

# **Psychotherapie traumatisierter Patienten Die Arbeit mit bipolarem EMDR**

**Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann**

**Vortrag auf der Tagung der Landesärztekammer Stuttgart 01.02.2004**



**Psychotherapeutisches Zentrum**

**Erlenbachweg 24**

**97980 Bad Mergentheim**

**Tel.: 07931 – 5316 – 0**

**E-Mail: [plassmann@ptz.de](mailto:plassmann@ptz.de)**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unser Thema ist die Psychotraumatologie und ich wurde gebeten hierzu einen Beitrag zu leisten, dies will ich gerne tun.

Die Psychoanalyse als Urmutter der Psychotherapie stand schon früh vor der Frage: Konflikt oder Trauma? Sind die Neurosen, die Freud um die Jahrhundertwende in Wien sah, die Folge von krankmachenden Erlebnissen oder von krankmachenden Phantasien? Freud entschied sich nach einigem Hin und Her für Letzteres und ist dafür viel kritisiert worden (Bergmann 1996). Zugleich hat er mit dem psychoanalytischen Persönlichkeits- und Krankheitsmodell die Grundlage gelegt für die gegenwärtige Erforschung der Folgen traumatischer Erfahrung auf das Individuum. Dies findet mit enormer Entwicklungsdynamik derzeit in Klinik und Wissenschaft statt. Wir erleben derzeit einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie. Das traumatherapeutische Modell erweist sich als ein Metamodell für Psychotherapie schlechthin, und beginnt die bekannten Verfahren zu integrieren. So war auch mein persönlicher Weg. Ich bin erst Psychoanalytiker geworden, ich liebe diese Arbeitsweise. Sie ist, wie wir heute sagen würden, ein Expositionsverfahren, welches darauf beruht, krankmachendes Erlebnismaterial in der Übertragung auf den Therapeuten wiederzubeleben und durchzuarbeiten. Wir sehen nun aber, dass die Zahl derjenigen Patienten und Patientinnen immer größer wird, denen der innerpsychische Verarbeitungsapparat für die krankmachenden Erlebniskomplexe weitgehend fehlt. Sie sind zur Exposition noch nicht imstande. Traumatherapeutisch gesprochen benötigen sie eine Stabilisierungsphase, in der sich die Verarbeitungsfähigkeit überhaupt erst entwickeln kann.

Die enorme Häufigkeit traumatisch bedingten emotionalen Belastungsmaterials wurde zunächst klinisch beobachtet, vor allem in der Borderline-Forschung und es wurde klar, dass Borderline-Patienten permanent frühe Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen reproduzieren, ohne sie auf diese Weise jemals bewältigen zu können. Auch die Borderlinestörung ist also, wie alle psychogenen Erkrankungen ein Selbstheilungsversuch, eine Lösung die nicht löst.

Gesicherte Erkenntnisse über die Häufigkeit krankmachendem traumatisch bedingten Erlebnismaterials werden ständig besser. Ein Meilenstein war die ACE-Studie (Felitti 1998).

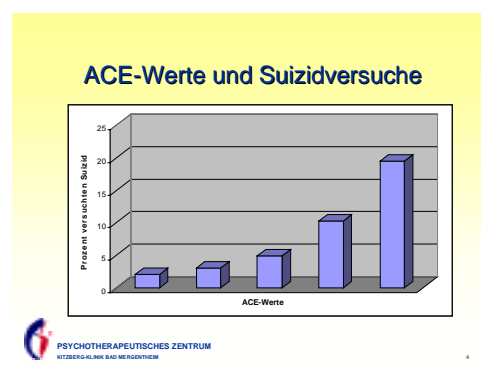
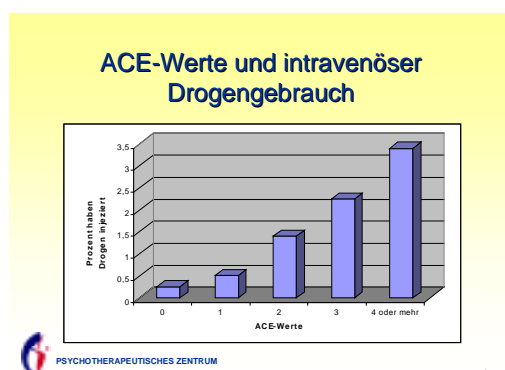
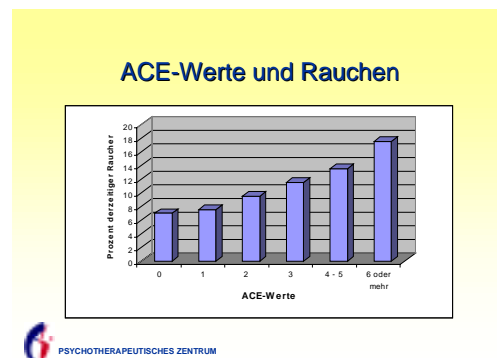
Die Adverse Childhood Experiences (ACE)-Studie ist eine ausführliche Verlaufsuntersuchung an über 17000 erwachsenen Amerikanern. Es wird der aktuelle Gesundheitszustand zu belastenden Kindheitsfaktoren in Beziehung gesetzt, die im Mittel ein halbes Jahrhundert früher geschehen waren. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist, dass belastende Kindheitserfahrungen häufig sind, obwohl sie im allgemeinen verborgen und unerkant bleiben; dennoch haben sie auch Jahrzehnte später tiefgreifende Folgen. Die psychosozialen Erfahrungen haben sich mittlerweile in eine Erkrankung umgewandelt: in Essstörungen, Süchte, Depressionen, Suicidversuche, Diabetes, Herzerkrankungen. Die Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit im Beruf verschlechterten sich signifikant mit jeder Erhöhung der Kindheitsbelastung.

Die Autoren resümieren: "Unsere Ergebnisse belegen eindeutig, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit häufig zerstörerisch sind und lebenslange Folgewirkungen besitzen. Sie sind er wichtigste Faktor, der Gesundheit und Wohlbefinden unserer Nation bestimmt." (Felitti 2002, S. 367).

**Die ACE-Studie:**  
 Kindheitsbelastungen bei 17.000 Mittelschicht-Amerikanern, je nach Häufigkeit 0 bis 8 Punkte

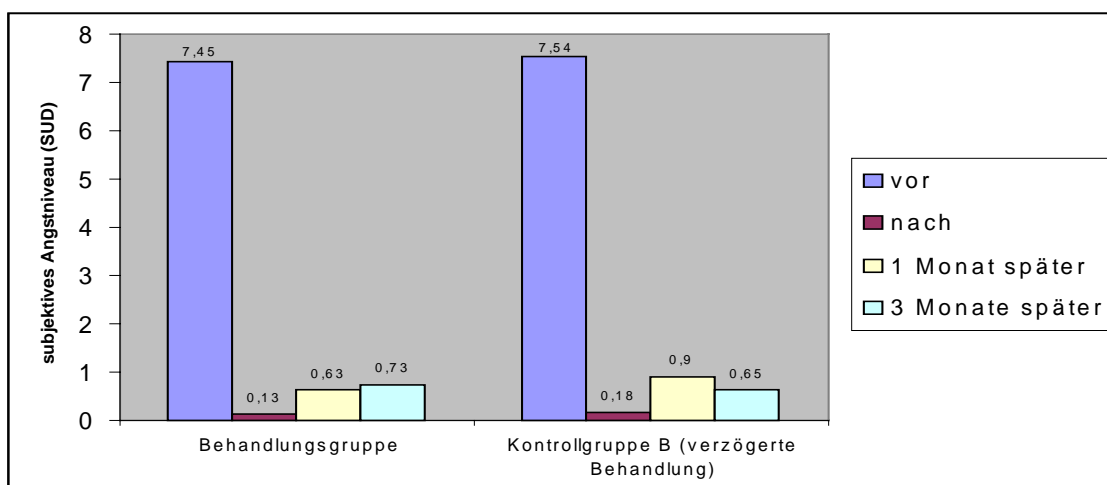
- wiederholter körperlicher Missbrauch
- wiederholter emotionaler Missbrauch
- sexueller Missbrauch
- ein Haushaltsmitglied war im Gefängnis
- die Mutter erfuhr körperliche Gewalt
- ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank
- ein Familienmitglied war chronisch depressiv, seelisch krank oder suizidal
- zumindest ein biologischer Elternteil wurde in der Kindheit verloren, unabhängig von der dazu führenden Ursache

PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM  
 KITZBERG-KLINIK BAD MERZENTHEIM



Was tun? Mit welchen Methoden können wir krankmachendes un abgeschlossenes Erlebnismaterial auflösen? Den Durchbruch hat die zunächst deprimierend erfolglose Arbeit mit traumatisierten Vietnam-Veteranen gebracht. Eine Million traumatisierter Amerikanerinnen und Amerikaner waren aus Vietnam in die USA zurückgekommen. Die oft 19 – 20jährigen Wehrpflichtigen hatten schwere posttraumatische Belastungsstörungen. Sie nahmen, nachdem das ganze Ausmaß der psychischen Katastrophe nicht mehr verleugnet werden konnte, an den dafür konzipierten Therapieprogrammen teil, mit starkem Leidensdruck und leider äußerst bescheidenen Resultaten, die über 15 – 30 % Besserung nicht hinaus kamen (Shapiro 1998, S. 62). Der Vietnam-Krieg hatte – wie jeder andere Krieg auch – ein Heer von psychisch kranken und bislang un behandelbaren Invaliden hinterlassen.

Dies änderte sich erst, nachdem Shapiro 1989, zunächst als Zufallsentdeckung, auf die Möglichkeit des gezielten Reprozessierens stieß und daraus innerhalb kürzester Zeit das EMDR als Methode entwickelte. Die erste kontrollierte Studie zu EMDR (Shapiro 1998) ergab Erstaunliches. Die Teilnehmer waren 22 Patienten zwischen 11 und 53 Jahren, schwer traumatisiert durch Vergewaltigung, sexuellen Missbrauch und Kriegserlebnisse in Vietnam. Die Traumata lagen im Mittel 23 Jahre zurück und alle Patienten hatten erfolglose Vorbehandlungen von im Mittel 6 Jahren Dauer absolviert, alle litten an einem oder mehreren typischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung wie Flashbacks, Alpträumen, Schlafstörungen, Arbeits- und Beziehungsstörungen. Nach einer einzigen EMDR-Sitzung ergab sich folgendes Resultat:



Die Ein- und Drei-Monats-Katamnese zeigte ein stabiles Verschwinden des subjektiven Angst- und Belastungsniveaus sowie der klinischen Symptomatik. Dies gilt auch für die 6-Monats-Katamnese, die hier allerdings in der Graphik nicht dargestellt ist. Die posttraumatische Belastungsstörung war praktisch ausgeheilt.

EMDR ist mittlerweile das am besten untersuchte traumatherapeutische Verfahren (Hofmann 1999). Die Studien der letzten Jahre haben die Wirksamkeit bestätigt (Plassmann 2002).

Im Kern der krankmachenden Erlebniskomplexe stehen, so zeigt es sich, stets überstarke negative Emotionen, die nur notdürftig gleichsam eingekapselt sind, ohne sich je auflösen zu können. Das Einkapseln erfordert permanenten Energieaufwand. Die Patienten gehen deshalb allen Triggern aus dem Weg, die an die negativen Emotionen rühren könnten, sie stehen unter permanenter Erregungsspannung, dem sogenannten Hyperarousel, gleichwohl dringt dieses negative emotionale Material ständig in die Gegenwart ein, es kommt zu Nachhallerinnerungen (Flashbacks), Alpträumen, Affektdurchbrüchen, Panikattacken.

Das unbewältigte emotionale Material bemächtigt sich auch des Körpers. Wir sehen schwere chronische Schmerzzustände, chronische Kopfschmerzen, sehr häufig Tinnitus. Das Körpergedächtnis reproduziert die überstarke negative emotionale Energie. Wir können deshalb damit rechnen, dass künftig eine zunehmende Anzahl psychosomatischer Erkrankungen traumatologisch besser verstanden und behandelt werden kann als bisher. In der Behandlung der Essstörungen haben wir dies bereits mit Erfolg umgesetzt.

Ich möchte Ihnen nun ein auf dem EMDR aufbauendes therapeutisches Instrument vorstellen, das bipolare EMDR, und mit einer Kasuistik verdeutlichen.

Ich bin kein Chirurg und verstehe von deren Methoden nicht viel, ich vermute aber, dass das bipolare EMDR eine gewisse Ähnlichkeit mit der Laser-Chirurgie hat, weil es sehr gut fokussierbar und steuerbar ist.

Wir stehen in der Traumatherapie vor folgender Situation:

Im Kern einer traumatischen Erfahrung stehen immer eine oder meist mehrere belastende Emotionen von einer Stärke, die nicht verarbeitet werden konnten. Die Gründe für das Blockieren der Verarbeitung sind vielfältig.

Die traumatische Situation ist meist eine Situation der Schutzlosigkeit, in der das natürliche Vertrauen in die Welt der Mitmenschen und in die Fähigkeiten der eigenen Person schwer verletzt worden sind. Jeder kann in eine solche Situation kommen, sei es im Straßenverkehr, bei einer Naturkatastrophe oder als Opfer krimineller Gewalt. Auch medizinische Situationen können von dieser Art sein, etwa wenn ein Patient während einer Operation unbemerkt aus der Narkose erwacht, was wiederholt berichtet wurde.

Diese unverarbeiteten negativen Emotionen bilden den Belastungspol.



Er enthält einen oder mehrere traumatische Komplexe, sogenannte Traumaschemata oder schwere unaufgelöste Konflikte oder wie meist eine Mischung aus beidem. Dieses Belastungsmaterial kann von einem einmaligen Ereignis herrühren, man spricht dann von Monotrauma oder von vielen traumatischen Ereignissen, man spricht vom komplexen Trauma.

Warum werden nun in der scheinbar selben Situation stets nur einige Betroffene krank? Hier kommen die protektiven Faktoren ins Spiel, d. h. der sogenannte Ressourcenpol.

Jede potentiell traumatische Situation trifft eine mehr oder weniger vulnerable Persönlichkeit. Sehr schwächend wirken belastende Vorerfahrungen. Die neue belastende Situation reißt gleichsam eine alte Narbe auf oder in traumatologischen Begriffen: Die Vorerfahrung wird vom neuen Ereignis getriggert.

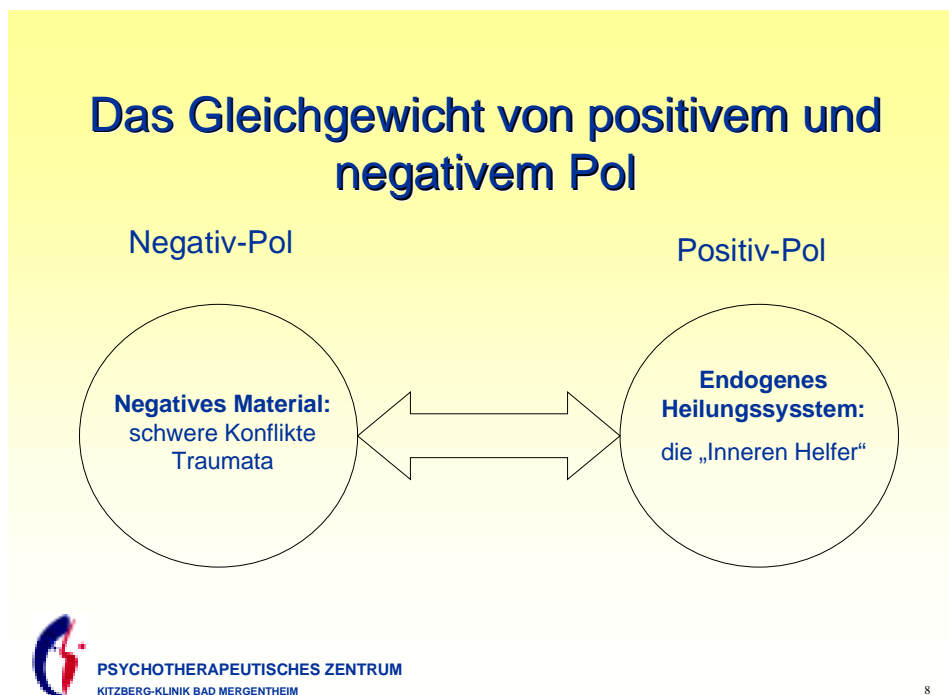
Protektive Faktoren sind demgemäß gut überstandene Vorbelastungen, die in stabilen sozialen Beziehungen, sogenannten sicheren Bindungen, verarbeitet werden konnten. Sie bilden eine Art inneren Ressourcenschatz. Der Mensch weiß um seine bewährten Fähigkeiten, es liegt ein Bewältigungsschema für das Traumaschema bereit. Antonovsky nennt das die „managibility“, die Gewissheit, etwas tun zu können (Antonovsky 1989).

Protektiv ist auch ein Verstehen dessen, was geschehen ist und was geschehen wird. Dabei ist emotionales Verstehen viel wichtiger als die Verstandesebene. Wortreiche Erklärungen erreichen den Traumatisierten viel weniger als der einfache emotionale Beistand, das Dasein. Dies vermittelt direkt nach einem Trauma viel besser als Worte, dass Erschütterung normal ist. Antonovsky nennt dies die „comprehensibility“, die Fähigkeit zum Begreifen.

Ein weiterer protektiver Faktor ist die unverletzte moralische Integrität, also der unverletzte Stolz, die Gewissheit eines Rechts auf Leben, Gesundheit und auf Behandlung. Dies ist nach Antonovsky die „meaningfulness“, die Gewissheit, dass die eigene Existenz in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einen Sinn hat. Nicht nur das Trauma selbst erschüttert diese Gewissheit. Wenn Versicherungen oder Anwälte von Tätern dem Patienten nach allen Regeln ihrer Kunst seine Rechte absprechen, dann sind das bürokratische Retraumatisierungen, die, wie wir klinisch sehen, sehr wesentlich zu schlechten Verläufen beitragen können.

Die Summe der Heilungsressourcen können wir auch als *psychisches Selbstheilungssystem* auffassen.

Ein zur Heilung geeignetes Gleichgewicht zwischen dem unverarbeiteten emotionalen Material im negativen Pol und den Heilungsressourcen im positiven Pol herzustellen, ist Grundprinzip der gesamten Traumatherapie, wahrscheinlich der Psychotherapie schlechthin. Der Heilungsvorgang zwischen diesen Polen hat offenbar oszillierenden, rhythmischen Charakter, möglicherweise laufen psychische Reorganisationsprozesse generell nicht linear, sondern rhythmisch ab.



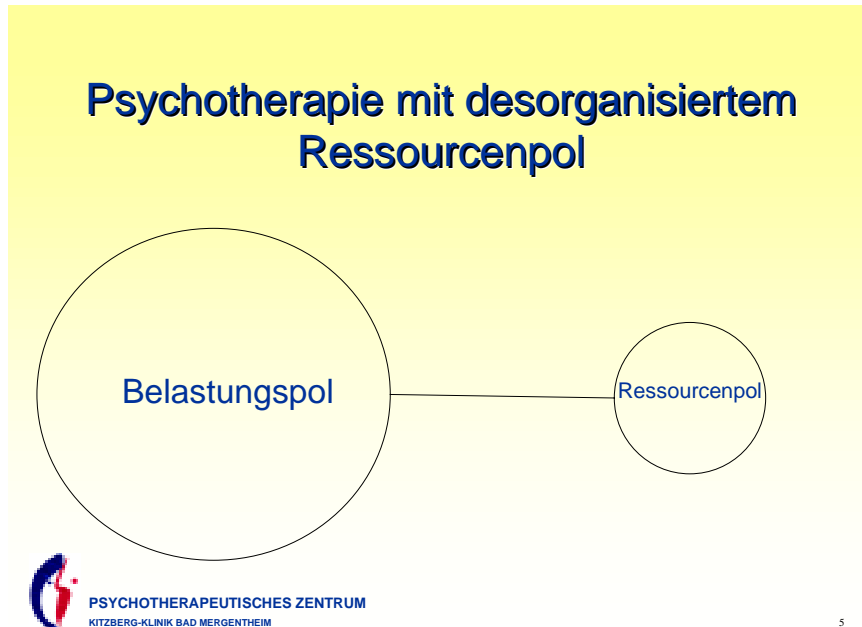
Im sogenannten Prozessieren der EMDR-Behandlung scheinen deshalb die rhythmischen Stimulationen, Augenbewegungen oder ähnliches, den selbstorganisatorischen Heilungsprozess zu fördern. **Wenn diese Schwingung zum Stillstand kommt, so erleben auch wir als Gesunde eine Stagnation, eine Blockade der Kreativität.**

Das von Shapiro entwickelte EMDR-Standard-Protokoll (Shapiro 1998) ist sehr effektiv, allerdings nur für jene Patienten, die über gut ausgeprägte Ressourcen, also ein starkes endogenes Heilungssystem verfügen. Dies entspricht allerdings nicht der klinischen Realität. Wir bekommen zunehmend häufig Patienten überwiesen, die von



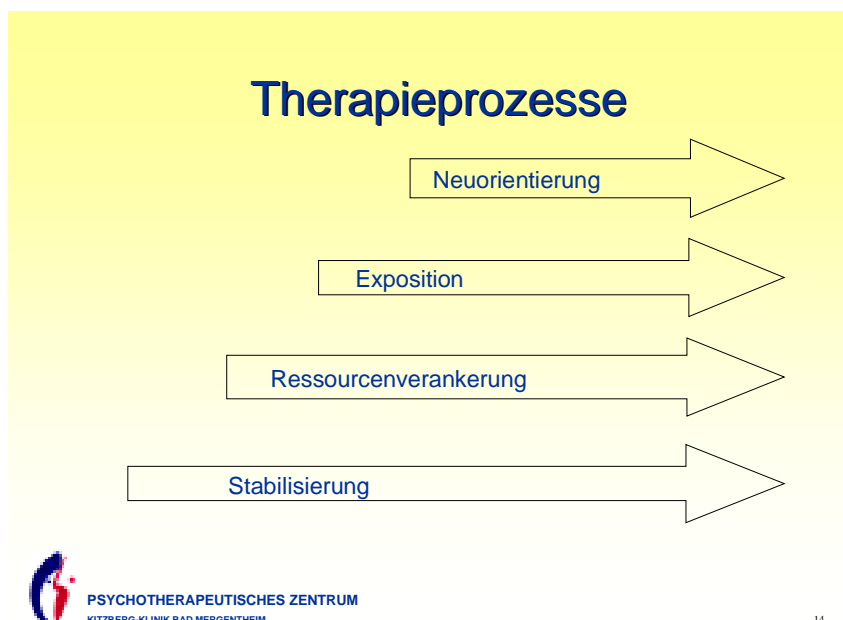
einer angefangenen Traumatherapie überfordert waren und dekompenziert sind. Auch der Patient, von dem ich später berichten werde, zählt dazu.

Dem liegt der Fehler zugrunde, am Problem zu arbeiten, bevor sich die Ressourcen ausreichend organisiert haben. Dies wäre folgende Konstellation:



Diese Situation besteht in aller Regel zu Beginn der Therapie. Es ist evident, dass hier die Ressourcenorganisation notwendige Vorbedingung für jeden weiteren Heilungsschritt ist.

Wir gehen deshalb in der Traumatherapie systematisch 4-phasig vor:



Basis ist der Stabilisierungsprozess. Er begleitet die gesamte Psychotherapie. Stabilisierung bedeutet grundsätzlich, den Einfluss des aus der Vergangenheit stammenden emotionalen Belastungsmaterials auf die Gegenwart zu kontrollieren und zu begrenzen. Die Patientinnen lernen, sich selbst zu stabilisieren, wir leiten sie dazu an, helfen ihnen dabei, nehmen sie in die Verantwortung für die Selbststabilisierung. Dies ist ein aktiver, selbstorganisatorischer Vorgang.

Einer der ersten und wichtigsten Schritte ist das Beenden der Selbsttraumatisierung. Dies darf niemals unterschätzt werden. Nahezu alle traumatisierten Patienten retraumatisieren sich selbst, indem sie ihr emotionales Belastungsmaterial unkontrolliert ins Erleben hereinholen, bevor sie ihre Kontroll- und Verarbeitungskapazität, also ihr psychisches Selbstheilungssystem, planvoll aufgebaut haben. Sie überfluten sich beispielsweise schon in der Anamneseerhebung mit allen Details einer Vergewaltigung, eines Überfalls oder eines Unfalltraumas und erzeugen damit erneut genau jene emotionale Überwältigung, an der sie krank geworden sind. Sie traumatisieren sich selbst und den Behandler. Der Umgang mit dem „emotionalen Sprengstoff“ erfordert, dies muss auch von den Patienten stets beachtet werden, sorgfältige Vorbereitung und planvolles Vorgehen.

Zur Stabilisierungsphase gehört deshalb notwendigerweise die Ressourcenverankerung, also das systematische Finden und Organisieren der Verarbeitungsfähigkeiten, die den Ressourcenpol bilden.

Nachdem dies geschehen ist, beobachten wir etwas Bemerkenswertes: Der Wiedergewinn der Stabilität durch Ressourcenorganisation setzt die natürlichen Verarbeitungsprozesse wieder in Gang schon lange bevor ein planvolles therapeutisches Aufarbeiten begonnen wurde. Die Symptomatik geht nach erfolgreicher Stabilisierung und Ressourcenverankerung drastisch zurück. Viele Patientinnen gewinnen ihre Alltagsstabilität für ihre normalen Lebensaufgaben wieder. In vielen Fällen kann die stationäre Psychotherapie deshalb an diesem Punkt der erreichten Alltagsstabilität zunächst beendet werden, damit die Patienten im Lebensalltag erproben können, wie stabil sie sind und inwiefern eine Expositionsphase, d. h. ein kontrolliertes Auflösen des emotionalen

Belastungsmaterials überhaupt noch erforderlich ist. Dies kann dann Gegenstand eines zweiten stationären Abschnitts oder einer ambulanten Therapie sein.

Die zurückgehende Macht des Belastungsmaterials schafft nun Platz für lebhaftere Neuorientierungsprozesse: Die blockierte Persönlichkeitsentwicklung kommt wieder in Gang, beispielsweise wird Berufstätigkeit wieder möglich, bei Jugendlichen Ausbildung, Partnerschaft.

Auch diese Neuorientierung kann allerdings eine irritierende Heftigkeit haben, wenn die nicht mehr existierende Symptomatik gleichsam ein Vakuum hinterläßt. Wir erleben dies regelmäßig bei langjährig magersüchtigen Patientinnen, denen die Lebensform, der Lebensinhalt, die Identität als Magersüchtige nach erfolgreicher Stabilisierungsphase förmlich fehlen. Sie können dies auch selbst ausdrücken. Sie stehen vor Leerräumen der Persönlichkeitsentwicklung.

In der konkreten Behandlungssituation können wir nie genau vorhersehen, wie mächtig das jeweils auftauchende Belastungsmaterial sein wird, wieviel Stabilisierung der Patient brauchen wird. Wir haben deshalb aus dem EMDR-Standard-Protokoll das sogenannte bipolare EMDR entwickelt, mit welchem das jeweilige Optimum zwischen Stabilisierung und Exposition gut gesteuert werden kann.

Dieses Instrument des bipolaren EMDR stelle ich Ihnen nun vor, illustriert an einer Kasuistik:

*Der 43-jährige Herr M. ist unter einem totalitären Regime aufgewachsen. Er war bis zu seinem Verkehrsunfall, der seine Gesundheit und Existenz zerstörte, ein erfolgreicher Geschäftsmann. Er hat sein Herkunftsland als Gefängnis erlebt. Sein Vater war ein harter, systemidentifizierter Mann, das Lebensgrundgefühl des Patienten war: Ich versuche mich aufzurichten, versuche jemand zu sein, versuche stark zu sein, dann kommt jedesmal ein Angriff, der mich niederwirft, zerstören möchte.*

*Offenen Angriff, Gegenwehr hat er nie gewagt, die Grundangst vor Vernichtung verläßt ihn nie. Seine Mutter sieht er als Opfer des harten Vaters und seines Regimes. Tief in ihm scheint es eine Retterphantasie zu geben. Wenn er, der Sohn, nur tüchtig genug ist, hart genug arbeitet, wird er seine Mutter, die schwach ist, schützen können.*

Den Untergang seines Herkunftslandes hat er als Befreiung erlebt. Er zieht mit Frau und Kindern nach Deutschland und baut erfolgreich sein Handelsunternehmen auf. Es geht ihm gut. Eines nachmittags stoppt er sein Auto am Ende eines Autobahnstaus. Er schaut beiläufig in den Rückspiegel und sieht einen Sattelschlepper von hinten auf sich zu rasen, der offenbar nicht bremst. Er weiß im selben Moment, dass der Lkw ihn rammen wird, er sitzt hilflos gelähmt, bis der Lastwagen tatsächlich in ihn hineinkracht. Die bewußte Erinnerung setzt erst wieder ein, als Helfer ihn auf den Beifahrersitz zerren, um ihn aus dem Auto zu holen, er sieht ein anderes Auto brennen, sieht ein Feuerwehrfahrzeug. *Er bekommt mit, wie er in einen Rettungswagen verladen wird, sieht durch eine Lichtluke den Himmel und es setzt etwas ein, was wir im nachhinein als Nahtoderfahrung verstehen können. Er ist überzeugt zu sterben, sieht sich auf einer grünen Wiese, er scheint zu schweben, bis ihn die Stimme des Notarztes erreicht, der ihn fragt, ob er die Beine bewegen kann. Er versucht es und seine Sterbephantasie bricht ab. Diese Sterbeerfahrung hat offenbar eine schwerste psychische Traumatisierung hinterlassen.*

Nach der Krankenhauseinlieferung wurde festgestellt, dass er körperlich nicht schwer verletzt war. Er hatte nur multiple Prellungen, aber praktisch von Anfang an schwere Dauerschmerzen im gesamten Rumpf, die bis heute anhalten. Wir können dies im nachhinein als körperlich eingefrorene Schockerfahrung verstehen. Er muß sich während des Unfalls maximal verkrampft haben, was sich erst 1 ½ Jahre später während der Traumatherapie langsam löste. Ich werde davon berichten.

Fünf Tage nach dem Unfall setzten schwere nächtliche Flashbacks ein, er sah brennende Autos, Feuerwehrwagen, stand unter panischer Angst und entwickelte massiv zunehmend Schmerzen. Er wurde aus dem Krankenhaus entlassen in lediglich körperlich stabiler Verfassung. Zu Hause verkroch er sich in sein Haus, das er kaum verließ, da die Straße von seinem Haus in die Stadt am Unfallort vorbeigeführt hätte.

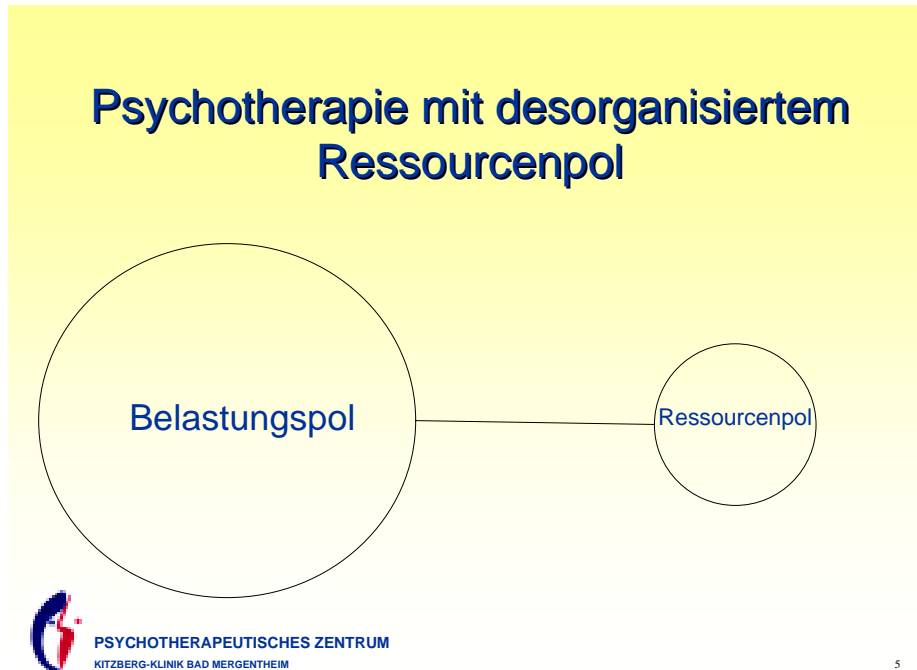
Drei Monate nach dem Unfall begann er, mittlerweile schwer suizidal und hoffnungslos, eine Psychotherapie, die zu einer gewissen Stabilisierung führte.

Etwa 15 Monate nach dem Unfall kam er auf Anraten seines Therapeuten und der Berufsgenossenschaft zur stationären Psychotherapie. Die Alpträume waren etwas weniger geworden im Vergleich zur Zeit direkt nach dem Unfall. Weiterhin bestanden schwere Dauerschmerzen im gesamten Bewegungsapparat und Kopfschmerzen. Er war auffällig mental beeinträchtigt, chronisch unkonzentriert, vergeßlich und in einer zum Dauerzustand gewordenen affektiven Grunderregtheit, so dass er sich nur wenige Stunden am Tag in seinem Unternehmen mit einfachen Dingen beschäftigen konnte. Ein Invalidler.

In der Anamneseerhebung wurde deutlich, wie gut der ambulante Therapeut gearbeitet hatte. Der Patient ist visuell begabt, der Therapeut hatte ihm als Stabilisierungstechnik zahlreiche imaginative Zugänge zum sicheren Ort und zu inneren Helfern, also zu seinen Ressourcen, erschlossen. Er war nach wie

vor sehr leicht triggerbar. Jedes laute Geräusch, wie z. B. Türenknall, bewirkte eine heftige Schreckreaktion und massiv zunehmende Schmerzen als somatisches Flashback der Unfallereignis.

Wir können die Ausgangssituation der Behandlung also so darstellen:



Das emotionale Belastungsmaterial ist weiterhin extrem stark, ein stabilisierender Ressourcenpol ist vorhanden, aber schwach. Jederzeit ist eine Triggerung und ein psychischer und körperlicher Flashback möglich.

Ich schildere Ihnen nun die Arbeit mit bipolarem EMDR anhand einer Behandlungsstunde.

Den Beginn bildet stets die vorsichtige Fokussierung des aktuell als Belastung empfundenen emotionalen Materials. Er erzählt nach kurzem Nachdenken, dass ihn ein aktuelles Ereignis an den Rand seiner Belastbarkeit gebracht hatte: Eine Mitpatientin stolpert direkt vor ihm beim Verlassen des Speisesaals, stößt sich am Türrahmen und schlägt sich dabei die Augenbraue auf. Eine schmale Blutspur rinnt ihr über die Wange.

Er erzählt, dass auch er direkt nach dem Unfall an der gleichen Stelle in seinem eigenen Gesicht eine Blutspur und Schwellung gefühlt hatte. Noch heute ist es so, dass im Zustand starker emotionaler Belastung die gleiche Stelle wieder anschwillt. Wir kennen dieses Phänomen mittlerweile von anderen Unfalltraumatisierten. Die Körper-Flashbacks wiederholen die Körperreaktion in der traumatischen Situation, manchmal bis hin zu spontanen Blutungen.

Das Fokussieren bedeutet bereits eine Wiederbegegnung mit dem traumatischen Material. Wir müssen deshalb sorgfältig die Belastungsgrenzen beachten. Herr M. schwitzte beim Fokussieren auf den belastendsten Moment

derart, dass ich es in der Therapiesitzung sehen und riechen konnte, er hielt sich mit beiden Händen stark verkrampft an den Stuhllehnen fest. Sein Gefühl war: Ich bin hilflos, keiner glaubt mir. Den emotionalen Belastungsgrad bezifferte er an der Grenze zum Unerträglichen. Er sagte: „Es ist genug, ich bin am Limit.“

Wir schulen die Patienten systematisch, ihre eigene Belastungsgrenze zu erkennen und niemals zu überschreiten. Ohne die bipolare Technik hätte die Sitzung hier abgebrochen werden müssen, da evident war, dass er einem direkten Durcharbeiten definitiv noch nicht gewachsen war.

Der nächste Schritt im bipolaren EMDR ist deshalb das Ausblenden des traumatischen Materials und die Fokussierung der Stabilisierungsressourcen. Dies gelingt bei vorher gut organisiertem positivem Pol rasch und zuverlässig. Der Patient visualisierte seinen sicheren Ort, er sah sich am Meer, nahm Verbindung mit allen inneren Helfern auf, dies ist für ihn das hilfreiche Naturelement Wasser, die Farbe blau, ein entspanntes ruhiges Körpergefühl. Diese EMDR-Ressourcenorganisation wird stimuliert durch langsame Augenbewegungen oder taktile Stimulationen mit dem Neurotak-Gerät. Der langsame bilaterale Rhythmus der taktilen Stimulation unterstützt aus noch nicht völlig erforschten Gründen die Ressourcenorganisation, ein schneller bilateraler Rhythmus fördert das Reprocessieren, also das Durcharbeiten des Belastungsmaterials.

*Im nunmehr guten Kontakt mit seinen Stabilisierungsressourcen tauchte sein positiver Heilungssatz auf: Es ist vorbei. Dieser Satz enthält das zentrale Heilungsziel des Patienten: Das Belastungsmaterial soll in der Vergangenheit verschwinden.*

Herr M. war nun völlig ruhig, atmete tief, die Hände entspannt auf dem Oberschenkel.

Der nächste Schritt im bipolaren EMDR ist die Organisation seiner zentralen Heilungsphantasie: An welches Endlager, so fragte ich ihn, muß das Belastungsmaterial geschafft werden, um endgültig vorbei zu sein? Die Antwort war ihm sofort klar: In einer gemauerten Grube im Boden, mit einem schweren Deckel verschlossen, weit weg von hier. Der Patient war fast vergnügt bei der Vorstellung dieser Endlagergrube. Er erzählte ein wenig vom realen Vorbild dieser imaginierten Grube und schien sich auf den Abtransport des Belastungsmaterials dahin geradezu zu freuen.

Im sicheren Kontakt mit den Stabilisierungsressourcen ermöglicht bipolares EMDR nun den kontrollierten Zugang zum unverarbeiteten traumatischen Material und dessen Auflösung. Der nächste Schritt ist deshalb die kontrollierte Triggerung. Die Anweisung lautet: „Gehen Sie in sicherem Kontakt mit dem positiven Pol auf das Belastungsmaterial zu, wenn es zu stark ist, gehen Sie zurück zum sicheren Ort, wenn es zu schwach ist, gehen Sie näher auf das Material zu, bis Sie die genau richtige gut verarbeitbare Menge an Belastung fühlen.“ Die Patienten haben also völlige Kontrolle über die Belastungsstärke. Sie gehen aktiv handelnd damit um, statt dass sie wie bislang, davon überflutet werden.

*Nach kaum einer Minute bestimmte der Patient: Ich bin soweit, ich habe es.*

*Der nächste Schritt war die Aufforderung, genau dieses Material auf seine individuelle Weise in der Endlagergrube zu verstauen, diese sicher zu verschließen und zurückzukehren.*

*Noch während ich ein paar Notizen machte, öffnete er die Augen, schaute mich direkt an und sagte: „Es ist vorbei, ich kann es fühlen.“ Die Muskelschmerzen seien vorbei, er fühle sich wohl. „Ein wunderbares Gefühl“, wie er sagte.*

*Man schließt diese Arbeit stets mit genauer Quantifizierung des Ergebnisses ab. Er bestimmte seine Stabilität auf der 1 – 7 Skala mit 6, den Restbelastungsgrad des ausgewählten Materials auf der 0 – 10 Skala als 0 und berichtete in der Schlußevaluation amüsiert, wie das Material im Moment des Verstauens in der Endlagergrube verschwunden war und seine Schmerzen sich im gleichen Moment lösten.*

*Wichtig ist, Shapiro hat das stets betont, die sorgfältige Beobachtung des weiteren Verlaufs nach der Stunde: Ist die Auflösung des Materials stabil, welche Reste sind noch aktiv, was muß noch nachbearbeitet werden.*

*Dieser Patient berichtete eine Woche später, es sei ihm intensiv klar geworden, dass er seine eigene Aggressivität, die er im Hintergrund stets als Grunderregung gefühlt habe, nicht länger fürchten müsse. Er sei deshalb zum Gerätetraining gegangen, habe fast 2 Stunden auf dem Laufband gearbeitet, in den Tagen danach keinerlei Muskelschmerz und alptraumfreier ruhiger Schlaf.*

Was wir in solchen Prozessen von bipolarem EMDR sehen, sind selbstorganisatorische Vorgänge. Es ist nicht die Methode oder der Therapeut, was heilt, sondern das organisiert und kontrolliert eingesetzte Heilungssystem im Patienten selbst. Als Therapeuten bescheiden wir uns damit, die Intendanten dieses Prozesses zu sein.

### **Ich fasse zusammen:**

Traumatisches emotionales Material überflutet und lähmt die Verarbeitungsressourcen der Person. Dieser Zustand chronifiziert, das traumatische Material dringt unkontrolliert in die körperliche und psychische Existenz des Patienten ein. Von einem traumatherapeutischen Behandlungsinstrument müssen wir deshalb erwarten, dass es kontrollierte Verarbeitungsprozesse ermöglicht. Bipolares EMDR als Weiterentwicklung des von Shapiro beschriebenen Standard-EMDR-Protokolls scheint diesen Anforderungen recht gut zu entsprechen. Wir werden deshalb dieses Instrument über die Traumatherapie hinaus auch in die Behandlung anderer Zustände blockierter Persönlichkeitsentwicklung einführen, so wie wir es bei den Essstörungen und in der Kindertherapie mit erfreulichen Ergebnissen bereits tun.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

# Literaturverzeichnis

**Antonovsky, A (1989):** Die salutogenetische Perspektive. Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Medicus; II: 51-7*

**Bergmann, M. (1996):** Fünf Stadien in der Entwicklung der psychoanalytischen Trauma-Konzeption. *Mittelweg 36, 2/96*

**Felitti V.J., Anda R.F., et al (1998):** The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med 14, 245-258*

**Felitti V.J. (2002):** Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Die Verwandlung von Gold in Blei. *Z Psychosom Med Psychother 48, 359-369*

**Hofmann, A. (1999):** EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. *Georg Thieme Verlag, Stuttgart.*

**Plassmann, R. (2002):** Psychotraumatologie der Essstörungen. *Vortrag auf der überregionalen Herbsttagung „Traumatherapie in der Praxis“ des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim, 18./ 19. Oktober 2002*

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