



EMDR Modul 3

Katrin Boger

Kinder/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP)

I.B.T.® Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern

Bindungsbasierte Psychotherapie/ Spezielle Psychotraumatologie Kinder/ Jugendliche (DeGPT)/ EMDR



Karina Gürtler-Ionescu

Kontakt Daten:

Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene
(Verhaltenstherapie - Traumatherapie)

M.A. Karina Gürtler-Ionescu

Friedrichstraße 24, 91126 Schwabach

Tel.: 09122 1892939, Fax.: 091221892940

E-Mail: karinaguertler@gmail.com

Web: www.psychotherapie-guertler-ionescu.de

Nora Rathmacher

Kontakt:

Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft
Rathmacher & Scholler

Nora Rathmacher M. A.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)

Maxstraße 3, 90762 Fürth

Tel.: 0159 02309820

Mail: praxis-rathmacher@gmx.de



Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

1. Aktive Techniken
2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))
3. Akut-Protokoll
4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress
5. Traumabearbeitung EMDR
6. Ressourcenaktivierung (Apsorptionstechnik)
7. CIPOS
8. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung
9. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen
10. Depression – Protokoll
11. Pathologische Trauer
12. Soziale Angststörungen
13. Traumabed. Phobie / Panikstörung
14. Zwangsstörungen
15. Psychosomatische Erkrankungen
16. Schmerzprotokoll
17. Psychoonkologische Therapie
18. Zahnbehandlung
19. Tinnitus

Inhalt

1. Aktive Techniken

- a) Feinarbeit der Prozessteuerung
 - Modell opt. Verarbeitungsbereich)
- b) In Gang bringen blockierter Prozesse
 - Nicht- Einwebtechniken, Vorstufen Einweben,
 - therap. Einweben: kognitives Einweben, weitere Einwebtechniken
 - Einwebtechniken nach Schubbe
 - Beispiele Einweben Sicherheit, Schuld, reale Schuld
 - Indikation für kognitive Einweben
 - Zusammenfassung Einweben
- c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung
- d) Themenentwicklung

1. Aktive Techniken

- Die Prozessierung eines Traumas mit EMDR ist ein dynamischer, bisweilen sehr intensiver Prozess, der oft einen spontanen von den Selbstheilungskräften des Klienten gesteuerten Verlauf bis hin zur vollständigen Verarbeitung (SUD=0) aufweist
- **Ist dies der Fall, wird der Therapeut den Klienten in seinem Prozess nicht stören, ihm sozusagen aus dem Weg gehen und sich auf der Grundlage von echtem Rapport auf die Durchführung der technischen Aspekte (bilaterale Stimulation, Unterbrechung, Nachfragen, Neu-Bewertung) beschränken.**
- Es kann aber sein, dass der Klient für seine Verarbeitung eine weitergehende Unterstützung durch den Therapeuten benötigt. Dies kann aus unterschiedlichen Gründen notwendig sein
- **Nicht ausreichendes Sicherheits- und Kontrollgefühl, mangelnde Motivation oder Affektregulationsmöglichkeiten, fehlende Ressourcen oder Informationen bzw. mangelndes Wissen um Lösungen behindern den Klienten in seiner Verarbeitung. Zudem können systemisch bedingte sekundäre Gewinne oder blockierende Selbstüberzeugungen den Klienten psychisch fixieren**
- **Generell: Interveniere (zeitlich und inhaltlich) so sparsam wie möglich!**

1. Aktive Techniken

Die Unterstützung des Therapeuten kann sich auf vier unterschiedliche Aspekte des Prozesses richten:

a) Feinarbeit der Prozesssteuerung

- Der Klient wird durch bedürfnisbefriedigende und aufmerksamkeitslenkende Aktivitäten im Prozess gehalten

b) In Gang bringen eines blockierten Prozesses

- Therapeut interveniert technisch oder inhaltlich, um den Prozess wieder in Gang zu bringen (Nichteinwebtechniken, therapeutisches Einweben).

1. Aktive Techniken

Die Unterstützung des Therapeuten kann sich auf vier unterschiedliche Aspekte des Prozesses richten:

d) Reorientierung bei Dissoziation oder Überflutung

- Der Therapeut unterbricht die Stimulierung, um den Klienten wieder in der Realität zu verankern

e) Themenentwicklung (extra Punkt)

- Der Therapeut hilft dem Klienten, die Effekte einer gelungenen Traumaverarbeitung zu generalisieren

1. Aktive Techniken

a) Feinarbeit der Prozesssteuerung

Modell des „optimalen Verarbeitungsbereichs“

- Das Konstrukt beschreibt die **Bandbreite des inneren emotionalen Abstandes** des Klienten zu seinen belastenden Erinnerungen dann als optimal, wenn der Verarbeitungsprozess autonom verlaufen kann
- Kennzeichen für optimale Entfernung sind die **gleichzeitige prozessuale Aktivierung des traumatischen Erlebens und bewusstseinsmäßige Verankerung in der äußeren Realität**
- Gestört bzw. unterbrochen wird die Prozessierung, wenn der Klient entweder **emotional zu distanziert** (bis hin zur Dissoziation) ist oder wenn es **emotional überflutet** wird und die therapeutische Situation als Retraumatisierung erlebt wird

1. Aktive Techniken

a) Feinarbeit der Prozesssteuerung

Modell des „optimalen Verarbeitungsbereichs“

- **Aufgabe des Therapeuten ist es, den jeweiligen Zustand des Klienten einzuschätzen und durch Aktivitäten im „optimalen Bereich“ zu halten**
- **Als Basisempfehlung für den Therapeuten gilt die 50% : 50% Regel**
- Der Klient sollte mit seiner Aufmerksamkeit zur Hälfte seine inneren Prozesse beobachten und zur Hälfte in der äußeren Realität verankert sein und den Fingern bewusst folgen
- Je nachdem, in welche Richtung (Distanzierung vs. Überflutung) sich der Klient im Prozess entwickelt, kann der Therapeut durch eine Reihe von Maßnahmen gegensteuern

1. Aktive Techniken – Feinarbeit der Prozesssteuerung

Modell des „optimalen Verarbeitungsbereichs“ : Maßnahmenüberblick

Werkzeug	Innenfokus stärken (Prozessvertiefung)	Außenfokus stärken (Distanzierung)
Stimulierungsmodalität	Auditiv, taktil	Augenbewegungen, interessante Stimulierungsart (Trommeln, Fingerpuppen, ...)
Ausführender der Stimulation	Selbstinduzierte Stimulation (Butterfly Hug, auf Schenkeln)	Therapeuteninduzierte Stimulation
Stimulierungsdauer	Längere Sets, Kontrolle beim Klienten	Kürzere Sets, Kontrolle beim Therapeuten
Gestaltung der Stimulierungsunterbrechung	Kurze Unterbrechungen, kurze Rückmeldung geben lassen, keine bewusste Außenorientierung	Lange Unterbrechung, lange Rückmeldungen geben lassen, bewusste Reorientierung (Atmen, umsehen, Kontakt)
Strukturierung des Verarbeitungsprozesses	Rückkehr zum Target	Unterbrechen der Verarbeitung für Sicherheits- und Kontrollmaßnahmen
Anleitung des Klienten	Augen geschlossen halten, Sprechen während des Prozessierens nicht anregen	Augen offen halten, Sprechen während des Prozessierens anregen
Stimme des Therapeuten	Seltener Einsatz, leise	Häufiger Einsatz, laut, motivierend
Verbale Botschaften	„Beobachte einfach“, „Alles, was sich zeigt, ist gut“, „Bleib innen“, „Kannst Du/ Sie es beobachten/ spüren?“	„Schau die Finger an“, „Bleib dran, Du/ Sie schaffen das“, „Bald ist es vorbei“, „Du bist hier sicher“

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

- Die zweite Funktion von aktiven Interventionen liegt darin, einen **blockierten Prozess wieder in Gang** zu bringen und ein spontanes Weiterverarbeiten zu ermöglichen
- „Ist eine aktive Intervention trotzdem nötig, ist sie, im Gegensatz zu anderen therapeutischen Techniken, nur **als äußerer Impuls** zu verstehen, als **ein Angebot, die Aufmerksamkeit auf einen neuen Aspekt** zu richten, diesen mit einzubeziehen und so eine neue Orientierungsreaktion zu aktivieren.
- Sobald dieser Impuls beim **Klienten eine Resonanz** erzeugt (auch wenn dieser nur auf der kognitiven Ebene als theoretische Möglichkeit akzeptiert wird), beginnt sofort die **Fortführung der bifokalen Stimulierung**. Es kommt also zu keiner kognitiven Überzeugungsarbeit, keinen gemeinsamen Erarbeitungen von Einsichten oder Ähnlichem“

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Die Interventionen sollten kurz und knapp sein und möglichst aus einer einfachen Frage oder Anweisung bestehen.

Ist der Prozess des Klienten blockiert, sollte der Therapeut zunächst mit den Methoden versuchen, die Fixierung aufzuheben, die die geringste invasive Wirkung haben und erst dann direktivere Techniken einsetzen, wenn die Verarbeitung des Klienten weiterhin stagniert.

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Überblick bewährte Methoden, strukturiert nach Einwirkungsintensität:

1. Nicht-Einwebtechniken	2. Vorstufen des Einwebens	3. Therapeutisches Einweben
• Verstärken der Beobachterposition • Veränderung der Stimulierung und vermehrte Rückkehr zum Target: Verlängerung der Sets; Richtungswechsel oder andere Änderung der Stimulation (z. B. Taps); (Leichte) Veränderung des Fokus • Fokussierung der Wahrnehmung auf Veränderung	• Aktivieren anderer Wahrnehmungskanäle und -aspekte • Modifizierung der Symbolisierungsform • Anregen verstärkter Assoziationstätigkeit • Aktualisieren der installierten Ressourcen	• Imaginativ • Edukativ • Kognitiv

Inhalt

1. Aktive Techniken

~~a) Feinarbeit der Prozessteuerung~~

- ~~■ Modell opt. Verarbeitungsbereich~~

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

- ~~■ Nicht-Einwebtechniken, Vorstufen Einweben~~
- Therap. Einweben: kognitives Einweben, weitere Einwebtechniken
- Einwebtechniken nach Schubbe
- Beispiele Einweben Sicherheit, Schuld, reale Schuld
- Indikation für kognitive Einweben
- Zusammenfassung Einweben

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

d) Themenentwicklung

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben

Grundlage des Einwebens ist das Verbinden der stecken gebliebenen Information mit Ressourcen

Grundtechnik ist eine **kurze Intervention (Frage)**, die eine Ressource aktiviert → eine kurze "**Verwirrung**" entsteht → **Stimulation (kurzes Set)**

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben

- Beim kognitiven Einweben folgen die Themen (der Frage) den Themen der Kognitionen Sicherheit/ Verantwortung/ Schuld/ Wahlmöglichkeiten (in Zukunft)
- Es können Informationen gegeben werden

Weitere Einwebetechniken sind:

- **Refokussieren**
- **Zurück zur Ausgangserinnerung**
- **Andere Ressourcen aktivieren**
- **Körperressourcen**
- **Pendeltechniken**

1. Aktive Techniken – In Gang bringen blockierter Prozesse

Einwebtechniken nach Schubbe

Form des Einwebens	Beispiel
Mechanisch: Eigenschaften und Art der Stimulation verändern	Ein Mädchen hat bezüglich der Besuche ihrer Mutter sehr ambivalente Gefühle. Sie stellt die beiden Seiten auf zwei Zeichnungen dar. Bei EMDR bewegt sie die Augen zwischen den beiden an der Wand hängenden Zeichnungen hin und her.
Wahrnehmungsebene: Wechsel der Modalität der inneren Wahrnehmung	Ein Junge berichtet grausame Erfahrungen in relativ gleichgültigem Ton. Er wird beim Einweben angeleitet: „Achte jetzt bitte genau darauf, welche Gefühle auftauchen.“ Oder: „Was spürst du in deinen Muskeln?“
Fokussieren: Zum Ausgangsthema zurückbringen	Eine Jugendliche denkt bei einer EMDR-Sitzung über eine Gewalterfahrung durch ihren Vater an eine bevorstehende Prüfung. Beim Einweben wird sie aufgefordert: „Beobachte, was die Prüfung mit der Situation mit deinem Vater zu tun hat.“
Affektbrücke: Auf Hintergrundserfahrungen zurückgehen	Ein Jugendlicher wird während EMDR über mehrere Stimulierungsserien zunehmend wütend, auch auf den männlichen Therapeuten. Dieser webt ein: „Wenn du an früher zurückdenkst, wann hast du dich schon einmal so gefühlt?“
Entwicklungsorientiert: Nachholen von Entwicklungssituationen	Eine Jugendliche jammert in der EMDR-Sitzung wie ein Baby über den frühen Verlust ihrer Großmutter. Der Therapeut fragt: „Wenn du jetzt wie ein kleines Baby sprichst, was hätte das Baby damals von den Erwachsenen gebraucht?“
Distanzierung: Einsatz therapeutischer Distanzierungstechniken	Ein Kind wird unruhig und beginnt, abzulenken: „Stell dir vor, das ist jetzt nur ein alter Film von früher, und auf dem Schoß deiner Mutter hier bist du ganz sicher.“

1. Aktive Techniken – In Gang bringen blockierter Prozesse

Einwebtechniken nach Schubbe

Form des Einwebens	Beispiel
Unterstützend: Ermutigen, Erlaubnis erteilen, Anerkennung geben	Ein Junge hat Angst, wie die Geschichte in der EMDR-Sitzung wohl ausgeht. Er wird wiederholt ermutigt: „Gut so, ja das machst du sehr gut deine Mutter und dein Teddybär sind jetzt auch da ja, das machst du großartig ... das ist in Ordnung ... das ist genau richtig so.“
Körperressource: Aktivieren einer zuvor verankerten Ressource auf Körperebene	Ein Mädchen fühlt sich immer wieder schwindelig, wenn sie an eine Gewaltszene zurückdenkt. Als dies auch während des EMDR-Prozesses geschieht, sagt die Therapeutin: „Drücke die Füße jetzt mal auf den Boden und prüfe, ob er noch so gut hält wie vorher.“
Kognitiv: Sokratische Frage, Erwachsenenperspektive, Zukunftsperspektive	Ein Mädchen kreiselt bei der Überzeugung, es hätte sich gegen ihren Onkel wehren müssen, der sie vergewaltigte: „Zeige mir mal wie groß du warst. Und wie groß ist dein Onkel?“
Imaginativ: Imagination einer Ressource	Der EMDR-Prozess blockiert bei einer Erinnerungssituation, der das Kind ausgeliefert war, weil kein Erzieher anwesend war. „Stell' dir mal vor, jetzt kommt ein Erzieher, den du gut kennst. Der kann dir helfen. Beobachte, was dann passiert.“

1. Aktive Techniken – In Gang bringen blockierter Prozesse

Einwebtechniken nach Schubbe

Form des Einwebens	Beispiel
Teilearbeit: Ressourcenvolle innere Anteile werden aktiviert	Ein Grundschüler, der am Vortag einen Judowettbewerb gewonnen hat, fühlt sich total hilflos. Der Therapeut fragt: „Was würde ein Sieger eines Judowettbewerbs in so einer Situation jetzt machen?“
Symbolisch: Symbolisieren konkreter Inhalte; Symptome als Tiere oder Monster	Ein Kind erlebt sich seinen selbstschädigenden Impulsen hilflos ausgeliefert. „Wenn es ein böses Tier wäre, das dich immer wieder so blutig kratzt, welches Tier könnte es sein?“
Humorvoll: Überraschung und Witz als Ressource einsetzen	Das Kind bleibt dabei stecken, allein gewesen zu sein. Der Therapeut zeichnet dem Kind ein Comicbild davon, wie es im EMDR-Prozess weitergehen könnte, und fordert das Kind auf, das nächste Bild des Comics zu zeichnen.

Inhalt

1. Aktive Techniken

~~a) Feinarbeit der Prozessteuerung~~

- ~~■ Modell opt. Verarbeitungsbereich~~

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

- ~~■ Nicht-Einwebtechniken, Vorstufen Einweben~~
- ~~■ Therap. Einweben: kognitives Einweben, weitere Einwebtechniken~~
- ~~■ Einwebtechniken nach Schubbe~~
- Beispiele Einweben Sicherheit, Schuld, reale Schuld
- Indikation für kognitive Einweben
- Zusammenfassung Einweben

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

d) Themenentwicklung

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben – Thema

SICHERHEIT

- In vielen Fällen bleiben "Freeze"-Netzwerke erhalten ("frozen in time") → diese können im EMDR Prozess blockieren
- Möglichkeiten einzuweben:
 - Zeitliche Orientierung: "und was passierte danach?"
 - Situationsorientierung: „Wo ist der Täter heute?“ „Sind Sie gestorben?“
 - Bezug auf Heute!

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben – Thema GEFAHR/SICHERHEIT

- Orientierung im Jetzt
- Unterstützung für das frühere Ich
- Heutige Fähigkeiten ansprechen

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben – Thema VERANTWORTUNG/SCHULD →

1. Möglichkeit: Externalisierung

- "Wessen Verantwortung war das?"
- "Ich bin verwirrt...?"
- "Sokratischer Dialog: "...wer war größer?"

2. Möglichkeit: Selbstempathie stärken

- "Wenn es nun ihr Kind wäre?"
- "Was würde X sagen?"
- "Wenn Sie damals schon gewusst hätten..."

Problem: Reale Schuld (z.B. betrunken Auto fahren, Krieg):

- „Was haben Sie daraus gelernt?“
- „Was würden Sie heute tun?“ (in gleicher Situation)
- Metapher (z.B. Waage)

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben – Thema VERANTWORTUNG/SCHULD

- Sokratischer Dialog: Was wäre wenn?
- Vergleich mit anderen
- Informationen geben
- Vergebung

Problem: Reale Schuld
(z.B. betrunken Auto
fahren, Krieg):

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben – Thema

SELBSTWERT

- Wie würde jemand anderes gewertet werden?
- Was würde der Innere Helfer / Coach sagen?
- Wo wurde Unterstützung erlebt? Wann wurde Wertschätzung erfahren?

WAHLMÖGLICHKEITEN

- Wie kann heute reagiert werden?
- Welche Möglichkeiten gibt es heute als Erwachsener/ Erwachsene?
- Welche Fähigkeit würde gebraucht, ...?
- Wie könnte die Situation besser gelöst werden?

Zwei weitere Formen **kognitiven Einwebens**:

- Joker-Frage:

"Was könnte jetzt helfen?" "Was bräuchten Sie jetzt?"

- Watzlawik Frage:

"Nehmen wir mal an, sie hätten das Problem gelöst, wie würde sich das anfühlen?"
(Speziell bei Zukunftsängsten)

- Geben von Informationen:

Zwei Beispiele:

Sexuelle Erregung bei Missbrauch "Wussten Sie, dass bei genügend Stimulation viele Kinder sexuelle Erregung haben können? Das heißt nur, dass der Körper normal funktioniert, nicht dass das Kind dem zustimmt"

Köderverhalten pädosexueller Täter

- Korrigieren von Wahrnehmungen:

z.B. SUD nach einem Unfall wird keine 0, da noch eine restliche Erregung besteht "können Sie sich vorstellen, dass es in Ordnung ist, beim Autofahren wachsam sein zu dürfen, ohne das als Angst wahrnehmen zu müssen ?“

z. B. Traurigkeit und Schmerz nach Tod

„können Sie sich vorstellen, den Verstorbenen nicht durch Schmerz, sondern in anderer Weise respektvoll in Erinnerung zu halten?“

- Refokussieren als Einwebetechnik

Am häufigsten: Beenden der Blockaden und Affektbrücken

Zurück zur Ausgangserinnerung

Affektbrücke suchen "Was hält Sie in der Angst?" / "Woran erinnert Sie das?"

Affektbrücke unterbrechen „Was ist der Unterschied von (damals und ...)?" ; Wie geht es ...?
(Fokussierung auf Gegenwart)

- Aktivierung anderer Ressourcen

Körperressourcen und Impulse: nicht abgeschlossene Handlungen (im Ereignis oder beim Reprozessieren, z. B. Faust); Aufrichten, Arme nach vorne

Symbolisierte Ressourcen "Wenn die Körperempfindung Worte hätte....;

Teile/Helfergestalten einführen "Stellen Sie sich vor..."

- Pendeln mit Ressourcen: Meist bei komplex Traumatisierten

Inhalt

1. Aktive Techniken

~~a) Feinarbeit der Prozesssteuerung~~

- ~~■ Modell opt. Verarbeitungsbereich~~

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

- ~~■ Nicht-Einwebtechniken, Vorstufen Einweben~~
- ~~■ Therap. Einweben: kognitives Einweben, weitere Einwebtechniken~~
- ~~■ Einwebtechniken nach Schubbe~~
- ~~■ Beispiele Einweben Sicherheit, Schuld, reale Schuld~~
- Indikation für kognitive Einweben
- Zusammenfassung Einweben

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

d) Themenentwicklung

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben – Indikation

BLOCKADE, die sich auf

- Verlängerung des Sets und
- Richtungswechsel sowie
- Veränderung des Focus nicht auflöst (nach zwei Sets Stimulation ist der Focus unverändert)

KREISELN, ist eine Form der Blockierung, bei der sich statt fortschreitender Verarbeitung eine dauernde Wiederholung bestimmter Emotionen, körperlicher Empfindungen, Bilder oder Gedanken in Permanenz oder bestimmten Abfolgeschemata zeigt. Während des Kreiselns bleiben VoC und SUD-Level unverändert. Eine Veränderung der Gedanken mag beobachtbar sein, aber diese bleiben auf gleichem Informationsniveau, ohne wirkliche affektive Veränderung oder neue Einsichten.

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Das kognitive Einweben – Indikation

ZEITMANGEL: Der Kanal zeigt gegen Ende der Behandlungsstunde (90 Min) noch immer hohe SUDs

MANGELNDE GENERALISIERUNG: Die Patientin kann die Erinnerung erfolgreich prozessieren, der Erfolg generalisiert jedoch nicht auf mit dem Ereignis verbundene andere (meist kleinere) Knoten

INFORMATIONSMANGEL: Der Patientin fehlen Informationen (oder Ressourcen), die zum erfolgreichen Durcharbeiten erforderlich sind (z. B. "Ködern" -Pädosexuelle)

1. Aktive Techniken

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

Therapeutisches Einweben: Einwebetechniken – Zusammenfassung

Frühere (kindliche) Perspektive wird einer Gegenwartsperspektive gegenübergestellt:

- Trennung von Vergangenheit und sicherer Gegenwart
- Das Herstellen neuer angemessener Verantwortlichkeiten
- Das Wissen um gegenwärtige Freiheitsgrade
- Verbinden alter und neuer Perspektive -> ein Lern- und Wachstumsprozess

Inhalt

1. Aktive Techniken

~~a) Feinarbeit der Prozessteuerung~~

- ~~■ Modell opt. Verarbeitungsbereich~~

b) In Gang bringen blockierter Prozesse

- ~~■ Nicht-Einwebtechniken, Vorstufen Einweben~~
- ~~■ Therap. Einweben: kognitives Einweben, weitere Einwebtechniken~~
- ~~■ Einwebtechniken nach Schubbe~~
- ~~■ Beispiele Einweben Sicherheit, Schuld, reale Schuld~~
- ~~■ Indikation für kognitive Einweben~~
- ~~■ Zusammenfassung Einweben~~

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

d) Themenentwicklung

1. Aktive Techniken

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

Dissoziation ist eine **konditionierte Schutzreaktion** traumatisierter Menschen auf unerträgliche Gefühle und Körperempfindungen. Sie unterbricht die normale integrative Funktion des Bewusstseins. Symptomatisch kann sie sich als **Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätswechsel** (ICD10) äußern.

Dissoziation kann **während der Prozessierung** auftreten und **unterbricht die Verarbeitungsmöglichkeiten** durch EMDR. Der Therapeut hat jetzt die Möglichkeit zu versuchen, **den Prozess durch geeignete Maßnahmen wieder in Gang** zu bringen, oder er **unterbricht sofort die Stimulierung und reorientiert den Klienten** wieder auf die äußere Realität

1. Aktive Techniken

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

Mögliche Anzeichen für einen dissoziativen Zustand sind:

- Starre Augen, Trance-Blick, die Unmöglichkeit den Fingern zu folgen, Nicht Ansprechbarkeit, Stummsein, körperliches Erstarren
- Intensive Gefühle verschwinden, bevor die bilaterale Stimulierung beginnt
- Der Klient verliert plötzlich den Kontakt zum Target bzw. inneren Erleben
- Die Augenlider fallen runter
- Der Klient schläft während der Prozessierung ein (kann aber auch ein Zeichen von Verarbeitung sein)
- Der Klient bekommt starke Kopfschmerzen
- Der Therapeut fühlt einen Abbruch im Kontakt

1. Aktive Techniken

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

Ist Dissoziation erfolgt, so kann der Therapeut auf folgende Weise versuchen, den Klienten wieder in einen assoziierten Zustand zu führen und weiter zu prozessieren:

- Verbale Ansprache und Ermutigung („Bleib hier“, „Bleib bei mir“, „Hier bist Du sicher“, „Komm zurück“, „Lass den Film rückwärts laufen“)
- Körperkontakt herstellen und (nach vorheriger Absprache) eine Hand des Kindes halten, während die bilaterale Stimulierung fortgesetzt wird
- Wechsel der Stimulation von Augenbewegungen zum Tapping

1. Aktive Techniken

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

Stellt sich heraus, dass der Klient zu dissoziativen Reaktionen neigt, so kann der Therapeut prophylaktisch versuchen, die **Wahrscheinlichkeit dissoziativer Unterbrechung zu minimieren:**

- **Sicherheitsbedürfnisse** des Klienten erneut prüfen und befriedigen (Sicheren Ort stärken; Einweben: „Was kannst du dem inneren Bild hinzufügen, das dir hilft, dich sicherer und stärker zu fühlen?“).
- **Tapping als Stimulation, Sets verkürzen, häufige Rückkehr zum Target**
- **Verbalen Kontakt halten** während der Stimulierung (50:50-Regel beachten)

1. Aktive Techniken

c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung

Bleibt der Klient im dissoziierten Zustand oder entscheidet sich der Therapeut, den Klienten wieder in der Realität zu verankern, unterbricht er die Stimulierung und reorientiert den Klienten.

So genannte **Erdungstechniken (Grounding)** bringen den Klienten wieder mit seinem Körper in Kontakt: Füße und Boden spüren, (mit nach oben gestreckten Zehenspitzen) mit dem Rücken an die Wand lehnen und diese spüren, tief atmen und Fäuste ballen.

Oft reicht eine Veränderung im Außen (Aufstehen, rumlaufen) aus, damit der Klient sich wieder orientieren kann. Anschließend ist es wichtig, das Sicherheitsbedürfnis des Klienten aktiv zu befriedigen. Das imaginative Aufsuchen des Sicheren Ortes ist eine Option.

Außerdem erscheint es mir wichtig, aktiv Akzeptanz und Wertschätzung für diese Reaktion des Klienten zu bekunden und, so möglich, das Phänomen gemeinsam weiter zu erkunden.

Inhalt

1. Aktive Techniken

~~a) Feinarbeit der Prozesssteuerung~~

- ~~■ Modell opt. Verarbeitungsbereich~~

~~b) In Gang bringen blockierter Prozesse~~

- ~~■ Nicht-Einwebtechniken, Vorstufen Einweben~~
- ~~■ Therap. Einweben: kognitives Einweben, weitere Einwebtechniken~~
- ~~■ Einwebtechniken nach Schubbe~~
- ~~■ Beispiele Einweben Sicherheit, Schuld, reale Schuld~~
- ~~■ Indikation für kognitive Einweben~~
- ~~■ Zusammenfassung Einweben~~

~~c) Reorientierung bei Dissoziation/Überflutung~~

~~d) Themenentwicklung → Punkt 2~~

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))
3. Akut-Protokoll
4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress
5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)
6. CIPOS
7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung
8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen
9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

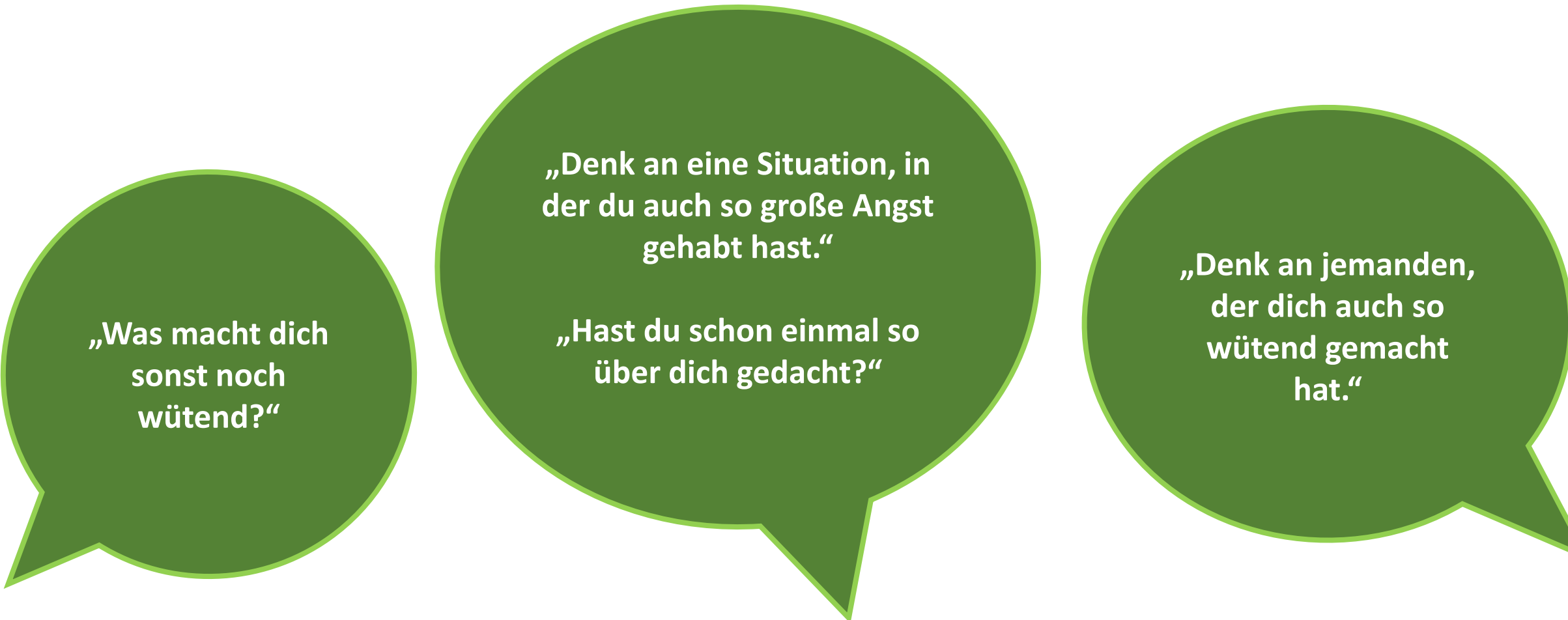
2. Themenentwicklung (Großreinemachen)

Als letzte aktive Intervention bleiben Techniken, die nach der Prozessierung des Targets auf Null, weitere möglicherweise **noch nicht prozessierte Traumaaspekte** aufspüren sollen.

Ausgehend von der klinischen Erfahrung, dass die Assoziationsverbindungen bei Kindern wenig entwickelt sind und das Kind (aber auch einige Erwachsene) nach einer erfolgreichen Prozessierung nicht natürlicherweise zum nächsten Assoziationskanal wechseln, hat Bob Tinker eine Technik entwickelt, den Generalisierungsgrad von erfolgreich prozessierten Targets zu erhöhen → die **Themenentwicklung (Theme development)**.

Auf diese Weise sollen **unentdeckte Erinnerungen, die aber möglicherweise ein Weiterbestehen der Symptomatik verursachen, aktualisiert und verarbeitet** werden. Entlang bestimmter Dimensionen (Gefühl, dysfunktionale Selbstüberzeugung, Körperempfindung, Verhalten des Kindes, Situationen oder Personen) fragt der Therapeut das Kind nach weiteren Erfahrungen und verarbeitet diese dann zu Ende.

2. Themenentwicklung (Großreinemachen)



„Was macht dich
sonst noch
wütend?“

„Denk an eine Situation, in
der du auch so große Angst
gehabt hast.“

„Hast du schon einmal so
über dich gedacht?“

„Denk an jemanden,
der dich auch so
wütend gemacht
hat.“

2. Themenentwicklung (Großreinemachen)

„**Großreinemachen**“ (Ricky Greenwald) beinhaltet das gleiche Prinzip, jetzt aber angewandt auf das vom Klienten benannte Trauma.

Während im Standardprotokoll in der Regel mit dem schlimmsten Aspekt des Traumas gearbeitet wird, werden bei dieser Technik **eine ganze Reihe von Fragen gestellt, um möglichst alle belastenden Elemente des traumatischen Geschehens zu erreichen.**

Jede als belastend benannte Erfahrung wird aus Gründen der Ökonomie ohne erneute Bewertungsphase (Phase DREI) prozessiert, wobei in Betracht gezogen werden sollte, dass es zu verschiedenen Aspekten des Geschehens unterschiedliche negative Kognitionen geben kann.

2. Themenentwicklung (Großreinemachen)

„Ich werde dir jetzt Fragen zu den verschiedenen Teilen deiner Erinnerung stellen, weil ich wissen möchte, ob irgendwas davon dir immer noch zu schaffen macht. Wie war es, als du an jenem Tag in das Auto gestiegen bist? Denke einmal darüber nach. Hast du ein unangenehmes Gefühl, wenn du daran denkst? Und was für ein Gefühl hast du dabei, wenn du deiner Mutter beim Autofahren zuschaust? Und als das andere Auto auf euers aufgeprallt ist? Und was ist mit all dem Lärm? Mit dem zersplitterten Glas... der Fahrt zum Krankenhaus... als du dort deine Baseballjacke nicht behalten durftest... als du im Krankenhaus übernachten musstest... als du dort allein warst... Und wie ist es, wenn du dir vorstellst, dass du jetzt in ein Auto steigen sollst?“ (Greenwald).

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
3. Akut-Protokoll
4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress
5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)
6. CIPOS
7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung
8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen
9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

3. Akut-Trauma/Protokoll

AKUT-Trauma: Definition

- Erste 3 Monate nach einem akut belastenden Ereignis
- Diagnose akute Belastungsreaktion
- Phasen nach einem traumatischen Ereignis

1. **Schockphase:** Erste Stunden bzw. Tage nach dem Ereignis

- Überleben steht im Vordergrund
- verzerrte Zeitwahrnehmung
- keine komplexen Denkprozesse
- Kontrollverlust, Hilflosigkeit
- Dissoziation

3. Akut-Trauma/Protokoll

2. **Phase der hohen Vulnerabilität:** Erschöpfung, Intrusionen; Spontanverarbeitung
 - Tage und Wochen nach dem Ereignis
 - hohe Vulnerabilität
Wahrnehmung der Erschöpfung, Intrusionen und Vermeidung
 - Ansetzende Selbstheilungsversuche
 - Spontanverarbeitung?
3. **Konsolidierungsphase:** Erholungsphase oder Chronifizierung der Traumaphysiologie Wochen und Monate nach dem Ereignis
 - Konsolidierung der Spontanheilung
 - Oder, häufig nach Nachtraumatisierung:
 - Chronifizierung der Traumaphysiologie

3. Akut-Trauma/Protokoll

Risikofaktoren für eine bleibende Störung/PTBS:

- Peritraumatische Dissoziation
- Dauernde Übererregung
- Erhöhte Herzfrequenz > 90/min
- Schwere Depression (Trauer)
- Extreme Vermeidung

3. Akut-Trauma/Protokoll

Was hilft im Akut-Trauma

Bewährt haben sich:

- Aufgabenteilung der Berufsgruppen
- Spezialisierte regionale Netzwerke
- Stabilisierung komplexer PTBS-Patienten
- Schützende Sozialarbeit (“Briefkopf-Kampf”)
- Hoher Erfahrungsgrad und Routine zur Psychotherapie komplexer Akut-Patienten

3. Akut-Trauma/Protokoll

Behandlung der akuten Traumatisierung

- Sichere therapeutische Beziehung sowie Herstellung äußerer Sicherheit sind Grundlage einer Behandlung
- Psychoedukation: Normalisierung der Symptome ("Ich bin nicht verrückt")
- Rückgewinnung von Kontrolle (im sozialen und medizinischen System)

Effektive Therapien bei akuter Traumatisierung

- Verhaltenstherapie: Akute Belastungsreaktion (Bryant)
- EMDR bei Akuter Belastungsreaktion (Kulz et al.); EMDR in den ersten 3 Monaten (Solomon + Hofmann)
- Hypnotherapie / Imaginative Therapie

CAVE: Ineffektiv: CIST („Debriefing ") alleine!

3. Akut-Trauma/Protokoll

Wann EMDR im Akut-Trauma:

- Dauer-Intrusion
- Bei ausreichender Stabilität (Sozial, Medizinisch, Psychisch) und Motivation des Traumaopfers

Kontraindikation für eine Traumabearbeitung bei Akuttrauma

- (Dissoziative) Schockphase > (außer Dauer-Intrusionen)
- Fehlende Stabilität (Sozial, Medizinisch, Psychisch)
- Fehlende Motivation

3. Akut-Trauma/Protokoll

Vorgehen bei EMDR bei akutem Trauma :

- Bearbeiten der Dauer-Intrusion
- Ablauf der Ereignisse zeitlich rekonstruieren
 - ✓ Ablauf der Gesamtgeschichte
 - ✓ Hot-Spots
- Jede Situation (Hot-Spot) separat bewerten und beginnend bei der Schlimmsten/ Ersten prozessieren (bis Verankerung)
- Prüfen ob Generalisierung eintritt
- Ablauf-Film der Ereignisse erstellen und prozessieren (evtl. Gesamtkognition verankern)
- Auslöser prozessieren
- Weitere Kontakte anbieten, Kontrolle in 3 Monaten

3. Akut-Trauma/Protokoll

Schlussfolgerungen

- Eine praxisnahe psychotherapeutische (Früh-)Intervention nach akuter Traumatisierung ist effektiv.
- EMDR kann von ausgebildeten Behandlern schon in den ersten Wochen nach dem Ereignis eingesetzt werden.
- Je später die Behandlung (Reprozessierung der dysfunktional gespeicherten Erinnerung) erfolgt, desto eher Chronifizierungen.

3. Akut-Trauma/Protokoll

WICHTIG:

- ✓ Nur ein Teil der Betroffenen hat eine akute Belastungsreaktion ICD 10: 43.0 .
- ✓ Phasenablauf der Reaktion berücksichtigen! Kein EMDR In Schockphase.
- ✓ Spontanerholung berücksichtigen!!! Ausnahme: Die Dauer-Intrusion
- ✓ Diagnostik: Herausfiltern der Risikogruppe für PTBS mit Trauma Screening
- ✓ Frühintervention für die Risikogruppe scheint indiziert
- ✓ Ausschluss dissoziativer Störung (DES)
- ✓ Gesamtkonzept zur Behandlung - Verhinderung von Retraumatisierung ist primär!
- ✓ Traumabehandlung adaptieren: z. B. Besonderheiten der imagin. Stabilisierung (Tresor)
- ✓ Auch EMDR muss angepasst werden, da bis mindestens drei Monate nach dem Ereignis noch keine konsolidierte Traumaerinnerung (Knoten) vorliegt.
- ✓ Vorsicht sekundäre Dynamisierung schwelender Probleme (z. B. Ehe). Trauma first!

3. Akut-Trauma/Protokoll

EMDR Akut-Protokoll

Lassen Sie sich den **Ablauf der Situation** schildern. Achten Sie auf die **Belastungsspitzen (Hot spots)** und auf **peritraumatische Dissoziation**.

Wählen Sie den **belastendsten Aspekt der Erinnerung als erstes Ziel** und bearbeiten Sie bis Abschluss der Verankerung (Phase 5). In einigen Fällen drängt sich -in Phase 4 -, bei der "Rückkehr zum Knoten" ein anderer Hot Spot ins Bewusstsein. **Arbeiten Sie mit diesem weiter, kehren Sie wenn der Prozess nicht ohnehin dahin führt anschließend auch zu dem vorigen Hot Spot zurück.** Prozessieren Sie ihn.

Dann bearbeiten Sie alle restlichen Erinnerungen (die Belastungsspitzen) in chronologischer Reihenfolge jeweils bis Abschluss Phase 5. (Wenn peritraumatische Dissoziation im Prozess auftritt sollte sie unbedingt prozessiert werden, damit der dahinter liegende Affekt verarbeitet werden kann).

3. Akut-Trauma/Protokoll

EMDR Akut-Protokoll

Eventuell Affektbrücken in zu belastendes frühes Material abbrechen.

Fordern Sie dann die Klientin auf, sich die gesamte Sequenz mit geschlossenen Augen bildhaft vorzustellen ("inneres Video") und reprozessieren Sie unter Stimulation belastende Momente, wenn solche auftauchen (wenn möglich mit einer negativen und positiven Kognition), wiederholen Sie dies, bis die Klientin den gesamten Ablauf von Anfang bis Ende belastungsfrei visualisieren kann.

Lassen Sie die Klientin den gesamten Ablauf von Anfang bis Ende mit offenen Augen visualisieren und verankern Sie eine geeignete positive Kognition für das gesamte Ereignis.

Schließen Sie dann die gesamte Arbeit mit dem **Körpertest** ab.

3. Akut-Trauma/Protokoll

EMDR Akut-Protokoll

Reprozessieren Sie aktuelle Auslöser und eine positive Situation für die Zukunft.

Auslöser bilden sich nicht selten erst nach mehreren Wochen aus, z. B. bei Wiederaufnahme der Arbeit.

Vereinbaren Sie in jedem Fall einen Wiedervorstellungstermin um sich entwickelnde Auslöser erfassen und behandeln zu können (z. B. 3 Monate später).

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress
5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)
6. CIPOS
7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung
8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen
9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

4. Komplexe PTBS

Diagnose

- Mehrere traumatische Erlebnisse wie körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt, Vernachlässigung zumeist bereits in der Kindheit, Kriegsverbrechen, Folter.
- Komplexe PTBS (kPTBS) = Disorder of Extreme Stress not otherwise specified (DESNOS)
- ICD-11: 6B41
 - PTBS-Kernsymptome (Wiedererleben, Vermeidung, Bedrohungsgefühl) + Störungen der Selbstorganisation:
 - ✓ Tiefgreifende Probleme der Affektregulation (z.B. heftige Gefühlsäußerungen, NSSV, Leere, Schlafschwierigkeiten)
 - ✓ Probleme mit negativem Selbstkonzept (anhaltend beeinträchtigtes Identitätsgefühl: Wertlosigkeit, Versagens-, Schuld- und Schamgefühle).
 - ✓ Andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen/Näheempfinden (z.B. Schwierigkeiten zu vertrauen, anderen Menschen gefühlsmäßig nahe sein zu können).

4. Komplexe PTBS

Merkmale

- Störung der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus
 - Affektdysregulation, selbstdestruktive/suizidales Verhalten, impulsives, risikoreiches Verhalten etc.
 - Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins
 - Amnesie, Dissoziation
 - Somatisierungen
 - Chronische Persönlichkeitsveränderungen
 - Selbstwahrnehmung, Wahrnehmung des Täters, Beziehungen, Wertesystem
- ➔ Symptomvielfalt erfordert eine differenzierte Behandlungsstrategie!

4. Komplexe PTBS

Behandlung nach Lehnung, Hofmann & Ebner

- Phasenorientierter Ansatz der Behandlung entsprechend den 3 Symptomgruppen:
 1. **Beziehungsdimension** → therapeutische Beziehung, Alltagsbeziehungen, Beziehung zu sich selbst
 2. **Differenzierung** → Stabilisierung durch den Aufbau einer angemessenen Affektregulation

Beachte: Ohne eine Verbesserung der Fähigkeiten in der Affektregulation ist eine Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen nicht möglich!
 3. **Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen**, z.B. mit EMDR

Beachte: Es gibt keine einfache Behandlungsmethode für kPTBS, auch EMDR ist keine solche. Aber sie kann, eingebettet in ein Behandlungskonzept, zu einer signifikanten Reduktion der Symptome innerhalb des Gesamt-Trauma-Clusters beitragen.

4. Komplexe PTBS

Behandlung nach Lehnung, Hofmann & Ebner

1. Beziehungsaufbau

- Strukturiertheit
- Klarheit und Sicherheit (Vereinbarungen, Absprachen etc.)
- Besonderheiten in der Übertragung beachten (Idealisierung, Entwertung, Abhängigkeit, Autonomie etc.)
- Anerkennung des Unrechts (Zeugenschaft, Parteilichkeit)
- Aufbau stabiler Beziehungen
- Achtung: Täter = wichtige Bezugsperson: Abspaltungsprozesse, Verleugnungen etc. unbedingt beachten!

4. Komplexe PTBS

Behandlung nach Lehnung, Hofmann & Ebner

2. Stabilisierung und Differenzierung

- Ressourcenaktivierung: positive (Beziehungs-)Erfahrungen, Fantasien, Metaphern, z.B. mittels Absorptionstechnik
- Verbesserung der Emotionswahrnehmung- und Regulation
- Umgang mit Dissoziation (≠ Assoziation, zusammenbringen)
 - Nicht übersehen, diagnostisch unbedingt miterfassen!
 - Zwei Formen:
 1. Dissoziation, die Belastendes distanziert (z.B. peritraumatische Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation) → Keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur
 2. Nicht-Integration von Anteilen des Erlebten (Informationen) sowie Anteile der Identität, welche ein gewisses Eigenleben führen bis hin zur Ausbildung von Teilidentitäten → Veränderung der Persönlichkeitsstruktur

4. Komplexe PTBS

Behandlung nach Lehnung, Hofmann & Ebner

➤ Umgang mit Dissoziation (Folge)

- Plus- und Minussymptomatik bei Anteilen entsprechend BASK-Modell (Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge) beachten:
 - Verhalten: Erstarren bis Stupor vs. Reinszenierung
 - Affekt: Gefühllosigkeit vs. Gefühlsüberflutung
 - Körperempfinden: Taubheit vs. Körper-Flashbacks
 - Wissen: Amnesie vs. Intrusion
- Ich-Zustände (oftmals als Ego-States, „Innere Kindanteile“ beschrieben)
 - Schwerste Form: Dissoziative Identitätsstörung → Behandlung äußerst komplex und erfordert viel Erfahrung und vertieftes Wissen.

4. Komplexe PTBS

kPTBS: Stabilisierung

Ergebnisse von Cloitre (2010):

	Abbruch	Verschlechterung 6 Monate	PTBS frei (post)	PTBS frei 6 Monate
STAB / 0	26%	30%	37%	13%
0/ EX	39%	46%	21%	0%
STA/ EX	15%	3,6%	55%	24%

4. Komplexe PTBS

Behandlung nach Lehnung, Hofmann & Ebner

3. Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen

Die Bearbeitung zumindest der wesentlichen belastenden Erinnerungen, die im Alltag Symptome verursachen, sollte zentraler Teil der Behandlung sein.

Erste Behandlungsstrategie:

- Relativ direkte Traumabearbeitung mittels Standardprotokoll
- Voraussetzung: relativ gute Affektstabilität und Affekttoleranz, Beziehungsfähigkeit.

4. Komplexe PTBS

Behandlung nach Lehnung, Hofmann & Ebner

Zweite Behandlungsstrategie (v.a. bei instabileren Patienten): Das umgekehrte Standardprotokoll

- Behandlungsfokus liegt auf der wachsenden Belastbarkeit in der Gegenwart
- Fokusbildung:
 1. Zukunft (Flashforward) = Schritt 1
 2. Gegenwart (Auslöser/Trigger) = Schritt 2
 3. Vergangenheit (auslösende Traumata) = Schritt 3

4. Komplexe PTBS

Behandlung: Umgekehrtes Standardprotokoll nach Lehnung, Hofmann & Ebner

Schritt 1: Gezielte Ressourcenaktivierung für zukünftige Belastungen

- Fokus: zukünftige, vorhersehbare Belastungen (z.B. Probleme am Arbeitsplatz).
- Gezielte Ressourcenaktivierung z.B. mittels Absorptionstechnik oftmals schon ausreichend (Belastungsaktivierung und Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll nicht zwingend erforderlich).

Schritt 2: Gegenwärtige Probleme

- Fokus: latente Krisenherde und Belastungen wie z.B. Trigger, die zur Dekompensation im Alltag führen
- Ressourcenaktivierung + Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll
- Bei Affektbrücken zu traumatischen Erfahrungen gibt es, je nach klinischer Einschätzung, zwei Möglichkeiten:
 1. Bearbeitung
 2. Unterbrechung der Affektbrücke → Belastendes Material sicher in Tresor verstauen

4. Komplexe PTBS

Behandlung: Umgekehrtes Standardprotokoll nach Lehnung, Hofmann & Ebner

Zwischenschritt: Prüfung der Stabilität des Patienten!

- Alltagstest → Können Alltagsbelastungen ohne Krisen bewältigt werden?
- Sicherer-Ort-Test → kann Pat. sich selbst beruhigen und stabilisieren?
- Stimulationstest → Ist EMDR-Ressourcenaktivierung möglich, ohne ins Traumanetzwerk „abzurutschen“?
- Anamnesetest → Kann Pat. mit ausreichend affektiver Distanz die belastende Erinnerung wahrnehmen, ohne zu dekompensieren (bifokaler Fokus)?

4. Komplexe PTBS

Behandlung: Umgekehrtes Standardprotokoll nach Lehnung, Hofmann & Ebner

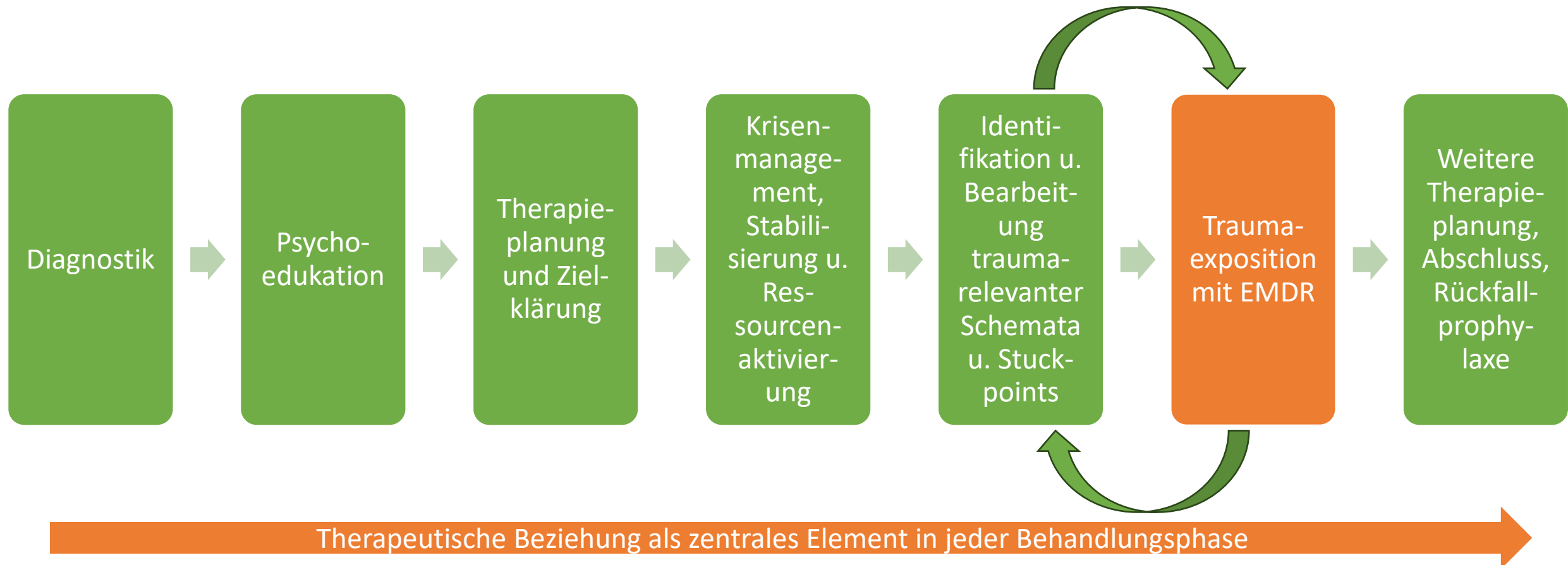
Schritt 3: Sekundäres und Primäres Traumamaterial aus der Vergangenheit

- Fokus 1: Sekundäres Traumamaterial (Nachtraumatisierungen) → Ressourcenaktivierung + Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll
- Fokus 2: Primäres Traumamaterial (schwere, chronische Belastungssituationen) → Ressourcenaktivierung + Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll
- Besonderheiten:
 - EMDR-Prozess aktiv strukturieren
 - Assoziationsunterbrechung (durch Erinnerung an ein Thema aus einem anderen Cluster) → Benennen, Distanzierungstechnik (z.B. Tresor), Rückkehr zur ursprünglichen Erinnerung oder Durchprozessieren und dann zurück zur Ausgangserinnerung.
 - Dissoziation → Erkennen und Stoppen bei komplexen Dissoziativen Zuständen mit Desorientiertheit. Anzeichen: z.B. keine Augenbewegungen mehr erkennbar. Dann Pat. Bitten, den Augenbewegungen weiter zu folgen oder Reorientieren.

4. Komplexe PTBS

kPTBS: Vorgehen mit EMDR

Exemplarisches Beispiel für Behandlungsphasen



Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)
6. CIPOS
7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung
8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen

9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

5. Stabilisierung mit Ressourcenaktivierung

Was sind Ressourcen?

- Positive Erinnerungsnetzwerke
- Ursprung in gegenwärtigen oder früheren positiven Erfahrungen
- Kann im Körper erinnert werden
- Kann helfen, negative Erfahrungen zu bewältigen ("Gegengift")
- Es müssen genügend Ressourcen vorhanden sein für eine effektive EMDR-Behandlung (Ende der Kanäle!)

5. Stabilisierung mit Ressourcenaktivierung

Ressourcen Beispiele:

- Erinnerungen an positive Ereignisse: Erfolgserlebnisse; Fähigkeiten, die derartige Erfolge ermöglichen
- Erinnerungen an positive Beziehungen: Frühe und jetzige unterstützende Beziehungen; Mentoren
- Imaginative Ressourcen: Hilfreiche Symbole und heilende Metaphern

Der Kern einer Ressource ist ein positives Körper-State

5. Stabilisierung mit Ressourcenaktivierung

Ressourcenaktivierung mit EMDR: Absorptionstechnik

1. Evaluation eines Problems (beobachtend)
2. Potenzielle Ressourcen zum Problem (welche Fähigkeiten würden Sie benötigen...)
3. Definieren von 3 Ressourcen: Fokussierung auf Situationen, in denen sie auftrat
4. Aktivierung und Verstärkung: EMDR hilft zur Generalisierung der Ressource
5. Zweiter Blick auf das Problem

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
6. CIPOS
7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung
8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen

9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

6. EMDR – CIPOS

= Constant Installation of Present, Orientation and Safety

Entwickelt von Jim Knipe (USA Kalifornien):

1. SUD einer Erinnerung
2. 3-10 Sekunden Kontakt mit der Erinnerung
3. Rückführung in die Gegenwart
4. Verstärkung der Gegenwart mit 5 ABW
5. Wiederholung 2 x
6. Erneuter SUD

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung
8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen

9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

7. Ressourcenintegrierende Traumaverarbeitung Protokoll nach Susanne Leutner

1. Anamnesephase

- Dosierte Behandlungsschritte
- Aufbau und Zugang zu Ressourcen
- Vorsichtige Annäherung an Traumaverarbeitung

Erster Schritt: CIPOS-Protokoll (Wenn dies stabil bearbeitet werden kann, folgt das vorliegende)

Zweiter Schritt: Ressourcenintegrierendes Protokoll

Wenn die Klientin schon über genügend eigene Ressourcen verfügt, kann auch hier direkt eingestiegen werden.

7. Ressourcenintegrierende Traumaverarbeitung

Protokoll nach Susanne Leutner

2. Gleichzeitige Aktivierung von Belastung und Ressource

- a) „Wir werden im Verlauf der EMDR-Sitzung mit einer belastenden Situation arbeiten und parallel dazu eine Ressourcensituation für Sie zur Verfügung halten.“

„Auf die belastende Situation werden Sie etwa hier (eine Stelle im Raum zeigen) wie auf eine Leinwand schauen.“

„Ich schlage vor, die Ressourcensituation etwa hier platzieren (auf eine Stelle, bei der Klientin etwa 45° den Kopf drehen muss, zeigen).“

„Ist das so für Sie in Ordnung?“ Wenn nicht: entsprechend ändern.

7. Ressourcenintegrierende Traumaverarbeitung

Protokoll nach Susanne Leutner

2. Gleichzeitige Aktivierung von Belastung und Ressource

- b) „Es wird jederzeit möglich sein, in Ihre Ressourcensituation zu wechseln, falls der Stress zu groß wird. Lassen Sie es mich durch STOP-Zeichen wissen, wenn das nötig ist.

„Welches Hauptmerkmal für Ihren inneren Stress wollen Sie nehmen?
Wählen Sie eins aus: Herzschlag, Atem, Kälte oder Hitzegefühl, Schwindel,
ein anderes.“

„Wenn Sie sich beruhigt haben, kehren Sie dann in die Traumasituation zurück.“

- c) Weiter wie Standardprotokoll, spezifische Instruktion, am Schluss an das STOP-Signal erinnern

7. Ressourcenintegrierende Traumaverarbeitung

Protokoll nach Susanne Leutner

3. Fortfahren

- a) wie Standardprotokoll Ausgangssymptom oder Erinnerung
- b) Ressourcensituation benennen lassen und angelehnt an das BASK-Modell beschreiben lassen: Verhalten in der Situation, Gedanken, Gefühle.
Körperwahrnehmungen mit allen Sinnesmodalitäten das Bild der Situation dann im Raum positionieren

Weiter mit Phase 3 wie Standardprotokoll

Schon hier kann, wenn der Stress zu groß wird, in die Ressource gewechselt werden, bei Beruhigung: Rückkehr ins Standardprotokoll.

7. Ressourcenintegrierende Traumaverarbeitung

Protokoll nach Susanne Leutner

Das bedeutet konkret:

Beruhigung → Rückkehr ins Standardprotokoll:

- Schlimmstes Bild
- Negative Kognition
- Positive Kognition VOC
- Gefühle
- SUD
- Lokalisierung der Körperempfindung

Wichtig ist auch hier, von Phase 3 direkt in Phase 4 einzusteigen

7. Ressourcenintegrierende Traumaverarbeitung

Protokoll nach Susanne Leutner

4. Desensibilisierung/Reprozessieren

- Phase 4 stellt einen kontinuierlichen Wechsel zwischen Traumasituation und Ressourcensituation dar:
 - Die Klientin bestimmt die Wechsel selbst.
 - Die Therapeutin unterstützt nur durch Nachfragen.
 - Es wird nur so viel Ressource eingesetzt wie nötig.
- Wenn die Klientin nicht spricht, erkennt die Therapeutin am Wechsel der Blickrichtung, in welcher Situation sie sich befindet.
- Während der Traumasituation wird schnell bilateral stimuliert, in der Ressourcensituation langsam.

5. Verankerung, Körperstest und Abschluss wie Standardprotokoll

Bei unvollständiger Sitzung wird ganz einfach in der Ressourcensituation aufgehört.

7. Ressourcenintegrierende Traumaverarbeitung

Protokoll nach Susanne Leutner

6. Körpertest wie Standardprotokoll

7. Abschluss wie Standardprotokoll

**Bei unvollständiger Sitzung wird ganz einfach in der
Ressourcensituation aufgehört**

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen

9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

8. EMDR bei nicht-traumatischen negativen Lebenserfahrungen Von der dysfunktionalen Selbstüberzeugung (nK) zum Target

Klassischerweise orientiert sich die Behandlungsplanung und damit die Auswahl der mit dem Standardprotokoll zu bearbeitenden Erinnerungen an **belastenden zurückliegenden Situationen**, die heute noch mit emotionalem Stress verbunden sind.

Nach dem EMDR zugrunde liegenden Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung (AIP) liegen geht es auch hierbei um unverarbeitete und dysfunktional gespeicherte Erfahrungen.

8. EMDR bei nicht-traumatischen negativen Lebenserfahrungen Von der dysfunktionalen Selbstüberzeugung (nK) zum Target

Besonderheiten:

- Keine besonderen belastenden Ereignisse werden erinnert oder
 - Es liegen viele kleine alltägliche „Traumatisierungen“ (sog. Small-t Traumata) vor
- globalisierten dysfunktionalen Selbstüberzeugungen (nK),
- Targets als Ausgangspunkte der EMDR-Behandlung.

8. EMDR bei nicht-traumatischen negativen Lebenserfahrungen Von der dysfunktionalen Selbstüberzeugung (nK) zum Target

Methode zur Targetbestimmung (de Jongh, ten Broeke & Meijer, i. D.):

- 1. Die dysfunktionale Selbstüberzeugung (nK), die in Zusammenhang mit dem „Problem“ des Klienten stehen wird ermittelt.**
- 2. Diejenigen Erfahrungen werden identifiziert, die mit der nK zusammenhängen.**
- 3. Diese Erinnerungen werden nach dem Standardprotokoll mit EMDR behandelt.**

Damit werden neue Möglichkeiten eröffnet, Symptombilder mit EMDR zu behandeln, auch wenn diese nicht primär traumatologisch (im Sinne einer Monotraumatisierung) determiniert sind.

EMDR macht es möglich, die ungünstigen „Schlussfolgerungen“, die aus den zurückliegenden Erfahrungen (auf die eigene Person) gezogen wurden erneut zu überprüfen.

8. EMDR bei nicht-traumatischen negativen Lebenserfahrungen Von der dysfunktionalen Selbstüberzeugung (nK) zum Target

Beispiel: „Ich bin wertlos“- Die Therapeutin kann beispielsweise fragen:

- „Welche alten Erfahrungen bestätigen deiner Meinung nach deine heutige Überzeugung, dass du wertlos bist?“
- „Was hast du erlebt, was dich weiterhin davon überzeugt sein lässt, dass du wertlos bist?“

Wenn die Kinder jünger sind, muss die Frage vereinfacht werden:

- „Kann es sein, dass du früher manchmal gedacht hast „Ich bin wertlos.“ Oder dich so gefühlt hast?“
- Gibt es heute noch Situationen, in denen du manchmal denkst „Ich bin wertlos.“ Oder dich so fühlst?

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

9. Depression – Protokoll
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

9. EMDR Protokoll Depression

Vereinfachter Protokoll-Bogen für die **EMDR-Arbeit mit depressiven Menschen** (T. Hensel, 2014):

- 1. Belastende Ereignisse, die nicht unmittelbar mit der Depression zu tun haben** (speziell solche mit intrusivem Erleben)
→ Standard Protokoll
- 2. Episodenauslöser von depressiven Phasen** (Kränkungen, Beschämungen, (Status)Verluste, Demütigungen, verbaler Missbrauch, Niederlagen,)
→ Standard Protokoll

Achtung: Fixierte Gedanken = Intrusionen

9. EMDR Protokoll Depression

Vereinfachter Protokoll-Bogen für die **EMDR-Arbeit mit depressiven Menschen** (T. Hensel, 2014):

3. Arbeit mit **dysfunktionalen Selbstüberzeugungen** („Ich bin nichts wert“)
Mit sogenannten **Beweiserinnerungen** arbeiten (Von der nK zum Target)
→ Protokoll
 - Zentrale negative Selbstüberzeugung ermitteln
 - **Fünf Targets** ermitteln und diese nach Standard Protokoll abarbeiten.
Welche Ereignisse in Ihrem Leben beweisen, dass die nK zutrifft?
 - **Achtung:** Wenn keine diese Erinnerungen vor dem 10. Lebensjahr liegt dann zuerst eine/ die Schlüsselerinnerungen suchen: Mit der Affektbrücken Technik eine Erinnerung (<10J) auffinden und diese zuerst nach Standard Protokoll prozessieren

9. EMDR Protokoll Depression

Vereinfachter Protokoll-Bogen für die **EMDR-Arbeit mit depressiven Menschen** (T. Hensel, 2014):

4. **Gegenwärtige Auslöser für die nK** (dysfunktionale Selbstüberzeugung) prozessieren
→ Standard Protokoll
5. **Zukunftsprojektion:** „Was müsste passieren, damit Sie wieder so über sich denken?“
→ Standard Protokoll

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
10. Pathologische Trauer
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

10. Pathologische Trauer

→ DSM IV: Pathologische Trauerreaktion (V62.82)

→ ICD-10: Unter den Anpassungsstörungen (F43) subsumiert

Eine oder mehrere der folgenden Reaktionen sind typisch für Menschen, die den Verlust nur schwer verwinden können:

- Eine ausgedehnte Periode depressiver Stimmung und Verlust des Interesses für Alltagsaktivitäten
- Schlafstörungen
- Appetitverlust
- Andauernde Angst vor dem Alleinsein
- Rückkehr zu früheren Verhaltensweisen über eine längere Zeit hinweg
- Exzessives Nachahmen der gestorbenen Person
- Wiederholte Aussagen mit dem Toten zusammen sein zu wollen,
- Rückzug von Freunden
- Leistungsabfall in der Schule/ Beruf oder die Weigerung, in die Schule/ Arbeit zu gehen

10. Pathologische Trauer

Beachtung Vorbereitungsphase: Eventuell vorhandene blockierende Selbstüberzeugungen oder Überzeugungen der Bezugspersonen, die weit verbreitete Auffassungen von Trauer, Tod, Sterben beinhalten:

- Trauer nimmt gleichmäßig ab
- Man muss sich diese Person aus dem Kopf schlagen
- Mangelnde Trauer beweist mangelnde Liebe
- Nach Jahren noch zu weinen bedeutet mangelnde Verarbeitung
- Kontakt mit Toten zu haben ist verrückt
- Trauer ist in einem Jahr vorbei
- Es gibt eine richtige Form des Trauerns

10. Pathologische Trauer

Ausdrückliche Betonung:

- **Kein Ziel:** EMDR = Auflösen oder Verringerung von Gefühlen von Traurigkeit und Schmerz!
- **SONDERN: Annehmen des Verlustes und Zulassen der damit verbundenen unmittelbaren Gefühle**
- Nach allgemeiner Erfahrung tauchen dann auch die schönen Erinnerungen, die mit dieser Person verbunden sind, wieder auf
- EMDR kann helfen, die Steine aus dem Weg zu räumen, die den Klienten daran hindern, diese Erfahrung subjektiv stimmig zu verarbeiten

10. Pathologische Trauer

Das Sonderprotokoll folgt im Aufbau dem Standardprotokoll, schlägt aber in der Abfolge der zu **behandelnden Targets eine spezielle Reihenfolge** vor:

1. Reale Erfahrungen des Klienten mit dem Verstorbenen, einschließlich des Leidens und Sterbens
2. Sich aufdrängende (intrusive) Erinnerungsbilder
3. Bilder aus Alpträumen
4. Aktuelle Trigger
5. Dysfunktionale Verarbeitungsaspekte (Selbstvorwürfe. Schulddenken. übermäßige Sorgen usw.); auch vorherige unaufgelöste Verluste

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
11. Soziale Angststörungen
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

11. EMDR bei sozialen Angststörungen

Betroffene leiden zumeist unter einem negativ verzerrten Selbstbild, das in einer demütigenden Situation entstanden ist und starke Schamgefühle auslöste. In der Folge entwickelt sich eine Angst vor sozialen und/oder Leistungssituationen.

- Diagnostik/Anamnese
- EMDR:
 - Vergangene auslösende Ereignisse + Alter + SUD + negatives Selbstbild
 - Gegenwärtige Auslöser + SUD + negatives Selbstbild
 - Zukünftige Befürchtungen + SUD + negatives Selbstbild

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
- ~~11. Soziale Angststörungen~~
12. Traumabed. Phobie / Panikstörung
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

12. Traumabedingte Phobien/Panikstörungen

Traumabedingte Phobie:

- Beginnt nach einer traumatischen Erfahrung
- Ein Angstanfall kann auch als traumatisch erlebt werden
- Körperempfindungen werden zu Triggern
- Auslösendes Erinnerungsnetzwerk mit Hilfe der Affektbrücken suchen
- Die Erlebnisse mit Angst bilden ein Cluster (traumatisch gespeichert)
- Dazu kommt die sich verstärkende Angst vor der Angst (Teufelskreise)

12. Traumabedingte Phobien/Panikstörungen

Erste Behandlungsschritte:

- Psychoedukation
- Katastrophengedanken kognitiv bearbeiten: Ich sterbe/verliere die Kontrolle/werde verrückt
- Selbstkontrolltechniken

Angriffspunkte für EMDR:

VERGANGENHEIT

- Alle Geschehnisse, die zur Phobie oder Angst beitragen
- Das erste Mal, als die Angst erlebt wurde
- Das schlimmste Ereignis mit der Angst
- Die am kürzesten zurückliegende Angstsituation

12. Traumabedingte Phobien/Panikstörungen

Angriffspunkte für EMDR:

GEGENWART

- Alle assoziierten aktuellen Auslöser (gegenwärtige Auslöser, present triggers)
- Alle körperlichen Empfindungen, verbunden mit der Angst
- Symptome zwischen den Sitzungen (Trigger, Bilder, Kognitionen, Körperempfindung, usw.)

ZUKUNFT

- Zukunftsprojektion: Konfrontation mit angsterregenden Stimuli in der Zukunft
- Positive Kognitionen (zum Beispiel): Ich schaffe es; Ich kann damit umgehen
- Ziel: Zukunftsvorstellung mit angstfreier Reaktion
- Handlungsorientierte Vereinbarung

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
- ~~11. Soziale Angststörungen~~
- ~~12. Traumabed. Phobie / Panikstörung~~
13. Zwangsstörungen
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Entstehungsbedingungen

- Ursachen: Genetik 30% der Varianz erklärbar
- Lerngeschichte:
 - Lern- und Erziehungsstil (überbehütet, Sauberkeit, hohe Leistungsansprüche, Modelllernen...)
 - Traumata (Verluste, Stress, zwischenmenschliche Konflikte als Auslöser)
 - Persönlichkeitsfaktoren (z.B: Selbstunsicherheit, Selbstzweifel, Katastrophendenken, hohe moralische Standards, Angst vor Ablehnung)
 - Hohe religiöse/ moralische Werte/ Normen
 - Umgang mit negativen Gefühlen (Schuld, Wertlosigkeit...)
- Neurobiologie:
 - Transmitter: Serotoninmangel
 - Regelschleife Frontalhirn-Basalganglien (Striatum) – Thalamus: Dysfunktion

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Entstehungsbedingungen

- **Traumata und Zwangsstörungen**

82% der therapieresistenten Zwangspatienten erlebten mind. ein Trauma. 46% erfüllen die Kriterien einer PTBS

- Zeuge von Gewalt (48,1%)
- Lebensgefährdender Unfall (46,5%)
- Körperliche Gewalt im Kindesalter (28,7%)
- Sexueller Missbrauch im Kindesalter (26%)
- Körperliche Gewalt (25,7%)
- Überfälle (24,8%)
- Naturkatastrophen (23,8%)
- Vergewaltigung (16,3)
- Krieg (2%)

6 Monate vor Beginn der Zwangsstörung findet sich eine Häufung kritischer Lebensereignisse

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Funktion

Intrapsychisch:

- Kompensation von genereller Selbstwertproblematik
- Suche nach Kontrolle und Orientierung
- Verantwortungsübernahme bei Entwicklungsschritten
- Hohe moralische/ethische Standards erfüllen
- Langeweile, innere Leere

Interpersonell:

- Regulierung von Nähe und Distanz
- Ventil für unterdrückte Aggressionen gegen andere
- Schwierigkeiten bei der Konfliktbewältigung
- Vermeidung von Lebensaufgaben
- Dysfunktionale Regulation sozialer Defizite
- Bewunderung

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Folgen

- **Probleme der Emotionsregulierung** sind aufrechterhaltende Faktoren von Zwängen
- **Funktionalität:** Schutz vor ..., Kontrolle
- **Emotionen:** Angst, Scham, Schuld, Versagen, Einsamkeit, Wut und Ärger

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Herausforderungen in der Therapie

Viele Patienten profitieren nicht (ausreichend) von den bisherigen Behandlungsangeboten:

- Therapieresistente Fälle (15-50% trotz Expositionstherapie lege artis) → Hoffnungslosigkeit
- Emotionsarbeit häufig problematisch (Angst vor Kontrollverlust, Schuld, Scham) → Therapie stagniert
- Expos sind anstrengend, belastend, für manche Patienten zu schwierig → Therapieabbrüche

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Ergänzende Therapie mit EMDR

Was bringt EMDR?

- Positive Erfahrung, wird als hilfreich wahrgenommen
- Motiviert, weniger Abbrüche
- Unterstützt Emotionsarbeit und Arbeit an der Funktionalität
- Erleichtert Expositionsbehandlung
- Erleben von „Kontrolllosigkeit“ ist eine therapeutische Chance, Förderung „automatischer“ Prozesse ohne Suggestion
- EMDR sollte mit Expositionsübungen kombiniert werden!

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Behandlungselemente

- **Hypothesen entwickeln, in den Expositionen verifizieren, mit EMDR erlebbar machen**

Funktionalität: Konfliktperspektive

- Förderung der Distanzierung vom Zwangssystem durch vermehrtes Verständnis biographischer Zusammenhänge
- Zwang schützt vor dem Erleben stark aversiver Emotionen
- Nähe-/Distanzregulierung
 - Häufig frühe Bindungserfahrungen von Verlust, mangelnder Geborgenheit, Ohnmacht und Demütigung

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Besonderheiten in der Behandlung nach K. Böhm

Protokoll bei Zwängen

1. Verständnis über den Ablauf des jeweiligen Zwanges, vor allem bei der Unterscheidung zwischen Zwangsgedanken u. Zwangshandlungen.
2. Erstellung einer Zwangshierarchie (Situationsrangfolge nach Schwierigkeitsgrad bzw. Belastungsstärke).
3. Kombination von EMDR und Exposition mit Reaktionsverhinderung
→ EMDR wird dabei nicht als Bestandteil der Expositionen mit Reaktionsverhinderung in vivo eingesetzt, sondern findet zeitlich versetzt statt
4. Das Standardprotokoll wird verwendet, allerdings sollten einige Abweichungen im Vorgehen berücksichtigt werden:

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Besonderheiten in der Behandlung nach K. Böhm

Ausgewählt wird für die EMDR-Sitzung das Bild mit der höchsten Affektladung, z.B.:

- **Zwangssituation in vivo**, d.h. der Patient berührt z.B. eine Türklinke, diese Situation kann nun als Ausgangssituation verwendet werden (es erfolgt hierbei keine Exposition mit Reaktionsverhinderung).
- **Traumatische Situation** (wenn Trauma mit Zwang in Verbindung steht)
- **Vorstellung von schlimmsten Befürchtungen**, die der Patient mit einer bestimmten Zwangssituation verbindet.
- **Schreckliche Zwangsbilder**, wie intrusive und als schrecklich empfundene Zwangsvorstellungen, die sich in Bildern zeigen (z.B. aggressive Zwangsgedanken)
- **Zwangssituation in sensu** (Vorstellung von zwangsauslösenden Situationen)
- **Imaginäres Blockieren** (bei der Vorstellung einer zwangsauslösenden Situation wird eine darauffolgende Zwangshandlung imaginär unmöglich gemacht)

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Besonderheiten in der Behandlung nach K. Böhm

Kognitionen

- Als negative Kognition wird der zentrale Zwangsgedanke (der generalisierte, irrationale und affektiv aufgeladene Katastrophengedanke) verwendet, z. B. „Ich bin in Gefahr.“.
- Die positive Kognition wird wie gewohnt mit dem Patienten herausgearbeitet.

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Besonderheiten in der Behandlung nach K. Böhm

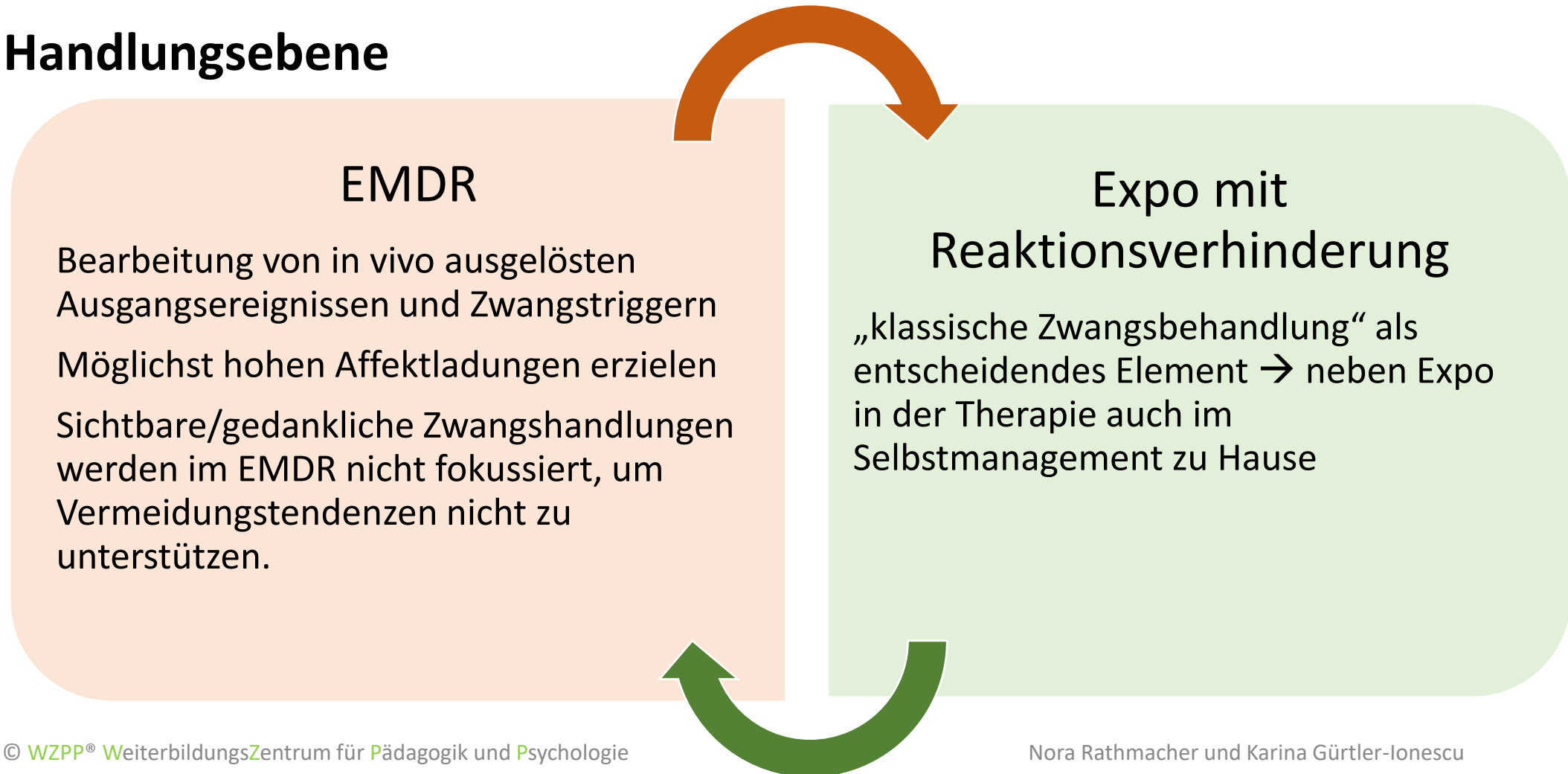
Durcharbeiten/Reprozessieren

- Analog Standardprotokoll
- Häufige Herausforderung während des Reprozessierens: **Blockaden**.
 - Durch kognitives Einweben auflösen, d.h. Patient wird empathisch-direktiv dazu aufgefordert, zur Ausgangssituation zurückzukehren.
Ziel: Vereinfachung des Prozesses, bis dieser beginnt, automatisch zu laufen. Dann wird nicht mehr interveniert. Hierdurch entstehen oft kurze und intensive Kanäle, die häufig von einer stärkeren Emotionsinduktion begleitet sind.
 - Neuen Instruktion: „Beschreiben Sie mir bitte nur das Bild.“
 - Kognitionen, Emotionen oder Körperempfindungen werden nicht mehr benannt.
 - Auch Veränderungen des Bildes im Sinne eines Verlaufs (Weiterspielen wie in einem Film) werden nicht geschildert.
 - Der Patient fokussiert allein das Standbild.

13. EMDR bei Zwangsstörungen

Besonderheiten in der Behandlung nach K. Böhm

Handlungsebene



13. EMDR bei Zwangsstörungen

Beachte:

- Häufig entstehen **lange Kanäle, die emotionale Beteiligung ist nicht immer sichtbar**
- Patient springt während der Stimulation zwischen verschiedenen Gefühlen/Bildern (**Looping**)
- Sehr langsame Änderung des Bildes/sehr lange Kanäle
→ **bei Sprung direkt auf die Ausgangserinnerung zurückgehen**: empathisch-direktiv einweben: bitte bleiben Sie nur am Bild, denken Sie an eine Bildbeschreibung, keine Kognitionen, Emotionen etc.
- Kanäle werden kürzer, Bild verändert sich, verstärkte/ schnellere Emotionsinduktion

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
- ~~11. Soziale Angststörungen~~
- ~~12. Traumabed. Phobie / Panikstörung~~
- ~~13. Zwangsstörungen~~
14. Psychosomatische Erkrankungen
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

14. Protokoll für psychosomat. Erkrankungen

(nach Dr. med. Katharina Drexler)

Siehe extra Ausdruck als auch Protokoll im Anhang des Skripts

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
- ~~11. Soziale Angststörungen~~
- ~~12. Traumabed. Phobie / Panikstörung~~
- ~~13. Zwangsstörungen~~
- ~~14. Psychosomatische Erkrankungen~~
15. Schmerzprotokoll
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

15. EMDR Protokoll Schmerzen

EMDR **Schmerzprotokoll (für aktuelle Schmerzen)** Carlijn de Roos und Sandra Veenstra, Niederlande Übersetzung Claudia Tholen-Balkenhol:

- Der Inhalt dieses Schmerzprotokolls basiert auf dem EMDR Basisprotokoll von Shapiro und dem Schmerzprotokoll von Grant. Die Struktur und die Formulierungen sind an die Übersicht über das EMDR Prozedere von Ten Broeke und de Jongh angelehnt.
- **Erinnerungen an traumatische Ereignisse oder schmerzbezogene Erinnerungen, die gegenwärtig noch negative Affekte hervorrufen und eine dysfunktionale Bedeutung haben, kann man zuvor mit Hilfe des Standardprotokolls prozessieren.**
- Dieses EMDR Schmerzprotokoll wurde **für aktuelle Schmerzen als Zielsymptom** entwickelt. Die Zielsetzung dieses Schmerzprotokoll besteht in der Reduktion aktueller Schmerzen.

15. EMDR Protokoll Schmerzen

1. Einführung

- a) Rapport
- b) Erläuterung: EMDR u. Schmerzen
- c) Aufstellung der Stühle, Festlegung des Abstands und Geschwindigkeit der Stimulation
- d) Wahl der bilateralen Stimulation (visuell, auditiv oder taktil)
- e) Vereinbarung Stoppsignal

15. EMDR Protokoll Schmerzen

2. Zielsymptom: Aktuelle Schmerzen

- a) „Beschreiben Sie, wie die Schmerzen sich jetzt gerade anfühlen.“
- b) „Machen Sie sich ein Bild davon, wie die Schmerzen sich nun anfühlen. Wie sieht dieses Bild aus?“ (braucht nicht realistisch zu sein, fantasievolle Bilder sind ausgezeichnet)

Wenn nötig. Hilfsfragen stellen z.B.:

- „Wenn die Schmerzen eine Farbe hätten, welche Farbe wäre das?„
 - „Wenn die Schmerzen eine Form hätten, welche Form wäre das?“
 - „Wenn die Schmerzen eine Temperatur hätten. welche Temperatur wäre das (heiß / kalt)?“/ „Fühlen sich die Schmerzen hart oder weich an?“
- a) „Malen Sie nun eine Zeichnung, welche die Schmerzen beschreibt.“ (auf einem separaten Blatt)

15. EMDR Protokoll Schmerzen

3. Negative Kognition (NK)

- „Wenn Sie nun an die Schmerzen denken / sich auf die Schmerzen konzentrieren, was macht sie dann so belastend / welche negative Aussage über Sie selbst passt nun am besten?“

Klären Sie, ob die Aussage nun gültig ist. Hilfreiche Fragen:

- „Was sagen die Schmerzen über Sie (als Person) oder Ihr Leben aus?“ „Wie nennen Sie so jemanden?“/ "Wie würden Sie so jemanden nennen?“ „Wie wird so jemand oft genannt?“

15. EMDR Protokoll Schmerzen

4. a) Positive Kognition (PK)

- „Wenn Sie an die Schmerzen denken / sich auf die Schmerzen konzentrieren, wie würden Sie jetzt gerne über sich denken anstelle von (NK wiederholen)?“

b) Stimmigkeit der Kognition (VoC 1-7)

- „Wenn Sie an die Schmerzen denken / sich auf die Schmerzen konzentrieren wie zutreffend fühlt sich diese positive Selbsteinschätzung (wiederholen Sie die PK) auf einer Skala von 1-7 an, wenn 1 völlig falsch und 7 völlig richtig und stimmig ist?“
- VoC:

15. EMDR Protokoll Schmerzen

5. a) Emotionen/Gefühle

- „Wenn Sie an die Schmerzen denken / sich auf die Schmerzen konzentrieren und Sie sagen zu Sich selbst (NK wiederholen), welche Gefühle kommen jetzt in Ihnen auf?“

b) Schmerzscore: Subjective Units of Pain (SUP) 0-10

- „Wenn Sie an die Schmerzen denken / sich auf die Schmerzen konzentrieren und Sie sagen zu sich selbst (NK wiederholen), wie intensiv / stark sind die Schmerzen jetzt auf einer Skala von 0-10, wenn 0 bedeutet, keine Schmerzen zu haben und 10 den stärksten Schmerz bedeutet, den Sie sich vorstellen können. (Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?)“

c) Lokalisation der Schmerzen

- „Wo befinden sich die Schmerzen in Ihrem Körper?“ „Wo spüren Sie die Schmerzen am stärksten?“

15. EMDR Protokoll Schmerzen

6. a) Desensibilisierung/ Reprozessierung

(Durchführung einiger Sets Augenbewegungen; Anpassung von Geschwindigkeit und Dauer bei Nutzung auditiver oder taktiler Stimuli).

Bringen Sie Ihre Hand vor den Augen des Klienten in Position:

1. „Schauen Sie auf meine Finger. Konzentrieren Sie sich auf Ihre Schmerzen und sagen Sie zu sich (NK wiederholen). Spüren Sie die Schmerzen in Ihrem/n (Lokalisation der Schmerzen nennen) und folgen Sie meinen Fingern / der Stimulation.“
2. Serie Augenbewegungen
3. „Was ist jetzt da?“
4. „Bleiben Sie dran und folgen Sie meinen Fingern“
5. Serie Augenbewegungen
6. Usw.
7. Fortsetzung bis keine Veränderungen mehr auftreten.

15. EMDR Protokoll Schmerzen

6. **b) SUP > 0: Back to target: back to actual pain**

1. „Wenn Sie an die Schmerzen denken / sich auf die Schmerzen konzentrieren, wie stark sind die Schmerzen nun auf einer Skala von 0 bis 10? Was macht es aus, dass die Schmerzen den Wert (SUPscore nennen) haben oder was ist nun noch das Unangenehmste an den Schmerzen?“
2. „Bleiben Sie dran und folgen Sie meinen Fingern.“
3. Set(s) Augenbewegungen.
4. Wiederholung der Prozedur bis SUP > 0.

15. EMDR Protokoll Schmerzen

6. c) SUP = 0:

- Weiter zu Punkt 7

d) SUP > 0 am Ende der Sitzung:

- Weiter zu Punkt 8a
- Abschließender SUP =

15. EMDR Protokoll Schmerzen

7. Verankerung

- (der PK wenn SUP=0)

a) Test VoC

- (mit PK + Bild)
- „Wenn Sie an die Schmerzen denken. Wie zutreffend fühlt sich dann (Wiederholung PK) auf einer Skala von 1-7 an, wenn 7 völlig richtig und stimmig und 1 völlig falsch ist?„

b) Neue(s) Set(s)

1. „Denken Sie an die Schmerzen und sagen Sie zu sich selbst (Wiederholung PK)“
2. Set(s) Augenbewegungen.
3. Überprüfung des VoC
4. Überprüfen Sie die Höhe des VoC nach jedem Set: Wiederholen Sie die Stimulation, bis der VoC bei 7 ist

→ **Achtung: VoC < 6/7 am Ende der Sitzung: Gehen Sie weiter zu Punkt 10.**

Abschließender VoC =

15. EMDR Protokoll Schmerzen

8. a) Installation der „Gegenmittel-Phantasie“

Wenn der Patient eine Veränderung der Schmerzen berichtet, dann stellen Sie Fragen, um eine Ressource (Hilfsmittel) zu entwickeln, mit der Veränderungen der Schmerzen berichtet werden können. Hilfsfragen:

- „Was ist nun an die Stelle der Schmerzen gekommen?“
- „Was ist nun dort, wo gerade die Schmerzen waren?“
- Wenn sich die Schmerzen nicht verändern können Sie fragen: „Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder beseitigt?“

b) „Welches Bild können Sie dafür finden?“ (braucht nicht realistisch zu sein. phantasievolle Bilder sind ausgezeichnet)

- Verankern Sie das Bild. Bei Veränderungen: „Was ist jetzt? Woran erinnert es Sie?“ Setzen Sie die bilaterale Stimulation fort bis keine Veränderung mehr berichtet wird

c) Verknüpfen Sie ein Wort mit der Metapher und verankern sie dieses. Zum Beispiel „Welches Wort passt zu ihrem Gefühl, wenn Sie an das Bild denken.“

Setzen Sie die Sets der bilateralen Stimulation fort, bis der Patient keine Veränderungen mehr berichtet

15. EMDR Protokoll Schmerzen

9. Body Scan (nach der Verankerung der PK, wenn SUP =0)

„Schließen Sie die Augen, und konzentrieren Sie sich auf Ihren Körper und die PK (Wiederholung PK) und gehen Sie dabei innerlich durch Ihren ganzen Körper. Spüren Sie in Ihrem Körper noch irgendwo ein unangenehmes Gefühl/ eine Anspannung? Gehen Sie innerlich durch Ihren ganzen Körper vom Kopf zu den Zehen / von der Spitze Ihres Kopfes bis zur Spitze Ihrer Zehen.“

- a) Bei Anspannung: Set(s) Stimulationen, dann Frage: „Was ist jetzt/ spüren Sie jetzt?“
- b) Fortsetzung, bis das unangenehme Gefühl verschwunden ist und/ oder keine neuen Assoziationen mehr auftauchen.

10. Abschluss

- a) Positiver Abschluss: „Was ist das Positivste, was Sie nun über sich gelernt haben?“ Falls erforderlich: „Wie nennen Sie jemanden, der....?“
- b) Sicherer Ort (eventuell)
- c) Nachbesprechung: Hinweise auf spontanes Prozessieren nach Sitzung (gleich EMDR Standardprotokoll). Neue auftauchendes Material = neue Sitzung. Schmerz kann zeitweise zunehmen. Kann sein jedoch nicht immer der Fall
- d) Absprachen: Tagebuch, Erreichbarkeit etc.

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
- ~~11. Soziale Angststörungen~~
- ~~12. Traumabed. Phobie / Panikstörung~~
- ~~13. Zwangsstörungen~~
- ~~14. Psychosomatische Erkrankungen~~
- ~~15. Schmerzprotokoll~~
16. Psychoonkologische Therapie
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

16. EMDR in der psychoonkologischen Therapie

Beweggründe für Therapie:

- Angst! (vor dem was kommt, Angst vor dem Rezidiv, Angst vor dem Sterben)
- Fragen nach Sinn, Schuld, Bestrafung, bisheriges Leben... (Warum gerade ich?)

Belastungen:

- Mitteilung der Diagnose
- Art der Mitteilung
- Medizinische Behandlungen/ Komplikationen

Behandlungsziel/ -auftrag:

Ohne Ziel brauchen wir keine Landkarte ausbreiten...

16. EMDR in der psychoonkologischen Therapie

Wege nach der Krebsdiagnose:

- Ich werde gesund
- Ich bekomme ein Rezidiv
- Ich sterbe

16. EMDR in der psychoonkologischen Therapie

Beispiel einer Traumalandkarte - SUD

- Stellung der Diagnose
- Chemotherapie
- Radiatio (Bestrahlung)
- Angst vor einem Rezidiv

(Anmerkung: hier geht es darum., die Angst jetzt einzufangen, jetzt zu leben und wenn ein Rezidiv auftreten wird, dann zu schauen, was es bedeutet)

Wichtig auch eine Ressourcenlandkarte erstellen!

16. EMDR in der psychoonkologischen Therapie

Behandlungsablauf:

1. Stabilisierung (Tresorübung, Wohlfühlort, Baumübung, achtsame Wahrnehmung des Körpers)
2. Trauma-/ Ressourcenlandkarte
3. EMDR zu einzelnen Situationen
4. Gedankenumstrukturierung für hilfreiche Gedanken

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
- ~~11. Soziale Angststörungen~~
- ~~12. Traumabed. Phobie / Panikstörung~~
- ~~13. Zwangsstörungen~~
- ~~14. Psychosomatische Erkrankungen~~
- ~~15. Schmerzprotokoll~~
- ~~16. Psychoonkologische Therapie~~
17. Zahnbehandlung
18. Tinnitus

17. Zahnbehandlung

(nach Shapiro 1995, De Jong & Ter Brook 2005)

ABLAUF:

1. Vorbereitung
2. Verarbeitung von Zielerinnerungen
3. Verknüpfung einer positiven Kognition mit einem repräsentativen Bild von einer möglichen zukünftigen Situation
4. Überprüfung: „Ein mentales Video laufen lassen“
5. Vorbereitung auf zukünftige Konfrontationen
6. Abschluss

17. Zahnbehandlung

(nach Shapiro 1995, De Jong & Ter Brook 2005)

ABLAUF: ZU 2. Verarbeitung von Zielerinnerungen

EMDR-Bearbeitung von:

- a) Vergangene Auslöser: Erste Erinnerung - Schlimmste Erinnerung - letzte Erinnerung
- b) Gegenwärtige Auslöser: Externe/ situative, Interne / körperliche
- c) Zukünftige Auslöser: Über Zukunftsprojektion und Aufbau einer positiven Zukunftsvorstellung

17. Zahnbehandlung

(nach Shapiro 1995, De Jong & Ter Brook 2005)

ABLAUF: ZU 3. Verknüpfung pos. Kognition mit repräsentativem Bild von mögl. Zukünftigen Situation

a) Zukunftsprojektion empfehlenswert: „Dazugehörigen Fantasien zu explorieren:
„Wenn Sie jetzt an diese zukünftige Vorstellung denken, welche Fantasien
kommen auf?“

- Bild
- negative Kognition (NK)
- positive Kognition (PK)
- Stimmigkeit der PK (VoC)
- Gefühle
- Grad der Belastung (SUD)
- Körperempfindung

17. Zahnbehandlung

(nach Shapiro 1995, De Jong & Ter Brook 2005)

ABLAUF: ZU 3. Verknüpfung pos. Kognition mit repräsentativem Bild von mögl. Zukünftigen Situation

b) Desensibilisierung/ Reprozessierung

- Fokus auf schlimmste Fantasie
- NK und Körperempfindung
- Nach Abschluss des Assoziationskanals: „Wenn Sie jetzt noch einmal in diese Vorstellung gehen, welche Fantasie kommt dann auf?“
- SUD ist nicht immer 0, sollte angemessen niedrig sein. Überprüfung: „Was macht es aus, dass es noch eine Belastung von ... hat?“

17. Zahnbehandlung

(nach Shapiro 1995, De Jong & Ter Brook 2005)

ABLAUF: ZU 3. Verknüpfung pos. Kognition mit repräsentativem Bild von mögl. Zukünftigen Situation

- c) Dritter Schritt: Verankerung
- d) Vierter Schritt: Körpertest
- e) Abschluss (Nachbesprechung. Tagebuch...)
- f) Aufbau einer positiven Zukunftsvorstellung („Bild“)
 - Bild einer zukünftigen Zahnbehandlung, die der Patient erfolgreich und ohne Angst bewältigt
 - Kombination mit einer positiven Standardkognition (PK): „Ich schaffe das“
 - Grad der Überzeugung, es zu schaffen (VoC) auf einer Skala von 1 („gar nicht überzeugt“) bis 7 („völlig Überzeugt“)
 - Körpergefühl
 - Verankerung: Stimulation mit Augenbewegungen, solange der VoC steigt

17. Zahnbehandlung

(nach Shapiro 1995, De Jong & Ter Brook 2005)

ABLAUF: ZU 4. Überprüfung: „Mentaler Videofilm“

- Patient lässt in seiner Vorstellung ein mentales Video von einer zukünftigen Zahnbehandlung abspielen, die er erfolgreich bewältigt
- Bei Anspannung oder Belastung: Stimulation mit Augenbewegungen in Kombination mit der positiven Standardkognition (PK): „Ich schaffe das“
- Grad der Überzeugung, es zu schaffen (VoC) auf einer Skala von 1 („gar nicht überzeugt“) bis 7 („völlig überzeugt“)

Inhalt

Achtung: Alle männlich gesprochenen Wörter beinhalten explizit die weibliche, non binäre und alle weiteren Identitätsformen

- ~~1. Aktive Techniken~~
- ~~2. Themenentwicklung (Unterpunkt aktive Techniken Punkt d))~~
- ~~3. Akut-Protokoll~~
- ~~4. Komplexe PTBS – disorder of extreme stress~~
- ~~5. Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)~~
- ~~6. CIPOS~~
- ~~7. Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung~~
- ~~8. EMDR nicht traumat. Lebenserfahrungen~~

- ~~9. Depression – Protokoll~~
- ~~10. Pathologische Trauer~~
- ~~11. Soziale Angststörungen~~
- ~~12. Traumabed. Phobie / Panikstörung~~
- ~~13. Zwangsstörungen~~
- ~~14. Psychosomatische Erkrankungen~~
- ~~15. Schmerzprotokoll~~
- ~~16. Psychoonkologische Therapie~~
- ~~17. Zahnbehandlung~~
18. Tinnitus

18. Protokoll für Tinnitus

(nach Dr. Fikret Zengin)

1. Beschreibung des Zustandes der Ohren

Wenn Sie an den Tinnitus denken, wie zutreffend fühlt sich diese positive Selbsteinschätzung (wiederholen Sie die PK) jetzt auf einer Skala von 1 bis 7 an, wenn völlig falsch (1) und völlig richtig und stimmig (7) ist?

2. Negative Kognition (NK)

Mit welchen Worten können Sie am besten Ihre negative Einstellung zu sich selbst (d Sie dieses Ohrgeräusch haben) beschreiben, die Sie jetzt im Augenblick spüren?

3. Positive Kognition (PK)

Wenn Sie den Tinnitus wahrnehmen und erleben, wie würden Sie jetzt gerne über sich denken?

18. Protokoll für Tinnitus

(nach Dr. Fikret Zengin)

4. VoC (Stimmigkeit der Kognition)

Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtige Situation: Was spüren/ erleben Sie in Ihren Ohren? Häufige Beschreibungen: Druck in den Ohren, Ohrgeräusche, Brummen, Rauschen, Klingeln, Pfeifen, Hörminderung, Unruhe, Konzentrationsschwäche, Druck im Kopf, Spannungen im Nacken- und Kopfbereich.

5. Emotionen/Gefühle

Wenn Sie sich den Tinnitus zusammen mit dem negative Satz (NK wiederholen) vorstellen, welche Gefühle kommen dabei jetzt in Ihnen auf?

6. SUD (Grad der Belastung)

Auf einer Skala von 0-10, wo 0 keine Belastung oder neutral und 10 die für Sie maximal verstellbare Belastung darstellt, wie belastend fühlt es sich jetzt an?

7. Was spüren Sie in ihrem Ohr (Ihren Ohren)?

18. Protokoll für Tinnitus

(nach Dr. Fikret Zengin)

8. Desensibilisierung/Reprozessierung

Diese unterscheidet sich von klassischer EMDR-Therapie: Der Patient wird aufgefordert, sich den Druck in den Ohren so vorzustellen, wie Druck (Luft) in einem Ballon, der ein Ventil hat. Sie können dieses Ventil so drehen, wie sie es wollen. Der Patient sollte die negative Kognition wiederholen, gleichzeitig den Druck in Ohren spüren und mit seinen Augen den Fingern folgen.

Alternative Stimuli (Gebrauch von links-rechts-wechselndem Fingertippen) haben sich auch bewährt.

EMDR-Therapie so lange fortsetzen, bis die Symptome abklingen und die Patienten Selbstkontrolle und die positive Selbsteinschätzung erleben (Skalierung von SUD bei 0, Skalierung von VoC bei 6-7.)

18. Protokoll für Tinnitus

(nach Dr. Fikret Zengin)

9. Verankerung

Fortsetzen des Verankerns

10. Ohren Test

Es wird ein Ohrentest durchgeführt. Der Patient wird aufgefordert, festzustellen, ob er in seinem Ohr noch etwas spürt oder nicht. Positive, angenehme Empfindungen verstärken. Bei Missempfindungen setzen Sie das Reprozessieren bis zum Verschwinden der Missempfindungen fort.

11. Abschluss

Kurze Nachbesprechung

VIELEN DANK!



Fragen?



Anregungen?



Wünsche?