädigendem Verhalten) liegt in der Traumafolgentherapie großes Augenmerk seitens des Therapeuten und seitens des Klienten.

Wie beim EMDR kommt auch bei der DFBE diese (bereits im Therapieverlauf erlernte) Fähigkeit ausdrücklich zum Einsatz, weil dem Wissen an sich, den Prozess jederzeit unterbrechen zu können, eine große Sicherheits- und damit Stabilisierungswirkung zukommt. Gleichzeitig erlebt die Klientin beim DFBE damit eine Ermächtigung gegenüber der Behandlerin.

Menschen mit KPTBS und/oder wenig Erfahrung mit DFA-Arbeit gelingt es häufig anfänglich kaum, von sich aus darauf zurückzugreifen. Hier bedarf es der klaren Hilfs-Ich-Position der Therapeutin, die auf Verdacht zwischen den DFA-Sequenzen eine Pause vorschlägt oder die simple Frage stellt: „Wäre jetzt ein „Stopp“ angebracht?“

5.3 Die Wahl der DFBE-Methode

“Additionally, both clinical- and laboratory studies have shown that a variety of WM taxing tasks, like listening to a text (Gunter & Bodner, 2008), counting out loud (Kemps & Tiggenmann, 2007) and playing the computer game Tetris (Engelhard, Uijen & Van den Hout, 2010) while bringing the unpleasant memory to mind, can reduce the vividness and emotionality of unpleasant memories” (Eidhof, 2012, S 2).

“In line with the working memory account, analogue studies have found that other taxing tasks during recall also reduce vividness and/or emotionality of negative memories, like vertical eye movements, drawing a complex figure (Gunter & Bodner, 2008), verbal arithmetic (Kemps & Tiggenmann, 2007), mental arithmetic (Engelhard, van den Hout, & Smeets, 2011; Van den Hout et al., 2010; but see a clinical study by Lilley, Andrade, Turpin, Sabin-Farrell, & Holmes, 2009), and playing the computer game Tetris (Engelhard et al., 2010b.)” (Engelhard, Van den Hout, Dek, Giele, Van der Wielen et al. , 2011, S. 600).

Eidhof, Van den Hout und Engelhard et al. fassen Studien zusammen, die zeigen, dass eine weite Bandbreite von fordernden Maßnahmen an den Arbeitsgedächtnisspeicher (Working Memory-Taxing-Methoden) möglich ist – wie laut zählen, Tetris

am PC spielen, komplexe Figuren zeichnen oder einem Text zuhören – die die Lebendigkeit von belastenden Erinnerungen reduzieren können.

Für eine differenzierte Beobachtung der Wirksamkeit in der Praxis unterscheidet die Verfasserin grundsätzlich mehrere WM-Taxing-Möglichkeiten:

- Motorisch: die gerichteten Bewegungen des Körpers (von Körperteilen) (wie z.B. links-rechts Augenbewegungen; links-rechts-Klopfen der Hände auf die Oberschenkel)
- Kognitiv: Wahrnehmungsaufgaben (z.B. einem Text zuhören)
- Motorisch und kognitiv in Kombination: Reaktionsspiele wie z.B. Tetris, lautes Zählen, Zeichnen; im Gehen einem Muster am Boden folgen)

Untersuchungen, welche Art der Methoden wirksamer als andere ist, stehen weitgehend aus. Vermutlich steht die Wirksamkeit der gewählten Methode u.a. eng in Zusammenhang mit den perzeptiven Vorlieben und/oder Gewohnheiten des Klienten. Je nachdem, welcher Sinn bzw. welche Kombination von Sinnen vom Klienten am meisten wahrgenommen bzw. beim Lernen vom Klienten herangezogen wird – optisch, akustisch, olfaktorisch, haptisch oder/und motorisch – könnte auch die WM-Taxing-Methode, die am ehesten an die deutlichste Ausprägung ist, wirksamer sein als eine andere.

Die aktuelle Studie von Van den Hout, Engelhard, Rijkeboer, Klugkist, Hornsveld et al. (2012) gibt als eine der wenigen WM-Taxing-Methoden-bezogenen Untersuchungen mit *PTBS-PatientInnen* Aufschluss über die Wirksamkeit von akustischen Reizen. An dieser Stelle sei noch einmal auf das Ergebnis der Studien hingewiesen, das zeigt, dass bi-auditive Musik, Töne oder Geräusche über Kopfhörer oder andere akustische Reize wie Schnippen nicht ausreichen, um Belastungssymptome zu reduzieren, obwohl die meisten KlientInnen diese als angenehmer als Augenbewegungen empfinden (▶ Kap. 4.4. Wie wirkt bilaterale Stimulation mit Tönen?).

Das dabei empfundene subjektive Wohlfühl des Klienten kann dennoch in die Behandlung positiv verstärkend miteinbezogen werden, um damit das Sicherheitsgefühl des Klienten zu verstärken und möglicherweise Ängste zu reduzieren. Porges (2010) spricht bei seinen neurobiologischen Überlegungen dem

Hören eine Schlüsselrolle zu, was die Steigerung bzw. Reduktion von (unbewussten) Gefahrenängsten betrifft.

EMDR listet unter Festlegung der Stimulierungsart (nach Hofmann, 2014, S. 86ff; nach Schubbe, 2006, S. 126ff) folgende Techniken:

- Optische Stimulierung:
 - Der/die Klient/in folgt den Fingerbewegungen der Therapeutin mit den Augen, links-rechts- Bewegung auf Augenhöhe
- Taktile Stimulierung:
 - Die Klientin hält die Handflächen nach oben liegend auf den Knien, die Therapeutin tippt abwechselnd links-rechts auf die Handinnenflächen
 - Der Therapeut tippt abwechselnd an die beiden Knie der Klientin
 - Die Klientin klopft mit den Händen wechselseitig rhythmisch auf die eigenen Knie oder auf die Stuhllehne
- Akustische Stimulation
 - „bifokale Stimulierung über Kopfhörer“ (Schubbe, 2006, S. 127) bzw. auditive Stimulation mit Tongeneratoren (Hofmann, 2014, S. 86)
 - „Die Klientin sitzt mit offenen oder geschlossenen Augen, während Sie neben den Ohren abwechselnd die Finger schnippen“ (Schubbe, 2006, S. 127) bzw. „beidseitiges Fingerschnippen“ (Hofmann, 2014, S. 86)

Auf Basis oben genannter Studienergebnisse werden akustische Stimulationsmethoden, wie sie beim EMDR vorgegeben werden, nicht als WM-Taxing-Methode in die DFBE übernommen.

Bei taktilen Stimulierungen wird eine Einschränkung vorgenommen, in der Weise, dass Körperberührungen im Regelfall nur vom Klienten selbst durchgeführt werden (Klopfen auf die eigenen Oberschenkel zum Beispiel). Starke körperliche Nähe und die Berührungen durch den Therapeuten kann während des Recalls (und auch darüber hinaus in der Therapie) mit dem erlebten (sexuellen) Übergriff in Verbindung gebracht werden. Ein abwechselndes Tippen des Therapeuten an die Knie der

Klientin, wie es beim EMDR vorgeschlagen wird, wird bei DFBE ausdrücklich nicht empfohlen. Basierend auf der Theorie des Overtaxing der Working Memory ist diese körperliche Berührung seitens der Therapeutin kein Indikator für die Wirksamkeit der DFA und möglicherweise wirkt die durch die als Bedrohung erlebte körperliche Nähe eher kontraproduktiv. Im Sinne der Ermächtigung des Klienten ist eine Methode vorzuziehen, bei der der Klient die parallele Aufgabe selbst durchführen und deren Intensität (mit)steuern kann.

Was den Wirkfaktor „körperliche Nähe bzw. Berührung durch den Therapeuten“ anbelangt, könnten weiterführende Studien aufschlussreich sein. Solange dieser Wirkfaktor nicht durch Untersuchungen belegt ist, bleiben oben genannte Überlegungen in Kraft.

Die beim EMDR erstgenannte Duale Fokussierungsmethode ist in ihrer Wirksamkeit mehrfach wissenschaftlich belegt. Dabei folgt der Klient dem Finger der Therapeutin, der sich auf Augenhöhe rhythmisch von links nach rechts bewegt. Es liegt die Vermutung nahe, dass gelenkte Augenbewegungen eine für viele Menschen sehr gut geeignete Parallel-Herausforderungs-Methodenart darstellt. Die Bewegung ist in ihrer Intensität leicht variierbar (schneller, langsamer) und damit wird auch das Maß an Parallel-Herausforderung rasch anpassbar. Inwieweit die „Bifokalität“ der links-rechts Stimulationen ein Wirkfaktor ist, ist nach dem Wissenstand vorliegender Arbeit nicht erforscht. Experimente mit anderen wirksamen aufmerksamkeitsbindenden Aufgaben zur Belastungsreduzierung wie lautes Zählen oder Tetris spielen, deuten darauf hin, dass der Faktor „Bifokalität“ nicht im Vordergrund steht.

Für Menschen mit physischer Gewalterfahrung ist die sich bewegende erhobene Hand mitunter als schlagende assoziiert. Dann wird die Therapeutin in Abstimmung mit der Klientin eine andere DFA-Methode wählen.

„To our knowledge, there is no evidence from clinical trials that binaural auditory stimulation is effective. Moreover, studies have found that more taxing of working memory is related to more reductions in vividness/emotionality ratings (e.g., Van den Hout et al., 2010), but extreme taxing may reduce benefits, possibly because it interferes with mental imagery (Engelhard et al., 2011). Thus, too little or too much taxing may be less effective. It seems important to adjust the degree of working memory taxing to an individual client. Depending on the client's working memory

span, eye movements may be substituted by more taxing tasks” (Engelhard et al. 2011, S. 603).

Resultierend aus den bisherigen Überlegungen lassen sich für die Wahl der DF-Methode folgende allgemeinen Kriterien zusammenfassen:

- Die parallele Herausforderung ist unkompliziert durchführbar (z.B. links-rechts Blicken, Handbewegungen, Gehen etc.)
- Sie ist leicht veränderbar, um die Intensität der Aufmerksamkeitsbindung rasch anpassen zu können (z.B. Frequenz der Augenbewegungen, Blickrichtung; Rhythmusänderungen beim Klopfen etc.)
- Feine Abstufungen sind dabei möglich (z.B. Frequenz der Augenbewegungen erhöhen/verringern; stärker/weniger stark klopfen; schneller, langsamer gehen)
- Individualisierung: Die DF-Methode ist an die individuellen, situativ abhängigen Lernstrategien bzw. an die Perzeptionsfähigkeiten des Klienten angepasst (bevorzugte Wahrnehmungskanäle (optisch, haptisch, motorisch, akustisch, olfaktorisch) bzw. deren bevorzugte Kombinationen werden bei der Auswahl berücksichtigt).

5.3.1.1 Methoden des Overtaxing of the Working Memory – Was wirkt, hat recht

Wie oben genannt, wurden in den letzten fünf Jahren vermehrt Studien umgesetzt, die die Wirksamkeit von unterschiedlichen Aufgabenstellungen während des Recalls untersuchten wie zum Beispiel Tetris-spielen.

“Interestingly, Holmes, James, Coode-Bate, & Deeproose (2009) found that playing Tetris shortly after viewing a film with traumatic content reduces flashbacks in the next week, which suggests that a taxing visuospatial task during memory consolidation may be an effective preventative intervention” (Engelhard et al. 2011, S. 600).

Van den Hout und Engelhard (2012, S. 732) stellten in Studien auch interessante Parallelen von EMDR und Mindfull Breathing in der Mindfull-based cognitive therapy

(MBCT) fest. Mindfull Breathing hat den ForscherInnen zufolge denselben positiven Effekt bei belastenden Erinnerungen wie Augenbewegungen bei EMDR.

Hier liegt ein weites Feld an kreativen Kombinationen und Entwicklungen vor uns. Wenn der SUD deutlich fällt, scheint der Grad der dualen Fokussierung und die dafür verwendete Methode passend. Der Fokus des Therapeuten liegt während der DFA u.a. bei der Abstimmung/der Ausbalancierung der Tasking-Methode bzw. im Zurückführen zur Ausgangserinnerung, um ausreichend emotionale Involviertheit beim Klienten zu unterstützen (►Abschnitt 5.6.2 Die Feinabstimmung – Das DFA-Tuning).

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen findet sich hier eine Auswahl an Taxing-Methoden in Kurzfassung, die sich in der ambulanten Arbeit mit DFBE wiederholt als wirkungsvoll erwiesen haben.

„Trommeln“:

Der Klient klopft sich sitzend abwechselnd links-rechts mit den Händen auf die Oberschenkel. Je nach gewünschtem Grad der parallelen Aufmerksamkeit wird die Abfolge des Klopfens erhöht oder verringert bzw. werden komplexere Rhythmen vorgeschlagen (2x links – 2x rechts, 2x links- 1x rechts, etc.)

Zur Feinabstimmung kann auch die Intensität (stärker/leichter) des Trommelns selbst variiert werden.

Der Therapeut vollzieht die Bewegung mit.

Der Klient kann bei der DF mit Trommeln vom Recall oder dem laufenden Verarbeitungsprozess erzählen oder schweigen.

Bei dieser Methode, im Unterschied zu den anderen gelisteten, erlebt der Klient eine Körpersensation, die er sich selbst zufügt: Spüren der Oberschenkel durch das eigene Beklopfen. Gerade bei Menschen mit KPTBS wurde beobachtet, dass diese Taxing-Methode wirksam und vom Klienten gewünscht ist. Möglicherweise ist das Spürbarmachen des eigenen Körpers während der DFA ein unterstützender Faktor, worüber vergleichende Studien Aufschluss geben könnten.

„Augenbewegungen“:

Der Klient folgt mit unbewegtem Kopf mit den Augen der Hand bzw. dem Finger des Therapeuten, der sich in Augenhöhe horizontal rhythmisch wiederholt von links nach rechts bewegt (wie beim EMDR).

Das Tempo der rechts-links Bewegungen lässt sich an den gewünschten Grad der Aufmerksamkeitsbindung anpassen.

Zur Feinabstimmung kann die Blickebene dazu variiert werden (z.B. links schräg unten nach rechts schräg oben; vertikal von oben nach unten etc.).

Der Klient kann bei der DF mit Augenbewegungen sprechen oder schweigen.

„Zeichnen (mit der schwächeren Hand)“:

Bekannte kreative Methoden wie das „Trauma-Triptychon“ (Zeichnen des traumatischen Ereignisses (vor dem Trauma – während dem Trauma – nach dem Trauma) können auch als traumakonfrontative Methoden mit dualer Aufmerksamkeitsbindung aufgefasst und umgesetzt werden, deshalb findet sich diese Variante des Zeichnens in der Liste der Overtaxing-Methoden.

Die Komplexität des Zeichnens lässt sich an den gewünschten Grad der Aufmerksamkeitsbindung anpassen (z.B. bei zu viel Tasking: vom gegenständlichen Zeichnen weg hin zum intuitiven Zeichnen/Malen; umgekehrt bei zu wenig Taskingintensität kann die Aufforderung folgen, expliziter z.B. in Form von Gegenständen zu zeichnen oder ein Wort hinzuschreiben).

„Muster-Gehen“:

Der Klient folgt einem am Boden vorgegebenen Muster (zum Beispiel dem Rechteck mit beiden Diagonalen im Muster des Teppichs oder angebrachten Klebestreifen).

Die Komplexität der Vorgabe des Weges, z.B. nur das X der Diagonalen abzugehen, lässt sich an den Grad der gewünschten Aufmerksamkeitsbindung anpassen (einfacher/schwieriger).

Zur Feinabstimmung kann das Schritttempo dabei erhöht oder reduziert werden.

Der Klient kann beim Mustergehen während des Recalls schweigen oder sprechen.

5.4 Der Recall – das Aufrufen der Ausgangserinnerung

Auf die Wahl der Ausgangserinnerung und auf die zweite Überprüfung der Bereitschaft des Klienten wurde oben bereits eingegangen. Nach der Auswahl der DFA-Methode ist der Recall der dritte Punkt im DFBE-Protokoll.

Die Ausgangserinnerung wird aufgerufen, indem die Klientin diese kurz in wenigen Sätzen beschreibt. Abhängig von der emotionalen Involviertheit der Klientin dabei (vgl. Eidhof, 2012) wird die Therapeutin detaillierter nach Schilderungen mit allen Sinnen nachfragen, wenn die Klientin wenig emotionale Verbindung zum Thema zeigt; umgekehrt wird die Therapeutin rasch zur DFA übergehen, wenn der SUD bereits sehr hoch ist.

Im Unterschied zum EMDR-Protokoll, das hier die „Positive Kognition“, die „Negative Kognition“ und den „VoC“ („Validity of Cognition“ = Stimmigkeit der Positiven Kognition) feststellen lässt, sieht das DFBE-Protokoll an dieser Stelle keine einschränkenden konkreten Interventionen der Therapeutin vor. Hier finden alle (schulenspezifischen und -übergreifenden) Methoden Anwendung, die sichern, dass die Klientin sich in den „Windows of Tolerance“ befindet, jenen Fenstern zwischen Übererregtheit und Untererregtheit, die Daniel J. Siegel (1999, 2012) beschreibt, damit die psychotherapeutische Arbeits- bzw. Lernfähigkeit der Klientin erhalten bleibt (vgl. dazu auch den „Spannungsregler“ von M. Huber, 2011, S. 85).

Nachdem die Ausgangserinnerung aufgerufen wurde, wird zügig nach Erfragung des SUD mit der DFA begonnen werden, denn schließlich findet bei jeder Traumaeinbildung, sei es in Form von Intrusionen, Flashbacks oder durch das Aufrufen von Behandlungern, ein Wiedererleben statt (und damit ein neurobiologisches Verfestigen im Sinne von „What fires together, wires together“ (gemäß der Hebb'schen Lernregel).

5.5 Der SUD (Subjective Unit of Disturbance) – relevant und relativ

Die Subjective Unit of Distress Scale (SUDS) wurde von dem südafrikanischen Psychiater und Verhaltenstherapeuten Joseph Wolpe (1969) entwickelt, um den subjektiven Grad der Angst der Patienten für seine Forschungszwecke verfügbar zu machen (heute auch als Subjective Unit of Disturbance, als subjektiv eingeschätzter Belastungsgrad geläufig). In der psychotherapeutischen Arbeit ist diese Skalierung des Klienten, die die Intensität seiner Gefühle von 1-10 einstuft, eine Möglichkeit, den Grad des subjektiven Empfindens vereinfacht fassbar zu machen. Beim EMDR spielt diese Selbsteinschätzung des Klienten eine wichtige Rolle, da sie das zentrale „Messinstrument“ für den positiven Fortschritt der Behandlung darstellt (Schubbe und Püschl, 2006, S. 132). Ziel beim standardisierten EMDR-Protokoll ist es, den SUD Null zu erhalten.

Auch bei der DFBE wird nach dem subjektiven Belastungsgrad gefragt, seine zentrale Rolle aber relativiert. Wiederholt wurde beobachtet, dass Klienten den SUD am Beginn der DFA gleich hoch angeben wie danach. Das kann unterschiedliche Gründe haben: mangelnde emotionale Selbstwahrnehmung, narzisstische Persönlichkeitsstile, mangelnder Bezug zu Zahlen u.a.m.

Die Wahrnehmungen des Therapeuten werden miteinbezogen. Hier wird der Therapeut seine Wahrnehmungen der Verbalisierung des Klienten zur Seite stellen, um ein möglichst vollständiges Bild des DFBE-Prozesses zu erhalten.

Erfahrungsgemäß lernen KlientInnen den Umgang mit der subjektiven Skalierung nach und nach (in Verbindung mit und als Instrument für die Schulung der Selbstwahrnehmung).

Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist der Umgang mit Zahlen mitunter nicht zielführend, da der Klient wenig bis keinen Bezug zu Zahlenräumen herstellen kann. Das schließt nicht aus, dass dieser Mensch über ein relativ hohes Maß an Selbstwahrnehmung verfügt. Die Intensität der Belastung kann hier über räumliche Abstufung mit dem Körper – die Hände/Arme zeigen kleinere und größere Zwischenräume – verdeutlicht werden. Gute Erfahrungen wurden auch mit Symbolen gemacht, die die Klientin im Laufe der Therapie für „wenig“, „mittlere“ und „ganz

starke“ Belastung ausgesucht hat und die bei der DFBE in Reichweite zur Verfügung stehen. Je nach Vermögen und/oder Differenzierungsfortschritten können weitere Zwischenstufen gemeinsam eingeführt werden.

Eine weitere Beobachtung aus der Praxis ist das Steigen des SUD während oder nach der DFBE. Wenn Erinnerungen mit emotionaler Involvierung durch DFA weniger lebendig erlebt werden und Erinnerungen *ohne* emotionale Involvierung durch DFA lebendiger erlebt werden (Eidhof, 2012), dann kann ein Grund für das Steigen des Belastungsgrades sein, dass die Ausgangserinnerung zu Beginn der DFA vom Klienten zu wenig emotional wahrgenommen wurde. Das Steigen des SUD während der dualen Fokussierung ist zwar für den Klienten unangenehm, die geschulte Therapeutin sieht darin gleichzeitig die erforderliche Involviertheit, um den Konsolidierungsprozess durch DFA zu ermöglichen. Sie wird den Verlauf dementsprechend beruhigend begrüßen und mit der DFA fortfahren.

Bei DFBE mit Menschen mit dissoziativem Stil wird das Steigen des SUD als positives Zeichen im Verlauf gewertet, ein Intervenieren seitens der Therapeutin ist aus Sicht der Verfasserin nicht notwendig und eher kontraproduktiv. Eine ruhige, wartende Haltung des Therapeuten hat gezeigt, dass der SUD nach anfänglichem Steigen in der Folge zu sinken beginnt.

Der innere Prozess der Selbsteinschätzung und die Benennung desselben mit einer Zahl hat einen weiteren positiven Aspekt, der den DFBE-Verlauf positiv verstärkt: Die subjektive Skalierung gibt nicht nur dem Therapeuten Aufschluss über die innerpsychischen Veränderungen des Klienten. Auch dem Klienten selbst wird durch das wiederholte Fragen nach dem SUD die Veränderung des Belastungsgrades sichtbar und dadurch bewusster erlebbar gemacht.

5.6 Duale Fokusarbeit (DFA) – Taxing the Working Memory

5.6.1 Das Grundprinzip

Wie die oben genannten aktuellen Studien vermuten lassen, kommt es bei der dualen Fokussierung auf ein passendes Verhältnis von emotionaler Involviertheit beim Recall und gleichzeitig stattfindender Anforderung an. Zu wenig emotionale Involviertheit verringert die Wirksamkeit von DFBE; zu viel, zu starke Parallelherausforderung verringert die Wirksamkeit der Methode ebenfalls. Aufgabe der Therapeutin bei der Durchführung dieser Methode scheint es also zu sein, dieses optimale Wirkungsverhältnis aufmerksam im Auge zu behalten und gegebenenfalls zu intervenieren.

Wenn der Rekonsolidierungsprozess durch die angebotene Parallelherausforderungs-Aufgabe beim Klienten von sich aus einsetzt, sind keine Interventionen erforderlich. Eine Überprüfungsmöglichkeit ist das Erfragen des gegenwärtigen SUD. Wenn dieser sinkt, stimmt die Balance von emotionalem Recall und paralleler Aufgabenstellung.

Der Teil des EMDR Protokolls, der unter Punkt 3 „Einschätzung“ zusammengefasst wird, findet keinen Eingang in das DFA-Protokoll, da damit zwar an der emotionalen und körperlichen Involvierung des Klienten gearbeitet wird, allerdings ohne Begründung und vor allem nicht zielgerichtet. Die Aufforderung zum Finden einer „Positiven Selbstüberzeugung“ stellt eine erste Intervention des Therapeuten dar, deren standardisierte Vorgabe fraglich ist. Das Fragen nach einer „Negativen Selbstüberzeugung“ wiederum führt häufig zu mehr emotionaler Involviertheit. Das kann dem Prozess dienen und erwünscht sein – oder auch nicht. Frau D. gelangt alleine beim Nennen des Themas der Traumaerinnerung in einen Zustand von Hyperarousal. Hier wäre es konterproduktiv, weiter die Erinnerung durch Nachfragen der Negativen Selbstüberzeugung oder Körperreaktionen oder Emotionen, wie es das EMDR-Protokoll vorsieht, auszubauen, da die Klientin bereits ausreichend bis möglicherweise schon zu viel in emotionalem Kontakt mit dem Thema ist. Umgekehrt

scheint Herr C wenig emotional involviert, die Frage „Was würden Sie heute lieber über sich denken“? laut EMDR-Protokoll, hält ihn im kognitiven Denken, löst Unverständnis aus und verstärkt den eher dissoziativen Stil des Geschehens im Klienten.

Im DFBE-Protokoll findet sich unter Punkt 4, „Duale-Fokus-Arbeit“, der Hinweis auf die Abstimmung der Intensität der traumatischen Erinnerung mit der parallel durchgeführten Aufgabe, wo Interventionen wie kognitives Anfragen oder Fragen nach Emotionen oder Körperempfindungen wie das EMDR sie listet, gezielt eingesetzt werden können, um den Wirkungsgrad der Methode zu optimieren. „PK“, „NK“ oder „VoC“ werden im DFBE-Protokoll als drei von zahlreichen methodischen Möglichkeiten gesehen, die nicht herausgegriffen werden, um die (erforderliche) Bandbreite der Interventionen nicht einzuschränken.

Das beim EMDR sogenannte „Kreiseln“ (der Klient bleibt mehr oder weniger unverändert bei seiner belastenden Erinnerung, vgl. Hofmann, 2009, S. 86) kann (neben unzureichendem Support) demzufolge als eine Unausgewogenheit der dualen Fokussierung verstanden werden. Die Tasking-Methode würde in diesem Fall zu wenig oder zu viel Aufmerksamkeit erfordern und würde vom Therapeuten bzw. vom Klienten so angepasst werden, dass die konsolidierende Wirkung einsetzen kann.

5.6.2 Die Feinabstimmung – Das DFA-Tuning oder: Der Klient hat recht und nicht das Protokoll

Aufgabe der Therapeutin bei DFBE scheint es zu sein, die heilsame Balance zwischen den beiden Fokussen zu etablieren bzw. zu erhalten im Sicherheit gebenden Beziehungsrahmen, um die neuronale Verarbeitung beim Klienten *weitgehend sich selbst vollziehen* zu lassen (basierend auf der Annahme der Verfasserin, dass sich dabei neue neuronale Netzwerke bilden). Die Interventionen der Therapeutin während der DFBE dienen ausschließlich dem Ausbalancieren der emotionalen Involviertheit beim Erinnern des traumatischen Geschehens. Sie unterstützen den Klienten gezielt dabei,

- in einer arbeits- und lernfähigen emotionalen Verfasstheit zu bleiben
- indem sie unter anderem die DF-Methode so variiert, dass der Grad der dualen Fokussierung so gelagert ist, dass eine Abnahme der Intensität der aufgerufenen belastenden Erinnerungen möglich wird.

Wenn die Klientin über- oder untererregt ist (Flashback oder Dissoziation, kommen alle entsprechenden schulenspezifischen und schulenübergreifenden Methoden zur Stabilisierung/Distanzierung (z.B. jegliche Gegenwartsarbeit) bzw. zur verstärkten Involvierung zum Einsatz (z.B. Körpergefühle anfragen). Im Unterschied zum EMDR werden an dieser Stelle keine einzelnen Interventionen präferiert mit dem bereits erwähnten Hinweis, dass dies Inhalte der psychotherapeutischen bzw. traumafolgen-therapeutischen Aus- und Weiterbildung sind und immer prozessbezogen abhängig vom individuellen Menschen in der individuellen Verarbeitungs-Situation eingesetzt werden.

Für die Feinabstimmung der DF-Methode stehen folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- Wechsel des Tasks, der Art der Aufgabe, der Taxing-Methode
- Variationen der Aufmerksamkeitsbindung der gewählten Taxing-Methode:
 - durch erhöhte oder verringerte Komplexität der Aufgabenstellung
 - durch Tempoänderungen

Solange die Klientin sich im arbeitsfähigen Rahmen, den „Windows of Tolerance“, bewegt, nimmt der Prozess seinen individuellen Verlauf (Expression starker Gefühle wie Schreien, Weinen, Zittern, Würgefühle im Hals oder auch Schweigen mit wenigen äußerlich sichtbaren Reaktionen) *ohne* Interventionen seitens der Therapeutin. Die von außen sichtbare Art der Verarbeitung lässt, soweit die Verfasserin beobachten konnte, keinen Rückschluss auf den Grad der Wirksamkeit zu.

Um der individuellen Persönlichkeit und der Komplexität der Folgen von traumatischen Erlebnissen des Klienten gerecht zu werden, wird bewusst auf Verallgemeinerungen einzelner Interventionen verzichtet, bzw. werden keine allgemein gültigen Schlüsse gezogen. (Demzufolge wird die Beschreibung „Der

EMDR Prozess“ von Püschl (2006, S. 157ff.) als kreatives und vielschichtiges Behandlungs- oder Verlaufs-*Beispiel* verstanden.)

5.6.3 Therapeutische Interventionen während der Dualen Fokussierung (DFA)

Genau betrachtet sind alle bisher genannten Methoden der Feinabstimmung der DFA-Technik bereits Interventionen. Zudem kommen erkrankungsspezifische und auf die Persönlichkeit der Klientin abgestimmte psychotherapeutische Interventionen zum Einsatz, deren Auswahl abhängig ist von der fachlichen Einschätzung der Therapeutin bezogen auf den gegenwärtigen Prozess und der Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit der Klientin bisher.

Die „Formen des therapeutischen Einwebens“ (Schubbe, 2006, S. 178) im EMDR werden innerhalb der Theorie der DFBE als ausgewählte Sammlung von therapeutischen Interventionen verstanden. Die Listung beinhaltet unter anderem sowohl Techniken des DFA-Tunings („Veränderung der Stimulierung selbst“, „Rückkehr zur Ausgangserinnerung“, *ibid.*, S. 78) , als auch Distanzierungstechniken („Erinnern an die Beobachterperspektive“) sowie Dialogisches Arbeiten („Kognitives Einweben“) und Imaginationsarbeit nach Reddemann („Imaginatives Einweben von Ressourcen“, Schubbe, 2006, S. 179). Die gelisteten Interventionen bei Schubbe et al. müssen, weil sie nicht als Auswahl deklariert sind, lückenhaft bleiben.

Die Differenzierung der EMDR-Methode nach Erkrankungsgruppen wie Arne Hofmann (2014) et al. sie vornehmen, ist in ihrer Sinnhaftigkeit nicht belegt. Studien wie die von Engelhard et al. (2010a, 2010b, 2010c) oder Jonkhout (2012) lassen eher vermuten, dass die Methode, adaptiert und gut integriert in den traumatherapeutischen Behandlungsprozess, ohne generalisierende Detailprotokolle wirksam ist.

Die Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung erachtet therapeutische Interventionen nur dann als wirksam, wenn der selbstheilende Prozess des Klienten/der Klientin gefährdet ist, weil er/sie die „Windows of Tolerance“ verlässt. DFBE sieht hier alle wirksamen Interventionen der unterschiedlichen Schulen vor

(z.B. Imaginieren, Körper-interventionen, Selbstanteile-Arbeiten, Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung). Die Einsatzentscheidung und Auswahl trifft die Therapeutin – auf Basis fachlicher Einschätzung durch ihre (schulen)spezifische Ausbildung und auf Basis der Erfahrungen in der Arbeit mit dem individuellen Klienten, den sie vor sich hat – jedes Mal aufs Neue.

5.7 Stabilisierung am Ende der Dualen Fokusarbeit

5.7.1 Keine duale Fokussierung bei positiven Erinnerungen

Jede DFBE-Sitzung wird mit einer Phase der Stabilisierung, des Nachkontakts abgeschlossen.

Eine Adaptierung hinsichtlich der „Verankerung von Positiven Kognitionen“ wie es im EMDR gebräuchlich ist, scheint auf der Basis der oben genannten Untersuchungen erforderlich.

„Moreover, even when a positive emotion is attached to the memory, vividness and emotionality reduces after making eye-movements (Hornsveld, Houtveen, Vroomen, Aalbers, Van den Hout, 2011; Van den Hout, Kindt, Muris, & Salemink, 2001), which supports the WM account“ (Eidhof, 2012, S. 2).

Die von Eidhof zitierten Untersuchungen zeigen, dass auch positive Emotionen durch EMDR als weniger lebendig erlebt werden. Das heißt, jede duale Fokussierung ist hier kontraproduktiv, da sie die durch Selbstregulierung entstandenen positiven Bilder, Gedanken und/oder Sätze (oder die durch Imaginationen, Ego-State-Arbeit oder Körperressourcenarbeit erarbeiteten positiven „Erinnerungen“) *abschwächen*.

Bei der DFBE kommen in der Stabilisierungsphase alle Formen und Methoden zum Einsatz, die unterstützen, dass eine herausfordernde und belastende Therapiestunde gut beendet werden kann. Allen voran steht dabei die Arbeit im und mit dem Hier und

Jetzt. Dabei bietet die Gestalttherapie mit ihrem Fokus auf das Gegenwärtsgeschehen eine Bandbreite an Interventionen, die auf den individuellen Klienten und den vorhandenen Prozess unmittelbar und ganzheitlich abgestimmt werden (z.B. Arbeit mit kreativen Medien: u.a. z.B. Kärtchen aufschreiben (lassen); Leibarbeit: u.a. z.B. Körperanker; Imaginationen; 5-Minuten-Planung der nächsten 5 Stunden).

Im Sinne von Lore Perls Kontakt-Support-Konzept, gilt es an diesem Punkt den Support ausreichend wiederherzustellen. Anzeichen für zu wenig Support am Ende einer DFA-Sitzung wären zum Beispiel, wenn KlientInnen in der Folgesitzung berichten, sie hätten sich vermehrt geschnitten, würden mehr Stimmen hören oder vermehrt Substanzen missbrauchen.

5.7.2 Schlaf als Wirkungsverstärker?

Nach anstrengenden Prozessen mit DFBE, bei denen sich die Belastung durch die Duale-Fokus-Arbeit deutlich verringert hat, reagieren manche Klienten mit großer Müdigkeit (im Unterschied zu dissoziativen Reaktionen *während* der DFBE).

Fallbericht 4: Schlaf als stabilisierende und wirksamkeitsverstärkende Intervention in der DFBE-Stabilisierungsphase

Nach einer Doppel-Stunde mit DFBE in der Herr M. die Ausgangserinnerung eines sexuellen Übergriffs im Zusammenhang mit öffentlicher Demütigung erstmals bearbeitet hat, wirkt Herr M. nach der dualen Fokusarbeit erschöpft und müde. Mit dem erleichternden Satz und dem Gefühl „Jetzt bin ich in Sicherheit“, sitzt Herr M. murmelnd „Ja, ja, ..., stimmt“, und nickend vor der Therapeutin, die Augen fallen ihm dabei fast zu. Die Therapeutin lädt daraufhin den Klienten ein, sich hinzulegen“, um sich „nach diesen Anstrengungen ein wenig auszuruhen“, und „um den Selbstheilungskräften, die im Schlaf wirksam sind, Raum zu geben“. Sie teilt auch mit, dass sie die ganze Zeit über im Raum bleibt und „über den Schlaf wachen wird“. Herr M. nimmt die Einladung dankbar an, legt sich hin und schläft innerhalb weniger Minuten ein, wie die Therapeutin am tiefen Atmen und an den REM-Augenbewegungen

sehen kann. Nach circa 15 Minuten wird die Therapeutin den Klienten vorsichtig wecken. Dieser wird berichten, dass es ihm „viel besser“ gehe. „Ja, das war jetzt gut!“

Angeregt und ermutigt durch die positiven Rückmeldungen von Herrn M. schlägt die Verfasserin KlientInnen, die nach DFBE-Arbeit „positiv erschöpft“ sind, vor, sich kurz hinzulegen. Es wurde beobachtet, dass nahezu jede/r Klientin in wenigen Minuten eingeschlafen war, auch wenn vorher Gegenteiliges von der Klientin vermutet wurde.

Im Laufe des Experimentierens mit EMDR bzw. DFBE ließ sich weiters die Beobachtung machen, dass sich eine kurze Schlafphase nach intensiver DFBE-Arbeit, bei der sich die Belastung deutlich verringert hat, positiv auf die Behandlung auswirkt (der SUD verringert sich noch einmal). (Differenzierte und zahlenmäßig repräsentative Untersuchungen dazu stehen aus.)

Wenn der Klient (ein)schläft und die Therapeutin in dieser Zeit aufmerksam dabei ist, so kommt ein weiterer, zu berücksichtigender Aspekt bei dieser Form der regenerierenden Stabilisierung zum Tragen: Diese Form der basalen Fürsorglichkeit ist auch eine Form des Reparenting (vgl. Petzold, 1993), die gerade bei Menschen mit frühen Vernachlässigungstraumata, wie bei Herrn M., heilsam wirken kann.

Wird dem Klienten unmittelbar nach der DFA eine Schlafphase ermöglicht, dann folgen nach dieser alle genannten Stabilisierungsmaßnahmen – der Zeitrahmen muss also dementsprechend weit gefasst sein, um der Stabilisierungsphase den ausreichenden Raum zu geben.

5.8 Überlegungen für die freie Praxis

5.8.1 Dauer der DFBE-Sitzung

„Die Langsamkeit bietet die Chance, das, was wir tun, auch zu erleben.“
H. W. Hanke (1785-1862)

Wie lange dauert eine DFBE-Behandlung? Genügt die durchschnittliche Länge einer psychotherapeutischen Sitzung von 50 Minuten für Einführung, Durcharbeitung und ausreichender Stabilisierung? Francine Shapiro schlägt für die Dauer einer EMDR-Sitzung eine Doppeleinheit von 90 Minuten vor (zit. nach Schubbe, 2006).

Die Beobachtungen in der freien Praxis haben gezeigt, dass das Tempo der einzelnen Menschen in der Therapie bei der dualen Fokusarbeit sehr unterschiedlich sein kann. Sie kann sowohl von Klient zu Klient als auch von Ausgangserinnerung zu Ausgangserinnerung bei ein und demselben Klienten variieren. Duale Fokus-Arbeit zur Durcharbeitung eines belastenden Ereignisses kann durchaus wirksam und sinnvoll innerhalb einer (und mehrerer) 50minütigen Einzelsitzung von statten gehen. (Die DFA nimmt dabei ohne Therapiesitzungs-Eingangsphase am Anfang und Stabilisierungsphase am Ende ca. 20 Minuten ein). Für manche KlientInnen hingegen ist dieser Zeitraum bei der Verarbeitung der traumatischen Erinnerung zu kurz. Aufgrund der lebensgeschichtlichen Erfahrungen wie (Zeit-)Druck oder (Beziehungs-)Abbrüchen ist es gerade während der DFA und danach wichtig, dass KlientInnen immer genügend Zeit haben, um den Prozess sichernd mitzusteuern. Pausen können ohne zögernden Blick auf die Uhr gemacht werden, um sich dann den schwierigen Erinnerungen erneut verarbeitend zu widmen.

Herr M. und seine Therapeutin vereinbarten sich für die DFBE-Arbeiten Doppeleinheiten, das heißt 100 Minuten. Damit ist gewährleistet, dass der Klient ausreichend Zeit für die Einführung, Durchführung und vor allem für die Stabilisierungsphase hat.

Vergleichende Studien stehen noch aus, die Fragen nach den Zusammenhängen von Wirksamkeit und Dauer der DFA-Sequenzen bzw. von Dauer und Art der DFA

stellen oder beantworten. Das DFBE-Protokoll für Forschungsarbeiten sieht vor, Zeitintervalle (Dauer der gesamten Einheit, Dauer und Häufigkeit der DFA-Sequenzen) quantitativ mit zu erheben.

5.8.2 Duale Fokussierung (DFA) als symptomreduzierende Methode bei anderen psychischen Erkrankungen und Beschwerden

Es wurde bereits angemerkt, dass es sowohl der Klientin als auch dem Therapeuten Vorteile bringt, DFA auch bei nicht-traumatischen Belastungen einzusetzen.

Der wichtigste Indikationsbereich für die EMDR-Methode sind die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10, F 43.1) und ihre Teilsyndrome. Es scheint allerdings, dass die posttraumatische Belastungsstörung keineswegs die einzig mögliche Folge einer psychischen Traumatisierung ist und weitere Störungsbilder gut auf eine traumaspezifische Therapie ansprechen. Hase, Leutner, Tuman und Hofmann (2013) nennen in der Folge Angsterkrankungen, Phantomschmerzen und Suchterkrankungen und Hofmann et al. (2014) entwickelt dafür ebenso wie Schubbe (2006) eigene EMDR-Protokolle.

Die Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE) kommt ohne Spezialprotokolle aus, da sie sich in ihrer vorliegenden Form bei jeder (belastenden) Erinnerung anwenden lässt. Die Ablaufvorlage von DFBE ist, wie erwähnt, eine Richtlinie, keine Vorgabe. Sie kommt auch bei anderen Störungsbildern als PTBS wirksam zur Anwendung. Ein Grund dafür liegt darin, dass auch bei nicht diagnostizierter PTBS und anderen Diagnosen traumatische Geschehnisse im Hintergrund sein können.

Ein weiterer Grund für die Ausweitung der Anwendung von DFBE fußt auf den Ergebnissen der Studien zur Working Memory Theory. Wenn emotional lebendige und belastende Erinnerungen durch duale Fokussierung weniger lebendig und damit weniger belastend erlebt werden, dann gilt das auch für Belastungen jeder Art (Ängste, Suchtdruck, Überforderungsgefühle etc.), die nicht traumassoziert sind. Diese Folgerung liegt nahe, da die meisten Studien bezüglich EMDR mit Menschen gemacht wurden, die *nicht* an PTBS erkrankt waren und die klinischen

Beobachtungen die Wirksamkeit von EMDR bei Menschen mit PTBS bzw. KPTBS bestätigen. (Dazu stehen vergleichbare Studien, wie bereits erwähnt, noch aus.)

Die Wahl der neuen Begriffe DFA (Duale-Fokus-Arbeit) bzw. DFBE (Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung) hat in diesem Zusammenhang einen weiteren Grund: Sie beinhaltet die Weite der Annahme, dass die Methode DFBE auch bei anderen Störungsbildern als PTBS und KPTBS wirksam zum Einsatz kommen kann (nämlich bei jeglicher „Belastenden Erinnerung“).

Begreift man Duale-Fokus-Arbeit als eine Methode basierend auf der Working Memory Theory, dann sind in der DFBE keine Sonderprotokolle oder erkrankungs-spezifische Adaptionen erforderlich. Die Interventionen des Therapeuten während der DFA werden auf dem Gesamtbehandlungskonzept fußen; sie werden individuell auf den Klienten und auf die jeweilige therapeutische Situation abgestimmt sein.

Fallbericht 5: DFA ohne Traumahintergrund

Frau H. (61J) schildert im Erstgespräch depressive Gefühle, bis hin zum geplanten Suizid mit Abschiedsbrief. Auslöser dafür sei eine schmerzhaftes Beziehungstrennung. Zudem steht die leistungsstarke, stets ins Arbeitsleben integrierte Frau knapp vor der Pensionierung. Ihre Ängste beziehen sich vor allem auf den Körper, Angst vor Erkrankungen und frühen Tod. Die Klientin bringt viele Ressourcen mit, die Traumaanamnese ist negativ. (Diagnose: F32.11 Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom; Z.73.0 Ausgebrannt-sein;)

Im zweiten Drittel der therapeutischen Behandlung (die 30. von insgesamt 50 Einheiten) werden mit zeitlichen Abständen von jeweils zwei Wochen 2 Einheiten mit DFBE durchgeführt. Die Ausgangserinnerung ist die Angst vor dem Verfall. Während dem Recall erlebt Frau H. Erstarrung und körperliche Reaktionen wie Kälte und kalte Hände. Die gewählte DF-Methode ist Links-Rechts-Augenbewegungen, hervorgerufen durch die sich bewegende Hand der Therapeutin. Bilder und Erinnerung von kranken Verwandten tauchen auf, dann Arbeitssituationen, wo die Klientin wütend wird. Positive Kognitionen kommen von der Klientin selbst, die Therapeutin interveniert einmalig, indem sie die Wahrnehmung des gesunden Körpers im Hier und Jetzt aufrufen lässt. Die Abstimmung des Grades der dualen Fokussierung (Tuning) erfolgt durch das Tempo der Augenbewegungen bzw. durch geänderte Blickrichtungen (links oben, rechts unten und umgekehrt). In der Stabilisierungsphase wird der Trauer der Klientin Raum gegeben und die empfunden

Müdigkeit gewürdigt und reframe (vom „Leistungstief“ zur angemessenen Körperreaktion, die wiederum gesundes Verhalten impliziert (Ausruhen, Regeneration). „Tresorübung“ und „Lichtdusche“ beenden die 1. DFBE-Sitzung (Doppeleinheit von 100 Minuten). Die subjektiv empfundene Belastung der Klientin sinkt von 8 auf 5. In der nächsten DFBE-Sitzung wird mit derselben Ausgangserinnerung mit dualer Fokussierung weitergearbeitet, der SUD sinkt auf 2. Wieder zwei Wochen später wird die Klientin die diesbezügliche Belastung mit 0 beziffern. Am Ende der Therapie werden sich keine depressiven Symptome mehr zeigen und Frau H. wird im Alltag bewusster mit körperlichen Grenzen umgehen. Bezogen auf die gesamte therapeutische Arbeit gemeinsam mit Frau H. wird die DFA als ein weiteres wirksames Experiment eingeordnet (neben Beziehungsarbeit im Hier und Jetzt, Achtsamkeitstraining, Selbst-Anteile-Arbeit, Imaginationen und kreativen Medien).

5.9 DFBE – eine erste Zusammenfassung

Basierend auf den Erkenntnissen von Francine Shapiro und aktuellen lerntheoretischen Studien in Bezug auf EMDR und die Working Memory Theorie wird die Duale Fokussierung bei belastender Erinnerung (DFBE) entwickelt. Das DFBE-Protokoll stellt oben beschriebene Überlegungen in Form einer kompakten Beschreibung der Arbeit mit dualer Fokussierung dar, die versucht, einerseits den Raum für Weiterbeforschung offen zu halten und andererseits eine wissenschaftlich fundierte Basis zu bieten, für das Erlernen und den Umgang mit der in der Traumafolgentherapie erfolgreich angewandten Dualen-Fokus-Arbeit.

Dabei wird die Methode DFBE als wirksamer *Teil* einer umfassenden Traumafolgentherapie verortet.

Bei der Weiterentwicklung von EMDR durch die Erarbeitung der DFBE-Protokolle wurde der Wissenstand aktueller Studien ebenso berücksichtigt wie die Erfahrungen in der ambulanten Praxis. Zahlreiche Fragen nach der Gewichtung oder den Schwerpunkten der Wirksamkeitsfaktoren sind dabei gewünscht entstanden.

Die DFBE-Arbeit ist demzufolge eine aktualisierte, experimentelle Methode mit belegter Wirksamkeit, die einen effizienten Teil in der traumakonfrontativen Arbeit darstellen kann.

Darüber hinaus kann sie in der vorliegenden Form für jede Art der gewünschten Belastungsreduktion eingesetzt werden.

In Bezug auf EMDR wurde versucht, jenen Ablauf bzw. jene Facetten der EMDR-Methode herauszufiltern, die für die Wirksamkeit nach dem aktuellen Forschungsstand verantwortlich sind. Dabei wurden einzelne Phasen des EMDR umgewertet bzw. weggelassen. Jegliche Ressourcenarbeit erfolgt beim DFBE *ohne* duale Fokussierung. Eine Hauptaufgabe der Therapeutin während der DFBE ist das Tuning, die Feinabstimmung des Verhältnisses der emotionalen Involvierung der Ausgangserinnerung mit dem Grad der Ablenkung durch die gleichzeitig ausgeführte DF-Aufgabe.

Das Erlernen der Anwendung von psychotherapeutischen Interventionen (Stabilisierungsmethoden, Arbeit mit Selbstanteilen etc.) während der DFBE-Sitzung wird – im Unterschied zur gelehrten Handhabung von EMDR – nicht als Teil des Erlernens der Behandlungsmethode gesehen, sondern als bereits vorausgesetztes, vielfältiges Wissen bei der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen, die im Rahmen der vorgeschriebenen Ausbildungen zu erfolgen hat.

Im ► Abschnitt 11.3 finden sich erste Manual-Vorschläge für das Arbeiten mit Dualer Fokussierung

- DFBE-Ablauf – Kurzfassung
- DFBE – Dokumentationsvorlage
- DFBE – Beobachtungsbogen für wissenschaftliche Weiterentwicklung

Der DFBE-Beobachtungsbogen für die Forschung ist entstanden, weil In der mehrjährigen praktischen Arbeit mit Dualer Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE) Fragen aufgetaucht sind, die nach Stand der Recherchen im Zuge dieser Arbeit noch nicht beantwortet sind:

- Welche Overtaxing-Methoden wirken (besser)?
- Welche Tuning-Methoden wirken?

- Welche Zusammenhänge gibt es zwischen zeitlicher Länge und Anzahl der DF-Sequenzen und Wirksamkeit der Methode?
- Hat es einen Einfluss auf die Wirksamkeit, wenn der Klient/die Klientin während der DFA ihre Wahrnehmungen, Assoziationen und/oder Gedanken verbalisiert?
- Verstärkt eine kurze Schlafphase unmittelbar nach der DFBE die konsolidierende Wirkung des Gedächtnisses?

Als erste Annäherung erscheint es sinnvoll, das, was bereits von TherapeutInnen (erfolgreich) angewandt wird, zu erfassen. Daraus ist die Idee entstanden, einen Beobachtungsbogen bei jeder Dualen Fokus-Arbeit zu führen, um durch die deskriptive und quantitative Erhebung von Prozessverläufen und Ergebnissen in der praktischen Arbeit mit DFA mögliche Zusammenhänge zwischen Durchführung der Methode und ihrer Wirksamkeit sichtbar zu machen; um heuristische Werte zu erhalten, die miteinander verglichen werden können, um für oben genannte Fragen erste Anhaltspunkte der Weiterbeforschung zu erhalten, bzw. um weitere detaillierte Studien daraus zu entwickeln.

Den Beobachtungsbogen in der Arbeit mit DFBE in der ambulanten Arbeit zu führen hat zudem den Vorteil, dass es sich dabei um Beobachtungen bei von PTBS betroffenen Menschen in psychotherapeutischer Behandlung handelt, um die Erforschung der Methode eingebettet in eine prozesshafte Traumafolgentherapie und nicht isoliert im Rahmen eines Forschungs-Szenario mit StudentInnen oder ProbandInnen außerhalb eines therapeutischen Kontexts.

6 Diskussion

Bedarf es bei einer der bestbeforschten Methoden weiterer Forschung?

Ist es derzeit überhaupt sinnvoll, eine der bestbeforschten psychotherapeutischen Methoden, deren Wirksamkeit belegt ist, weiter zu beforschen?

Wenn man die Dropoutzahlen bei EMDR-Behandlungen heranzieht (vgl. Eidhof 2012) und mitbetrachtet, dass der Großteil der EMDR-bezogenen Studien bisher an Menschen ohne krankheitswertige Traumatisierungen erfolgte, dann scheinen Studien, die die weit verbreiteten Anwendung in der ambulanten Behandlung untersuchen, neue Erkenntnisse im Rahmen eines psychotherapeutischen Prozesses geben zu können.

Die Komplexität der Traumafolgenerkrankungen zum einen und die Komplexität vergleichbarer Studiendesigns zum anderen wirkt auf den ersten Blick erdrückend bei der Erarbeitung von wissenschaftlichen Studien. Welche Erkrankungs- und Diagnose-schemata sind vergleichbar, um gültige Ergebnisse zu erhalten? Wie lassen sich Prozesse der dualen Fokussierung quantitativ erfassen und auswerten, ohne den therapeutischen Prozess zu stören? Welche Rolle spielt der Stil des Therapeuten und die therapeutische Beziehung bei der Arbeit mit DFBE? Wie lässt sich dies in Studien erfassen und vergleichen bzw. was ist auszuwählen, was ist überhaupt vergleichbar, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten?

Dennoch ist es wichtig, sich von der Komplexität nicht abschrecken zu lassen und scheinbar simple Fragen zu stellen.

Ein rigoros gelehrtes (seit 20 Jahren weitgehend unverändertes) Standardprotokoll, wo versucht wird, dieses nur von „autorisierten Lehrpersonen“ verbreiten zu lassen, läuft der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der wirksamen Methode zuwider (und zielt wohl eher auf Gewinnoptimierung als auf Wissenschaftsfortschritt ab). Vorliegende DFBE-Protokolle öffnen die nachweislich effiziente Methode der erforderlichen Weiterentwicklung in der ambulanten Anwendung.

Neurobiologie und Psychotherapie – erhellende Studiendimensionen?

In Bezug auf technische Entwicklungen in der Hirnforschung eröffnet sich ein weiterer Zweig der Forschung, der traumafolgenbezogene Fragen beantworten könnte. Die Auseinandersetzung der Psychotherapie mit neurobiologischer Forschung lädt zur Gestaltung von neuen fachübergreifenden Forschungsdesigns ein. Bildgebende Verfahren wie fMRT im Rahmen eines mehrjährigen psychotherapeutischen Behandlungsprozesses einzusetzen (vgl. Schiepek, 2011), könnte weiteren Aufschluss auf die Wirkung von Psychotherapie im Allgemeinen und DFA im Speziellen geben.

Welchen Wirkfaktor stellt der Therapeut bei der dualen Fokusarbeit dar?

Van der Kolk erwähnt in seinem Artikel „Jenseits der Redekur“ (2003): „Die Wirkung von EMDR scheint auf das Bestehen einer Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Therapeut nicht unbedingt angewiesen zu sein“ (S. 101). Van der Kolk lässt diese Vermutung unkommentiert. Die gewagte Aussage ist nicht uninteressant. Nehmen wir den lerntheoretischen Erklärungshintergrund, dann müsste eine Reduktion der Lebendigkeit der belastenden traumatischen Erinnerung auch dann stattfinden, wenn der Patient einem adäquaten sekundären Fokus ausgesetzt ist – unabhängig davon, ob eine zweite Person in die Behandlung involviert ist. Studien hierzu stehen noch aus und würden interessante Hinweise auf den Wirkungsgrad der EMDR-Methode mit Präsenz und ohne Präsenz der Vertrauensperson geben.

Bezieht man die bindungstheoretische Beobachtungen und Überlegungen mit ein, wo (man made) Traumata auch und vor allem als Bindungsstörung verstanden

werden können, liegt nahe, dass die Anwesenheit des unterstützenden Behandlers, des vertrauten Psychotherapeuten, ein weiterer verstärkender Wirkfaktor von Dualer-Fokus-Arbeit ist. Zudem ist davon auszugehen, dass auch zwischen Patient und Studienanweiser bereits eine Art (Vertrauens-)Beziehung besteht. Ein weiterer relevanter Unterschied ist, ob ich bei ProbandInnen *ohne* PTBS belastende Erinnerungen mittels EMDR bei der Verarbeitung „aus der Distanz“ (ohne therapeutische Vertrauens-Beziehung) beobachte, wie bei der Mehrzahl der oben genannten Studien, oder ob mit schwer traumatisierten Menschen gearbeitet wird, die während der versucht-kontrollierten Erinnerung des katastrophalen Ereignisses entweder in einen Zustand von starkem Hyperarousal oder in einen Zustand der Dissoziation gelangen können, wo die achtsame Präsenz der Therapeutin den sicheren Rahmen für ein heilsames Arbeiten im Gegensatz zum retraumatisierenden Erleben bietet – und letztlich Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist. Die von van der Kolk angenommene isolierte Wirkkraft von EMDR könnte durch diese isolierte Betrachtung zu einer Überschätzung der therapeutischen Methode führen.

Selbstfürsorge der Traumafolgen-Therapeutin – der Schuster mit den schlechten Schuhen?

Der Fokus der Traumafolgen-Therapiemethoden liegt auf der Klientin/dem Klienten. Und es sei an dieser Stelle der Blick kurz unmittelbar auf den traumabehandelnden Therapeuten gerichtet.

Der Gestalttherapeutin stehen – wie oben beschrieben – vielfältige Methoden für jede Phase der Traumafolgenbehandlung zur Verfügung. Theoretisch fundiert erfasst sie das innerpsychische Geschehen der von katastrophalen Lebensereignissen betroffenen Menschen, um daraus folgernd, geeignete, individuelle und wirksame Behandlungsprozesse zu entwickeln (basierend auf dem der Gestalttherapie eigenen hypothesenfreien Wahrnehmung, die nach jeder Hypothesenbildung wieder zu dieser Haltung zurückkehrt (nach Hartmann-Kottek, 2008 et al.)).

Das „Werkzeug“ sowohl für das Erfassen der Störung als auch für das Anbieten und Durchführen unterschiedlicher Behandlungsmethoden ist der Therapeut selbst. Mit „Werkzeug“ ist die Therapeutin als mitgestaltendes Gegenüber in jeder

psychotherapeutischen Sitzungs-Situation gemeint. Ihre geschulten Selbst-Wahrnehmungen sind in jeder psychotherapeutischen Behandlung, und in der traumakonfrontativen Arbeit im Speziellen, von großer Bedeutung. Dem traumafolgenbehandelnden Therapeuten wird in jeder Sitzung viel abverlangt – die eigenen Energien und Ressourcen müssen gut verfügbar sein – und verfügbar bleiben. Umso bemerkenswerter mutet es in diesem Zusammenhang an, dass in der zitierten Fachliteratur dieser wichtige Teil der Traumafolgenbehandlung eingeschränkt bis gar nicht thematisiert wird.

Beforschung von DFBE mit Fokus auf den Behandler als dialogisches Gegenüber im konkreten Traumafolgen-Behandlungsgeschehen könnte weiteren Aufschluss geben über die Gewichtung der Wirkfaktoren in der Psychotherapie sowie über Schutz vor Sekundärtraumatisierungen und Compassion Fatigue.

7 Schluss

Die der Arbeit zugrunde gelegte Hypothese, EMDR könne eine wirksame Methode in der gestalttherapeutischen Arbeit mit Traumafolgestörungen sein, wird durch zahlreiche Wirksamkeits-Studien (Davidson & Parker, 2001; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Seidler & Wagner, 2006; Bisson, Ehlers, Mathews, Pilling, Richards & Turner, 2007; Van den Hout, Engelhard, Smeets, Hornsveld, Hoogeveen, de Heer et al., 2009) sowie durch die positiven Erfahrungen der Anwendung in der gestalttherapeutischen Psychotherapie mit Menschen mit (schweren) Traumafolgestörungen in freier Praxis bestätigt.

Die Methode EMDR zeigt kompatible Parallelen mit Grundprinzipien der Gestalttherapie:

- Holistisches Arbeiten durch das Einbeziehen aller Ebenen (Kognition, Emotion, Körper)
- Durchlaufen eines Kontaktzyklus
- Arbeit im Hier und Jetzt mit dem Dort und Damals
- Das Experiment als Methode
- Die Annahme der selbstregulierenden Kräfte beim Menschen

Aufgrund der Ergebnisse aktueller Studien zur Wirksamkeitsforschung (Eidhof, 2012; Engelhard et al., 2011; Engelhard et al., 2010; Engelhard, Uijen & Van den Hout, 2010; Van den Hout & Engelhard, 2012; Van den Hout et al., 2012; Van den Hout et al., 2011; Van den Hout et al., 2001) bedarf es zur Integration der Methode EMDR in die

Gestalttherapie Modifikationen, die zur Erstellung eines prozessorientierten Ablaufmodells führen: Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung (DFBE).

Basierend auf der Annahme von lerntheoretischer Wirksamkeit (Working Memory Theory) kommt es zur Erstellung eines neuen Arbeitsablaufes. Die Methode wird als eines von weiteren wirksamen trauma-konfrontativen Werkzeugen im (gestalt-)therapeutischen Prozess verortet. Die Regelmäßigkeit des standardisierten EMDR-Protokolls wird modifiziert zu individueller Prozessarbeit, die sich in den entwickelten DFBE-Manualen abbildet.

Für die Praxis ergibt sich damit eine den neuesten Studienergebnissen angepasste Anwendung von Dualer Fokus Arbeit (DFA).

Einer der Hauptunterschiede, die die Weiterentwicklung der Methode mit sich bringt, ist das Weggehen vom starren Protokoll; bei der DFBE liegt der Fokus auf dem Klienten und nicht auf dem Protokoll. Sie ist prozessorientiert und nicht fixiert an Techniken. Die geteilte Aufmerksamkeit der Klientin eingebettet in die achtsame Beziehung mit dem Therapeuten werden als Wirksamkeitsfaktoren angenommen.

Für den in der Methode geschulten und erfahrenen DFBE Therapeuten stellt das Protokoll eine Richtlinie und keine Vorgabe dar, die jederzeit durch den Klienten bzw. durch den Prozess verändert werden kann bzw. verändert werden muss.

Wie im Rahmen der Recherchen dieser Arbeit deutlich wurde, gibt es wenige Untersuchungen, die Duale Fokussierung bei Belastender Erinnerung bei Menschen mit PTBS oder KPTBS untersuchen, und soweit die Verfasserin feststellen konnte, gibt es keine Untersuchungen, die EMDR bzw. DFBE im langfristigen Prozess eingebettet in eine Psychotherapie untersuchen. Eine erste Anregung zur Weiterführung vorerst heuristischer und detaillierter quantitativer Untersuchungen stellt der Beobachtungsbogen für die Weiterbeforschung dar, der – ergänzt und weiterentwickelt – in weiterführenden Studien neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Wirksamkeit bringen könnte.

8 Literatur

Amendt-Lyon, N., Bolen, I. & Höll, K. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 101-124). Wien: Facultas.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)*. Arlington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association.

Anger, H. & Schulthess, P. (Hrsg.). (2008). *Gestalt-Traumatherapie. Vom Überleben zum Leben: Mit traumatisierten Menschen arbeiten*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2014). *OPD-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Baddeley, A. (1998). *Human Memory: Theory and Practice*. Boston, Needham Heights: Allyn & Bacon.

Baldwin, D. (2013). Primitive Mechanisms of Trauma Response: An Evolutionary Perspective on Trauma-Related Disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1549-1566.

Barnow, S. & Lotz, J. (2013). Stabilisierung und Affektregulation. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. vollst. überarb. u. aktual. Aufl.) (S. 205-221). Berlin: Springer.

Bauer, A. & Toman, S. (2003). A Gestalt Perspective of Crisis Debriefing: Working in the Here and Now When the Here and Now is Unbearable. *Gestalt Review*, 7(1), 56-71.

Berg, D. van den & Gaag, M. van der (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 43(1), 664-671.

Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychology*, 190, 97-104.

Bok, D. de, Daalen, M. van (2010). *Exploring the mechanism underlying the working memory account of EMDR: The effect of fading in and fading out of negative and arousing images on emotionality, vividness, completeness and detail recall of traumatic memories*. Masterthese, Universiteit Utrecht.

Bont, P. de, Berg, D. van den, Vleugel, B. van der, Roos, C. de, Mulder, C., Becker, E., Jongh, A. de, Gaag, M. van der, Minnen, A. van, (2013). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Behaviour Therapy* 44(4), 717-730.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

Bremner, J., Randall, P., Scott, T., Bronen, R., Seibyl, J., Southwick, S., Delaney, R., McCarthy, G., Charney, D., Innis, R. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 973-981.

Bremner, J., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L., Soufer, R., Garg, P., Ng, C., Staib, L.H., Duncan, J., Charney, D. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 924-932.

Brewin, C., Andrews, B., Valentine J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68(5), 748-66.

Buber, M. (2008). *Ich und Du* (Orig.Ausg. 1923). Stuttgart: Reclam.

Butollo, W. (1997). TRAUMAPSYCHOLOGIE UND TRAUMAPSYCHOTHERAPIE - Eine Herausforderung für psychotherapeutische Praxis und Forschung. *Psychotherapie*, 2(1), 23-34.

Butollo, W. & Maragkos, M. (2008). Gestalttherapeutische Traumatherapie. In L. Hartmann-Kottek (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl.) (S. 310-316). Berlin: Springer.

Cierpka, M. (2006). Geleitwort. In G. Rudolf, *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen. Therapie struktureller Störungen* (S. VII-X.) (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Butollo, W. & Karl, R. (2011). Integrative, gestalttherapeutisch orientierte Traumatherapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In

Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf. Beiträge zur 30. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (S. 63-78). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Butollo, W. & Karl, R. (2012). *Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Cillien, M., Ziegler, F. (2013). Differenzialdiagnostik und Komorbidität komplexer Traumafolgestörungen. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 91-120). Stuttgart: Schattauer.

Cioflec, E. (2012). *Der Begriff des "Zwischen" bei Martin Heidegger. Eine Erörterung ausgehend von Sein und Zeit*. Freiburg: Karl Alber.

Davidson, P. & Parker, K. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2008). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Hogrefe: Verlag Hans Huber.

Dulz, B., Herpertz, S., Kernberg, O., Sachsse, U. (Hrsg.). (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Eidhof, M. (2012). *The contribution of emotion on the effects of EMDR*. Masterthese, Faculty of Social Behavioural Thesis, Universität Utrecht.

Engelhard, I., Hout, M. van den, Dek, E., Giele, C., Wielen, J. van der, Reijnen, M. Roij, B. (2010a). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent "flashforwards" by taxing working memory: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 599-603. Zugriff: November 2013. Verfügbar unter: <http://>

www.emdr.nl/acrobat/Reducing%20vividness%20and%20emotional%20intensity%20of%20recurrent%20flashforwards%20%28Engelhard%20et%20al.,%202011.pdf

Engelhard, I., Hout, M. van den, Janssen, W. & Beek, J. van der (2010b). Eye movements reduce vividness and emotionality of “flash-forwards”. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.

Engelhard, I., Uijen, S. van, & Hout, M. van den (2010c). The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 5623, 1–8.

Fiedler, P. (2006). *Trauma, Dissoziation, Persönlichkeit. Pierre Janets Beiträge zur modernen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl., 1. Aufl. 1998). München: Ernst Reinhard.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W. (2011, 2013). *Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.

Fuhr, R. (1999). Praxisprinzipien: Gestalttherapie als experiencieller, existentieller und experimenteller Ansatz. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 417-437).Göttingen: Hogrefe.

Fuhr, R. & Gremmler-Fuhr, M. (2002). *Gestalt-Ansatz, Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive* (2. Aufl.). Bergisch-Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

Gely, C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. London: Routledge.

Gilbertson, M., Shenton, M., Ciszewski A., Kasai, K. Lasko, N., Orr, S. & Pitman, R. (2002). Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma. *Nature Neuroscience*, 5(11), 1242-1247.

Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 12(12).

Goldstein, K. (1934). *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*. Nijhoff: Den Haag. (Fotomechanischer Nachdruck: Nijhoff, Den Haag 1963. Übersetzung ins Englische: *The organism. A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. Vorwort von Karl S. Lashley. American Book Company, New York 1939. Neuauflage: Zone Books, New York 1995.)

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Gremmler-Fuhr, M. (1999). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic, & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345-392). Göttingen: Hogrefe.

Gunter, R. & Bodner, G. (2008). How Eye Movements Affect Unpleasant Memories: Support for a Working-Memory Account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.

Hart, O. van der, Nijenhuis, E. & Steele, K. (2004). *Trauma-related Structural Dissociation of the Personality*. Zugriff: Jänner 2014, Verfügbar unter: <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>

Hart, O. van der, Nijenhuis, E. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.

Hartmann-Kottek, L. (Hrsg.). (2008). *Gestalttherapie*. (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Hase, M., Leutner, S., Tumani, V., Hofmann, A. (2013). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Eine ungewöhnliche Form der Psychotherapie*. *PP* 12(11), Zugriff am 15. April 2014. Verfügbar unter: www.aerzteblatt.de/pp/lit1113

Herman, J. (2006). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann. (Orig. 1992: *Trauma and recovery. The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*)

Hochgerner, M. (2005). *Psychodynamische Diagnostik in Psychotherapie und Beratung*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.

Hochgerner, M. (2007). *Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie Erwachsener*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.

Hoffmann-Widhalm, H. (2009): *Traumfolgentherapie in der IGT*. Ausbildungsskriptum, Donau-Universität Krems, Krems.

Hoffmann-Widhalm, H. (2004): Traumatherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 331-350). Wien: Facultas.

Hofmann, A. (2014). *EMDR – Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Stuttgart: Thieme (5. überarb. Aufl.).

Hout, M. van den, Engelhard, I., Rijkeboer, M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer et al. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 92-98.

Hout, M., van den & Engelhard, I. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology* 3(5), 724-738.

Hout, M., van den, Engelhard, I., Rijkeboer, M., Klugkist, I., Hornsveld, H., Toffolo, M., et al. (2012). Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 275-279.

Hout, M. van den, Muris, P., Salemink, E. & Kindt, M. (2001). Autobiographical Memories Become less Vivid and Emotional After Eye Movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.

Huber, M. (Hrsg.). (2011). *Viele Sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Junfermann.

Huettel S. & Song A., McCarthy, G. (2004). *Functional Magnetic Resonance Imaging*. Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates.

Huettel S. et al. (2006). Neural Signatures of Economic Preferences for Risk and Ambiguity. *Neuron*, 49/5, 765-775.

Irle, E., Lange, C., Sachsse, U., Weniger, G. (2013). Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 8-22). Stuttgart: Schattauer.

Jeffries, F., Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A Review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 290-300.

Jonas, D., Cusack, K., Forneris, C., Wilkins, T., Sonis, J., Middleton, J., Feltner, C., Meredith, D., Cavanaugh, J., Brownley, K., Olmsted, K., Greenblatt, A., Weil, A., Gaynes, B. (2013). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Zugriff: April 2014. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702/>

Jonkhout, N. (2012). Neurological Changes on People with PTSD Following Terrorist Attacks. *Social Cosmos*, 3, 47-53.

Kapfhammer, H.P. (2013). *Neurobiologie und Endokrinologie der Traumafolgestörungen*. Vortrag im Rahmen der Ersten Wiener Tagung für interdisziplinäre Psychotherapie „*Traumatherapie – State of the Art*“, April 2013, AKH Wien, CD 2. Zeit für Bildung Kongressdokumentation.

Karameros, A., Sack, M. (2013). Grundstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 201-241). Stuttgart: Schattauer.

Kardiner, A. (2012). *The Traumatic Neuroses of War*. Eastford, USA: Martino Publishing (Orig. 1941).

Kernberg, O. (Hrsg.). (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Kernberg, O., Clarkin, J. & Yeomans, F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie. Mit einem Anhang zur Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum*. Stuttgart: Schattauer.

Kerner, R. (2008). „Nicht betreten!“. Stabilisierende Therapie bei Traumafolgestörungen - gestalttherapeutisch definiert. In H. Anger & P. Schulthess (Hrsg.), *Gestalt-Traumatherapie. Vom Überleben zum Leben: Mit traumatisierten Menschen arbeiten* (S.139-184). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Knez, R., Gudelji, L., Sveško-Visentin, H. (2013). Gestalt psychotherapy in the outpatient treatment of borderline personality disorder: a case report. *African Journal of Psychiatry* 1. 52-54. Zugriff: Dezember 2013, Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i.9>

Kolk, B. van der (2014). *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. London: Penguin.

Kolk, B. van der, McFarlane, A., Weisaeth, L. (2000). *Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann.

Kolk, B. van der, Spinazzola, J., Blaustein, M., Hopper, J.W., Hopper, E., Korn, D. & Simpson, W. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal Clinical Psychiatry*, 68(1).

Lanius, R., Vermetten, E., Loewenstein, R., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J., Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure Compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1071-1089.

Lee, C., Taylor, G. & Drummond, P. (2006). The Active Ingredient in EMDR: Is it Traditional Exposure or Dual Focus of Attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 97–107.

Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollst. überarb. u. aktual. Aufl.). Berlin: Springer.

Maercker, A. & Rosner, R. (Hrsg.). (2006). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Universität Zürich, Psychologisches Institut.

Miller, M. & Resick, P. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behavioural Therapy*, 38, 58-71.

Netzer, I. (2009). *Körper – Organismus – Leib. Gestalttherapeutische Zugänge zur menschlichen Ganzheitlichkeit auf dem Hintergrund leibphilosophischer Überlegungen*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.

Nijenhuis, E., Hart, O. van der & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality*. Trauma Information Pages Website, January 2004. Zugriff: Jänner 2014. Verfügbar unter:
<http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>

Nijenhuis, S., Elzinga, B., Ras, P., Berends, F., Duijs, P., Samara, Z., Slagter, H. (2013). Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain and Cognition* 81(1), 52–56.

Ogawa, S., Lee, T., Kay, A., Tank, D. (1990). Brain magnetic resonance imaging with contrast dependent on blood oxygenation. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 87(24), 9868–9872.

Ogden, T. (1977). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. Lanham, Maryland: Jason Aronson, Inc.

Ogden, T. (1988). Die projektive Identifikation. *Forum der Psychoanalyse*, 4(1), 1-21.

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G. et al. (2012). Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS ONE* 7(9). Zugriff: Dezember 2014. Verfügbar unter:
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0045753>

Peichl, J. (2011). *Jedes Ich ist viele Teile. Die inneren Selbst-Anteile als Ressourcen nutzen*. München: Kösel.

Peichl, J. (2011). *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst* (1. Aufl. 2007). Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, F. (1982). *Grundlagen der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.

Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1991). *Gestalttherapie*. München: dtv.

Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (2007). *Gestalt-Therapie – Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst* (9. vollst. überarb. Aufl.; Orig.Aufl.: 1951). Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie, Kohlhage.

Porges, S. (2010). *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermann.

Propper, R. & Christman, S. (2008). Interhemispheric interaction and saccadic horizontal eye movements: implications for episodic memory, EMDR, and PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 269–281.

Read, J., Van Os, J., Morrison, A. & Ross, C. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Nov 112(5), 330-350.

Reddemann, L. (2007). *Imagination als heilsame Kraft*. (13. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual* (6. vollst. überarb. Aufl.; 1. Aufl. 2004). Stuttgart: Klett-Cotta

Rodenburg, R., Benjamin, A., Roos, C. de, Meijer, A. & Stams, G. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7),599-606.

Rudolf, G. & Schulte, D.; Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103/37(15).

Rumpler P. (2004). Soziokulturelle und biographische Voraussetzungen bei der Theoriebildung von Gestalttherapie durch Fritz und Lore Perls. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 77-97). Wien: Facultas.

Rumpler, P. (2006). Spiegelverkehrt: Beiträge zur Aufdehnung der Innen-Welt. *Gestalttherapie*, 20(1), 119-150.

Sack, M. (Hrsg.). (2013). *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. & Karameros, A. (2013). Grundstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 201-241). Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. & Sachsse, U. (2013). Therapiemethoden und Behandlungstechniken. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 247-291). Stuttgart: Schattauer.

Sack, M., Sachsse, U. & Dulz, B. (2011). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In B. Dulz, S. Herpetz, O. Kernberg, U. Sachsse et al. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (vollst. überarb. 2. Auflage) (S. 197-208). Stuttgart: Schattauer.

Samara, Z., Elzinga, B., Slagter, H., Nieuwenhuis [sic], S. (2011). Do horizontal saccadic eye movements increase interhemispheric coherence? Investigation of a hypothesized neural mechanism underlying EMDR. *Frontiers in Psychiatry*, 2(4). Zugriff: Dezember 2013. Verfügbar unter:

<http://www.frontiersin.org/Journal/Archive.aspx?f=68&name=Psychiatry&au=EMDR&artId=0>

Schellong, J. (2013). Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 42-58). Stuttgart: Schattauer.

Schiepek, G. (Hrsg.). (2011). *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Schmahl, C. (2013). Neurobiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollst. überarb. u. aktual. Aufl.) (S. 55-66). Berlin: Springer.

Schneider, F., Fink, G. (Hrsg.). (2007). *Funktionelle MRT in Psychiatrie und Neurologie*. Heidelberg: Springer.

Schrader, C. (2013). *Gestalttherapie und EMDR – Eine geschwisterliche Beziehung*. Vortrag im Rahmen der DVG-Gestalt Jahrestagung Bonn 2013. CD: AV Recording Service.

Schubbe, O. (Hrsg.). (2004). *Traumatherapie mit EMDR. Ein Handbuch für die Ausbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schulz von Thun, F. (2013). *Miteinander reden 3 – Das 'innere Team' und situationsgerechte Kommunikation* (22. Aufl., 1. Aufl. 1998). Reinbek: Rowohlt.

Seidler, G., Freyberger, H. & Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Handbuch der Psychotraumatologie* (1. Aufl. 2011). Stuttgart: Klett-Cotta.

Seidler, G. & Wagner, F. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioural therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515–1522.

Servan-Schreiber, D. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing: is psychiatry missing the point? *Psychiatric Times*, 17, 36–40.

Servan-Schreiber, D., Schooler, J., Dew, M., Carter, C., Bartone, P. (2006). Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Blinded, Randomized Study of Stimulation Type. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 75, 290–297.

Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 141–151.

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: a new treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.

Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen* (3. Aufl. 2012). Paderborn: Junfermann.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Shore, A. (2009). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. (2. Aufl.) (engl. Orig.Ausg. 2003). Stuttgart: Klett-Cotta.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.

Siegel, D. (2003). Die Entwicklung des Geistes und die Auflösung von Traumata - Einige Ideen über Informationsverarbeitung und eine interpersonelle Neurobiologie der Psychotherapie. In F. Shapiro (Hrsg.), *EMDR als integrativer psychotherapeutischer Ansatz. Experten verschiedenster psychotherapeutischer Orientierungen erforschen das Paradigmenprisma* (S. 113-154). Paderborn: Junfermann.

Siegel, D. (2012). *Mindsight – Die neue Wissenschaft der persönlichen Transformation* (Orig. Ausg. 2010). München: Goldmann.

Stompe, Th. (2013). Begriffsbestimmung: Trauma, Traumafolgestörungen. Vortrag im Rahmen der Ersten Wiener Tagung für interdisziplinäre Psychotherapie „*Traumatherapie – State of the Art*“, April 2013, AKH Wien, CD 1. Zeit für Bildung Kongressdokumentation.

Terr, L.C. (1991). *To scared to cry*. New York: Basic Books.

Vleugel, B. van der, Berg, D. van den & Staring, A. (2012). Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. *Rivista di Psichiatria* 47(2/1) 33-38. Zugriff: Dezember 2013. Verfügbar unter:
http://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1071&id=11737

Votsmeier, A. (1995). Gestalttherapie und die „organismische Theorie“: der Einfluss Kurt Goldsteins. *Gestalttherapie* 2, 5-15. Zugriff: Oktober 2014. Verfügbar unter:
http://www.gestaltpsychotherapie.de/Goldstein_1995.pdf

Votsmeier, A. (2001). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 715-727). Göttingen: Hogrefe.

Votsmeier-Röhr, A. (2005). *Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie*. *Gestalttherapie*, 19/2, 29-39.

Watkins, H. & Watkins J. (2003). *Ego-States. Theorie und Therapie* (engl. Orig.Ausg. 1997). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.

Watts, B., Schnurr, P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W., Friedman, M. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychiatry*, 74(6), 541-550.

Wirth, W. (2008). Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Perspektive. In H. Anger & P. Schulthess (Hrsg.), *Gestalt-Traumatherapie. Vom Überleben zum Leben: Mit traumatisierten Menschen arbeiten* (S. 13-63). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Wirtz, U. (1997). EMDR das neue Prozac der Traumatherapie? Kontroverse um eine neue Methode zur Behandlung traumatischer Störungen. *Intra, Psychologie und Gesellschaft*. Zugriff: April 2014. Verfügbar unter:
<http://www.wirtz.ch/texte/EMDR%20das%20neue%20Prozac%20der%20Traumatherapie.pdf>

Wirtz, G. (2013). Pharmakologische Behandlungsansätze bei komplexen Traumafolgestörungen. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 303-310). Stuttgart: Schattauer.

Wirtz, G., Overkamp, B., Schellong, J. (2013). Instrumente zur strukturierten Diagnostik. In M. Sack (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 70-86). Stuttgart: Schattauer.

Wolf, U. (2001). Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt. In R. Fuhr, M. Sreckovic, & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 827-832). Göttingen: Hogrefe.

Wolpe, J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.

Zankl, S. (2008). *Ausgewählte Erkenntnisse der Neurobiologie – bezüglich seelischer Widerstandskraft bei Menschen mit Traumafolgestörungen – Impulse für die Integrative Gestalttherapie*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Traumatypen	S 14
Tabelle 2: Polarität der Traumafolgesymptomatik	S 20
Tabelle 3: Die drei phylogenetischen Stufen neuronaler Kontrolle des Herzens nach der Polyvagal-Theorie	S 33
Tabelle 4: Gegenüberstellung: EMDR- Sitzung – DFBE-Sitzung	S 82

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Traumafolgen	S 16
Abbildung 2: Gesamtkörperliche Folgen von PTBS	S 23
Abbildung 3: Der Kontakt-Erfahrungszyklus und seine Unterbrechungen ..	S 55

11 Anhang

11.1 Neidhart, DFBE – Unterlagen

11.1.1 DFBE-Ablauf – Kurzfassung

KF Ablaufbeschreibung für Duale-Fokus-Arbeit (DFA) in der psychotherapeutischen Praxis (E. Neldhart, 2014)

DFBE-Ablauf – Kurzfassung

1. Einführung:

- Erklärung der Methode und möglichen Wirksamkeit
 - Aufruf der erlernten Methoden zur Stabilisierung und Affektregulation
 - Stoppsignal vereinbaren
-

2. Wahl der DFA-Methode:

- Gemeinsam mit der Klientin
 - Wechsel jederzeit möglich
-

3. Ausgangserinnerung:

- Wahl und Eingrenzung
 - Zweite Gegenwartsüberprüfung der Bereitschaft der Klientin
 - Recall - Aufrufen der Ausgangserinnerung
 - Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit der Klientin/des Klienten innerhalb der „Windows of Tolerance“
 - SUD (danach rascher Übergang zu DFA)
-

4. Duale-Fokus-Arbeit:

- Tuning
 - Interventionen, wenn der Prozess es verlangt
-

5. Stabilisierung (Nachkontakt):

- SUD
 - (Schlafen)
 - Arbeit im Hier und Jetzt
 - Ressourcenarbeit (z.B. Imaginationsübung, Körperübung)
 - Nachbesprechung mit Überprüfung des SUD in der nächsten Sitzung
-

11.1.2 DFBE – Beobachtungsbogen für wissenschaftliche Weiterarbeit

1. Klient*in

- a. **Code:**
- b. **Datum:**
- c. **Diagnose(n):**
- Zeitpunkt der Erstdiagnose(n):
- d. **Dauer der Einheit (in Minuten):**
- e. **Wie viele PT-Behandlungseinheiten bisher insgesamt:**
- f. **Zeitraum vom Beginn der Psychotherapie bis jetzt (in Monaten):**
- g. **1.x DFA:** ja nein Mal DFA; Weiterarbeit vom
Verstrichener Zeitraum zwischen der vorangegangenen DFA-Sitzung (in Tagen):
- h. **Trauma-Anamnese: Methode(n) der Erhebung:**
- Traumahistorie: ja nein (=DFBE bei anderer Belastung)
- i. **Traumahistorie:**
- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Trauma Typ-1 | <input type="checkbox"/> |
| Trauma Typ-2 | <input type="checkbox"/> |
| Trauma Typ-1 und Typ-2 | <input type="checkbox"/> |
- j. **DFBE bei anderer Belastung:**
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Angst | <input type="checkbox"/> |
| Suchtdruck | <input type="checkbox"/> |
| Schmerz | <input type="checkbox"/> |
| Andere Belastung: | |
| | |

2. Ausgangserinnerung

- a. **Traumatische Erinnerung:**
Kurzbeschreibung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. DFA-Methode

a. **Verwendete Overtaxing-Methode(n):**

.....

.....

.....

b. **Anwendungsdauer der DFA im Rahmen der Sitzung:**

Gesamt (in Minuten):

Anzahl der Einzeltätigkeit:

Anzahl der zu Sequenzen der zusammengefassten Einzeltätigkeiten:

c. **Verbalisierung:**

KlientIn spricht dabei ja nein

d. Tuningmethoden:**d.1 Emotionale Involviertheit verstärkend (Overtaxing reduzierend):**

Kurze Beschreibung:.....

.....

.....

d.2 Emotionale Involviertheit verringierend (Overtaxing erhöhend)

Kurze Beschreibung:.....

.....

.....

4. SUE Erhebungen

am Beginn der DFA:

im Verlauf (alle Angaben):

am Ende der Sitzung:

nach Schlafphase:

5. Therapeutische InterventionenEgo-States ja nein

Kurze Beschreibung:.....

.....

.....

Imaginationen ja nein

Kurze Beschreibung:

.....

.....

Körperarbeit ja nein

Kurze Beschreibung:

.....

.....

Sonstige ja nein

Kurze Beschreibung:

.....

.....

6. Schlafphase nach DFBE

a. Nach der DFA angeboten : ja nein

Schlafdauer in Minuten:

b. SUD vor Schlafphase:

c. SUD nach Schlafphase:

7. Nachhaltigkeit

SUD – Überprüfung:

- a. Zeitraum zwischen der DFBE-Sitzung und der Überprüfung (in Tagen):
- SUD
- b. Erneute Überprüfung ohne DFA dazwischen nach Tagen nach der DFBE-Sitzung
- SUD
- c. Dritte Überprüfung ohne DFA dazwischen nach Tagen nach der DFBE-Sitzung
- SUD

Bitte verwenden Sie beim ersten Ausfüllen des Beobachtungsbogens die detaillierte Beschreibung.

Geben Sie uns bitte kurz Feedback zur Machbarkeit der Erhebungen während und nach der Sitzung:
(Gewählte Einstufung mit einem Kreis kennzeichnen)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

0 = gar nicht machbar

5 = einiges gut machbar, anderes nicht

10 = in der Praxis sehr gut durchführbar

Bei Einstufung 3, 4, 5, 6, oder 7

Bitte um Ihr Kommentar:

.....

.....

.....

.....

Vielen herzlichen Dank, dass Sie uns bei unseren Forschungen unterstützen!

11.1.3 DFBE – Dokumentationsvorlage

KlientInnen-Code: **Datum:**

Einzel Sitzung a 50'

Doppelseinheit a 100'

Wieviele Behandlungseinheit bisher:

Ausgangsthema (AT):

.....

.....

1.x DFA überhaupt 1.x DFA mit AT ja nein: Mal;

Weiterarbeit vom (Datum)

DF-Methode(n):

.....

Stabilisierungs-Methoden unmittelbar vor der DFA:

.....

KlientIn/SUD am Beginn d. EH:

KlientIn/SUD am Ende d. EH:

TherapeutIn Einschätzung SUD:

TherapeutIn Einschätzung SUD:

Verlauf:

Inhalte	Interventionen und Beobachtungen:
<i>(kognitiv/emotional/körperlich.)</i>	<p><i>Allgemeiner Verlaufs-Stil:</i></p> <p>Dissoziativ <input type="radio"/></p> <p>Hyperarousal <input type="radio"/></p> <p>Beides im Wechsel <input type="radio"/></p> <p>Unauffällig <input type="radio"/></p> <p><i>DF-Frequenzen:</i></p> <p>➤ Wie oft?</p> <p>➤ Wie lang?</p> <p><i>Interventionen:</i></p> <p>➤ Interventionen bezüglich Tuning der Overloading Methode:</p>

<p><i>Körperreaktionen:</i></p>	<p>➤ Psychotherapeutische Interventionen:</p> <p>➤ Verwendete Stabilisierungsmethoden(n):</p> <p>Schlaf nach DFA: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Notizen und Kommentare</p>	<p>Ressonanzen, Übertragungsphänomene, Ideen für die Weiterarbeit u.a.m.)</p>