

Imaginative Techniken in der Psychotherapie



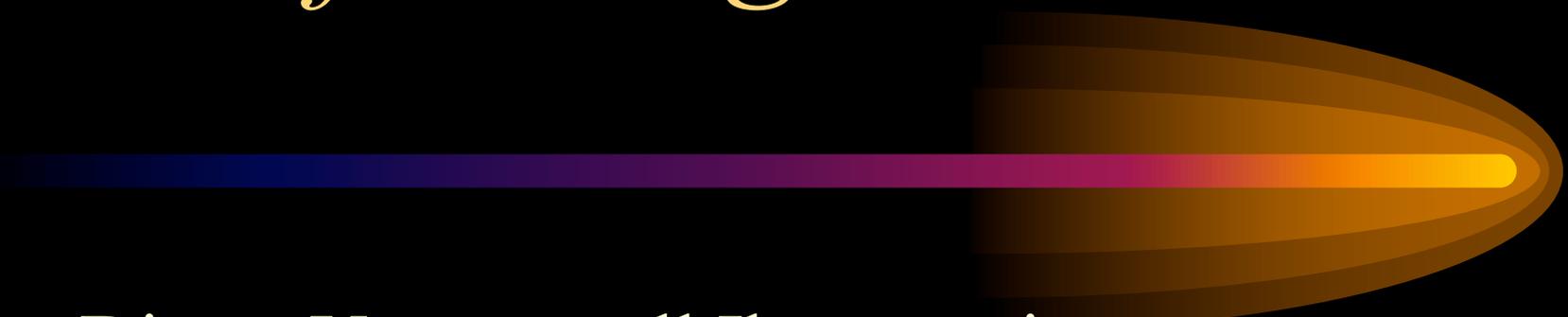
Dr. Thomas Klihm

Mozartstr. 7

D-83101 Rohrdorf/Thansau

www.psychotherapie-klihm.de

Einführung



- Dieser Vortrag soll Ihnen meine Vorstellung von Grundlagen, Zweck und Ziel therapeutischer Arbeit mit imaginativen Techniken nahe bringen, also Techniken, die mit dem bildhaft anschauliche Denken arbeiten.
- Wir werden heute als praktisches Beispiel uns mit dem **EMDR** beschäftigen.

Einführung



- Ich arbeite als Supervisor und Psychotherapeut mit Kassenzulassung in eigener Praxis in Kufstein.
- Ich bin in Deutschland als Psychotherapeut ohne Kassenzulassung approbiert.
- Ich arbeite zusätzlich in Deutschland in einer Einrichtung für sozialpsychiatrische Rehabilitation.
- Ich bin seit rund 10 Jahren aktives Mitglied der DAPO.

Hauptthesen



- Imaginative Techniken arbeiten primär mit der **Intuition** als eine der Grundfunktionen der Psyche nach C.G. Jung.
- Information über Selbst- & Fremdobjekte und deren Relativitäten wie Dynamik werden nicht nur im Nervensystem sondern auch im kompletten Netzwerk Leib (Merleau-Ponty) abgespeichert.

Hauptthesen



- Verschiedene Techniken der Psychotherapie versuchen schwerpunktmäßig die unterschiedlichen Grundfunktionen der Psyche: Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Intuieren und das daraus resultierende Verhalten anzusprechen.
- Das EMDR arbeitet mit Vorstellungsbild + Gefühl + Kognition + Empfindung + Wahrnehmungsreiz, es ist also eine integrative Technik.

Hauptthesen

Imaginative Techniken

Induzierter Tagtraum

Gelenkter Tagtraum

AT-Oberstufe

E ye M ovement

K atathymes

D esensitization

B ilderleben

& R eprocessing

Visualisierung

1.1. Theoretischer Teil



- Alle Techniken werden auch in verschiedenen Methoden genutzt:
z.B. Autogene Psychotherapie, Simonton-Verfahren, bifocale Traumatherapie, Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP), Gestaltpsychotherapie, analytische Psychotherapie (C.G. Jung), etc.

1.1. Theoretischer Teil

- Indem diese Techniken die **Intuition** als eine Grundfunktion der Psyche (C.G. Jung) fördern und das bildhaft anschauliche Denken anregen, wirken sie synergetisch und synästhetisch.

1.1. Theoretischer Teil



- Erfahrungen mit Objekten und Vorgängen in dem Umfeld eines Subjektes werden als ein Ergebnis des informationsverarbeitenden Systems neural und assoziativ vernetzt im Leib abgespeichert.

1.1. Theoretischer Teil

- Die Speicherung von Erlebnissen als komplexe Erfahrung geschieht nicht nur neural im Gehirn und dort in verschiedenen Regionen, sondern auch in anderen vegetativen Zentren wie auch dem Muskel-, Hormon-, Immun- und elektromagnetischen (Energiebahnen, Meridiane) System.

1.1. Theoretischer Teil



- Die Informationsverarbeitung zur Erinnerung muß also auf assoziative Wege wie ganzheitliche Prozesse des Erkennens zurückgreifen.
- Informationen zu (Fremd- & Selbst-) Objekten, ihre Qualitäten und spezifisch erlebte Relativitäten (Bezogen- & Bedingtheiten, A. Einstein) sind mehr oder weniger im Leib verborgen.

1.1. Theoretischer Teil



- Erleben, Handeln und die psychischen Grundfunktionen: Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Intuieren sind stark abhängig von der Möglichkeit des Informationsflusses im Leib
- Es kann hard- wie software- Effekte und somit auch Probleme geben.

1.1. Theoretischer Teil

- Wird der Informationsfluß und damit die Informationsverarbeitung gehemmt und/oder gibt es neurale Fehlschaltungen, kann dies zu Störungen der Informationsverarbeitung des Erinnerens und somit des Erlebens und Handelns kommen.

1.1. Theoretischer Teil



- Hemmungen wie Fehlschaltungen können biophysiologische (hardware) wie geistige (software: Speicher- & Erinnerungsprozeß, Programme, Verknüpfungen, etc.) Ursachen haben.
- Sie können aber auch aus Störungen und fehlenden Freiheitsgraden der psychischen Funktionen und ihrer Affektlogik resultieren.

1.1. Theoretischer Teil



- Unser verdecktes wie offenes Verhalten (F. Perls) hängt also mit der Konstitution, Vernetzung und Funktion von Körper, Psyche, Geist zusammen.

1.2.1. Theoretischer Teil



- **Die Aufgabe der Kunst der Mediziner/Innen und Psychotherapeut/Innen** besteht darin: konstitutionelle wie funktionale Störungen des Leibes (als eine synergetisches wie synästhetisches Ganzheit, Merleau-Ponty) zu reduzieren.

1.2.1. Theoretischer Teil



- **Weiter gilt es in der Therapie Möglichkeiten und Freiheitsgrade zu fördern und zu erweitern, den Informationsfluß der Steuerungssysteme des Leibes (Nerven-, Hormon-, Immunsystem; G. Miketta, Netzwerk Mensch, Thieme Vlg., Stuttgart 1991) zu optimieren und zu fördern und – wenn möglich – gewachsene Strukturen und Relativitäten zu beeinflussen.**

1.2.1. Theoretischer Teil

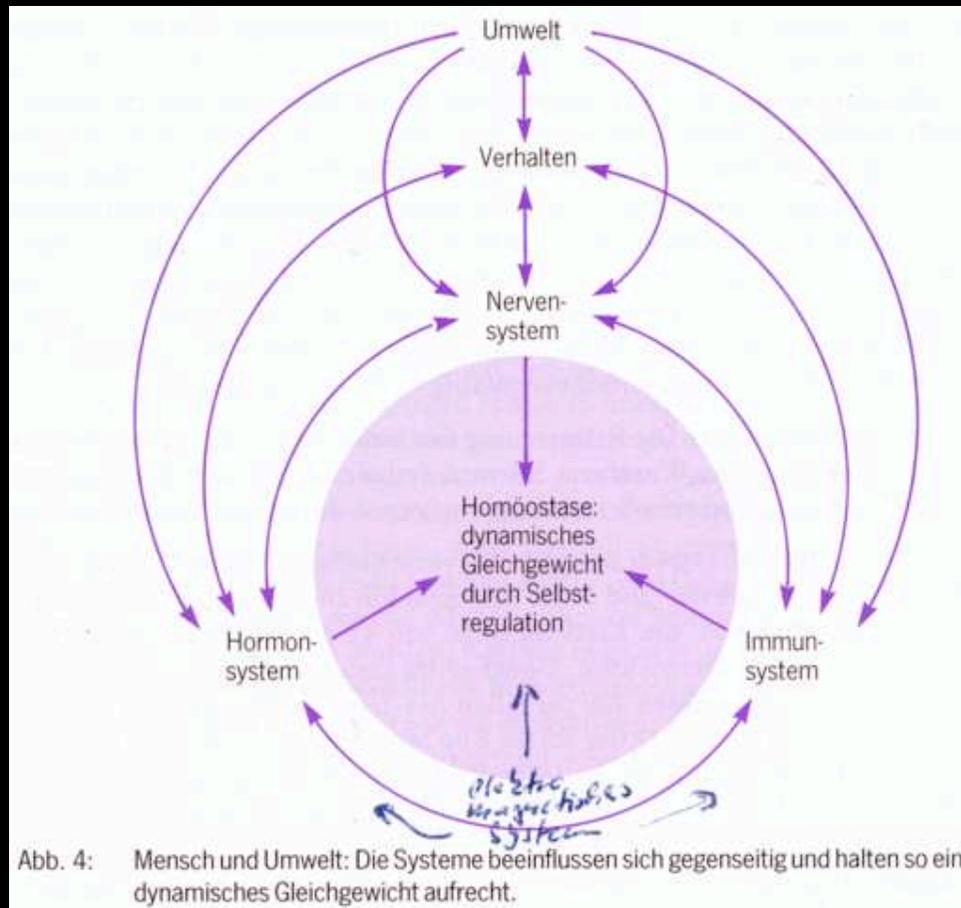


Abb. 4: Mensch und Umwelt: Die Systeme beeinflussen sich gegenseitig und halten so ein dynamisches Gleichgewicht aufrecht.

1.2.2. Theoretischer Teil



- Im Bereich der Psychotherapie stoßen wir auf die Schwierigkeit, daß Aspekte der Information, die eine Erinnerung konstituieren, an verschiedensten Stellen des Leibes abgespeichert und unterschiedlich präsent sind (Problem des Bewußten und Unbewußten).

1.2.2. Theoretischer Teil



- Therapeutisch induzierte **Veränderung von Erleben und Verhalten** meint hier:
die Möglichkeit eines Subjektes oder einer Gruppe zu adäquaten Anpassungs- und Entscheidungs- (Diskriminierungs-) leistungen in Anbetracht von spezifischen situativen Voraussetzungen und Gegebenheiten zu optimieren und die Freiheitsgrade und Auftretswahrscheinlichkeiten von spezifischen situationsangepaßten Erleben und Verhalten zu maximieren.

1.2.2. Theoretischer Teil

- **Diesem Anspruch entgegenstehen** die oben erwähnten konstitutionellen wie funktionellen Hemmungen, Störungen der soft- wie hardware eines Subjektes unter anderem in Form der individuellen Lebenserfahrung dieses Subjektes oder einer Gruppe sowie ihrer Verhaltensmuster, Abwehrmechanismen und Copingstrategien.

1.2.3. Theoretischer Teil



- **Konkrete Psychotherapeutische Arbeit** besteht nun darin:
wie können zur Erhöhung der Funktionalität und Lebensqualität Aspekte der Erinnerungen, Abwehrmechanismen, Copingstrategien und Verhaltensmuster einem Veränderungsprozeß (von Auftrittswahrscheinlichkeiten dieser Aspekte) verfügbar gemacht werden ?

1.2.3. Theoretischer Teil



- Es ist die **hohe Kunst in der Psychotherapie**: wie kann eine Veränderung schmackhaft gemacht und in ihrer Wertigkeit als optimaler für das Subjekt/die Gruppe definiert werden als das gelebte symptomatische Erleben und Verhalten, das sich destruktiv auf Körper, Geist, Taten und Sozialbeziehungen auswirkt ?

1.2.3. Theoretischer Teil



- Die Aufgabe der/s Psychotherapeuten/In ergibt sich daraus:
einen Klienten/Patienten dort abzuholen, in seine/r Sprache und Befindlichkeit, wo er/sie sich befindet, mit ihm/ihr die nötige Information zu erarbeiten, die er/sie braucht, um eine Entscheidung zur Veränderung zu ermöglichen, den Informationsfluß zu verbessern und neues Erleben und Verhalten zu erproben und zu verankern.

1.2.4. Theoretischer Teil



- Bei der **Aufgabe**:
Information zu generieren, den Informationsfluß zu optimieren und isolierte oder neue Information in das System des Leibes zu integrieren, dienen verschiedenste wissenschaftlich erprobte Techniken, die erst innerhalb einer tragenden therapeutischen Beziehung wirksam werden können.

1.2.4. Theoretischer Teil



- Das Erwecken einem Subjekt eigener Information, Ressourcen, Fertigkeiten, Kompetenzen im geschützten Raum des therapeutischen Settings kann in der geduldigen, stützenden wie auch konfrontierenden Begleitung zum Trainieren, Einüben neuer ganzheitlicher Erlebens- und Verhaltensmuster führen.

1.3. Theoretischer Teil



- Um an verdeckte (verdrängte, verschobene, etc.), isolierte (z.B. durch Schock als Trauma oder Komplex) Informationen des Leibes zu gelangen, um assoziative Wege zu öffnen (vorausgesetzt neurale Funktionalität) oder neu zu bahnen, um ein Erfassen von komplexen Zusammenhängen zu ermöglichen, müssen die psychischen Funktionen angeregt und genutzt werden.

1.3. Theoretischer Teil



- **Verschiedene therapeutische Schulen** haben Schwerpunkte gesetzt, welche der psychischen oder physischen Funktionen sie besonders zur Informationsverarbeitung einsetzen und versuchen diese mittels spezifischer Techniken anzusprechen.

1.3. Theoretischer Teil

- Die Methoden, die sich **imaginativer Techniken** befleißigen, setzen hier auf die Förderung des ganzheitlichen Erfassens von Information, das C.G. Jung als **Intuition** definiert hat.

1.3. Theoretischer Teil



- **INTUITION** (Def. Nach C.G. Jung: Typologie, Walter Vlg., Olten 1972):
„Die I. ist diejenige psychologische Funktion, welche Wahrnehmungen auf unbewußten Wege vermittelt.“ ... Sie ist „weder Sinnesempfindung, noch Gefühl, noch intellektueller Schluß, obschon sie auch in diesen Formen auftreten kann.“ (S 141f)

1.3. Theoretischer Teil



- Die INTUITION ist „eine Art instinktiven Erfassens, gleichviel welcher Inhalte.“ Ihre Erkenntnis hat den „Charakter von Sicherheit und Gewißheit“ und ist primär nicht mit der Vernunft zu begründen („irrational“), „wenn schon nachträglich seine vernünftige Kausalität eventuell nachgewiesen werden könnte.“
(S 142, 143ff)

1.3. Theoretischer Teil



- Die subjektive Form der Intuition ist:
„eine Wahrnehmung unbewußter psychischer Tatbestände, die wesentlich subjektiver Provenienz sind.“ (S 142)
Also Wahrnehmung von Objekten, Relativitäten, Strukturen und Dynamiken der inneren Welt (abgespeicherte Informationsaspekte, die nicht einem unmittelbaren Zugriff unterliegen).

1.3. Theoretischer Teil



- Die objektive Form der Intuition ist:
„eine Wahrnehmung von Tatbeständen, die auf subliminalen Wahrnehmungen am Objekte und auf durch sie veranlaßten subliminalen Gefühlen und Gedanken beruhen.“ (S 142)
Also von unterschwellig wahrgenommenen Informationsaspekten äußerer Objekte des Umfeldes und ihrer Interpretation.

1.3. Theoretischer Teil



- **Es geht um** die Wahrnehmung von Schemen, Schemata, narrativ und bildhaft abgelegten Vorstellungen, deren Details meist nicht unmittelbar dem Bewußtsein zur adäquaten Beschreibung, Erfassung und Entscheidung für Erlebens- und Handlungsweisen zur Verfügung stehen.

1.3. Theoretischer Teil



- **Verfahren**, die auf der Kommunikationsebene von Schemen, Schemata, Bildern und Erzählungen arbeiten, wie die imaginativen Techniken, können mittelbar durch das Anregen der Phantasie zu Informationsgehalten vorstoßen, die dem rationalen Aspekt der Affektlogik von Denken und Fühlen nicht unmittelbar zugänglich sind.

1.3. Theoretischer Teil



- Ja noch weiter, sie können unbewußte Inhalte, Gestalten, Komplexe und ihre strukturellen wie funktionalen Relativitäten direkt beeinflussen, da sie in deren Sprache sprechen.
- Intendierte Veränderungen von Wahrnehmung, Einstellung, Haltung und daraus resultierenden Handlungsentwürfen (Antriebe, Motive, etc.) können auf dieser vorbewußten Ebene manipuliert werden.

2. Praktischer Teil



2. Praktischer Teil

- Was bedeuten obige Überlegungen und Hypothesen für die praktische Arbeit der Psychotherapie oder Psychoonkologie ?

2. Praktischer Teil

Imaginative Techniken

Induzierter Tagtraum

Gelenkter Tagtraum

AT-Oberstufe

E ye M ovement

K atathymes

D esensitization

B ilderleben

& R eprocessing

Visualisierung

2. *Praktischer Teil*



- Nehmen wir aus der obigen Folie vorgestellter Techniken die Technik des ***E*ye *M*ovement *D*esensitization & *R*eprocessing ***EMDR***** („Desensibilisierung und Neuverarbeitung mit Augenbewegungen“) von ***Francine Shapiro*** (nach dem Skript von Oliver Schubbe, Institut für Traumatherapie, Berlin 2001)

2. *Praktischer Teil*



- Für weitergehende Information über theoretische Modelle und differenzierte Vorgangsweisen (z.B. in der Psychonkologie; siehe Shapiro) verweise ich Sie auf die Weiterbildung bei Herrn Schubbe (www.traumatherapie.de) bzw. auf die am Markt gängige Literatur zu EMDR und anderen Techniken der Psychotraumatologie.

2. *Praktischer Teil / Literatur*



- F. Shapiro: EMDR – Grundlagen&Praxis; Junfermann Vlg., Paderborn 1998
- G. Fischer / P. Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie; Reinhardt Vlg., München/Basel 1998
- A. Streeck-Fischer, U. Sachsse, I. Özkan: Körper, Seele, Trauma; Vandenhoeck&Ruprecht Vlg., Göttingen 2001

2. *Praktischer Teil / Literatur*



- U. Sachsse, I. Özkan, A. Sreeck-Fischer:
Traumatherapie – Was ist erfolgreich ?;
Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen 2002
- D. Hoffmann-Axthelm: Schock und
Berührung; Schwabe Vlg., Basel 1996
- U. Bahrke, W. Rosendahl:
Psychotraumatologie und Katathym-
imaginative Psychotherapie; Pabst Vlg.,
Lengerich 2001

2.1. *Praktischer Teil*



- *Um was geht es beim EMDR ?*
- Es soll eine durch Schock ausgelöste assoziativ und neural isolierte Erfahrung ins Erlebnisganze eines Subjektes integriert werden, die von subjektiv extrem bedrohlich empfundenen Bewertungen (negativen Kognitionen) und belastenden Gefühlen wie Körperreaktionen begleitet ist und den Charakter einer narrativen und bildhaften Vorstellung und einer unterbrochenen Handlung besitzt .

2.1. *Praktischer Teil*



- In einer schockierenden Situation erlebt sich das Subjekt hilf-, chancen-, aussichtslos ausgeliefert einer Tatsache der Innen- und/oder Aussenweltsituation .
- Erlernte psychologische Abwehrmechanismen und Copingstrategien des Subjektes können dem Entsetzen, dem Streß, der ausgelösten Angst allein nichts mehr entgegensetzen. Es kommt auch zu einer physiologischen Abwehr.

2.1. *Praktischer Teil*



- „**Psychische Traumatisierung** läßt sich definieren als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer/Riedesser)

2.1. *Praktischer Teil*

- Wird eine traumatisierende Situation nicht bewältigt durch ein Gelingen der Distanzierung von der unmittelbaren Situation durch adäquate Strategien der Selbst-Erhaltung und Selbstwert-Erhaltung und Erholung im Begreifen der Information des Erlebten, kann es zu einem chronischen Schockzustand kommen, in dem das Schock-Ereignis und seine Auswirkungen mental und neural isoliert werden.

2.1. *Praktischer Teil*



- In der abgespeicherten inneren Erzählung und Vorstellungsbildes kommt es zu Veränderungen des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens (in der rezeptorischen Sphäre).
- Das Handeln in diesem als subjektiv vital bedrohlich erlebten bedeutsamen Ereignis erscheint in seiner Chancenlosigkeit (in der effektorischen Sphäre) wirkungslos und unterbrochen: Lähmung und Erstarrung bzw. panikartiger Bewegungsturm haben nicht die Qualität zielführenden & effektiven Tuns.

2.1. *Praktischer Teil*



- Die Erlebnisgestalt ist nicht geschlossen und es kommt zu einer „Tendenz zur Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen“ (Wiederholungszwang) als Versuch der Wiedergutmachung, der unbewußten Suche nach wirkungsvollen Strategien der Erlösung.
- Angsttypische Reaktionen wie Flucht und/oder aktives Kampfverhalten konnten in der erlebten Situation nicht für das Selbst und die Vitalität des Organismus wirkungsvoll eingesetzt werden.

2.1. *Praktischer Teil*

- Die subjektiv als existentiell bedrohlich erlebte Situation führt assoziativ und auch neural zu Unterbrechungen des Gestaltkreises von Merken und Wirken, was zu dissoziierten, fragmentierten Schemata führt, „die ein abgespaltetes Dasein im Gedächtnis führen und sich den Koordinationsregeln entziehen, die sonst den verfügbaren Wissensbestand der Persönlichkeit leiten.“ (Fischer/Riedesser)

2.1. *Praktischer Teil*



- „ Die **traumatische Situation** wird in eine frühe sensomotorische, körperliche und affektive Abwehr eingeschrieben und darum nicht aktiv erinnert. Sie ist nur zustandsabhängig, durch gewisse Trigger aktiviert, präsent. Wie bei traumatischen Gedächtnisformen charakteristisch, tauchen detaillierte Bruchstücke von Bildern oder sensorischen Empfindungen auf, die nicht in eine ganzheitliche Geschichte gefaßt werden können,

2.1. *Praktischer Teil*

- sondern verkörpert, sensomotorisch-affektiv in Form von Handlungen oder in Flashbacks desintegriert verbleiben. Kontingenzerfahrungen, um sinnvolle Zusammenhänge zwischen sensorischen, affektiven Interaktionen zu erkennen, fehlen. Sie werden durch die traumatische Erfahrung zerstört.“ (A. Streeck-Fischer)

2.1. *Praktischer Teil*



- *Zusammenfassung:*
- Auf **psychologischer Ebene** haben wir es mit einer Störung und Hemmung der Grundfunktionen der Psyche zu tun, die eine Integration und ein stringentes Wiedererinnern der Schock-Situation verunmöglichen und Funktionsschleifen des fragmentierten Wiedererinnerns und Mißerleben eigener Befindlichkeit (in der Innenwelt) und sich wiederholende situationsunadäquate Verhaltensprogramme (zur Aussenwelt) auslösen.

2.1. *Praktischer Teil*



- Auf **biophysiologicaler Ebene** lassen sich Störungen in den Regelsystemen: Hormon- und Immunsystem sowie Hemmungen und Unterbrechungen im Nervensystem nachweisen, so daß an unterschiedlicher Stellen im Gehirn und im Körper abgespeicherte Information oft nicht in einem Zeit-Raum-Raster koordiniert und assoziativ verknüpft ist. Nervenbahnen sind deaktiviert, was zu Spaltungen im Wieder-Erleben von Sinneswahrnehmung (Figur/Grund), affektiver und kognitiver Interpretation führt.

2.1. *Praktischer Teil*

- Auf **geistiger Ebene** kommt es zu Erlebens- und Verhaltensprogrammen, in denen ein destruktiv negatives Selbstbild und damit ein ebensolches Wirkbild (wie erscheine ich, wie verhalte ich mich ?), negative Kognitionen und selfbeliefs, Schrecken Angst, Peinlichkeit, Konzepte der Wirk- und Hilflosigkeit und ein Gepeinigt-Sein von unerklärlich scheinenden Körperempfindungen gelebt wird. Folge ist unadäquates Bewerten von und Verhalten in Lebenssituationen, Unfreiheit und Gebundenheit in situationsunäquaten Erlebens- und Handlungsmustern.

2.1. *Praktischer Teil*

- Letztere haben **nicht** die Qualität von neurotischen und konflikt-dynamisch beeinflussten Störungen des Erlebens und Verhaltens, auch nicht – wenngleich Dissoziationen wie Amnesie, Depersonalisation und Derealisation, narzißtische Abwehrformen wie Spaltung und Projektive Identifikation es nahe legen – primär die Qualität von schweren Persönlichkeitsstörungen oder gar Psychosen (auch wenn Wahn ähnliche Phänomene beobachtet werden können) oder anderen Somatosen.

2.1. *Praktischer Teil*

- **Erst sekundär**, wenn sich der Schock als Trauma chronifiziert und unabgeschlossener Teil des Lebensvollzuges eines Subjektes bleibt, kann es zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS-Symptome) einer sonst integrierten Persönlichkeit oder zu einer in ihrer Dynamik strukturell veränderten Persönlichkeitsstörung unterschiedlichster Provenienz kommen.

2.2. *Praktischer Teil*



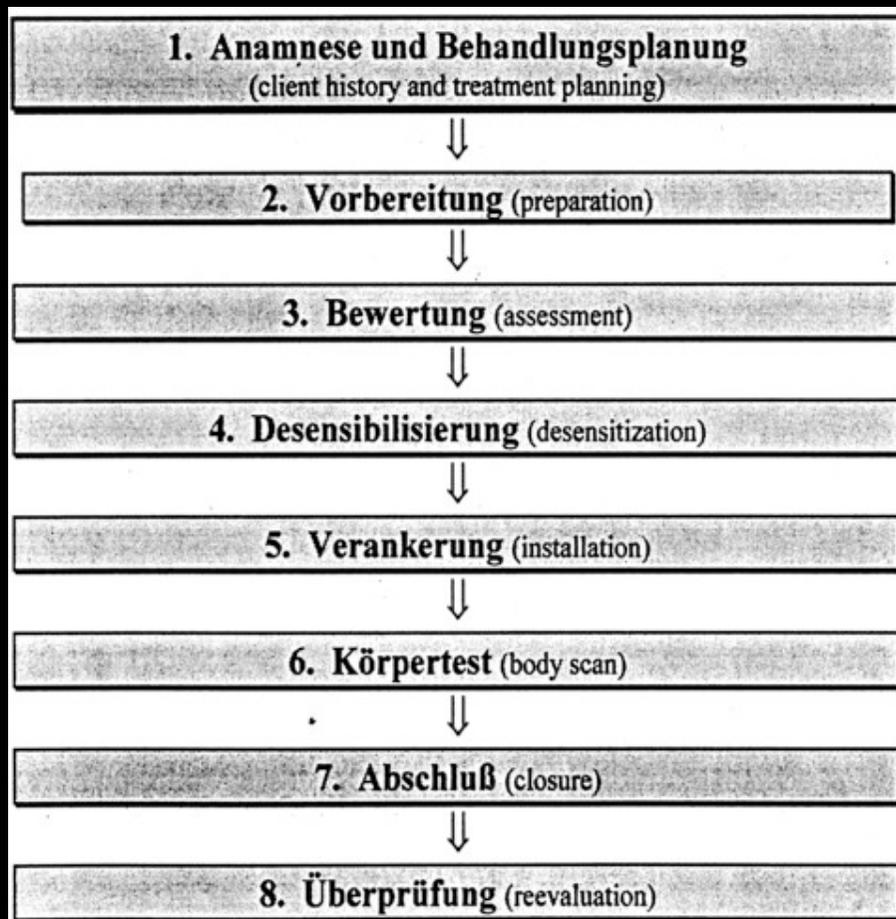
- **Zur Behandlung von Schock & Trauma** benötigen wir also spezifische Behandlungsansätze, die dieser Komplexität gerecht werden können.
Sie müssen Stabilisieren, Verarbeiten und Integrieren auf allen 3 Ebenen können.
- Z.B. den *integrativen Ansatz des EMDR*:

2.2. *Praktischer Teil*



- Als Technik will er in ein vorhandenes Methodenkonzept eines/er Psychotherapeuten/In eingebunden sein.
- In Einzeltherapie geht es um die „Behandlung von Erinnerungen oder unangepaßten Kognitionen ... dadurch, daß die Klientin sich zeitgleich auf ein inneres Vorstellungsbild, eine zugehörige positive oder negative Einschätzung in Bezug auf die eigene Person, Gefühle und Körperempfindungen konzentriert, und sie zusätzlich ihre Aufmerksamkeit auf einen äußeren Wahrnehmungsreiz richtet.“ (Schubbe)

2.2. Praktischer Teil



Phasen des EMDR

2.2. Praktischer Teil

EMDR-NR.: _____ Sitzung Nr.: _____ Protokollnr.: _____ am: _____ Klient: _____

Thema des laufenden Protokolls (Problembereich, belastende Sit.): _____

Nachbefragung und Veränderung des

SUD (Belastung 1-10) des Bildes: _____ **VOC (Stimmigkeit/Bewertung der P.K.1-7):** _____

Stop: _____ **Sitzposition/Setstimulus** _____

(Ausgangsbild)

Focus: _____

Zielbild: _____

dazugehörige Negative Kognition (Wie erleben sie sich da selbst auch noch heute): _____

angestrebte Positive Kognition (Wie würden Sie sich jetzt gerne erleben): _____

VOC (Wie stimmig/wahr ist für Sie jetzt die P.K.: überhaupt nicht 1 - 7 völlig): _____

Gefühl (bei Vorstellung von B. & N.K.): _____

SUD (wie bewerten Sie die Belastung durch dieses Gefühl: nicht 1 - 10 total): _____

Körperlokalisierung (Wo/Wie läßt sich dieses Gefühl am deutlichsten spüren): _____

Reprozess (B.&N.K.&KöL):

Ausgangsbild: _____

Endbild: _____

Verankerung (Ausgangssit.&P.K. 5-25x)

Bodyscan (B&P.K.): _____

Abschluß: SUD (keine 1 - 10 total): _____ **VOC (B&P.K. 1 - 7 völlig):** _____

Stabilisierung (falls notwendig: Sicherer Ort, grounding, etc.)

Info (Protokoll, emotionales / Imaginatives Welterschwingen, etc.)

Dr. phil. Thomas Klihm, Kaiserbergstr. 22a, A-6330 Kufstein, T.: 0049/171/2064799

Protokoll für eine EMDR - Sitzung

2.3. *Praktischer Teil*



- **Zentraler Satz für die EMDR – Therapie:**
„Entscheidend ist nicht, in welche Situation Du kommst, sondern wie Du mit dem, was Du erlebst, umgehst.“ (Shapiro)
- **Die Vorbereitung** für eine Arbeit mit EMDR:
Suche nach relevanten Erinnerungen, belastenden Gefühlen & Körpersensationen, aktuell auslösenden Faktoren und auf die Zukunft und Behandlung ausgerichteten Ängsten & Zweifeln, möglichen Krankheitsgewinn, Dissoziationsbereitschaft, Ressourcen, emotionale und materielle Orte der Sicherheit.

2.3. *Praktischer Teil*

- Beispiele für mögliche Traumatisierungen in der **Onkologischen Praxis:**
- Aktuelle Lebenssituationen: Gefühle der Chancen-, Hoffnungs-, Hilflosigkeit;
- Reaktionen der Familie und Freunde und resultierende Schuld- wie Hilflosigkeitsgefühle
- Diagnosestellung & -verkündigung, Kontakt zum Behandlungsteam, vermutete & tatsächliche Wirkung therapeutischer Maßnahmen

2.3. *Praktischer Teil*

- Intrusive Gedanken und Vorstellungen vergangener Erfahrungen mit Kontrollverlustängsten, destruktiven Körpersensationen
- Negative Auswirkungen unsensibler Bemerkungen des Behandlungspersonals: Angst
- Dysfunktionale Einstellung zur Behandlung und zum Leben
- Unerfülltes Informationsbedürfnis, das sich mit dem Gefühl der eigenen Macht- & Wertlosigkeit paart

2.3. *Praktischer Teil*

- Shapiros Protokoll für **EMDR-
Behandlung** von psychischen Problemen,
die im Zusammenhang mit körperlichen
Krankheiten und somatischen Störungen
auftreten:

2.3. *Praktischer Teil*



- 1. Planung konkreter Maßnahmen zur Stabilisierung, Sicherung der äußeren & persönlichen Situation
- 2. Identifizieren und Reprozessieren der relevanten Erinnerungen, aktuellen Situationen & Zukunftsängste; Problembereiche: persönliche & physische Einschränkungen, soziale Aspekte, Erfahrungen mit der medizinischen Behandlung
- 3. Visualisierung eines „Videos“ von den nächsten 1 bis 15 Jahren

2.3. *Praktischer Teil*

- 4. Arbeit mit den von den SIMONTONs entwickelten Visualisationsübungen, wobei zunächst eine adäquate Vorbereitung erfolgen muß
- 5. Identifizieren einer geeigneten positiven Kognition
- 6. Verbinden des gewählten Bildes mit der positiven Kognition
- 7. Eine Visualisierungsübung für die Arbeit des Klienten zu Hause wird festgelegt
- 8. Der Klient erlernt das Führen eines Tagebuchs und die Ausführung der Visualisationsübungen

2.3. *Praktischer Teil*



- Neben dem Anwenden bestimmter Techniken und beim Bearbeiten einer Behandlungs-, Lebens- und Todesperspektive gilt es auch, die Übertragungssituation einer Behandlung und die Abwehr- und Bewältigungsstrategien von Krebskranken zu beachten und behutsam zu bearbeiten:

„Der Körper, der den Erkrankten im Stich gelassen hat, bleibt lebenslang ein Ort gesteigerter Angst.“

2.3. *Praktischer Teil*



- (nach H. Neubauer in U. Bahrke):
- **Verdrängung:** ein Nicht-wissen/hinsehen-wollen;
Folge: Fehltritte/-erwartungen
- **Identifikation:** fremde Motive als eigene betrachten;
Folge: Idealisierung, Unterwerfung
- **Projektion:** zuschieben von z.B. aggressiven
Impulsen, Schuldzuweisungen auf andere
- **Regression:** Wiederbelebung früherer Entwicklungs-
stufen; Folge: Infantilität, Fügsamkeit, Hilflosigkeit

2.3. *Praktischer Teil*



- **Rationalisierung:** (als ein weiterer Versuch des Patienten wie Behandlungsteams irgendwie das eigene innere Gleichgewicht und die eigene Seelenhygiene aufrechtzuerhalten) das Machbare, die Statistik ist gefragt nicht begleitende Gefühle, Leiden; Folge: Fehleinschätzungen
- **Verleugnung:** nicht wahr-haben-wollen meist gepaart mit einer inneren doppelten Buchführung von Ist- und Schein-Situation; Folge: fehlende Compliance & Kooperation, Verpassen von Heilungs- & Versöhnungschancen, direkte Konfrontation kaum möglich

Realitätsbezug



- Zum Abschluß will ich mit Ihnen ein EMDR-Protokoll einer Sitzung durchgehen
- Und Ihnen eine Demonstration des Vorgehens an Hand meines EMDR-Protokolles geben.

Realitätsbezug



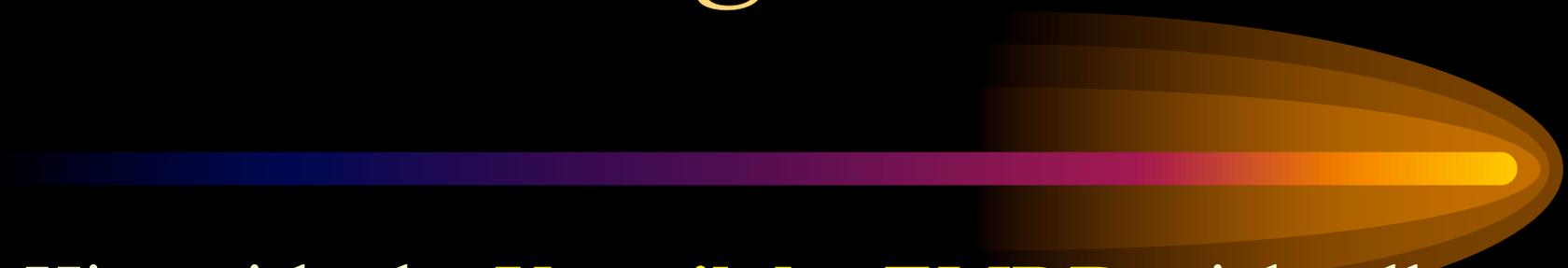
- Ich möchte Ihnen nun zuerst eine **Fallvignette** mit dem EMDR von einer Patientin vorstellen, die mit Panikstörung und verschiedensten körperlichen Symptomen besonders ihre Weiblichkeit betreffend zu mir kam. Sie wirkt in ihrem femininen Auftreten sehr attraktiv jedoch kindhaft. Sie bleibt auch während des Erzählens peinlicher oder erschreckender Inhalte steif und kontrolliert in Mimik und Gestik. Die positive Übertragung auf mich als eine wohlwollende Vaterfigur gibt ihr Vertrauen in die Behandlungssituation, so daß mit dem Katathymen Bilderleben wie hier mit dem EMDR erstaunliche Effekte erzielt werden konnten.

Realitätsbezug



- In diesem EMDR wie auch in den KBs davor zeigen sich deutlich mögliche Widerstandsmotive aber auch erstaunliche emotionale Wandlungen. Letztere waren wohl möglich, daß ich sie so sein lassen konnte und mir die Techniken die Möglichkeit geben, direkt mit den Motiven und auftretenden Gefühlen zu arbeiten. Auch in Ihrem Nein sich zu zeigen fand sie sich angenommen und nicht ausgeliefert.

Realitätsbezug



- Hier wirkt der **Vorteil des EMDR**, nicht alle peinlichen Inhalte mitteilen zu müssen und das Schreckliche durch die Beziehung nach außen auf die Bewegung der Hand ein Stück in Distanz erleben zu können und immer mit offenen Augen und der Möglichkeit, den Prozeß Stoppen zu dürfen, auch Kontrolle über den Ablauf zu haben.

Realitätsbezug



Realitätsbezug



- **Zum Abschluß würde ich gerne einen / eine von Ihnen bitten sich für eine Demonstration zur Verfügung zu stellen.**
- **Jeder von Ihnen hat schon einmal eine sehr belastende, ängstigende oder auch peinliche Situation durchstehen müssen.**
- **Ich bitte Sie, kurz in sich zu gehen und eine solche Situation zu suchen, wobei Sie beim Wiederinnern die gefühlsmäßige Belastung wahrnehmen und zwischen 1 (nicht belastend) und 10 (äußerst belastend) taxieren mögen.**

Realitätsbezug



- Vielen Dank für die Bereitschaft, sich auf dieses Experiment einzulassen !
- Ich bitte um Meldungen.