

Traumatherapie mit EMDR bei Menschen mit Psychosen in der Vorgeschichte

Die Gruppe der Klienten:

In der Arbeit mit chronifizierten Problemstellungen haben wir es immer wieder mit Menschen zu tun, die aufgrund psychotischer Vorerfahrung eine Psychotherapie aufsuchen. In der Regel ist der Leidensweg schon sehr lange. Die Klienten sind insoweit erfahren, dass sie gelernt haben, jede unangenehme Gefühlsreaktion und jedes sehr starke Gefühl, als ein Ergebnis ihrer zu großen Empfindlichkeit zu interpretieren. Das führt dazu, dass sie eigenen Gefühlen misstrauen und somit eigentlich ganz ehrlich sind, wenn sie uns sagen: ich habe noch nie etwas traumatisches erlebt.

Es erscheint uns wichtig, auch bei Menschen mit Psychoseerleben nach Traumatisierung zu schauen. Dafür gibt es vielfältige Gründe.

1. Menschen, die zu beiderlei Symptomatiken einen Bezug haben, befinden sich in der Therapie in unterschiedlichen Phasen, bei denen mal die eine, mal eher die andere Symptomatik dominiert. Für die Behandlungsstrategie ist unerlässlich, sich deutlich zu machen, in welcher Phase sich der Klient gerade überwiegend befindet, und welche Behandlungsstrategien einzusetzen sind ?
2. Psychosen selbst können, je nach ihrer Ausprägung und ihrem Inhalt, auch selbst wiederum traumatisierende Auswirkungen haben.
3. Psychosen und bestimmte Auswirkungen posttraumatischer Belastung führen leicht zu Verwechslungen. 30 % aller Schizophreniediagnosen sind Fehldiagnosen. Hochdissoziative Borderline-Klienten werden als multipel, oder aber Menschen, die tatsächlich eine dissoziative Identitätsstörung haben, werden als schizophren diagnostiziert, weil man den Schilderungen von Grauen und Gewalt nicht Glauben schenken möchte oder kann.
4. Auch bei der Frage der Therapiemotivation und der Veränderungsmöglichkeit spielt das Wissen um Traumatisierung eine bedeutsame Rolle. Traumata lassen sich gut behandeln, auch bei Menschen mit Psychosen in der Vorgeschichte, wenn diese gerade nicht akut sind. Dann besteht auch nicht (bei maßvoller und gezielter Traumatherapie) das Risiko von psychotischen Dekompensationen.
5. Das Risiko von akuten Dekompensationen wird geringer, wenn alte Traumata stabil bearbeitet sind. Der Stress, den ein immer wieder aufflackerndes Trauma, oder ein im Alltag leicht zu triggerndes Trauma auslöst (oder auch nicht-Schlafen, Alpträume, intrusive Bilder...), und die Energie, die durch sein Unterdrücken im Alltag gebunden wird, lassen sich so deutlich mindern.

Es gibt also einerseits Ähnlichkeiten, andererseits auch Unterschiede zwischen diesen beiden Erlebnis- und Verarbeitungsweisen. Beide stehen aber häufig miteinander in Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig

Aber, das werden die Unterschiede zeigen, sie benötigen unterschiedliche Herangehensweisen und Therapieansätze, damit erfolgreiche Linderung der Beschwerden möglich ist.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Psychosen und posttraumatischen Symptomen

Dissoziative Symptome:

Psychosen sind selbstredend ebenfalls dissoziative Symptome, also Symptome, bei denen die Abspaltung eine Rolle spielt. Insbesondere steht aber hierbei im Vordergrund, dass es zu einer vollständigen Abkopplung zwischen sichtbarer Welt, Erfahrung gekommen ist, in der Repräsentation und dem Erleben. Hierbei kommt es in der Regel auch nicht zu einer Altersregression und es stellt auch kein Wiedererleben einer bereits vorhandenen Situation dar. Sie stellt auch keinen Flash-Back aus Fragmenten einer Ursprungssituation dar. Schon eher können sie bisweilen metaphorisch verstanden werden. Sie sind im Sinne Lempp's zu verstehen als psychische Notfallreaktionen.

Häufig wird im Bereich des Stimmen Hörens angenommen, es handele sich per se um eine psychotische Erlebensweise, tatsächlich kann es sich um einen Flash-Back handeln.

Weitere dissoziative Symptome (wie sie z.B. bei DESNOS (Komplexe PTBS) auftreten) sind:

Amnesien:

Das Fehlen von Zeit gehört in diesen Bereich ebenso, wie Erinnerungslücken für große Strecken der eigenen Biographie. Dies ist im Rahmen rein psychotischen Erlebens nicht vorhanden. Eher fehlt die gegenwärtige Möglichkeit einer Einordnung und Orientierung in der Akutphase. Amnesien werden eher für die Psychose oder Teile davon berichtet, wobei in der Literatur unklar bleibt, wie weit dies auch einfach mit Schamgefühlen zu tun hat.

Absorption:

Dies bedeutet ein Weggetretensein, eine geistige Abwesenheit, wie man sie bei Kindern im Spiel kennt. Sie sind nicht ansprechbar für die Gegenwart. Dieses Symptom kann sich innerhalb der PTBS finden, aber auch in Folge von psychotischem Erleben. Viele psychotische Klienten werden während oder nach Akutzeiten erlebt wie in Watte. So dass es schwer scheint, einen Zugang zu Ihnen zu bekommen.

Derealisation:

Dies kann in der akuten Psychose genauso passieren wie während dissoziativer Symptome bei der PTBS. Hierzu gehören Erlebnisse wie: Mein Arm gehört nicht zu mir, oder auch Verzerrungen des eigenen Körpers oder der Außenwelt. Dies sind Hinweise auf eine Informationsverarbeitung unter extremen Stress und können als Flash-back bei PTBS oder in der Psychose auftreten.

Konversion:

Bei PTBS findet das Trauma seinen Ausdruck in körperlicher Symptomatik. So spürt die vergewaltigte Frau wieder die Unterleibschmerzen. Als werde sie jetzt vergewaltigt. Als psychotisches Symptom wäre dies zu verstehen als ein Ausdruck körperlicher Schmerzen etc. ohne Vorgeschichte aber cave !: eine Vorgeschichte nicht zu kennen heißt noch nicht, dass diese nicht existiert. Konversionssymptome können sich auch als psychogene Lähmung zeigen, hier erscheint manches ähnlich zu den katatonen Zuständen der Schizophrenie.

Auswirkungen verschiedener States

Ursachen verschiedener States

Häufig sind die ausgeprägten PTBS Symptome, bzw. die PTBS States auch an Erfahrungen körperlicher Gewalt oder körperlicher Verletzung gebunden. Für die psychotischen States dominieren eher psychische Gewalt oder geistige Zerstörung als einer der Ausgangspunkte.

Familiäre Bindungen

Während bei primär psychotischen Erlebnisweisen eher starke und enge familiäre Bindungen zu beobachten sind, ist dies bei primär PTBS-Erlebnisweisen so nicht zu beobachten. Selbstredend in der Vielzahl der Fälle in denen starke Traumaerfahrungen und Psychoseerleben zusammenkommen, sind auch die familiären Bindungen entsprechend unterschiedlich. Außerhalb erlebtes Trauma kann natürlich familiäre Bindungen stärken, aber manche Traumaerfahrungen (z.B. Tod des Kindes) trennt die Partner eher, als sie zu binden. Manche Klienten zeigen auch ganz deutlich unterschiedliche Bindungsmuster, je nach Thema, das sie bearbeiten.

Beziehungsgestaltung

Akut traumatisierte Menschen sind durchaus beziehungsfähig, können aber bedingt durch die Traumatisierung (so sie denn von Menschen gemacht ist) extremes Misstrauen in andere Menschen empfinden und die trennende Erfahrung des Traumas kann auch in die Isolation führen (nicht wie andere zu sein – die Erfahrung trennt mich). Für extreme Traumata hat Jean Améry dies einmal beschrieben mit: „...wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt.“ Chronifiziert traumatisierte Menschen können sehr unterschiedliche Beziehungsgestaltungen aufweisen. In der Therapie begegnen uns Menschen die misstrauisch, vertrauensselig, ängstlich oder zugänglich sind. Dies ist individuell sehr verschieden. Menschen, bei denen die psychotische Verarbeitung zu einem gegebenen Zeitpunkt dominiert sind häufig schwierig zu erreichen, erscheinen gar nicht oder nur bedingt im Kontakt mit uns. Sie scheinen in einer anderen Welt zu leben und ihr Verhalten erscheint als von uns unabhängig. Hier haben wir oft die Notwendigkeit ihre Verhaltens- und Erlebensweisen wieder in Beziehung zum sozialen Kontext zu setzen. Regelmäßig erscheint der Kontakt zu ihren Herkunfts-Familien bei Menschen, die über mehrere psychosenahe Erfahrungen verfügen enger, als dies bei Menschen der Fall zu sein scheint, bei denen die Traumatisierung deutlich überwiegt oder keine Psychosen bestehen. Interessanterweise ist es sowohl für Psychosen eine erhöhte Rückfallgefährdung, als für traumatisierte Menschen eine schlechtere Verarbeitungsmöglichkeit und damit Chronifizierung, wenn sie mit Angehörigen leben, deren Verhaltensweisen eher den expressed emotions zuzuordnen sind.

Informationsverarbeitung

Luc Ciompi beschreibt für schizophrene Klienten die Schwierigkeiten in der Verarbeitung von cross-modalen Reizen. Also z.B. damit umzugehen, dass der Sprecher vorn steht und die Stimme aus dem Lautsprecher hinten kommt. Hier kommt es dann zu Zuordnungsproblemen, denn „etwas stimmt nicht“. Die Wahrnehmung von schizophrenen Klienten kann man sich hier eher als übergenu vorstellen, was dann erklärt, dass sie eine Hohlmaske eines Gesichts als solche sehen, die von nicht psychotischen Menschen als normales Gesicht interpretiert wird. D.H. für Widersprüche in den Sinneskanälen sind die Klienten nicht so gut gerüstet, weil sie es genau nehmen. Andere Menschen haben hier eine höhere Toleranz beim Ausfiltern von Reizen.

Die Informationsverarbeitung ist auch bei PTBS extrem gestört. So wird nicht nur die Verarbeitung der alten und traumatischen Information blockiert, sondern auch die Verarbeitung neuer Information. So klagen diese Menschen häufig über Unmöglichkeiten sich zu konzentrieren, sich Dinge zu merken und abzuspeichern, obgleich sie diese gut verstanden haben. Als Extrembeispiel mag hier dienen, eine junge Frau, die zunächst im Studienfach so viel Probleme hatte, dass es aussah, als müsse sie dies nach dem Grundstudium aufgeben. Schließlich konnte durch Traumaarbeit die Informationsverarbeitung so verbessert werden, dass sie ihr Fach mit einer Dissertation abschloss. Auch bei Kindern mit ADS-Diagnose wird mittlerweile diskutiert, wie viele eigentlich tatsächlich Trauma-Klienten sind.

Und hier zeigt sich: Je nachdem welchem Bereich sie die Informationsprobleme zuordnen, werden sie unterschiedliche Maßnahmen ergreifen, ihnen zu begegnen.

Zeiterleben

Im Zuge dissoziativer Symptome lässt sich die Zeit bisweilen sehr gedehnt erleben. Wer schon einmal einen ernsteren Unfall hatte wird sich erinnern, wie es völlig gedehnte Zeit gab mit vielerlei Gedanken und Überlegungen. Nachträglich zeigte sich dann, dass es im Millisekundenbereich ablief. Aber da diese Vorgänge primär Amygdalabedingt und damit ohne Zeiterleben vor sich gehen, und es zu einer extremen Opiatausschüttung kommen kann, sind die zeitlichen Wahrnehmungen hier verändert.

Bei psychotischen Klienten erleben wir ebenfalls Probleme mit der Zeit. Im Zuge ihrer Psychose erscheinen sie häufig desorientiert und nicht im Klaren über Wochentag, Jahr, eigenes Alter usw...

Reiz-Überflutung

Sowohl bei PTBS als bei Psychosen findet sich eine Reizüberflutung. Während in der akuten Psychose eher eine externe Attribuierung vorgenommen wird (es geht einem schlecht, weil man von Außerirdischen verfolgt wird), findet sich beim akuten Trauma-Klienten eher eine interne Attribuierung. Hier wird das Trauma eher negiert (es war nicht so schlimm, müsste längstens weg sein). Die Person beschuldigt eher sich selbst als verrückt oder zu empfindlich. Während in (sehr wohl aber danach) der Psychose kein Scham- oder Schuldgefühl über die Ereignisse zu entdecken ist, ist dies eines der Leitsymptome für akute PTBS.

Langsamkeit

Psychosen stören ebenso wie Traumata die Informationsverarbeitung. Während bei traumatisierenden Erfahrungen der Reiz selbst zu extrem ist, um eine ungehinderte Verarbeitung zu ermöglichen, ist im Falle psychotischer Verarbeitung der einzelne Reiz scheinbar gering (wir wissen nicht, wie die Landkarte dazu bei der Person aussieht), wird aber durch extreme Verstärkung (zu viel Dopamin) ebenfalls zu einem überwältigenden Reiz. Menschen mit traumatisierenden Erfahrungen klagen häufig über die Unmöglichkeit Reize abzuspeichern (obgleich sie sie verstanden haben), als ein extremes Ausmaß an Vergesslichkeit. Menschen mit Psychoseerfahrung berichten eher darüber, dass es schwer falle, gleichzeitig angebotene Reize adäquat zu filtern und so ein Informations- oder Reizstau entsteht, der ein Verstehen zunächst in normaler Geschwindigkeit gar nicht zulässt. Beide Klientengruppen berichten über ein hohes Maß an Absorption oder Abgelenktheit, über ausgeprägte Störungen der Konzentration.

Zweifel versus Sicherheit

In einem psychotischen State sind die Klienten von der Zuschreibung nach außen (die Außenwelt hat diese Situation verschuldet) vollständig überzeugt. Die Anderen sind schuld (mit Ausnahme eines Schuldwahns natürlich). Demgegenüber stehen die in einem PTBS State befindlichen Klienten, die vehement sich selbst beschuldigen und ihre Unfähigkeit zur Ursache für das Erlittene machen.

Umgang mit Ambivalenz

Innerhalb psychotisch dominierter Phasen steht im Vordergrund, Ambivalenz in sich auszuhalten und vor allem, auszudrücken zu lernen, damit diese nicht agiert werden muss. Hier dominieren Erfahrungen der Zerrissenheit. Klienten müssen hier lernen, die Dinge in einem zeitlichen Nacheinander wieder einzuordnen. Ein Klient meinte einmal zu Thomas Bock: „Wenn es den Therapeuten gelänge, unsere innere Widersprüchlichkeit in Worte zu fassen, bräuchten wir viel weniger Psychosen und Medikamente.“

Innerhalb traumatisch dominierter Phasen (vor allem wenn die Traumata Menschen zuzuschreiben sind), geht es um die Integration von Ereignissen, Verhaltensweisen in das eigene Werteverständnis, die schwer auszuhalten sind. „Wie, so fragt eine Klientin, soll ich denn aushalten, dass dies bedeutet, dass es Menschen gibt, die sogar absichtlich anderen Schaden zufügen?“

In beiden Phasen geht es darum mit Widersprüchlichkeiten in der Welt umgehen zu lernen, damit, dass diese Welt nicht eindeutig definierbar ist für alle Zeiten und zu lernen, darüber zu reden.

Sinn / Unsinn / Widersinn / Irrsinn

Für beide Klientengruppen gilt, dass sie innerhalb der Therapie, wenn diese erfolgreich verlaufen soll, ein Verständnis darüber entwickelt werden muss, wie es überhaupt zu den verschiedenen Symptomen gekommen ist. (Nicht im Sinne der Ursache, sondern im Sinne einer Nachvollziehbarkeit und häufig einer Versteh- und Verzeihbarkeit). Und diese Erklärung muss besonders in einer Hinsicht tragfähig sein: wenn es nicht gelingt, mit mitfühlendem Verständnis der eigenen Biographie zu begegnen und den darin vorkommenden Symptomen, dann ist das Risiko groß für Rückfälle. Gelingt es, dann sind Äußerungen wie die folgenden möglich:

„Ich habe mal in eine Psychose reingeguckt, aber ich bin nicht mehr rein gegangen“ oder auch „Ich habe meine Lebenslust wiedergefunden.“ Bis dahin ist es manchmal ein längerer Weg.

Was bedeutet dies für die EMDR-Therapie?

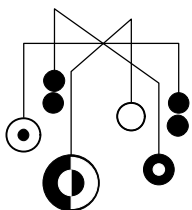
Zunächst haben wir einen langen Zeitraum (Jahre) bis ein Einsatz von EMDR möglich ist, und die Motivations- und Beziehungsarbeit ist ausgesprochen aufwendig. Eine Orientierung an einem mehrfach „trocken“ durchgesprochenen Standardprotokoll, ergänzt durch leitende Sprache des Therapeuten (Jawohl – die Augen auf die Finger – einfach laufen lassen..) die Prozess begleitend sind, sind hier das Mittel der Wahl.

Die EMDR-Sitzungen selbst sind je nach Klient sehr verschieden: von trocken (fast langweiligen Sitzungen) bis hin zu engagiert lebhaften EMDR's mit deutlicher emotionaler Beteiligung. Ersteres (nämlich das trockene Abarbeiten der Emotionen) erscheint uns langfristig hier das tragfähigste Modell.

Abschließend kann also gesagt werden, auch Psychosen in der Vorgeschichte verhindern nicht grundsätzlich eine Bearbeitung mit Techniken der Traumakonfrontation wie z.B. EMDR, allerdings ist eine gute Vorbereitung hierbei mit Blickrichtung darauf zu gestalten, ein Wiederaufflammen psychotischen Erlebens zu verhindern.

* Vortrag für einen EMDR- Vertiefungskurs

© Villa Lindenfels



Institut für systemische Therapie und Traumatherapie

Psychotherapeutische Praxis

Gaby Breitenbach / Harald Requardt

Lindenfelsstraße 35, 70327 Stuttgart,

Telefon 0711 - 48 00 00 8, Telefax 0711 - 48 10 08