

Seminar: EMDR bei Bulimia nervosa

Traumatherapie in der Praxis – Herbsttagung, 14. und 15.09.2007

Referent: Dipl.-Psych. Thomas Burkart
Psychologischer Psychotherapeut (VT)

Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931-5316-0
E-Mail: kontakt@ptz.de

Ich möchte in meinem Seminar am Beispiel der Bulimia nervosa zeigen, wie die Methodik der modernen Traumatherapie mit den Phasen Stabilisierung, Ressourcenorganisation, Exposition und Neuorientierung auch auf bindungsrelevante Traumatisierungen im Sinne schwerer Kränkung, Demütigung oder öffentlicher Beschämung erweitert werden kann. Hier möchte ich vor allem die Möglichkeiten erfolgreicher Exposition deutlich machen.

Ein entscheidender Grund, EMDR in die Essstörungsbehandlung einzuführen, war die Tatsache, dass mit großer Häufigkeit makro- und mikrotraumatisches Material in der Lebensgeschichte der Patientinnen und ihrer Familien vorkommt.

Die Untersuchung der Makrotraumata zeigt eine enorme Häufigkeit sexueller Missbrauchserfahrungen bei den essgestörten Mädchen und jungen Frauen; die Häufigkeit liegt wahrscheinlich bei etwa 25 – 30 % (Köpp & Jacoby 2000) und damit 4mal höher als im allgemeinen Durchschnitt.

Aber nicht nur die Makrotraumen wie Objektverlust, erlittene Gewalt, sexueller Missbrauch haben diese Wirkung, sondern auch die Mikrotraumen, dies sind kumulative Verletzungen der kindlichen Schutz- und Entwicklungsbedürfnisse. Sie sind weniger offensichtlich, sie sind auch weniger bewusst, sie sind aber nicht weniger wirksam. Sie bewirken nicht die einmalige große Erschütterung der Person, sondern eher eine permanente Vergiftung.

Bulimia nervosa – Stand der Therapieforschung zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung

Zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung bei der Bulimia nervosa liegen vor allem kontrollierte Studien zur Verhaltenstherapie vor. Daneben gibt es Untersuchungen in bezug auf die Erfolge interpersonaler Psychotherapie (Agras et al., 2000; Fairburn et al., 1995). Hier werden langfristig ähnliche Ergebnisse erzielt, so dass man insgesamt die Ergebnisse zusammenfassend darstellen kann: ca. 61% der Patientinnen sind zum Therapieende symptomfrei in bezug auf Heißhungerattacken, etwa die Hälfte in bezug auf das Erbrechen oder andere Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle. Bei drei Viertel der Patienten zeigt sich eine Reduktion der bulimischen Hauptsymptome. Diese Effekte scheinen auch langfristig relativ stabil zu sein. Erste Ergebnisse zu dialektisch-behavioraler Therapie bei Bulimie zeigen erfolgversprechende Ergebnisse (Safer, Telch & Agras, 2001). Für die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie mit der Methode des bipolaren EMDR liegt noch keine kontrollierte Studie vor. Die retrospektive Auswertung der Erfolgsquote einer Stichprobe von stationären Bulimiepatientinnen (N=145), die nach dem Vier-Phasen-Modell behandelt wurden, weist aber auf die sehr hohe Effektivität der Behandlung hin: 92,3% der Patientinnen beendeten die Therapie erfolgreich. Kriterium war eine vollständige Symptomfreiheit in bezug auf Heißhungeranfälle und kompensatorische Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle in den letzten drei Behandlungswochen.

Was macht einen Stressor traumatisch?

Die Methodik des EMDR wurde von Shapiro (1989) zur Behandlung traumabezogener Störungen entwickelt. Mittlerweile wird EMDR aber auch bei anderen Krankheitsbildern erfolgreich eingesetzt (Shapiro 2003). Dadurch entstehen eine Reihe von theoretischen Fragen. Was genau ist ein Trauma? Hilft EMDR nur dann, wenn es auch zu dissoziativen Prozessen kommt? Ist es ein therapeutischer Fehler Expositionsbehandlung bei bindungstraumatisierten Patienten durchzuführen, obwohl bei den meisten noch sozusagen "Täterkontakt" besteht?

Zunächst zum Traumabegriff:

In der revidierten dritten Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987, S. 250) wurde der Traumabegriff (anders als in der Umgangssprache) so definiert, dass ein traumatischer Stressor außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegen müsse. Im DSM-IV wurde weniger streng formuliert, dass der Betroffene eine Situation erlebt beziehungsweise

beobachtet haben muß, die Tod, Lebensgefahr oder starke Körperverletzung beinhaltet, z.B. sexueller Mißbrauch, Vergewaltigung, Kriegserlebnisse, Folter, etc. (American Psychiatric Association, 1994, S. 427). Im ICD-10 heißt es „eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD-10, 2006, S.253).

Definition Trauma

- ein traumatischer Stressor muß außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegen (DSM-III-R)
- der Betroffene muß eine Situation erlebt beziehungsweise beobachtet haben, die Tod, Lebensgefahr oder starke Körperverletzung beinhaltet (DSM-IV)
- eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (ICD-10)



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Die Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED)

Linden (2005) beschreibt als Subkategorie der Anpassungsstörungen die Posttraumatische Verbitterungsstörung PTED (Posttraumatic Embitterment Disorder), die nach gravierenden Kränkungsereignissen auftreten kann. Traumatisch werden demnach Bindungsstressoren vor allem dann erlebt, wenn sie zentrale Grundannahmen und Wertvorstellungen des Betroffenen verletzen. Ganz analog zur Posttraumatischen Belastungsstörung finden wir als Leitsymptome Intrusionen, Hyperarousal, depressive Verstimmungen und Vermeidungsverhalten. Auf emotionaler Ebene finden wir Verbitterung und Aggression als Kernaffekte.

Posttraumatische Verbitterungsstörung

- Intrusionen
- Hyperarousal
- depressive Verstimmungen
- Vermeidungsverhalten
- Verbitterung und Aggression



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Schauen wir uns die Diagnosekriterien der Bulimia nervosa an:

Diagnosekriterien der Bulimia nervosa

(nach DSM-IV)

- Wiederholte Episoden von Fressanfällen (binge eating) mit Kontrollverlust, bei denen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne (z. B. 2 Stunden) eine deutlich größere Nahrungsmenge gegessen wird, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden
- Kompensatorische Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle:
 - selbstinduziertes Erbrechen
 - Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten
 - Fasten
 - Hyperaktivität
- Die Fressanfälle und die kompensatorischen Verhaltensweisen treten seit mindestens drei Monaten durchschnittlich zweimal pro Woche auf.
- Die Selbstbewertung ist übermäßig von der Figur und dem Gewicht abhängig.



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

21

Lediglich im vierten Diagnosekriterium finden wir einen Bezug zur Selbstwertstörung von Bulimiepatienten.

Studiert man die (verhaltenstherapeutische) psychologische Literatur zum Ätiologiemodell der Bulimia nervosa (z.B. Waadt, Laessle & Pirke, 1992; Jacobi, Thiel & Paul, 1996), so wird als psychische Vulnerabilität der Bereich Selbstwert zwar regelmäßig benannt, in dem Sinne, dass ein geringes Selbstwertgefühl ein Zentrieren auf Gewichtskontrolle zur Anpassung an gängige Gewichtsnormen wahrscheinlicher macht. Im weiteren wird aber lediglich zum Beispiel Selbstsicherheitstraining als Therapiemaßnahme genannt. Ich werde hier ein Krankheitsmodell der Bulimie als Bindungsstörung (und damit einer Störung der Selbstannahme) entwerfen und eine Behandlung im Rahmen des (traumatherapeutischen) Vier-Phasen-Modells und EMDR vorstellen. Im weiteren will ich der Frage nachgehen, wie man Exposition mit Belastungsmaterial bei diesem Störungsbild realisieren kann.

Eine Konzeption der Bulimia nervosa als Bindungsstörung

Nach Bowlby (1975, 1988) stellen frühkindliche Bindungserfahrungen die zentralen Weichen für die Persönlichkeitsentwicklung und die (erwachsene) Beziehungsgestaltung. Man kann hier von internen Arbeitsmodellen sprechen, die als Repräsentanzen der Bindungserfahrungen eines Organismus vorhanden sind und unter bestimmten Reizbedingungen spontan aktiviert werden, wodurch dann erprobte, früh gelernte Verhaltensmuster ganz von alleine, unbewußt, quasi hypnotisch, ablaufen. Primäres Ziel dieser intraindividuellen Programme ist die emotionale Regulation. Verschiedene Autoren fanden deutliche Hinweise auf eine hohe Stabilität von frühen Bindungsstilen (Hazan & Shaver, 1987; Shaver, Collins & Clark, 1996).

Die Ergebnisse der Bindungsforschung (Bowlby, 1975; Ainsworth et al. 1978) legen drei Bindungsstile nahe: sicher, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent. Zusätzlich kann ein desorganisierter Bindungsstil vorkommen.

Bindungsstile

- sicher
- unsicher-vermeidend
- unsicher-ambivalent (verstrickt)
- desorganisiert



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Der klinische Eindruck unterschiedlicher Bindungsstile bei anorektischen und bulimischen Patientinnen bildet sich in einer vorliegenden Studie (Steins et al., 2002) nicht ab. In dieser Vergleichsstudie zur Frage, ob sich essgestörte Frauen einer klinischen Stichprobe von nicht essgestörten Studentinnen hinsichtlich ihrer Bindungsmuster unterscheiden, fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Diagnosegruppen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa.

Zwischen den essgestörten Patienten und der Kontrollgruppe bestanden hingegen deutliche Unterschiede: essgestörte Patientinnen sind demnach signifikant häufiger unsicher-ambivalent gebunden.

Unsicher-ambivalenter Bindungsstil

- starke Unsicherheit gegenüber anderen Menschen
- niedrige Bereitschaft, sich zu öffnen
- hohes Bedürfnis nach Nähe
- anklammerndes Verhalten
- innerliche Antizipation von Trennung
- Aufmerksamkeitsfokus zum Gegenüber



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Menschen mit einem unsicher-ambivalenten (verstrickten) Bindungsstil, wie ich ihn für die Gruppe der Bulimikerinnen annehme, empfinden eine starke Unsicherheit gegenüber anderen Menschen. Sie zeigen eine niedrige Bereitschaft, sich zu öffnen, gleichzeitig ein hohes Bedürfnis nach Nähe und suchen diese auch auf. Sie neigen dann zu anklammerndem Verhalten und sind ständig innerlich mit einer antizipierten Trennung konfrontiert. Sie fokussieren ihre Aufmerksamkeit deshalb nicht mehr nach Innen, sondern zum Gegenüber hin, um zu Erfühlen, was der Andere wünscht und erwartet und um sich diesen Erwartungen dann optimal anzupassen. Im Rahmen dieses Musters verschlechtert sich die Wahrnehmungsfähigkeit in bezug auf die eigenen Emotionen der Betroffenen über die Zeit immer mehr; das „falsche Selbst“ gewinnt zunehmend die Kontrolle. Der Betroffene verliert seine Autonomie. Andererseits ist die Anpassungsfähigkeit extrem gut ausgebildet. In einer Studie zum Selbstkonzept von Bulimikerinnen (Steins & Remy, 1996) fanden die Autorinnen eine sinifikant höhere soziale Erwünschtheit bei den Frauen, die unter einer Bulimie litten im Vergleich zu einer männlichen Stichprobe und zu einer Gruppe nicht eßgestörter Frauen. Sie schlossen daraus, dass die Bulimikerinnen eine stärkere Orientierung an stereotyp femininen

Verhaltensweisen aufweisen und ein starkes Bedürfnis haben, über angepaßtes Verhalten soziale Anerkennung zu erhalten.

Der regelmäßig zu beobachtende Mangel an Offenheit verhindert, dass echte Nähe und Intimität entsteht, wodurch potentiell heilsame Beziehungserfahrungen und neue regulierende Bindungsprozesse erschwert werden. Hier schließt sich der Kreis.

Patientinnen, die unter einer bulimischen Störung leiden verhindern durch ihr Verhalten genau das, was sie brauchen: das zentrale Bedürfnis, in ihrem So-Sein angenommen zu werden kann nicht stattfinden, weil sie von ihren echten Eigenschaften, Wünschen und Bedürfnissen, aus einer antizipierten Befürchtung, abgelehnt zu werden, nichts zeigen. Sie können dann maximal erreichen, dass sie für ihre "falschen" Selbstanteile gemocht, akzeptiert oder anerkannt werden; aber das macht letztendlich nicht "satt". Der Hunger nach Anerkennung, nach Annahme, bleibt bestehen.

Bei bulimischen Patienten ist die prinzipiell vorhandene Fähigkeit zur Selbstorganisation mit zunehmender Krankheitsdauer eingeschränkt. Und wir wissen, dass bulimische Patienten im Durchschnitt erst sehr spät in Behandlung kommen, nach fünf bis sieben Jahren Krankheitsdauer.

Kleiner Exkurs: Bindungsmerkmale von Therapeuten

In einer Befragung deutschsprachiger Psychotherapeuten (Nord et al., 2000) zeigte sich, dass lediglich 20% der erfahrenen Psychotherapeuten als sicher gebunden klassifiziert werden konnten. Die Mehrzahl war durch geringe Akzeptanzprobleme, durch Offenheit, aber ein geringes Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung charakterisierbar. Dies interpretierten die Untersucher als abweisenden Bindungsstil. Die Autoren verschiedener Studien fragen: Reagieren unsicher gebundene Therapeuten weniger empathisch (Rubino et al., 2000), verzeichnen unsichere Therapeuten mehr Therapieabbrüche, und werden sie von ihren Patienten negativer bewertet (Stuart, et al., 1990)?

Das emotiozentrische Prinzip

Um zu verstehen, wie psychische Selbstheilungsprozesse arbeiten, benötigen wir noch das **emotiozentrische Prinzip**.

Die moderne Traumatherapie lehrt uns, dass Emotionen die zentralen Organisatoren mentaler Prozesse sind. Wir sehen im Kern eines Traumaschemas stets überstarke negative Emotionen, aufgrund schwerer Konflikte oder traumatischer Erfahrungen oder einer Mischung aus beidem, die nicht verarbeitet werden konnten.

Um diese Komplexe herum hat sich ein Ring aus provisorischen Bewältigungsstrategien gelegt, z. B. die Essstörung. Sie kapseln das emotionale Belastungsmaterial gleichsam ein.



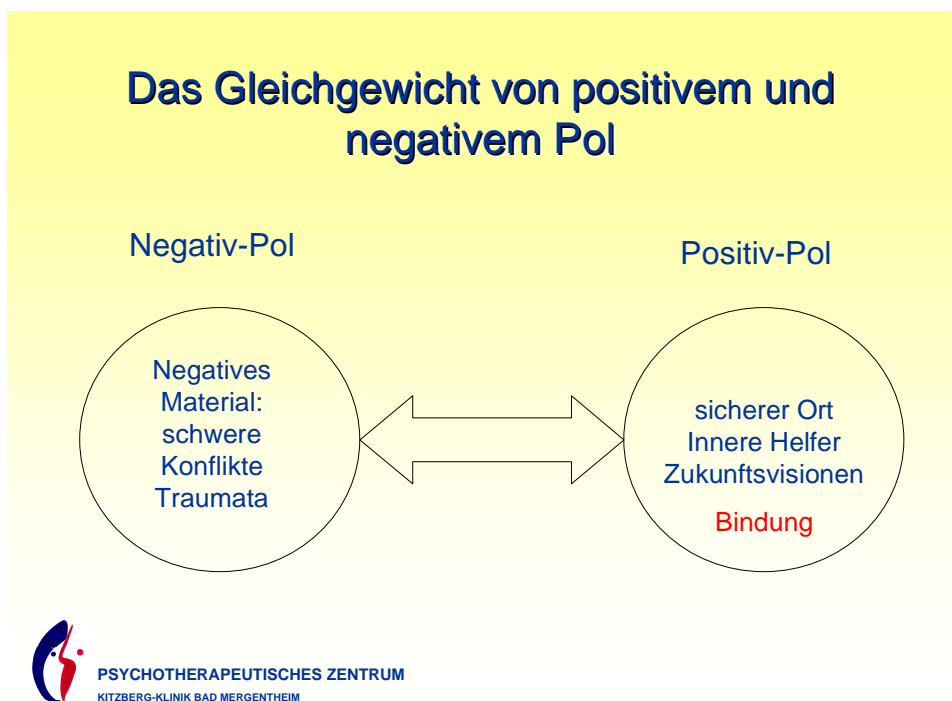
Es sind keine wirklichen Lösungen, sondern Notlösungen, d. h. sie mildern das Leiden vorübergehend, ohne das Material aber zu verarbeiten. Es sind Lösungen, die nicht lösen und stattdessen ständig Folgeprobleme aufwerfen.

Die heilungskompetenten Kräfte der Person bilden den Ressourcenpol. Auch seinen Kern bildet eine Klasse positiver Emotionen. Sie entstehen in gut überstandenen Vorbelastungen, die in stabilen sozialen Beziehungen, also in sicheren Bindungen, verarbeitet werden konnten. Sie bilden eine Art inneren Ressourcenschatz.

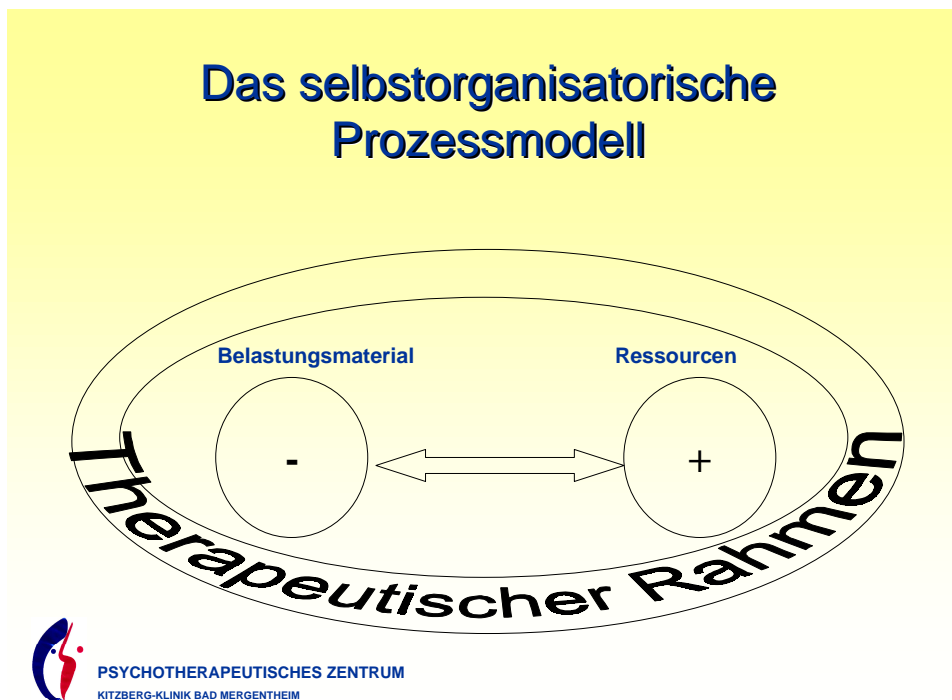
Diese Ressourcen bilden in ihrer Gesamtheit den Heilungspol. Anders ausgedrückt: dem Traumaschema steht ein Bewältigungsschema gegenüber, es ist aber – zu Therapiebeginn – desorganisiert.

Dies ist das **bipolare Prinzip** des psychischen Selbstheilungssystems. Heilungsprozesse vollziehen sich anscheinend zwischen diesen beiden Polen. Ohne Ressourcen von ausreichender Stärke und Präsenz ist Heilung nicht möglich. Aus diesem Grund muss Psychotherapie der Ressourcenorganisation ebenso viel Aufmerksamkeit geben wie der Problembearbeitung, also der Exposition, damit der Vorgang des Reprozessierens in Gang kommt.

In bezug auf die Bulimie stellt die Bindung zwischen Therapeut und Patient eine besonders wichtige Ressource dar:

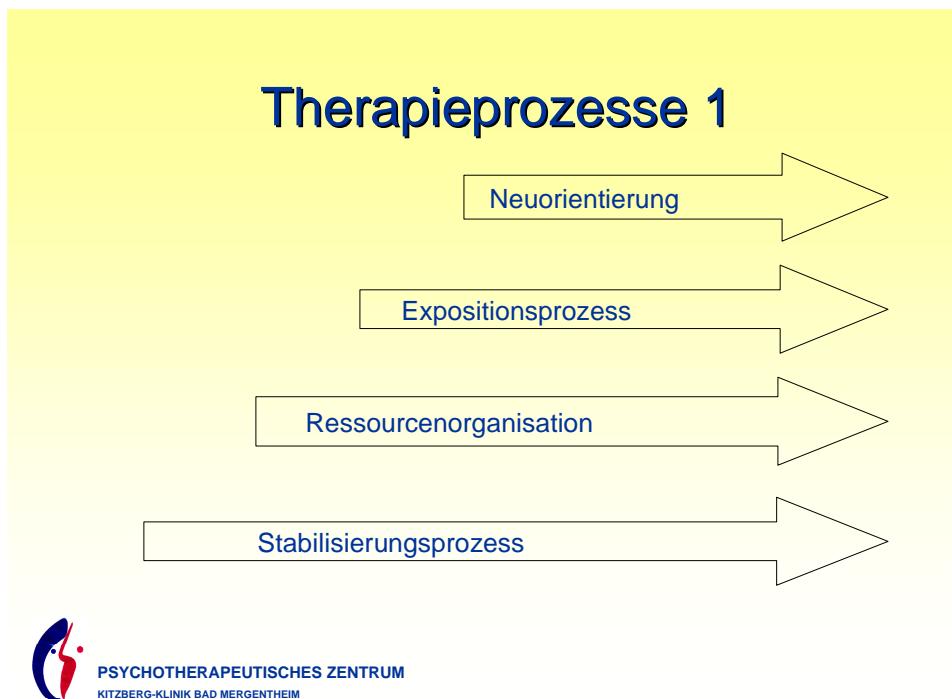


Die Interaktion der beiden Pole scheint sich als Oszillation zu vollziehen. Es ist kein linearer Prozess, sondern eine Schwingung.



Der Eigenrhythmus des psychischen Selbstheilungssystems lässt sich in jeder Therapiestunde beobachten. Je nach Individuum und je nach Art des emotionalen Belastungsmaterials stabilisiert sich ein optimaler Wechsel zwischen negativem und positivem Pol. Es bewährt sich sehr, diesen Eigenrhythmus zu unterstützen und ihn nicht durch eigene Bedürfnisse oder behandlungstechnisch-normative Vorgaben zu stören.

Das Vier-Phasen-Modell:



Stabilisierungsphase

Die Stabilisierungsphase der Behandlung beinhaltet nach der Erhebung einer Baseline schon in der Anfangsphase der Behandlung eine Entscheidung zur Mitarbeit im Bulimie-Behandlungsprogramm verbunden mit der systematischen aktiven Kontrolle von Heißhungeranfällen und kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtssteuerung und dem Aufbau einer regelmäßigen Mahlzeitenstruktur. Die Patientinnen können in einer Entscheidungsphase in den ersten zwei bis drei Wochen der Behandlung überprüfen, ob sie dem sogenannten "Bulimie-Heilungsvertrag" zustimmen, mit dem sie für eine kontinuierliche Reduktion der Symptomatik Verantwortung übernehmen. Der Vertrag ist maximal transparent gestaltet. Er unterscheidet sich von verhaltenstherapeutischen Fremdkontrollprogrammen im Kern deshalb, weil alle Bestandteile (Aufbau, Formulierungen) mit größter Sorgfalt nur einem Ziel dienen: einen selbstorganisatorischen Rahmen zu bilden, in dem die Autonomie des Systems Patientin nicht beschädigt wird. Die Kernsätze des von uns entwickelten Bulimie-Heilungsvertrags lauten:

§ 1 Mit dieser Vereinbarung lege ich mich darauf fest:

Ich bin es wert, ein normales Leben ohne Bulimie zu führen.

Ich darf mich für dieses Ziel einsetzen.

Ich bin gut so wie ich bin, ich werde mein wahres Selbst und mein inneres Kind nicht mehr in der Bulimie verstecken.

§ 2 Ich werde mein inneres Kind annehmen, ernst nehmen und mich darum kümmern. Ich werde es neu kennenlernen und beschützen. Ich werde deshalb Kotzanfälle und Fressanfälle komplett aus meinem Umgang mit meinem inneren Kind entfernen.

§ 3 Jeder Tag, an dem ich diese Vereinbarung verletze, ist ein schlechter Tag für mich und mein inneres Kind. Ich werde deshalb den Zimmertag und die Ruhephase sorgfältig einhalten.

§ 4 Jeder Tag, an dem ich diese Vereinbarung einhalte und fürsorglich mit mir und meinem inneren Kind umgehe, ist ein guter Tag. Ich werde mir für jeden dieser guten Tage etwas ausdenken, womit ich mir eine Freude mache.

§ 5 Falls mir neue Praktiken einfallen, wie ich mein inneres Kind weiter hungern lassen könnte (z.B. magersüchtiges Verhalten), werde ich mein inneres Kind auch davor wirksam schützen.

§ 6 Ich werde mein Therapieprotokoll sorgfältig führen.

§ 7 Ich werde mich solange an diese Vereinbarung halten, bis ich vollkommen sicher bin, dass ich es wert bin, ein Leben ohne Bulimie zu führen.

Ich kann mich jederzeit gegen diese Vereinbarung entscheiden und die Therapie beenden.

Die Patientinnen führen selbständig ihr Bulimeprotokoll und besprechen dieses täglich im Rahmen einer Gruppe mit anderen Bulimiepatientinnen und einer Pflegekraft.

Parallel bekommen die Patientinnen in Einführungsveranstaltungen das Therapierational vermittelt: die Notwendigkeit der Analyse bestehender Negativmuster, das Prinzip der aktiven Selbststabilisierung und damit einhergehend die Entscheidung zur Nutzung eigener Ressourcen zur Stabilisierung. Die Schwere der Störung – die Ausprägung der bulimischen Symptomatik ist ja extrem unterschiedlich – beeinflusst dabei nicht den Stabilisierungsprozeß. Unsere Erfahrung ist hier derart, dass häufig Behandler ihren Patienten bestimmte Entwicklungsschritte nicht zutrauen und damit eine gemeinsame Wirklichkeit konstruieren, die nicht heilungsförderlich ist. Ganz im Gegensatz dazu ist unsere durchgängige Erfahrung, dass unabhängig von der Häufigkeit und Intensität der Symptomatik vor allem wichtig ist, die Stabilisierungsentscheidung zügig zu treffen und damit die vorhandenen Ressourcen zu aktivieren.

In der Logik des zunächst im Rahmen der Traumapsychotherapie entwickelten Vier-Phasen-Modells der Psychotherapie finden Focussierungen in bezug auf den Bereich Selbstwertstörung der Bulimiepatientinnen vor allem in der zweiten und dritten Phase statt (Ressourcenorganisation und Exposition).

Ressourcenorganisation

Bei der Ressourcenorganisation geht es darum, im Patienten liegende Fähigkeiten, d.h. Wahrnehmungs-, Denk- und Erlebnisweisen, innere Haltungen oder Einstellungen sowie Körperrepräsentanzen, die für die Lösung eines Problems geeignet sind oder ein Gegengewicht zu einer belastenden Situation darstellen, zu nutzen, nutzbar zu machen. Die Ressourcenorganisation entspricht teilweise verhaltenstherapeutischen Modellen, indem in einem weiteren Schritt zum Beispiel Informationsvermittlung stattfindet oder adaptive Verhaltensmuster eingeübt werden.

Eine Erweiterung findet durch den Einsatz der Methode des Standard-EMDR und des bipolaren EMDR statt. Der Rahmen der Behandlung wird so aufgebaut, dass die Patienten lernen, mit ihren positiven Gefühlen wieder eine Verbindung herzustellen. Gerade die Fähigkeit zu einem dynamischen Wechsel zwischen Ressourcenpol und Belastungspol stellt eine wichtige Voraussetzung für die spätere Expositionsarbeit dar. Die Patientinnen lernen, über selbständige Ressourcenaktivierung in Belastungssituationen wieder emotionale Stabilität herzustellen. Eine zentrale Ressource (in der Bulimiebehandlung), und damit auch eine zentrale Stabilisierungsfähigkeit, stellt die Beziehung zum Gegenüber dar.

Expositionsphase

In der Expositionsphase wird Belastungsmaterial von geeigneter Stärke reprozessiert.

Die durchgängige Erfahrung in der Expositionsphase im Rahmen des EMDR-Verfahrens bei Patienten, die (schwere) Abwertungs- und Kränkungserfahrungen gemacht haben im Vergleich zu Patienten mit einem Monotrauma ist: SUD (Subjective Units of Disturbance; deutsch: Grad der Belastung) und VoC (Validity of Cognition; deutsch: Stimmigkeit der Kognition) bleiben größer als 0 beziehungsweise kleiner als 7. Somit gibt es einen Unterschied zwischen der Exposition mit im engeren Sinne traumatischen Situationen (sexueller Mißbrauch, Unfallereignis, etc.) und schweren Kränkungssituationen. Sind Bindungsstressoren also ein potentiell traumatischer Reiz? Sind Konflikte in der Verarbeitung anders als klassische Monotraumata?

Bindungsstressoren und Konfliktmaterial beziehen sich häufig nicht auf eine isolierte Situation (wie zum Beispiel bei einem als traumatisch erlebten Verkehrsunfall), sondern finden häufig wiederholt und gegebenenfalls auch unbemerkt statt. Es können multiple

Verknüpfungen zu verschiedenen Personen, Umgebungsreizen usw. bestehen. Häufig ist der Kern (z. B. die Emotion des Gegenübers, z. B. Verachtung) vom Betroffenen nicht benennbar, weil nie bewusst wahrgenommen. Aber die Patientinnen leiden unter bestimmten Symptomen, die mit diesen Belastungen in Verbindung stehen. Die Stärke dieser emotionalen Belastung ist aber häufig geringer als bei klassischen Traumata.

Vergleicht man verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation mit dem Expositionsprozeß unter den Bedingungen des EMDR-Standardprotokolls, so finden sich hier bedeutsame Unterschiede. Bei der verhaltenstherapeutischen Konfrontationsbehandlung werden Patienten dazu angeleitet, genau solche Situationen aufzusuchen, welche die Anspannung auslösen. Dadurch sollen Habituationsprozesse begünstigt und neue Verhaltensmuster aufgebaut werden.

Die optimale Vorgehensweise beinhaltet verschiedene Phasen. In der Diagnostikphase wird vor allem verhaltensanalytisch die Indikation für eine Exposition geprüft. Durch die Vermittlung eines Erklärungsmodells und eines Konfrontationsrationalis bereitet der Verhaltenstherapeut den Patienten sorgfältig vor und reduziert dadurch Widerstände und schafft Akzeptanz für die anstrengende Konfrontationsphase. Therapeuten unterstützen den Prozeß der kognitiven Vorbereitung durch eine systemimmanente Gesprächsführung, d.h. sie versetzen sich in das kognitive und emotionale System des Patienten, antizipieren dessen Einstellungen, Schlußfolgerungen und Bedenken und verbalisieren diese. In der folgenden Expositionsphase wird eine direkte Konfrontation mit den symptomauslösenden Reizbedingungen hergestellt und es wird darauf geachtet, dass jegliche Form der Vermeidung verhindert wird (Reaktionsverhinderung), z.B. auch kognitive Vermeidung im Sinne von Ablenkung.

Die genaue Betrachtung einer kritischen Situation, wie wir sie in der Verhaltenstherapie in der Mikroanalyse durchführen, ist ähnlich wie die Arbeit mit dem Standardprotokoll beim EMDR. Die Frage nach dem "schlimmsten Moment" im EMDR entspricht der exakten Prüfung der Stimulusbedingungen, die dann zu einem bestimmten Verhalten führen. Die Bedeutung von Ressourcen ist in der Verhaltenstherapie unumstritten. Sie sollten von Beginn der Therapie an systematisch aktiviert werden (Grawe, 2004; Smith & Grawe, 2005) und die Ressourcenaktivierung sollte über den ganzen Therapieprozeß immer stärker ausgeprägt sein als die Problemaktivierung (Grawe, 2004). In der verhaltenstherapeutischen Vorbereitung auf den Expositionsprozeß wird aber normalerweise kein Bi-Pol aus Traumaschema und

spezifischem Heilungsschema aufgebaut. Der Ressourcenbegriff hat zwar zunehmend Bedeutung in der Behandlung gefunden, die Ressourcen werden aber nicht derart systematisch in den Behandlungsprozeß eingebaut.

In der modernen Traumatherapie (Plassmann, 2006) gehen wir aber davon aus, dass Heilungsprozesse in einer rhythmischen Bewegung zwischen dem Ressourcenpol und dem Belastungspol stattfinden. Der Heilungsprozeß ist sozusagen dialektisch, die dritte von zwei Möglichkeiten.

Im Rahmen des EMDR-Standardprotokolls wird sowohl die Vergangenheit, also der ursprüngliche (traumatische) Vorfall, fokussiert, als auch die Gegenwart, also gegenwärtig wirksame interne Stimuli, die langfristig dysfunktionales Verhalten auslösen, berücksichtigt. Und es werden neue, adaptive Bewältigungsstrategien verankert, um die Selbstwirksamkeitserwartung zu verbessern. Wenn es in einer verhaltenstherapeutischen Sitzung gelingt, dass der Patient im Kontakt mit gegenwärtig aktiven Ressourcen ist und gleichzeitig mit seiner Aufmerksamkeit am Belastungsmaterial, so ist die Methode genauso wirkungsvoll wie die EMDR-Methode. Oder anders gesagt: Verhaltenstherapie ist nur dann wirksam, wenn sie auch bipolar ist. Wenn beide Muster, Ressourcen und Belastungsmaterial, gleichzeitig aktiv sind entsteht die Grundlage für selbstorganisatorische Prozesse. Der durch das EMDR-Standardprotokoll aufgebaute Rahmen ist offensichtlich sehr gut geeignet, die Verbindung zwischen der Vergangenheit und den Ressourcen im Hier und Jetzt im Patienten entstehen zu lassen.

Der Expositionsprozeß beim EMDR hat noch einen weiteren wichtigen Unterschied zur Verhaltenstherapie: In der Expositionsphase des EMDR wird die Patientin dazu aufgefordert, „einfach auf das zu achten“, was geschieht (mindful attention). Die Standardinstruktion ist, es soll einfach gelassen werden, was geschehen möchte, und ganz häufig tauchen bei der Exposition mit belastendem Material spontan Ressourcen auf, denen dann wiederum gefolgt wird. Diese spontanen Heilungskräfte werden durch die Fokussierung auf das Belastende und die strikte Unterbindung von Vermeidungsverhalten im verhaltenstherapeutischen Expositionsprozeß zu wenig berücksichtigt. Was spontan im Prozeß auftaucht sollte nicht *per se* als negatives Vermeidungsmuster verstanden werden; häufig finden genau in diesem Moment sehr kreative selbstorganisatorische Prozesse statt, die durchaus in ein verhaltenstherapeutisches Theorie- und Therapiemodell integrierbar wären. In der dialektisch behavioralen Therapie (Linehan, 1996) werden diese Elemente des Behandlungsprozesses

erkannt und finden sich in der therapeutischen Haltung wieder. Es muß wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass Habituation an eine bestimmte Reizkonstellation nur einen Teil des Veränderungsprozesses ermöglicht; wahrscheinlich bilden neue, kreative Informationsverarbeitungsprozesse, im Sinne einer Modifikation emotionaler Erinnerungsnetzwerke, den wesentlicheren Bestandteil des Heilungsprozesses (vgl. Foa & Kozak, 1986; Foa et al., 1989; Shapiro, 2001).

Literaturangaben:

Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C.G., Wilson G.T. & Krarmer, H. (2000): A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum.

Bowlby, J. (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt, Fischer.

Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. & Peveler, R.C. (1995): A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

Foa, E.B., & Kosak, M.J. (1986): Emotional processing of fears: Exposure to corrective information.. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989): Behavioral / cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 22 (2): 155-176.

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

Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (1996): Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Weinheim, Beltz.

Köpp, W. & Jacobi, G. E. (2000): Beschädigte Weiblichkeit. Essstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch. Asanger.

Linden, M. (2005): Die Posttraumatische Verbitterungsstörung. *Psychoneuro* 2005; 31 (1): 21-24.

Linehan, M.M. (1996): Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. München, CIP-Medien, München.

Nord, C., Höger, D., Eckert, J.(2000): Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 4; 76-86.

Plassmann, R. (2006): Mikrotraumatologie und Körper. Vortrag in Wien am 24.09.2006.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T, Fearson, P. (2000): Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. *Psychother Res.* 10: 408-420.

Safer, D.L., Telch, C.F. & Agras, W.S. (2001): Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.

Shapiro, F. (1989): Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.

Shapiro, F. (2001): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2. Ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2003): EMDR als integrativer psychotherapeutischer Ansatz. Jungfermann, Paderborn.

Shaver, P.R., Collins, N. & Clark, C.L. (1996): Attachment Styles and Internal Working Models of Self and Relationship Partners. In G.J.O. Fletcher & J. Fitness (Eds.), Knowledge Structures in Close Relationships (pp. 25-62). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Smith, E. & Grawe, K. (2005): Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 112-123.

Steins, G. & Remy, C. (1996): Selbstkonzept und Bedürfnis nach sozialer Anerkennung bei Bulimikerinnen. *Zeitschrift für Psychologie*, 204, 187-198.

Steins, G., Albrecht, M. & Stolzenburg, H. (2002): Bindung und Essstörungen: Die Bedeutung interner Arbeitsmodelle von Bindung für ein Verständnis von Anorexie und Bulimie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (4), 266-271. Göttingen, Hogrefe.

Stuart, S., Pilkonis, P. Heape, C., Smith, K., Fisher, B. (1990): The patient-therapist match in psychotherapy. Effects of security of attachment and personality style. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh.

Waadt, S., Laessle, R.G. & Pirke, K.M. (1992): Bulimie – Ursachen und Therapie. Berlin, Springer.

ARBEITSBLATT FÜR GRUPPENPRAKTIKUM

Zweiseitige Version

Bitte schreiben Sie die Antworten Ihrer KlientIn auf folgende Fragen hier auf

2 Spezifische Instruktionen:

„Wir werden im Verlauf der EMDR - Sitzung immer wieder die Lage prüfen. Ich benötige dann von Ihnen möglichst klare Rückmeldungen. Manchmal zeigen sich Veränderungen, manchmal nicht. Ich werde sie fragen wie Sie sich fühlen auf der 0 – 10 Skala – manchmal gibt es Änderungen, manchmal nicht. Bei diesem Prozeß gibt es kein „Muß“. Ich werde Sie fragen, ob etwas Neues aufgetaucht ist – manchmal wird das der fall sein, manchmal nicht. Versuchen Sie nur, so genau wie es Ihnen möglich ist, zu schildern, was passiert, ohne es zu bewerten. Lassen Sie das, was passiert einfach geschehen. Wir werden eine Weile Augenbewegungen durchführen, dann werden wir darüber sprechen.“ (Denken Sie daran, die KlientIn zu erinnern, daß sie durch Handzeichen jederzeit **STOP** signalisieren kann.)

3 Ausgangssymptome oder Erinnerung

„Mit welchem Symptom oder welcher Erinnerung möchten Sie heute arbeiten?“

Mutter beschämt, entwertet F. öffentlich. „Igit, du hat ja schon Orangenhaut!“

Bild

„Welches Bild stellt den schlimmsten Teil des Vorfalls dar?“

Schlimmster Moment: Der jüngere Freund der Mutter schaut in diesem Moment zur Patientin hinüber und lacht.

Negative Kognition (NK)

Gibt es Worte, die das Bild in ihnen auslöst? Welche Worte beschreiben am besten Ihre negative Einstellung zu sich selbst? Am Besten ist eine Einstellung, die Sie **jetzt** spüren können und ein Satz in „Ich – Form“.

„Ich bin nicht in Ordnung!“

Positive Kognition (PK)

„Wenn Sie sich das Bild/Ereignis vorstellen, wie würden Sie **jetzt** gerne über sich denken?“

„Ich bin OK so, wie ich bin!“ / („Ich werde (richtig) wahrgenommen!“)

VoC (Stimmigkeit der Kognition)

„Wenn Sie an das Bild/Ereignis denken, wie zutreffend **fühlt** sich diese positive Selbsteinschätzung (wiederholen Sie die PK) **jetzt** auf einer Skala von 1 bis 7 an, wenn 1 völlig falsch und 7 völlig richtig stimmig ist?“

1 2 3 4 5 6 7
(völlig falsch)

(stimmt total)

Emotionen/Gefühle

„Wenn Sie sich das Bild/Ereignis zusammen mit dem negativen Satz (NK wiederholen) vorstellen, welche Gefühle kommen **jetzt** in Ihnen auf?“

Wut, Trauer

