AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

ANNA-KONSTANTINA RICHTER

EMDR in der Behandlung eines gehörlosen PTBS-Patienten

Vorzüge einer nicht ausschließlich verbalen psychotherapeutischen Intervention – ein Fallbericht

DOI 10.21706/tg-13-2-170

Zusammenfassung: *Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) hat gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zum Ziel. Barrierefreiheit für verschiedene Personengruppen soll angestrebt werden, insbesondere für Gehörlose. Da EMDR eine Psychotherapiemethode ist, die verhältnismäßig wenig auf Verbalinterventionen basiert, sondern deren Kern eine Stimulation der Patient/-innen zur Verarbeitung belastender Erinnerungen (dem sogenannten Reprozessieren) darstellt, wurde ein gehörloser traumatisierter Patient von seiner vorherigen Psychotherapeutin, die die Gebärdensprache beherrscht, aber keine Psychotraumatologin ist, an EMDR-Therapeut/-innen verwiesen, um seine posttraumatischen Beschwerden behandeln zu lassen. Der Fallbericht aus der Praxis zeigt, wie diese Langzeit-Behandlung vonstattenging, und dient dazu, wichtige Hinweise an die Kollegenschaft zu geben, die vor einer vergleichbaren Behandlungsplanung stehen. Er dient auch dazu, Psychotherapieforscher/-innen erste Hinweise für eine mögliche Pilotstudie zu geben.*

Eingegangen: 16. 12. 2018
Angenommen: 01. 02. 2019

Schlüsselwörter: *EMDR, Gehörlosigkeit, Behinderung, Psychotherapiemethode*

Anlass des Kommens

Im Jahr 2017 kontaktierte mich eine erfahrene niedergelassene Kollegin mit der Frage, ob sie einen gehörlosen Patienten mit PTBS an mich verweisen könne. Sie sei zwar selbst zertifizierte EMDR-Therapeutin und habe die spezielle DeGPT-Traumabehandlungs-Qualifikation. Aber von einem Besuch meiner Praxis erinnere sie, dass ich über verschiedene Geräte zur EMDR-Stimulation verfügen würde, und die halte sie für die Behandlung des Patienten für indiziert, insbesondere den sogenannten »Lichtbalken« mit wandernden Lichtdioden, dem die Augen des Patienten folgen könnten. Methodisch war ich für den Fall offen. Skeptisch war ich jedoch bezüglich der Kostenübernahme der ambulanten Psychotherapie, denn der Patient ist gesetzlich versichert, und meine Praxis ist eine Privatpraxis, die seit der Reform der Psychotherapierichtlinie vom April 2018 das sogenannte Kostenerstattungsverfahren nach § 13,3 SGB V kaum noch bewilligt bekommt, sondern

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

Behandlungen von Privatversicherten, Soldat/-innen, BG-Fällen nach Arbeitsunfällen, Selbstzahler/-innen sowie gesetzlich versicherten Patient/-innen der Bahn-BKK (mit der ich einen Direktvertrag habe) abrechnen kann. Die Kollegin schlug vor, dass sie dem Patienten im Rahmen der stattgefundenen Probatorik eine Bescheinigung für die gesetzliche Krankenkasse ausstellen würde, in der sie eine Behandlung bei mir mit dem EMDR-Equipment empfehlen würde. Da ich so eine Perspektive sah, den Patienten nicht unnötig zu belasten, zu frustrieren und zu enttäuschen, gab ich ihm den Termin für ein Erstgespräch.

Mit Gehörlosigkeit kannte ich mich fast überhaupt nicht aus. Als Psychotherapeutin in Ausbildung hatte ich eine hörende Kollegin, die gehörlose Eltern hat und die die Gebärdensprache beherrscht. Ich hatte durch ihre Erzählungen verstanden, dass Sprache für Gehörlose eine Barriere darstelle, da die Sprache der Hörenden als Schriftsprache für Gehörlose schwer verständlich sei, dass eine einfache Sprache benötigt werde, dass die Gebärdensprache aber eine vollständige Sprache sei. Ich hatte den Film »Gottes vergessene Kinder« gesehen, für den die gehörlose Schauspielerin Marlee Matlin 1987 einen Oscar bekommen hatte, und durch weitere Auftritte von Marlee Matlin, z. B. in der TV-Serie »Mein Name ist Earl« als Anwältin Ruby Witlow, hatte ich Gebärdensprache sowie einen Gebärdensprachdolmetscher gesehen. Hier hörte mein Wissen auf, und ich war gespannt auf die erste Sitzung.

Erst im Laufe der Behandlung las ich einige von den wenigen Arbeiten, die es über gehörlose oder hörgeschädigte psychisch kranke Menschen gibt, und las u. a., dass Landsberger & Dias (2010) diese Patient/-innengruppe als unterversorgt und wenig untersucht bezeichneten. Zu den wenigen Arbeiten, die sich mit einer Möglichkeit der besseren Versorgung durch den Einsatz von »Gebärdensprachdolmetschen in der Psychotherapie« befassen, gehört die gleichnamige Diplomarbeit von Wüthrich & Ammann (2007). Bevor ich mich diesbezüglich informiert hatte, bin ich erst einmal völlig unvoreingenommen in die erste Sitzung gegangen.

Die erste Sitzung – erste Begegnung mit einem gehörlosen Mann und einer Gebärdensprachdolmetscherin

Im Mai 2017 kam zu mir ein damals 52-jähriger, schlanker, gepflegter, modisch gekleideter Mann mit einem sehr freundlichen Auftreten in Begleitung einer jungen Dame, die dolmetschte. Der Kontakt erschien mir völlig unkompliziert, und ich hatte Hochachtung davor, wie flüssig wir kommunizieren konnten und was der Patient und die Gebärdensprachdolmetscherin leisteten. Der Patient saß mir in meinem Behandlungsraum gegenüber, so dass wir Blickkontakt halten konnten, und die Gebärdensprachdolmetscherin saß neben mir, so dass der Patient abwechselnd zu ihr und zu mir blicken konnte. Es fand ein völlig normales, mit anderen Sitzungen vergleichbares Erstgespräch statt, in dem ich Folgendes erfuhr: Der Patient sei im September 2016 als Fußgänger von einem Auto beim Überqueren einer Straße angefahren worden. Als Beschwerden nannte der Schlafprobleme, er weine viel, er träume vom Unfall und wache nachts schreiend auf. Dunkelheit ängstige ihn. Er habe Schmerzen an Hüfte, Arm und Knie. Er sei vom Auto rechts erfasst worden und sei dann zunächst auf der Scheibe des Fahrzeugs und danach auf dem Boden gelandet. Die Unfallgegnerin sei an dem Unfall schuld, und er habe bereits einen Teil Schmerzensgeld bekommen. Suizidalität wurde glaubhaft verneint. Er sei vorher bei einer Kollegin, die die Gebärdensprache beherrscht, wegen Depressionen in Behandlung gewesen, da er beim früheren Arbeitgeber gemobbt worden sei und nach Konflikten in seiner früheren Beziehung und mit den Eltern seiner Ex-Partnerin seine Tochter nicht mehr sehe, die er vermisse. Diese Kollegin habe ihm nach dem Unfall EMDR-Behandler/-innen empfohlen. Er nehme 15 mg Escitalopram 1x täglich ein sowie vorm Schlafengehen 25 mg Quetiapin, verordnet von seinem behandelnden Neurologen. Am Ende des Erstgesprächs sagte der Patient, er würde gern wiederkommen, seine Gebärdensprachdolmetscherin werde mit seiner gesetzlichen Krankenversicherung die Kostenübernahme für die Probatorik klären.

Es sollte fünf Monate dauern, bis die Bewilligung für die außervertraglichen probatorischen Sitzungen mit Hilfe einer Sozialarbeiterin vom zuständigen Landkreis des Patienten schlussendlich eintraf und wir die Diagnostik fortsetzen konnten.

Gehörlosigkeit

Laut Deutschem Gehörlosen-Bund e. V. (DGB) gibt es in Deutschland

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

bis zu 100 000 Hörgeschädigte, in Industrienationen seien etwa 0,1 % der Bevölkerung von Gehörlosigkeit betroffen (Wikipedia, 2018). Die Ohrenheilkunde (lat. Otologie) spricht von Taubheit, die ein- oder beidseitig sein kann, und in der ICD-10 ist Gehörlosigkeit als H90 »Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung, inklusive Schwerhörigkeit oder Taubheit, angeboren« klassifiziert. Es existieren außerdem die Codes H91.9 »Sonstiger Hörverlust, Schwerhörigkeit oder Taubheit ohne nähere Angaben« sowie H91.3 »Taubstummheit, andernorts nicht klassifiziert«. Ich sollte im weiteren Verlauf durch die Lektüre von Berichten, Schriftsätzen von Anwälten und vom zuständigen Gericht sowie durch Korrespondenz des Patienten lernen, dass die Begrifflichkeit »taubstumm« als diskriminierend wahrgenommen wird und daher nicht zu verwenden sei (Wikipedia, 2018).

Da der Patient im Erstgespräch die Anwesenheit der Gebärdensprachdolmetscherin organisiert hatte, war mir zunächst nicht klar gewesen, welchen Kampf es für ihn darstellte, die Anwesenheit einer Gebärdensprachdolmetscherin zu organisieren. Er machte mir deutlich, dass Gebärdensprachdolmetscher/-innen eine äußerst knappe Ressource seien. Man sei in Kurznachrichtengruppen organisiert, in die man als Gehörlose/-r eine Terminanfrage reinstelle. Aber es gebe zu wenig Gebärdensprachdolmetscher/-innen, so dass es Glückssache sei, dass eine/-r Zeit habe und zusage. Ich lernte, dass mit dem BGG gehörlose Menschen einen Anspruch auf Kostenübernahme der Leistungen von Gebärdensprachdolmetscher/-innen bei Behörden und am Arbeitsplatz hätten, dass dies aber teilweise nicht bekannt und nicht konsequent verwirklicht sei, auch aufgrund des Mangels an Gebärdensprachdolmetscher/-innen.

Zugang zum Beruf Gebärdensprachdolmetscher/-in gibt es je nach Region durch Vollzeit- oder Teilzeitstudium oder als berufsbegleitende Weiterbildung. Abschluss bildet eine staatliche Prüfung, und organisiert sind die Gebärdensprachdolmetscher/-innen im Berufsverband der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e. V. (bgsd). Auf der Website des Verbandes heißt es unter dem Menüpunkt »Praktische Hinweise« zum Thema »Dolmetschervermittlung: »Gehörlose, Institutionen, Betriebe usw. können eine/n Gebärdensprachdolmetscher/-in für verschiedenste Anlässe anfordern. Dies geschieht in der Regel per Post, Fax, Schreibtelefon, Telefon oder heute meist auch per E-Mail. Zur Anforderung einer Dolmetscher/-in können Vermittlungsformulare benutzt werden.« Der Patient übernahm diesen Aufwand, so dass er zu jeder Sitzung mit einer von zwei unsere Arbeit begleitenden Gebärdensprachdolmetscherinnen kam. Wenn sich eine Gebärdensprachdolmetscherin verspätete, waren der Patient und ich ein paar Minuten auf uns allein gestellt, was wir mit freundlicher Mimik und Mitteilungen-auf-Zettel-Schreiben bewältigten. Solche Gelegenheiten waren für mich als Psychologin auch lehrreich, weil ich dann fasziniert feststellen konnte, welch schnelle Lesegeschwindigkeit mein Patient hatte, wie gut er sogar Zettel auf dem Kopf lesen konnte. Alle Sitzungen fanden mit einer von zwei Gebärdensprachdolmetscherinnen statt.

Die Diagnostik

Ich habe die probatorische Phase mit dem Patienten mit denselben psychodiagnostischen Instrumentarien gestaltet wie mit hörenden Patient/-innen (lediglich eine Testung auf Störungen auf der Achse II bezüglich Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen habe ich aus Zeitgründen weggelassen). Als die Bewilligung für die außervertragliche Kostenübernahme weiterer probatorischer Sitzungen da war, erhob ich die lerngeschichtliche Entwicklung des Patienten (Erhebung der biographischen Anamnese nach Gravemeier, 2003), ich machte mit ihm das DIPS-Interview nach Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider (2017), und die Gebärdensprachdolmetscherin übersetzte Items der Tests BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006), IES-R (Maercker & Schützwohl, 1998, deutsche Übersetzung der revidierten Form der IES-R von Weiss & Marmar, 1996) und DES-II (deutsche Übersetzung der Original-Version von Bernstein Carlson & Putnam, 1993) sowie der Zielcheckliste BIT CP D (Grosse Holtforth & Grawe, 2016) und füllte die Tests gemäß den Antworten des Patienten aus.

Die Erhebung der lerngeschichtlichen Entwicklung ergab, dass der Patient aus der ehemaligen DDR stammte und einen Handwerksberuf erlernt hatte. Er wäre jedoch gern Flugbegleiter geworden. Kurz vor der Wende war er nach einem Besuch einer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland geblieben und hatte verschiedene Arbeitsstellen in der Produktion. Er hatte mittels Praktikum versucht,

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

in den Pflegebereich zu wechseln, hatte dann in der Verpackungsabteilung eines Süßwarenherstellers gearbeitet und zuletzt ein befristetes Arbeitsverhältnis bei einem Onlineversandhändler gehabt, das nicht verlängert worden war, weil der Patient durch den Unfall arbeitsunfähig wurde. Nach der Beziehung zur Mutter seiner Tochter hatte der Patient die Beziehung zu einem Mann aufgenommen, die zum Zeitpunkt der Behandlung weiter bestand, und der Patient wohnte mit seinem Partner und seiner Mutter in einem Haus.

Der Patient erzielte in der Diagnostik in der Probatorik folgende Werte:

BDI-II: Rohwert 27 (schwere depressive Symptomatik)
IES-R: Summenwert 105 (schwere PTBS)
DES-II Durchschnittswert: 26 % (mögliches Vorliegen von dissoziativen Symptomen)

Die Befragung mit dem DIPS ergab das Erfüllen der Kriterien folgender Diagnosen: spezifische Phobie (Zahnbehandlungsphobie, Angst vor Blut und Spritzen), PTBS, eine frühere depressive Episode mit 19 Jahren.

Als Therapieziele gab er in der Zielcheckliste an:

1. »Ich wünsche mir, dass meine körperlichen Schmerzen vergehen«
2. »Ich wünsche mir, dass die schlimmen Bilder des Unfalls aus meinem Kopf verschwinden«
3. »Ich wünsche mir eine echte Chance, meinen Traumberuf zu bekommen«
4. »Ich möchte nicht weiter abnehmen und meinen Appetit verbessern« (er hatte im Rahmen der depressiven Symptome abgenommen und mittlerweile einen BMI von 21).

Glücklicherweise wurde die Kostenübernahme der Behandlung (60 Sitzungen) außervertraglich bewilligt, so dass die Behandlung beginnen konnte.

Fallkonzeption

Ich habe die Behandlung zunächst so konzipiert, dass ich dem Patienten nach der Besprechung der Diagnostikergebnisse und dem Vorschlag eines Behandlungsplans in Einklang mit seinen Therapiezielen I. eine Behandlung mit EMDR anbieten würde, um die PTBS-Symptome und ggf. die körperlichen Schmerzen, die möglicherweise (auch) posttraumatische Körpererinnerungen waren, zu behandeln, um dem Patienten dann II. eine verhaltenstherapeutisch geprägte Therapiephase anzubieten, in der die Depressionsbehandlung über den Aufbau positiver Aktivitäten nach Hautzinger (1998) erfolgen sollte (konkret: Förderung von Bewerbungsaktivitäten, u. a. auch in seinem Traumberuf als Flugbegleiter), III. in einem späteren Therapieabschnitt dann die Behandlung der spezifischen Phobien mit Applied Tension nach Öst (2008, zu Deutsch: angewandte Anspannung), da der Patient auf die Konfrontation mit Stimuli mit Ohnmacht reagierte. Dies bildete die Basis für die Besprechung der Diagnostikergebnisse mit dem Patienten und die Besprechung des Therapieplans. Bei dieser Gelegenheit informierte mich der Patient, dass er eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer Klinik, die auf Gehörlose spezialisiert sei, antreten werde, so dass wir besprachen, dass wir danach die ambulante Psychotherapie wie geplant anschließen würden.

Der Patient kam mit deutlich weniger Hüft- und Knieschmerzen aus der stationären Rehabilitationsbehandlung wieder, er litt jedoch weiterhin unter den psychischen Folgen der Traumatisierung durch den Unfall. Es zeigte sich in diesem Abschnitt, dass er sich aus der stationären Rehabilitationsbehandlung heraus mit Kurznachrichten oder E-Mails an mich wandte, wenn es um Probleme wie Krankengeldzahlung ging, und ich ihn dann an die Klinikmitarbeiter/-innen verwies, an die er sich wenden könne (z. B. den Sozialdienst). Es war immer wieder wichtig, dem Patienten zu erklären, wofür ich zuständig war und wofür nicht. Dieses Muster zeigte sich in der Behandlung immer wieder: dem Patienten mit seinem Bedürfnis, dass er wegen Sprachbarrieren geholfen bekomme, klarzumachen, dass ich in meiner Behandlung darauf achten muss, den Kern der Behandlung, des Auftrags an mich (auch gemäß Zielcheckliste) auszuführen, den nur ich als Expertin machen kann, nicht die anderen im Hilfesystem.

Es zeigte sich, dass der Patient auch aufgrund des Verlustes seines Arbeitsplatzes den drängenden Wunsch hatte, bei Bewerbungen geholfen zu bekommen, und dass seine Gedanken um eine Laufbahn als Flugbegleiter kreisten, hier schien der Leidensdruck am größten. So leiteten wir eine Therapiephase ein,

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

in der wir wöchentlich Doppelsitzungen machten, um möglichst eine Stunde EMDR-Behandlung und eine Stunde Depressionsbehandlung in Form von Aufbau positiver Aktivitäten (Bewerben) durchzuführen. Aufgrund der posttraumatischen Vermeidung des Patienten hätte er sich lieber nur mit dem Bewerben beschäftigt, und er äußerte mir gegenüber immer wieder Zweifel, dass die PTBS-Symptome sich verringern könnten. Ich versicherte dem Patienten jedoch die guten Erfolgsaussichten, seine PTBS-Symptome zu beseitigen, und dass wir es daher versuchen sollten.

Was ist EMDR?

EMDR steht für Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Dies bedeutet sinngemäß »Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegungen«. Aktuell erlebte Belastungen bei Gedanken an vergangene Ereignisse, Trigger sowie Zukunftsbefürchtungen können durch EMDR gesenkt werden, was eindringliche Bilder, negative Gedanken, unangenehme Emotionen und Körpererinnerungen angeht. Die Betroffenen denken hierbei an belastende Bilder und erleben mittels Stimulation, die schnelle Augenbewegungen anregt, eine Entlastung. Bei EMDR handelt es sich um eine Bezeichnung, die einen früheren Stand der Entwicklung dieser Psychotherapiemethode widerspiegelt: die Stimulation der Patient/-innen rein durch Augenbewegungen. Untersuchungen haben gezeigt (z. B. de Jongh, Ernst, Marques & Hornsveld, 2013), dass auch abwechselnd applizierte Töne durch Kopfhörer, abwechselnd vibrierende Sensoren in den Händen der Patient/-innen und sogar der Blick auf eine unbewegliche Hand (Sack et al., 2016) während des Abrufs belastender Bilder zu einer Besserung von Beschwerden führen können. Erstmals systematisch erforscht wurde EMDR durch Francine Shapiro in den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts: Das, was wir heute als EMDR kennen, hieß im Titel von Shapiros Dissertation zunächst MSMD, »multi-saccadic movement desensitization«; N = 22 Proband/-innen, die durch Kriegserlebnisse traumatisiert oder durch sexuellen Missbrauch (u. a. in der Kindheit) belastet worden waren, wurden mittels Augenbewegungen behandelt, indem sie ihre Aufmerksamkeit gerichtet lassen sollten auf

- ein Erinnerungsbild des belastenden Ereignisses,
- eine negative Selbstaussage in Bezug auf das erlebte Trauma,
- die Angstreaktion,

während die Proband/-innen instruiert wurden, sogenannte multisakkadische Augenbewegungen auszuführen. Es wurde berichtet, dass bereits eine Sitzung zu signifikanten Änderungen in Form einer

- völligen Desensibilisierung der Erinnerungen an traumatische Ereignisse sowie
- Änderung der subjektiven kognitiven Einschätzung der Situation führte,

was sich auch einen Monat nach der Behandlung bestätigt habe (S. VI). 1989 wurden zwei Arbeiten von Shapiro zum Thema veröffentlicht, nun mit der Bezeichnung »EMD« (für »Eye Movement Desensitization«): Eine Fallstudie über die erfolgreiche Behandlung einer Patientin nach einer Vergewaltigung (1989b) und die Veröffentlichung der Fallstudie ihrer Dissertation (1989a). 1993 wurde die erste randomisierte kontrollierte Pilotstudie über die Wirkung von EMD veröffentlicht, in der Ergebnisse der Behandlung von Kriegsveteranen mit PTBS in zwei Sitzungen publiziert wurden (Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht & Sperr, zitiert nach Maxfield, 2009). Shapiro publizierte als theoretisches psychologisches Modell des EMDR das AIP-Modell (für Adaptive Information Processing, 1995), welches voraussagt, dass EMDR ein Verfolgen von Erinnerungskanälen bei den Betroffenen auslöst und am Ende eines solchen Kanals eine Vernetzung mit neutralem oder positivem Material stattfindet, was so lange fortgesetzt werde kann, bis keine Belastung mehr vorliegt. Als Wirkmechanismen werden bis heute folgende sechs Kategorien in Betracht gezogen (Leeds, 2018):

- eine Orientierungsreaktion,
- Analogie mit dem REM-Schlaf und/oder Tiefschaf (Slow-Wave-Sleep),
- eine temporale Blockierung über den Thalamus,
- Inter- und Intra-Hemisphären-Aktivierung,
- Achtsamkeit, meta-kognitives Bewusstsein, präfrontale Aufmerksamkeitsflexibilität,
- Arbeitsgedächtnis (s. hierzu Abb. 3).

Im Jahr 2000 führte die International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) EMDR in ihren praktischen Leitlinien als wirksame Behandlungsmethode für PTBS ein (s. Maxfield, 2009). 2004 empfahl die American Psychiatric Association EMDR als effektive Traumabehandlung (Maxfield, 2009). Van den Hout & Engelhard (2012) wiederum ge-

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

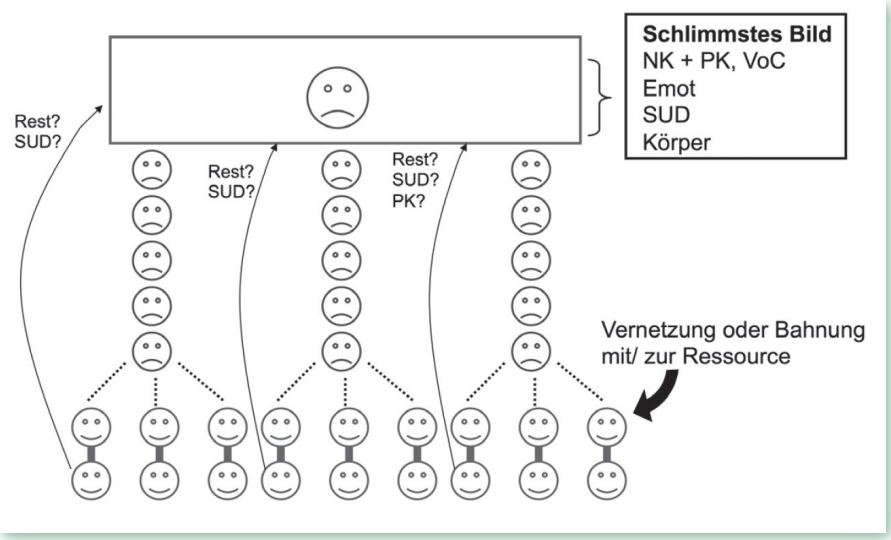


Abb. 2: AIP-Modell nach Shapiro
NK = negative Kognition, PK = positive Kognition, VoC = Validity of Cognition (Skala von 1 »ganz falsch« bis 7 »ganz richtig« nach Shapiro), Emot = Emotion beim Erinnern des schlimmsten Bildes, SUD = Subjective Units of Disturbance nach Wolpe, 1969 (Skala von 0 »neutral« bis 10 »maximal vorstellbare Belastung«), Körper: wo die Belastung genau spürbar ist. Die zu ermittelnden Informationen im Kasten werden in der EMDR-Behandlungsphase 3 exploriert, wenn ermittelt wird, welcher Aspekt des traumatischen Erlebens am schlimmsten war.

lang in ihrer Publikation »How does EMDR work?« der Befund, dass Augenbewegungen wirksamer waren als reine Konfrontation in vivo mit einer belastenden Erinnerung, die sogar in kleinen Dosen robuste Effekte zeigten (S. 733) mit 4 Sets Applikation von EMDR à 24 Sekunden = 96 Sekunden EMDR. 1994 wurde EMDR von Arne Hofmann erstmals in Deutschland auf der Traumastation der Klinik Hohe Mark in Oberursel bei Frankfurt am Main eingeführt (Hofmann, 2009). Seidler & Wagner publizierten 2006 ihre Metaanalyse, in die Studien von 1989 bis 2005 aus der Dissertation von Wagner (2004) einflossen mit der Fragestellung, ob im Vergleich von EMDR und kognitiver Verhaltenstherapie in der Behandlung von PTBS ein Verfahren überlegen sei. Sieben Studien wurden in die Metaanalyse miteinbezogen, und die Analysen ergaben, dass beide Verfahren gleich wirksam zu sein schienen. Der wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung für Psychotherapie erkannte 2013 Folgendes an: »Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die EMDR-Methode bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten kann (S. 478).« Diese Anerkennung führte dazu, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband 2015 EMDR in ihre Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapievereinbarung) unter § 5 (8) bzw. § 6 (8) für die Behandlung der PTBS aufgenommen haben. Dies bedeutet, dass EMDR in der ambulanten Behandlung der PTBS seit diesem Zeitpunkt mit gesetzlichen Krankenkassen für die Behandlung von PTBS abgerechnet werden kann, weshalb ich dem gehörlosen Patienten im Rahmen seiner gesetzlichen Krankenversicherung EMDR als Behandlungsmethode anbieten konnte.

Erste Schritte der ambulanten Behandlung des gehörlosen traumatisierten Patienten nach stationärer Rehabilitationsbehandlung

Die PTBS-Behandlung erfolgte zunächst mit Ressourcenaufbau nach Kiessling (2009): allgemeinem Ressourcenaufbau mit langsamer Stimulation einer positiven Erinnerung (Urlaubserinnerung auf Mauritius, seinem Lieblingsurlaubsziel, mit leckerem Essen und netten Menschen) sowie der Anleitung zur Selbststimulation mit der sogenannten Schmetterlingsumarmung. Die Erklärung des Störungsmodells erfolgte mit Abbildungen (s.Abb. 2) des AIP-Modells nach Shapiro sowie des Arbeitsgedächtnismodells nach Baddeley in Verbindung mit meinem Neokonsolidierungsmodell (Richter, 2018, s. Abb. 3).

Mittels Abbildung 2 wurde dem Patienten erläutert, dass durch EMDR gemäß diesem Modell das Gehirn Teile belastender Erinnerungen (sogenannte Kanäle) mit Ressourcen vernetzt und dadurch Verarbeitung stattfindet und Belastung sinkt.

Mittels Abbildung 3 wurde dem Patienten erläutert, dass durch die geteilte Aufmerksamkeit EMDR dafür sorgt, dass eine belastende Erinnerung nach Abruf und Stimulation anders abgespeichert wird als vorher, z. B. weniger belastend, ver-

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

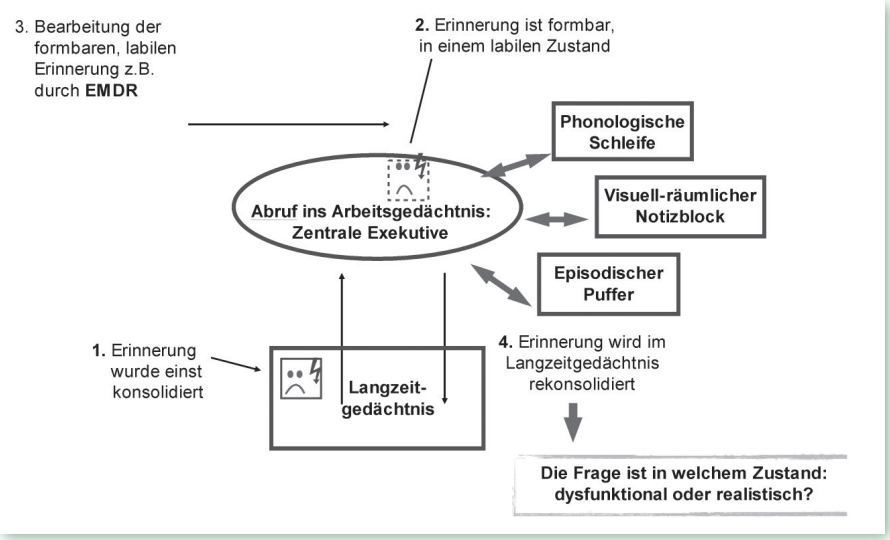


Abb. 3: Modell der Neokonsolidierung von Richter (2018, 2019) mit Elementen des Arbeitsgedächtnismodells nach Baddeley (1974, zitiert aus 2012) und der Rekonsolidierungshypothese (s. z. B. Rüegg, 2009).

blasst oder gar mit einem neuen, positiven Bild.

Es wurde mit dem Patienten als Arbeitsplan eine Traumalandkarte erstellt, um gemäß dem dreigliedrigen Ansatz des EMDR nach Shapiro Ansatzpunkte (engl. Targets) für die EMDR-Behandlung zu erfassen, was so aussah:

Vergangenheit:
Unfall 09/2016, SUD: 4–5 (Subjective Units of Disturbance nach Wolpe, 1969: Skala von 0 = neutral bis 10 = maximal vorstellbare Belastung)
Trigger:
Die Kreuzung, wo der Unfall passierte: SUD: 6–7
Dunkelheit, daher nicht abends ins Restaurant gehen: SUD 8
Die Stadt, wo der Unfall passierte: SUD 7
Zukunftsbefürchtungen:
Angst vor einem Unfall in der Zukunft: SUD 7

Bevor wir mit der EMDR-Behandlung des Unfalls begannen, kam es mit dem Patienten zunächst zu einem heftigen Konflikt, denn er hatte mir per E-Mail kurz vor der Sitzung geschrieben, dass wir in der Sitzung einen Schriftsatz seines Anwalts lesen und ich ihm diesen bitte erklären sollte. Ich wies in meiner Antwort darauf hin, dass die Behandlung der PTBS Priorität haben sollte, da nur ich in seinem Hilfesystem die EMDR-Behandlung durchführen könne. Der Patient hatte einen lange andauernden Wutanfall in meiner Praxis, den die Gebärdensprachdolmetscherin übersetzte, was so gesehen zunächst einmal ein interessanter Vorfall war (die Gebärdensprachdolmetscherin berichtete mir später, dass Konflikte bei ihrer Arbeit oft vorkämen und entsprechend von ihr übersetzt würden). Der Patient beschrieb mir seine Abhängigkeit vom Helfersystem und wie sehr ihn die Sprachbarriere behindere, ich paraphrasierte immer und immer wieder, war aber auch erschrocken durch die heftige Aggression des Patienten, denn er war ohnehin beim Nutzen von Gebärdensprache laut und war noch lauter, als er wütend war.[1] Es wurde klar, dass der Patient sich eine Heilung nicht vorstellen konnte, und dadurch verstand er nicht, dass ich auf eine Behandlung der PTBS bestand. Als ich ihm immer und immer wieder erklärte, wie die Wirkung einer EMDR-Behandlung sein kann, was das realistische Ziel ist, nämlich mindestens ein deutlicher Rückgang seiner Beschwerden, und als ich darauf bestand, dass es sich hierbei sowohl um Forschungsergebnisse als auch um persönliche langjährige Behandlungserfahrung handelt, wurde der Patient mehr und mehr compliant. Wir vereinbarten, dass ich ihm den Schriftsatz des Anwalts erkläre, er dann auswählt, welche Art der Stimulation mit EMDR er zukünftig wünscht, und ob er nach erfolgter EMDR-Patientenaufklärung über etwaige Risiken und Nebenwirkungen noch Fragen habe (die er nicht hatte). Der Patient hatte erfolgreich imaginative Sicherungstechniken nach Reddemann (2002) wie den »Tresor« und den »Sicheren Ort« zur Regulation von Emotionen bei Konfrontation mit belastendem Material eingeübt.

Parallel dazu hatte ich mit dem Patienten im Depressions-Behandlungsstrang seine Bewerbungsunterlagen gesichtet und zunächst einmal mit ihm erarbeitet, fehlende Arbeitszeugnisse anzufordern und neue Ex-

[1] Die vom Pat. beschriebene Situation steht im Einklang mit der von Abdel-Hamid et al. (2013) beschriebenen Gefahr, »vom gesellschaftlichen Alltag ausgeschlossen zu werden und Lebensqualität einzubüßen« aufgrund von Gehörlosigkeit oder schwerwiegender Hörschädigung.

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

emplare von Arbeitszeugnissen anzumahnen, die entweder nicht alle Elemente eines qualifizierten Arbeitszeugnisses aufwiesen oder eine zu schlechte Bewertung hatten. Hierbei orientierte ich mich gemäß meiner früheren Laufbahn als Bewerbungstrainerin in der Erwachsenenbildung an Konzepten der Kollegen Hesse & Schrader (2015), und der Patient war zunächst damit beschäftigt, die Post wegzuschicken und die Eingänge der Zeugnisse zu sichten (die auch erfolgten). Im nächsten Schritt erstellten wir einen aktualisierten Lebenslauf, der Patient sah sich auf dem Schreibwarenmarkt um, welche Bewerbungsmappen ihm gefielen, und so arbeiteten wir Schritt für Schritt einzelne Punkte auf dem Weg zu seinem Wunschberuf ab.

Die Traumabearbeitung mit EMDR und die Retestergebnisse

Die EMDR-Behandlung des Patienten fand in sieben Sitzungen statt, davon waren drei Sitzungen 50-Minuten-Teile von Doppelsitzungen, während in vier Sitzungen die EMDR-Behandlung die komplette Doppelsitzung in Anspruch nahm. Es wurde der folgende schlimmste Moment für die Behandlung mit EMDR ausgewählt (in der sogenannten Phase 3 der EMDR-Behandlung[2]):

Schlimmstes Bild: Mit dem Kopf auf die Autoscheibe fallen
Negative Kognition: Ich kann's nicht steuern
Positive Kognition: Ich kann es jetzt steuern, VoC: 4–5
Emotion: Hass
SUD: 4–5
Belastung im Körper: Kopf

Es dauerte fünf Sitzungen (davon zwei Einzelsitzungen und drei Doppelsitzungen), bis die Belastung bezüglich dieses Ereignisses auf SUD = 0 gesunken und die Stimmigkeit des positiven Zielsatzes auf 7 = völlig richtig gestiegen war, auch unangenehme Körpergefühle wie Schmerzen in Hüfte, Ellbogen und Knie waren verschwunden. In EMDR-Phase vier, dem Reprozessieren, arbeitete der Patient als sog. »hot spots« den Unfall, seine Behandlung im Krankenhaus nach einem Filmriss sowie Verhör durch die Polizei durch, alles ohne Gebärdensprachdolmetscher. Nachdem er nach einer Amnesie im Krankenhaus zu sich kam, sei es für ihn traumatisch gewesen, nicht zu wissen, warum er im Krankenhaus sei und Schmerzen habe, und sich nicht verständigen zu können, bis sein Partner kam und ihn über die Vorgänge informierte, die der Patient zunächst aber gar nicht habe glauben können. Die Bearbeitung war bei EMDR-Phase 8, der Überprüfung der Belastung in der nächsten Sitzung, immer wieder von Vermeidung des Patienten gekennzeichnet, was er allerdings auch selbst erkannte. Einen Wert von SUD = 0,5 hat er zunächst so belassen wollen; ich wies ihn jedoch darauf hin, dass eine gründliche Bearbeitung meines Erachtens ein besserer Schutz vor einem Rückfall sei und dass sich im unteren Belastungsbereich Körpererinnerungen befinden können, die wir gründlich bearbeiten sollten.

Danach wurde geprüft, ob die im vorherigen Kasten aufgeführten Trigger für den Patienten noch belastend waren. Der Patient gab an, dass er Angst habe bei dem Gedanken, wieder an der Unfallstelle zu stehen. Er beschrieb diese als eine gefährliche Stelle im Straßenverkehr, an der viele Unfälle passieren würden und heranfahrende Fahrzeuge nicht richtig sehen könnten, was sich hinter der Kurve (vor der Unfallstelle beim Heranfahren an die Unfallstelle) befinde.

EMDR-Phase 3 zur Erfassung des Triggers war wie folgt[3]:

Schlimmstes Bild: Er steht vor dem Geschäft, in das er früher gern ging, bekommt Angst, weil er die Unfallstelle sieht
Negative Kognition: Ich bin ein Versager
Positive Kognition: Ich kann das schaffen, VoC: 5–6
Emotion: Hass
SUD: 3
Belastung im Körper: Kopf

Im Laufe des EMDR-Prozesses in EMDR-Phase 4 gab der Patient zwischen den Sets an Stimulationen die Rückmeldung, dass er sich nicht mehr der hohen Gefahr aussetzen wolle, diese gefährliche Straße als Fußgänger wieder zu überqueren. Ich unterbrach die EMDR-Stimulation, um mit dem Patienten zu klä-

[2] EMDR-Phase 3, Auswahl des belastenden Ereignisses zur Bearbeitung mit EMDR. VoC = Skala »Validity of Cognition« von Shapiro (1995) von 1 (ganz falsch) bis 7 (ganz richtig), SUD = Subjective Units of Disturbance (Wolpe, 1969) von 0 (neutral) bis 10 (maximal vorstellbare Belastung)

[3] EMDR-Phase 3, Auswahl des belastenden Ereignisses zur Bearbeitung mit EMDR. VoC = Skala »Validity of Cognition« von Shapiro (1995) von 1 (ganz falsch) bis 7 (ganz richtig), SUD = Subjective Units of Disturbance (Wolpe, 1969) von 0 (neutral) bis 10 (maximal vorstellbare Belastung)

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

ren, ob es sich für ihn um mehr als ein Restrisiko handelte, was der Patient bestätigte. Wir besprachen, dass er sich keiner hohen Gefahr aussetzen müsste, und ich explorierte, ob es einen alternativen Weg zum Zielort gebe. Der Patient informierte mich, dass es sich um den Weg zu seinem Lieblingsgeschäft in einem Einkaufszentrum handele, dessen Besuch er seit dem Unfall konsequent vermieden habe. Die Exploration fortsetzend befragte ich den Patienten, wie es denn wäre, wenn er einen alternativen Weg zu seinem Lieblingsgeschäft laufen würde, wie hoch dann seine Angst wäre. Der Patient nannte einen umständlichen alternativen Weg, und er sagte, dass er nicht genau vorhersagen könne, wie hoch seine Angst beim Aufsuchen des Geschäftes sein würde. Bisher sei dieser Laden, der einstmals sein Lieblingsgeschäft gewesen sei, für ihn verbunden gewesen mit der belastenden Erinnerung an den Unfall. Wir besprachen, dass er eine Selbstexposition ausführen könne, um Informationen darüber zu gewinnen, wie die Lage gegenwärtig sei, ob er Ängste bei einem alternativen Weg hätte, der für ihn sicherer ist, und ob er dann angstfrei zum Geschäft gehen und sich dort bewegen könne. Dies wurde dem Patienten als Hausaufgabe mitgegeben.

Der Patient berichtet in der nächsten Sitzung gut gelaunt, dass er sich gefreut habe, sein Lieblingsgeschäft nach zwei Jahren Vermeidung über einen alternativen Fußweg aufgesucht zu haben, und dass er keine Angst verspürt habe. Auf diese Weise hatten wir über eine Realitätstestung geklärt, dass kein Bedarf daran bestand, eine vermeintlich irrationale, übertriebene Angst mit EMDR zu bearbeiten, sondern dass es sich beim Patienten bezüglich der Unfallstelle wohl um eine vernünftige Angst handelte, mit der er entsprechend umgehen konnte, indem er einen sicheren, alternativen Fußweg wählte und Vermeidung aufhob, um sich selbst zu zeigen, dass nicht das Geschäft gefährlich war.

Der Retest in Doppelsitzung 41/42 ergab folgende Testwerte[4]:

IES-R: Summenwert 4 (klinisch unauffällig bezüglich PTBS)
DES-II-Durchschnittswert: 13,21 % (kein Hinweis auf das Vorliegen von dissoziativen Symptomen)
BDI-II: Rohwert 10 (minimale depressive Symptomatik)

Der Pat. gab an, dass seine zu Beginn der ambulanten Psychotherapie erfassten Therapieziele zu den folgenden Prozentzahlen erreicht seien:

1. »Ich wünsche mir, dass meine körperlichen Schmerzen vergehen« zu 90 % erreicht.
2. »Ich wünsche mir, dass die schlimmen Bilder des Unfalls aus meinem Kopf verschwinden« zu 95 % erreicht.
3. »Ich wünsche mir eine echte Chance, meinen Traumberuf zu bekommen« (Therapieabschnitt hierzu noch nicht abgeschlossen).
4. »Ich möchte nicht weiter abnehmen und meinen Appetit verbessern«: zu 70 % erreicht. Er habe 3 kg zugenommen, das reiche ihm.

Die Abfrage der SUD-Werte der Traumalandkarte von Abb. 4 ergab bei allen Targets einen SUD-Wert von 0 außer bei der Zukunftsbefürchtung, deren Wert SUD = 1 betrug, was laut dem Patienten so stehenbleiben sollte.

Wir haben daraufhin beschlossen, dass wir zum nächsten Therapieabschnitt übergehen, positive Aktivitäten zu planen und zu evaluieren mit dem Ziel, sich erfolgreich als Flugbegleiter zu bewerben. Parallel dazu hat der Patient nach Beratung bei der zuständigen Agentur für Arbeit ein Bewerbungstraining besucht und an einem Projekt teilgenommen, in dem zwei Bewerbungsvideos von ihm aufgenommen wurden (eines mit dem Berufsziel Flugbegleiter, eins mit dem Tätigkeitsziel »Arbeit in der Verpackung«), die er als CD seinen schriftlichen Bewerbungen beifügen kann. Bis jetzt haben 44 Sitzungen stattgefunden, und der Patient berichtete lachend in der letzten Sitzung, dass ihm in einer Gerichtsverhandlung in den letzten Tagen noch mehr Schmerzensgeld von der Unfallverursacherin zugesprochen worden sei, aber auch von der Polizei, die ihm bei der Vernehmung auf der Polizeidienststelle keinen Gebärdensprachdolmetscher gestellt habe. Der Patient quittierte diesen Sieg mit den Worten: »Jetzt ist Schluss mit Leiden! Alles Leid in den Müll!« und freute sich auf seine bevorstehende Fernreise. Nach seiner Rückkehr werden wir den letzten verhaltenstherapeutischen Therapieabschnitt mit dem Aufbau positiver Aktivitäten sowie Applied Tension nach Öst gegen die Zahnarztbehandlungs-, Blut- und Spritzenphobie fortsetzen und mit der Rückfallprophylaxe beginnen.

[4] Retests beim Patienten nach Abschluss der Traumabearbeitungsphase in der ambulanten Psychotherapie in Sitzung 41/42 von 60 bewilligten Sitzungen.

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Fazit

Probleme und Erfolge der Behandlung sowie Erfahrungswerte: Was könnte man aus der Behandlung an wichtigen Hinweisen für weitere psychotherapeutische Behandlungen gehörloser Patient/-innen ableiten?

Nach dieser meiner ersten Behandlung eines gehörlosen Patienten halte ich folgende Punkte für wichtig:

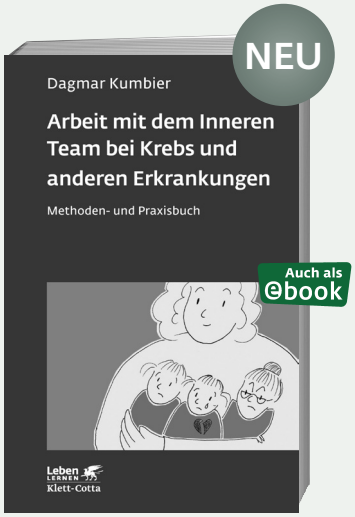
(1) Achten Sie sorgfältig auf Blickkontakt. Psychotherapeut/-innen müssen diesen manchmal für Notizen abwenden, der Patient musste dies in der Behandlung aber auch, um die Gebärdensprachdolmetscherinnen anzuschauen. Achten Sie dann immer wieder darauf, dass Sie den Blick des Patienten auch einfangen, um die therapeutische Beziehung zu pflegen, denn der gehörlose Patient hört ihre Stimme nicht.

(2) Gewöhnen Sie sich an die Geräuschkulisse. Mein gehörloser Patient verständigte sich mittels Gebärdensprache, machte dazu aber auch laute Töne. Wer etwas schreckhaft oder sensibel ist (so wie ich), sollte sich diesbezüglich vorher gedanklich auf eine solche Möglichkeit einstellen.

(3) Mein gehörloser Patient nahm meine intensive Exploration seines Berufswunsches »Flugbegleiter« nicht gut auf. Ich persönlich hinterfrage etliche Dinge gründlich, um sie besser zu verstehen, und das hat mein gehörloser Patient missverstanden als Infragestellung. Im Ergebnis wollte der Patient die Behandlung abbrechen (das war unser erster Konflikt) und fühlte sich diskriminiert. Ich konnte die Situation retten durch Paraphrasieren, so dass der Patient überprüfen konnte, ob ich sein Anliegen richtig verstanden hatte (was glücklicherweise der Fall war), und durch die Erklärung, dass mein Nachfragen dem besseren Verständnis galt und nicht einer Ablehnung seines Herzenswunsches. Weiterhin informierte ich den Patienten, dass ich so strukturiert bin, dass mich vermeintliche Unmöglichkeit einer Zielerreichung motiviert, alles aufzubieten, um es zu erreichen, und das festigte unser Arbeitsbündnis. In unserem zweiten Konflikt habe ich dem Patienten auch in Form einer Selbstoffenbarung mitgeteilt, dass mich solche Aggressionsausbrüche erschrecken und dass ich es nicht gewohnt sei, dass so mit mir kommuniziert werde, während er mir gut erklärte, dass es sich um aufgestaute Wut durch den wiederholten Aufprall gegen sprachliche Barrieren handelte und er diese Wut einfach rausgelassen habe, auf diese Weise haben wir unsere gegenseitigen Hintergründe offenbaren und dadurch besser verstehen können. Mein Paraphrasieren ergab, dass ich den Patienten richtig verstanden hatte und er sich dadurch verstanden fühlte.

(4) Auch die Gebärdensprachdolmetscherin, die bei den EMDR-Sitzungen dolmetschte, habe ich vorsorglich die traumatherapeutischen Sicherungstechniken nach Reddemann (2002), »Tresor« und »Sicherer Ort«, einüben lassen, damit sie nicht sekundär traumatisiert würde, und ich habe sie aufgeklärt, dass auch sie ein Stopp-Signal (Handheben) anwenden können, sollte sie sich zu sehr belastet fühlen. In der Behand-

www.klett-cotta.de/fachbuch



Dagmar Kumbier
Arbeit mit dem Inneren Team bei Krebs und anderen Erkrankungen
Methoden- und Praxisbuch

Leben Lernen 307
283 Seiten, broschiert,
mit vielen Zeichnungen
€ 28,– (D). ISBN 978-3-608-89243-7

Das Innere Team als Hilfe zur Krankheitsbewältigung

Das Buch zeigt an vielen Beispielen aus der Praxis, wie die Innere-Team-Arbeit in der psychotherapeutischen Begleitung von schwer Erkrankten wirksam eingesetzt werden kann. Ein gestärktes Inneres Team fördert sowohl die psychische Stabilisierung als auch die körperliche Heilung.

Leben Lernen Klett-Cotta

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop: **www.klett-cotta.de**
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

lung ist es jedoch nicht zu einem Stopp-Signal gekommen. Vielmehr meldete die Gebärdensprachdolmetscherin zurück, dass sie erstaunt war, wie schnell die Senkung der Belastung bei der PTBS-Behandlung des Patienten vonstattenging.

(5) Mein Patient zeichnete sich u. a. durch emanzipatorische Bestrebungen aus, die Frage der Gleichstellung und Barrierefreiheit für Gehörlose am eigenen Beispiel zu unterstützen. Er war sofort einverstanden damit, dass ich diesen Artikel schreibe und von seiner Behandlung berichte und einen Beitrag für die Jahrestagung der DeGPT 2019 einreiche und dafür ein Behandlungsvideo aufnehme, damit andere Kolleg/-innen sehen, wie die psychotherapeutische Behandlung eines gehörlosen Patienten mit einer hörenden Psychotherapeutin mit Hilfe einer Gebärdensprachdolmetscherin aussehen kann. Der Beitrag wurde bei der DeGPT-Jahrestagung 2019 in Frankfurt am Main mittlerweile angenommen, und Tagungsteilnehmer/-innen konnten einen Ausschnitt des Behandlungsvideos dort in meinem Vortrag im März 2019 live sehen.

(6) Leven (2003) informiert darüber, dass Krankenkassen verpflichtet sind, »die durch die Verwendung von Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen, auch die Kosten für Gebärdensprachedolmetscher«. Sie beschreibt, dass dies im Gegensatz dazu stehe, dass Psychotherapie für Gehörlose »kaum zugänglich« sei. Durch mein Fallbeispiel mögen sich vielleicht mehr Kolleg/-innen dazu entschließen, Gehörlose mit Hilfe von Gebärdensprachdolmetscher/-innen zu behandeln.

(7) Ich musste genug Zeit einplanen, um meinem gehörlosen Patienten doch das ein oder andere Schriftstück vorzulesen, was die Gebärdensprachdolmetscherinnen übersetzten und in eine für Gehörlose verständliche Sprache transformierten; das eigenständige Lesen von Texten war für ihn mit der Barriere der für ihn schwer verständlichen Grammatik der Schriftsprache der Hörenden verbunden. Ich musste an dieser Stelle von meinen Bestrebungen, dies an andere Mitarbeiter im Helfersystem zu verweisen, abrücken, und ich würde das heute so rechtfertigen, dass das zum einen Pflege der therapeutischen Beziehung bedeutete, dass es mir Informationen über das Ausmaß der Sprachbarriere gab, die zum Alltag des Patienten gehört, und ich musste erkennen, dass der Patient mir eine große Effizienz in seinem Helfersystem zuschrieb, weshalb er bestimmte Schriftstücke mit mir teilen wollte, weil er mir zurückmeldete, dass von uns beiden bearbeitete Fragen effizient erledigt wurden. Der m. E. sehr intelligente und sehr sorgfältige Patient war auch völlig unwissend darüber, dass es Zeugniscodes gibt, und es beeindruckte ihn, dass wir auch gegenüber Großunternehmen durchsetzten, dass diese ihm besser kodierte Zeugnisse ausstellen mussten.

(8) So hätten die Mitarbeiter des von der Agentur für Arbeit beauftragten Bildungsträgers die von uns erstellten Bewerbungsunterlagen samt gesammelten qualifizierten Arbeitszeugnissen sehr gelobt. Es gehörten auch Anrufe im Auftrag des Patienten dazu, zum Beispiel bei früheren Arbeitgebern, um Zeugnisse anzufordern oder anzumahnen, und es wurde deutlich, dass der Patient ohne eine solche Unterstützung wirklich an einer solchen Barriere scheitern würde. Solche Anrufe wie überhaupt die gesamte Interaktion mit Gebärdensprachdolmetscherinnen empfand ich als sehr angenehm, weil es meinen Horizont erweiterte und zum Teil auch von Situationskomik geprägt war: Einmal verstand die Gebärdensprachdolmetscherin die Gebärde des Patienten für die Stadt »Peine« nicht (er schlug sich mehrmals auf den Oberschenkel für »Beine«), und wir lachten alle, als der Groschen gefallen war, oder wir steckten in einer Telefonwarteschleife bei seinem früheren Arbeitgeber, und die Gebärdensprachdolmetscherin machte tanzende Rumpf- und Armbewegungen, um für den Patienten die Musik auszudrücken – auch da herrschte in der Sitzung großes Gelächter. So möchte ich diesen Artikel abschließen: Außer der erfolgreichen Bearbeitung der PTBS und zwei Konflikten haben wir auch viel gelacht. Und nun wollen wir schauen, ob wir das vermeintlich Unmögliche erreichen: dass es einen gehörlosen Flugbegleiter mehr auf diesem Planeten gibt (es gibt nämlich bereits welche). Wie sagte Winston Churchill: »Never give in. Never give in. Never, never, never, never – in nothing great or small, large or petty – never give in, except to convictions of honour and good sense. Never yield to force. Never yield to the apparently overwhelming might of the enemy.« Es bleibt also spannend.

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

Case Report: EMDR in the Treatment of a Deaf PTSD Patient – Advantages of a not entirely verbal psychotherapeutic intervention

Abstract: *The aim of Germany's Federal Law on Equal Treatment for Disabled Persons is to assure equal participation for handicapped individuals. Barrier-freedom for various groups of persons is the declared objective, notably for the deaf. EMDR is a psychotherapeutic approach with relatively little dependence on verbal interventions. It centers mainly around the encouragement of patients to work through distressing memories (so-called reprocessing). With this in mind, a deaf trauma patient was transferred to EMDR therapists for treatment of his posttraumatic disorders. He was transferred by the psychotherapist who had treated him up to that point and who had a command of sign language but no specialization in traumatology. The case report describes how this long-term treatment developed over time and provides important indications for colleagues embarking on similar courses of therapy. It also serves to provide psychotherapy researchers with material for a potential pilot study.*

Keywords: *EMDR, deafness, disability, psychotherapeutic method*

Zur Person

*Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter (*1967) ist niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin und akkreditierte verhaltenstherapeutische und EMDR-Supervisorin (Psychotherapeutenkammern Hessen und Niedersachsen). Sie ist Mitbegründerin eines Fortbildungszentrums in Marburg.*

Kontaktadresse

Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter
Zentrum für psychologische Beratung und Training Richter & Kemeny Partnerschaft (ZpBT)
Biegenstr. 4
35037 Marburg
Tel.: 06421/6970950
Fax: 06421/6970951
richter@zpbt-marburg.de

Literatur

Abdel-Hamid, M., Grabemann, M., Klein, S., Zwarg, T., Wiltfang, J. & Kis, B. (2013). Gehörlosigkeit: Eine notwendige Herausforderung für die moderne psychiatrische Versorgung. Psychiatrische Praxis; 40(03), 159–162. DOI 10.1055/s-0032-1321476.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Baddeley, A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. Annu. Rev. Psychol., 63, 1–29. DOI 10.1146/annurev-psych-120710-100422.

Bernstein Carlson, E. & Putnam, F. W. (1993). An Update on the Dissociative Experience Scale. Dissociation, 6(1), 16–27.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.) (2017). ICD-10-GM Version 2017. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification). Unter: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/.

De Jongh, A., Ernst, R., Marques, L. & Hornsveld, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 44, 477–483. DOI 10.1016/j.jbtep.2013.07.002.

Getoutthebox1 (2010). Winston Churchill »Never Give In«. Youtube, 07. 06. 2010, Web, 16. 12. 2018 um 21:47 Uhr, in: https://www.youtube.com/watch?v=L90BCEVH41U.

Gravemeier, R. (2003). Formular zur Erhebung der biographischen Anamnese (EBM 860). Psychotherapeutische Praxis, 3(3), 136–139. Göttingen: Hogrefe. DOI 10.1026//1616-1041.3.3.136.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2016). BIT CP D. Berlin: ResearchGate. Online publication, Abruf 01. 09. 2018. https://www.researchgate.net/publication/289107891_BIT_CP_D.

Hautzinger, M. (1998). Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services. Deutsche Bearbeitung von Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). San Antonio, TX: Harcourt Assessment Inc.

Hesse, J. & Schrader, H. C. (2015). Das große Hesse/Schrader Bewerbungshandbuch. Hallbergmoos: Stark Verlag.

Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband. (2015). Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapievereinbarung).

Kiessling, R. (2009). Resource Strengthening. In: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

AUTORENEXEMPLAR – NUR ZUR PERSÖNLICHEN VERWENDUNG

and Special Situations. New York: Springer. DOI 10.1891/9780826122384.0011.

Landsberger, S. A. & Diaz, D. R. (2010). Inpatient Psychiatric Treatment of deaf adults: Demographic and Diagnostic Comparisons with Hearing Inpatients. Psychiatric Services, 61(2), 196–199. DOI 10.1176/ps.2010.61.2.196.

Leeds, A. (2018). Mechanisms of action in EMDR therapy: Multiplex effects of bilateral stimulation. In: The Standard Protocol – What should we teach? Trainer Program EMDR Europe Trainers' Day. https://www.emdr-2018.com/index.php/en/program.

Leven, R. (2003). Gehörlose und schwerhörige Menschen mit psychischen Störungen. Hamburg: Verlag hörgeschädigte Kinder.

Leven, R. (2003). »Pseudoversorgungsangebot.« Gehörlose und Hörgeschädigte haben das Recht auf psychotherapeutische Versorgung. Doch es fehlen Therapeuten, die der Gebärdensprache mächtig sind. Deutsches Ärzteblatt, 3, 108.

Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998) Erfassung von psychischen Belastungssfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. Diagnostica, 44, 130–141.

Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). DIPS Open Access: Diagnostic Interview for Mental Disorders. [DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. DOI 10.13154/rub.100.89.

Maxfield, L. (2009). EMDR Milestones: The First 20 years. Journal of EMDR Practice and Research, 3(4), 211–216. DOI 10.1891/1933-3196.3.4.211.

Öst, L. G. (2008). Spezifische Phobien. In: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Hrsg.: Reddemann, L. (2002). Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer.

Richter, A.-K. (2018). Vernachlässigte Folgen sozialer Traumatisierung: Soziale Angststörung – »Stiefkind« in der psychotherapeutischen Versorgung. (English: Social Anxiety Disorder: A Blind Spot in Psychotherapeutic Care. Consequences of social traumatisation frequently overlooked). Trauma & Gewalt, 12(4), 334–344. DOI 10.21706/TG-12-4-334.

Richter, A.-K. (2019). EMDR bei Sozialen Angststörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rüegg, J. C. (2009). Traumagedächtnis und Neurobiologie – Konsolidierung, Rekonsolidierung, Extinktion. Trauma & Gewalt, 3(1), 6–17.

Sack, M., Zehl, S., Otti, A., Lahmann, C., Henningsen, P., Kruse, J. & Stingl, M. (2016). A Comparison of Dual Attention, Eye Movements, and Exposure Only during Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder: Results from a Randomized Clinical Trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 85, 357–365. DOI 10.1159/000447671.

Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychological Medicine, 36(11), 1515. DOI 10.1017/S0033291706007963.

Seite https://bgsd.de/kundeninformationen/praktische-hinweise/.

Seite »Deutscher Gehörlosen-Bund«. In Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 26. Oktober 2018, 13:12 UTC. URL: https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Deutscher_Geh%C3%B6rlosen-Bund&oldid=182165308 (Abgerufen: 16. Dezember 2018, 02:30 UTC).

Seite »Gebärdensprache«. In Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 5. Dezember 2018, 18:52 UTC. URL: https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Geb%C3%A4rdensprache&oldid=183438314 (Abgerufen: 16. Dezember 2018, 03:04 UTC).

Seite »Gehörlosigkeit«. In Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 24. November 2018, 18:22 UTC. URL: https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Geh%C3%B6rlosigkeit&oldid=183039930 (Abgerufen: 16. Dezember 2018, 02:32 UTC).

Seite »Taubheit (Ohr)«. In Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 23. April 2018, 02:08 UTC. URL: https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Taubheit_(Ohr)&oldid=176781737 (Abgerufen: 16. Dezember 2018, 02:58 UTC).

Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. Edition: 3rd. New York: Guilford Press.

Wagner, F. (2004). Die Wirksamkeit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu Kontrollbedingungen und kognitiv-behavioralen Therapien – eine metaanalytische Untersuchung. Heidelberg: Dissertation.

WHO/Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Huber.

Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In JP Wilson & TM Keane (Hrsg.), Assessing psychological trauma and PTSD (399–411). New York: Guilford.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Deutsches Ärzteblatt, 103(37), A 2417–2419.

Wolpe, J. (1969). The Practice of Behavior Therapy, New York: Pergamon Press.

Wüthrich, J., & Ammann, J. (2007). Gebärdensprachdolmetschen in der Psychotherapie. Umsetzen des Ehrenkodex in der Zusammenarbeit von Gebärdensprachdolmetschenden und therapeutischem Fachpersonal. Diplomarbeit. Zürich: Hochschule für Heilpädagogik.

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

www.klett-cotta.de/fachbuch

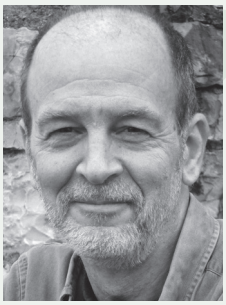
Die heilende Kraft der Arbeit mit dem »Inneren Kind«

Leben Lernen 305
424 Seiten, broschiert, großes Format
€ 48,– (D). ISBN 978-3-608-89256-7
Erscheint am 20. April 2019

Das »Innere Kind« ist in den letzten Jahren geradezu zur Lieblingsgestalt in Ratgeberliteratur und Populärpsychologie, aber auch in vielen klinisch-therapeutischen Ansätzen avanciert. Sich ihm zuzuwenden verspricht mehr Wohlbefinden, Selbstakzeptanz und innere Stabilität.

In der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) wurde die Arbeit mit dem Inneren Kind zu einem differenzierten Konzept entwickelt, ursprünglich entstanden aus der dritten Phase einer Traumakonfrontation im IRRT-Ansatz. Als eigenständige Intervention zeigt die Begegnung zwischen »Aktuellem Ich« und »Metaphorischem Inneren Kind von heute« eine treffsichere Abbildung des Verhältnisses der Patienten zu sich selbst mit einem weiten diagnostischen und therapeutischen Indikationsspektrum.

Das Buch erläutert präzise das Konzept und zeigt anhand vieler ausführlicher Falldarstellungen das konkrete Vorgehen auch in problematischen Konstellationen.



Mervyn Schmucker
ist Psychologe mit Schwerpunkt Traumatherapie und begann seine IRRT-Experimente 1989 an der University of Pennsylvania; langjähriger Mitarbeiter von Aaron Beck und Jeffrey Young sowie Forschungskollege von Edna Foa; Senior Clinical Consultant an der Klinik am Waldschlößchen in Dresden sowie IRRT-Trainer und -Supervisor.

Rolf Köster,
Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH in eigener Praxis, ärztlicher Leiter des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Bremgarten/Schweiz, Schwerpunkt Psychotraumatologie, Weiterbildungen in EMDR, Prolonged Exposure, Brief Eclectic Therapy of PTSD; IRRT-Trainer und -Supervisor.

Blättern Sie online in unseren Büchern und bestellen Sie bequem unter:
www.klett-cotta.de
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

Leben Lernen Klett-Cotta

© Klett-Cotta Verlag, J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart