

Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTBS auf dem Hintergrund der modernen Psychotraumatologie

The Understanding of EMDR Based on the Modern Psychotraumatology

Eva Münker-Kramer, Sylvia Wintersperger & Arne Hofmann

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird zunächst beschrieben, mit welchen typischen Symptomen sich traumatisierte PatientInnen in der ärztlichen oder psychologischen Praxis einfinden. Die Zusammenhänge und die Notwendigkeit profunder Differentialdiagnostik werden erläutert. Es folgt ein kurzer historischer Abriss über die wichtigsten Schritte in der theoretischen und klinischen Befassung mit verschiedenen Traumafolgestörungen bis zur Anerkennung der Posttraumatischen Belastungsstörung durch die WHO 1980. Psychisches Trauma wird dann dargestellt als Verarbeitungsstörung von Extremstress. Das Konzept der Störung in der neuronalen Informationsverarbeitung und Informationsspeicherung und dessen klinische Relevanz für die Symptomatik der PTBS folgt. Dies dient als Grundlage für das Verständnis und die wissenschaftliche Einordnung von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als wichtige und evaluierte Behandlungsmethode für PTBS. Die Methode wird detailliert beschrieben und der Beitrag wird durch ein Fallbeispiel (Monotrauma) und einige Überlegungen zur Qualitätssicherung abgeschlossen.

Abstract

In this article at first characteristic symptoms of patients asking for psychological and medical treatment with trauma-related disorders and comorbidities and thus the necessity of well grounded clinical diagnostics is emphasized. A short historical review of the most important theoretical and clinical milestones concerning the consideration of trauma-related disorders is described up to the acknowledgement of PTSD by the World Health Organization in 1980. A well grounded and detailed explanation of neurobiology and neuropsychology of extreme stress and its clinical implications follows to open the understanding and the scientific context of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) as an important and well evaluated treatment method for PTSD. It is described step by step and illustrated by a short example (monotrauma). Finally some recommendations and further informations concerning quality of treatment and training are given.

1. Erkennen von TraumapatientInnen in verschiedenen Behandlungssettings

In der psychologischen oder ärztlichen Praxis finden sich oftmals PatientInnen mit vielfältigen Erscheinungsbildern organisch nicht erklärbarer Symptome. Folgende typische Kombination von Symptomen kann an eine traumatische Ursache denken lassen:

Ein Patient berichtet z.B. von Vegetativen Übererregungserscheinungen in verschiedener Ausprägung wie Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen, oder auch von Schreckhaftigkeit, Jähzorn und Reizbarkeit. Weiters kann es sein, dass diese Patienten von quälenden Bildern zurückliegender Ereignisse, Bilder, erzählen, die unwillkürlich und „wie real“ auftauchen, immer wieder in genau gleicher Form. Diese sogenannten „Nachhallerinnerungen“ belastender Ereignisse sind deutlich zu unterscheiden von Halluzinationen. Und wenn man genauer und gezielter exploriert und nach Verhaltensänderungen seit der Zeit des Auftretens der anderen Symptome fragt, kann man häufig auch massive Vermeidung bestimmter Situationen und Themen eruieren.

Mit der gezielten Frage nach einem belastenden äußeren Ereignis kann die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung F 43.1 gestellt werden. Letztere hat immerhin eine Lebenszeitprävalenz von 7-12%. (Ehlers, 1999 und weitere Details im Beitrag von Hausmann in diesem Heft).

Nicht selten zeigen sich nach psychischer Traumatisierung aber auch andere Symptome, die entweder alleine oder auch zusätzlich zu den PTBS – Symptomen als sogenannte „komorbide Störungen“, auftreten können: Suchtverhalten in verschiedensten Formen, Ängstlichkeit bis Panik, alle Abstufungen depressiver Symptome, somatoforme Störungen oder auch verschieden dissoziative Symptome in verschiedenen Ausprägungen. Wenn diese Symptomatiken bei den betroffenen Personen neu und ungewöhnlich sind und ein äußeres potentiell belastendes Ereignis anamnestisch objektivierbar ist, kann differentialdiagnostisch (vgl. auch Ausführungen von Rau in diesem Heft) an eine Traumafolgestörung gedacht werden – immer neben allen organischen und anderen psychischen Ursachen – es geht nicht darum, dass „alles Trauma ist“.

Eine diesbezüglichen Grundaufmerksamkeit bei psychologischen und ärztlichen BehandlerInnen bzw. besser noch differentialdiagnostische Grundkenntnisse, um eine (n) traumatisierte(n) PatientIn möglichst rasch als solche(n) zu