

**„Über das Verhältnis von Traumatisierungen, Amnesie und Symptombelastung“
eine empirische Pilotstudie¹**

Prof. Dr. phil. Rainer Krause und Dr. phil. Anke Kirsch

Universität des Saarlandes
Fachrichtung Psychologie
Lehrstuhl für Klinische Psychologie and Psychotherapie

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Anke Kirsch
Universitäts Campus
Gebäude 1.3
66041 Saarbrücken
mail: a.kirsch@mx.uni-saarland.de
phone: 0049 681 302 3674
fax: 0049 681 302 4437

¹ An dieser Studie hat PD Dr.med. Günter Seidler mitgewirkt. Die Patienten stammen aus seiner Heidelberger EMDR- und Gewaltopferstudie (Seidler et al., 2003a, Seidler et al., 2003b).

Summary

Objectives: In the present study we examined the facial affective behavior of acut traumatized patients in the process of EMDR therapy. Furthermore we analyzed if a decrease of emotional numbing is due to a reduction of symptoms. As a moderator variable we used amnestic tendencies.

Methods: The facial affective behaviour was coded with the Emotional Facial Acting Coding System, an instrument for the registration of facial movements with emotional relevance. The facial affective behavior of the patient's first and last EMDR session was compared.

Results: A significant increasing of facial affective behavior, but also an increase of the psychic complains was found. The reduction of amnestic tendencies did not result in a reduction of symptoms, too.

Conclusions: Under the influence of the treatment it is possible to improve the access to the episodic affective memory. Nevertheless, a positive influence cannot be denote at the end of the treatment.

Key words

Emotional Numbing, PTSD, facial-affective behaviour, EMDR, amnesia, reduction of symptoms

Zusammenfassung

Fragestellung: In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob es im Verlauf einer EMDR Therapie bei Akuttraumatisierten zu einer Steigerung des mimisch-affektiven Verhaltens als Indikator der Aufhebung der emotionalen Vertäubung (emotional numbing) kommt und inwiefern dies mit einer Symptomreduktion zusammenhängt. Als Moderatorvariable wurde die Neigung zu Gedächtnisveränderungen im Sinne der Aufhebung der amnestischen Tendenzen untersucht

Methode: Das mimisch-affektive Verhalten wurde mit dem Emotional Facial Action Coding System (EMFACS) analysiert. EMFACS ist ein Kodiersystem zur Erfassung von mimischen Expressionen, die den Primäremotionen zugeordnet werden. Das mimisch affektive Verhalten der Patienten wurde in der ersten und der letzten EMDR-Sitzung verglichen.

Ergebnisse: Es zeigte sich eine signifikante Erhöhung, die allerdings mit keiner Symptomverbesserung einherging. Der Rückgang der amnestischen Tendenzen führt ebenfalls nicht zu einer Symptomreduktion.

Diskussion: Unter dem Einfluss der Behandlung ist es möglich, den Zugriff auf das episodische affektive Gedächtnis zu verbessern. Ein positiver Einfluss dieses Vorgangs ist aber zu-

mindest zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung nicht zu verzeichnen.

Schlüsselwörter

Emotional Numbing, PTBS, mimisch affektives Verhalten, EMDR, Amnesie, Symptomreduktion

1. Einleitung

Das Verhältnis von so genannten traumatischen Störungen zu den Psychoneurosen ist im wesentlichen Teilen ungeklärt. Diese Situation ist auf eine wenig stringente Theoriebildung und Begrifflichkeit einerseits und damit verbundene unangemessene Forschungsdesigns andererseits zurückzuführen. Im Folgenden wird versucht, Beides zu verbessern.

Begriffliche Klärung in Bezug auf Trauma, Amnesie und Psychoneurosen

Zur Begriffsdefinition beider Krankheitsumfelder ist zu sagen, dass das Definitionsmerkmal von Psychoneurosen die Existenz eines unbewussten intrapsychischen Konfliktes als kausales Agens für die Entwicklung der Symptomatik ist (Rüger et al. 2005, S.31). In Bezug auf die traumatischen Störungen ist die „Unbewusstheit“ definitionsgemäß ausgeschlossen. So heißt es im ICD-10: wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Reinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen und Nachträumen (so genannte Intrusion) sei ein obligates Symptom für die Erstellung der Diagnose (Dilling 1997). So betrachtet kann es definitionsgemäß keine Schnittmenge zwischen traumatischen Störungen und Psychoneurosen geben. Allerdings gibt es hinsichtlich der Definition und Operationalisierung der „Unbewusstheit“ von Ereignissen auch nur bedingt einen Konsens. Zweifellos gibt es eine nicht unerhebliche Zahl dokumentierter Ereignisse - die man gemeinhin als traumatisch betrachten würde – die später in dem Sinne unbewusst sind, dass die Involviertheit der eigenen Person nicht genau „gewusst“ wird. In einer von Meyer und Williams (1994) als prospektiv bezeichneten Studie an 206 jungen Frauen, die im Alter zwischen 10 Monaten und 12 Jahren im Zeitraum 73-75 Opfer dokumentierter sexueller Übergriffe geworden waren, hatten 38% 15-17 Jahre später keine die eigene Person involvierende Erinnerungen an die dokumentierten Übergriffe. Man kann in Kenntnis der Studie aber nicht davon ausgehen, dass die Ereignisse in jedem Fall per se unbekannt wären. Beispielsweise wird die dokumentierte Episode als etwas, das einer Anderen Person widerfahren ist, erinnert. Einen solchen Vorgang kann man nicht als echte Amnesie und auch nicht als Verdrängung beschreiben. Am ehesten ist eine Verschiebung und/oder eine Projektion als Erklärungsmodell geeignet. Natürlich sind auch ganz andere Formen von Unbewusstwerden dokumentiert. Beispielsweise „Inszenieren“ manche Patienten ähnliche Ereig-

nisse zu einem späteren Zeitpunkt ihrer Biographie und benutzen dieselben nun zur Erklärung ihrer Symptomatik. Krause (1998, 1999) hat diese Geschehen als „Decktraumata“ bezeichnet. Es wäre also denkbar, dass sich in dieser Gruppe von 38% eine allfällige akute Belastungsreaktion auf dem Umweg über eine Form der „Unbewusstheit“ in eine Psychoneurose verwandelt hat. Meyer's Untersuchung erlaubt allerdings keine Rückschlüsse darüber, wie hoch die Prävalenzrate seelischer Störungen in der Stichprobe der wieder gefundenen Traumatisierten verglichen mit der Gesamtbevölkerung ist und ob sich die Gruppen mit und ohne bewusste Erinnerung des Geschehens in der Erkrankungshäufigkeit unterscheiden. Sicher ist, dass die Begriffe Amnesie und Verdrängung zur Beschreibung des Geschehens ungeeignet sind (Loftus et al. 1994).

Bei einer konfliktbedingten Amnesie würde sich die Symptomatik deshalb entwickeln, weil das Trauma der Amnesie verfällt und nun als unbewusster Konflikt seine pathogenen Wirkungen zeigt, wie es im klassischen Modell der Psychoneurosen nahe gelegt wird. Ein Gegenmodell könnte darin bestehen, dass die Erkrankung dadurch zustande kommt, dass es eben keinen Gedächtnisverlust gibt und das traumatische Ereignis als intensive Form von Dauererinnerungen das Leben der Betroffenen krankheitswertig beeinflusst. Nicht vorgesehen in dieser Logik ist die Möglichkeit, dass es zu vollständigem Ausheilen unter dem Einfluss einer benevolenten Amnesie kommen kann.

Neben den Entwicklungen von Psychoneurosen respektive posttraumatischen Belastungsstörungen und Ausheilungen sind allerdings andere Entwicklungen vorstellbar. So könnte man postulieren, dass die vormals Traumatisierten überwiegend nicht in den psychoneurotischen Formkreis mit unbewussten Konflikten hineindriften, sondern in den der Persönlichkeitsstörungen speziell der Borderline-Persönlichkeitsstörungen, von denen angegeben wird, dass 70% aller erwachsenen Patientinnen und 45% der Männer mit dieser Diagnose sich an sexuellen Missbrauch erinnern (Paris 2000, S.161).

Wenn wir annehmen, dass diese Erinnerungen zutreffend sind und dass ein Drittel der Amnesie verfällt, könnte man mutmaßen, dass die 70% Frauen der Meyer'schen Stichprobe, die sich erinnern können, eine Borderline-Persönlichkeit entwickelt hätten, die 38% mit Amnesie eine Psychoneurose. Dann wäre ein Ausheilen wiederum ausgeschlossen.

Affektivität, Trauma und Amnesie

Bei Traumatisierten wird oft eine Art von emotionaler Vertäubung (emotional numbing, vgl. Litz et al. 2000) angenommen. In Bezug auf die sichtbare mimische Affektivität unterschiedlicher Ausformung von Traumatisierung haben Kirsch und Seidler (2004) an akut Traumatisierten in einer ersten Analyse festgestellt, dass dies für akut Traumatisierte beim ersten

Messzeitpunkt nach der Traumatisierung zutrifft. Sie haben hoch signifikant weniger mimische Ereignisse als eine gesunde Vergleichsgruppe und zwar in Abstufung nach der Schwere der Traumatisierung. Die nach der Skala des DSM-II-R am schwersten Traumatisierten (katastrophal) zeigten innerhalb von 4 Minuten 46 mimische Aktivitäten, davon 4,5 eindeutig identifizierbare Affekte. Die Gesunden aber 224,25, davon 15 Affekte. Die weniger schwer Traumatisierten (extrem schwer) auf der Skala des DSM hatten Werte von 142,75 (mimische Aktivität) und 10 (Affekte). Für Patienten mit einer lange zurückliegenden Traumatisierung, die Komorbiditäten aus dem Angst-Depressionsbereich aufwiesen, galt diese Reduktion nicht. Die Häufigkeitsverteilung der mimischen Gesamtaktivität verglichen mit Gesunden war 162,6 versus 182,84 mit den entsprechenden Standardabweichungen 79,93 und 108,32 (Kirsch et al. 2004). Allerdings trifft dies auch auf andere Patientengruppen und Subgruppen zu. So findet man sowohl bei Borderline- Patienten wie Angstpatienten solche Reduktionsphänomene. (Benecke & Krause 2005)

Im Fall der Schwersttraumatisierten ist die emotionale Vertäubung allerdings gänzlich auf den expressiven Teil des affektiven Systems beschränkt, denn introspektiv sind die affektiven Erinnerungen peinlichst bewusst. Es wäre für die Patienten subjektiv ein Gewinn die Erinnerungen würden einer Amnesie verfallen und ihre Verhaltensweisen dienen eben diesem Ziel. Die expressive Vertäubung könnte ebenfalls ein Versuch sein den Schmerz zu lindern, sie könnte allerdings auch damit verbunden sein, dass die Mitteilung bzw. das Sprechen über das Trauma nicht möglich ist.

Für keine der Gruppen kann man geltend machen, dass echte Amnesien vorliegen. Wenn überhaupt pathogene Erinnerungsvorgänge eine Wirkung entfaltet hätten, könnten sie nur in der zweiten Gruppe im Sinne des „false memory syndroms“ also der möglicherweise halluzinatorischen Vergegenwärtigung einer traumatischen Episode, die zumindest in dieser Form nicht stattgefunden haben konnte, wirksam sein. Für die erste Gruppe kann man dies ausschließen, da sie auf Grund von polizeilichen Ermittlungsakten in die Behandlung geschickt wurden.

Im Umfeld von Neurosen wird geltend gemacht, die Aufhebung von Amnesien sei deshalb kurativ und unverzichtbar, weil ohne dieselbe die Personen unbewusst Situationen herstellen würden, die zu Wiederholungen der traumatischen Erfahrungen führen würden. Diese benevolente Wirkung tritt allerdings nur dann auf, wenn die traumatischen Einwirkungen nicht mehr gegenwärtig sind. Hält sie noch an, kommen die Derealisation, Dissoziation, Verleugnung der traumatogenen Wirkung der Ereignisse in Frage.

Der Einsatz von traumaspezifischen Behandlungen im Nachklang von Traumatisierungen erfreut sich großer Beliebtheit, obgleich man nicht sagen kann, dass die Wirkungsmechanis-

men bekannt seien und dass es spezifische Indikationen gäbe. Es ist hier nicht der Ort darzulegen, welche Hypothesen es dazu gibt. Von den Befunden von Kirsch und Seidler über die emotionale Vertäubung von Akuttraumatisierten folgend, könnte man vermuten eine der Wirkmechanismen könnte darin bestehen, die emotionale Vertäubung aufzuheben bzw. zu mildern und auf diesem Wege zu einer Symptomlinderung zu kommen, beispielsweise über die Möglichkeit im Anschluss an die Behandlung affektiv sprechen zu können. Dies würde allerdings das Risiko einschließen, dass es zu einer Aufhebung bzw. Lockerung der Vergessensversuche der Patienten kommen würde, was sich subjektiv in einem verschlechterten Befinden abbilden würde. Im Folgenden soll der Verlauf einiger der relevanten Parameter während solcher Behandlungen untersucht werden, nämlich der der emotionalen Vertäubung, der Symptome und der Gedächtnisveränderung.

2. Fragestellung

Ziel war es, zu überprüfen, ob es im Verlauf der Therapie zu einer Steigerung des mimisch-affektiven Verhaltens als Indikator der Aufhebung der emotionalen Vertäubung kommt und inwiefern dies mit der Symptomreduktion zusammenhängt. Als Moderatorvariable wurde die Neigung zu Gedächtnisveränderungen im Sinne von unspezifischen amnestischen Tendenzen untersucht

3. Methodik

Stichprobe

Die in der vorliegenden Arbeit beschriebene Studie entstand in Zusammenhang mit der Heidelberger EMDR- und Gewaltopfer Studie (HeiGOS) (Seidler et al. 2003a; Seidler et al. 2003b). In die Untersuchung wurden für die Laufzeit eines Jahres alle Heidelberger Gewaltopfer einbezogen. Sie rekrutieren sich aus drei Quellen: Behandlungsbedürftige Gewaltopfer aus der HeiGOS-Studie, ambulant behandelbare Patienten aus der Ambulanz der Psychosomatischen Klinik, Abteilung Psychosomatik, Heidelberg, und Patienten und Patientinnen aus Allgemein- und Frauenarztpraxen mit akuten Traumafolgestörungen. Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie waren Volljährigkeit und Verständnisfähigkeit ohne Dolmetscher, Erfüllung des Ereigniskriteriums nach ICD-10 innerhalb der letzten zwölf Monate, Leidensdruck bei diagnostizierter Akuter Belastungsstörung bzw. Erfüllung mindestens zweier Symptomkomplexe der Posttraumatischen Belastungsstörung. Aus der Studie ausgeschlossen wurden Betroffene mit ausschließlich komplex-traumatischen Störungen als Folge länger zurückliegender, anhaltender Traumatisierung und Patienten mit bekannten oder nach dem klinischen Eindruck zu erwartenden psychotischen Krisen, Suizidalität oder Drogenproblemen. Die Di-

agnosen wurden nach Klinischen Interviews gestellt und mittels Fragebogenverfahren gestützt. Mit allen Teilnehmern wurde zudem ein SKID-Interview (Wittchen, Zaudig & Fydrich 1997) durchgeführt. Nach dem SKID I-Interview folgten zwei Messzeitpunkte, jeweils zeitnah vor Beginn und zum Ende der Behandlung, um die erzielten Veränderungen zu dokumentieren. Von den 16 Teilnehmern der Studie wurden neun Gewaltopfer mit EMDR behandelt und in die Analyse miteinbezogen, die verbleibenden sieben Gewaltopfer wurden einem anderen Behandlungsplan zugeordnet (siehe Hain et al. 2004).

Die Patienten durchliefen eine Intervention in einer ambulanten ressourcenorientierten Gruppe für Akuttraumatisierte (zweimal wöchentlich, etwa 10 Wochen), danach erfolgte die EMDR-Therapie, die gemäß der jeweiligen Sitzungen ebenfalls bis zu 10 Wochen in Anspruch nahm. Die EMDR Sitzungen wurden alle zwei Wochen durchgeführt. Nach Zuweisung der neun Gewaltopfer an den EMDR-Einzeltherapeuten wurde von diesem zuerst abgeklärt, ob es Kontraindikationen zur Anwendung von EMDR gab. Dann wurden EMDR-Sitzungen in der klinisch notwendigen Anzahl ambulant durchgeführt. Eine Patientin erhielt nur eine EMDR Sitzung, drei Patienten drei Sitzungen, vier Patienten sieben Sitzungen und eine Patientin durchlief acht EMDR Sitzungen.

Behandlungsmethode

Als Therapieverfahren wurde EMDR und eine spezielle Form der Gruppentherapie (Hain et al., 2004) angewendet. EMDR steht für Eye Movement Desensitization and Reprocessing, die wörtliche Übersetzung lautet: „Augenbewegungsdesensibilisierung und -reprozessierung“ (Ebner 2001, S. 104). Es handelt sich hierbei um eine Methode zur Behandlung traumatisierter Personen (Shapiro 1989).

Analyseverfahren des Projektes

Zur Analyse der Affektivität der Patienten wurde das Emotional Facial Action Coding System-EMFACS (Ekman & Friesen 1984) verwendet. Es ist ein Verfahren, das aus dem Facial Action Coding System-FACS (ebd., Wagner 1978; Ekman, Friesen & Hager 2002) entstanden ist. Beide dienen dazu, das mimische Verhalten objektiv zu erfassen.

Mit Hilfe von Videoaufnahmen und speziellen Techniken (Split-Screen, Slow-motion etc.) werden Verhaltenssequenzen von Probanden in Interaktionen analysiert. Ausgebildete Kodierer ordnen den einzelnen Muskelbewegungen oder Kombinationen von Muskelbewegungen (AUs = Action Units, im Folgenden wird die Abkürzung verwendet) des Gesichts Zahlen zu. Für das EMFACS werden nur affektrelevante AUs kodiert, die dann später mit einem compu-

tergestützten Auswertungsprogramm Affekten zugeordnet. In der vorliegenden Studie wurden jeweils die ersten 4 Minuten im Anschluss an die Frage: „Was belastet sie zur Zeit am meisten?“ kodiert. Die Traumatisierten schilderten ihre traumatische Erfahrung, die gesunden Probanden schilderten im Allgemeinen Beziehungsprobleme aus ihrem persönlichen Umfeld, meist familiär.

Die Symptombelastung wurde mit der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R, Franke 1995) erfasst. Die amnestischen Tendenzen mit dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS, Freyberger, Spitzer & Stieglitz 1999). Die Fragebögen sind sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie von den Patienten ausgefüllt worden und dienen der Erfolgs- bzw. Veränderungsmessung

Die Symptom-Checkliste von Derogatis ist ein störungsübergreifendes Selbstbeurteilungsverfahren in Form eines Fragebogens, das die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen misst. Die Auswertung ist mehrdimensional und der Test bietet sich für Messwiederholungen in Verlaufsuntersuchungen an.

Die 90 Items der neun Primärskalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (positiv syndrom distress index) misst die Intensität der Antworten und der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Es liegen repräsentative Normen für Gesunde und empirisch überprüfte Gütekriterien vor.

Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren für Erwachsene. Das Instrument wurde zur Erfassung eines Trait-Merkmales konzipiert, es lassen sich damit aber auch hinreichend valide Veränderungen während eines Therapieprozesses erheben. Der FDS erfasst in Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion. Die Subskala für Amnesie beinhaltet Items, die sich darauf beziehen, dass man sich z.B. nicht erinnern kann, wie man an einen bestimmten Ort gekommen ist, Kleidungsstücke trägt ohne sich zu erinnern bzw. diese angezogen zu haben. Auf der Verhaltensebene werden Erinnerungslücken bezogen auf Handlungen, das Anfertigen von Schriftstücken sowie der Vorwurf zu lügen erfasst. Freunde und Familienangehörige nicht zu erkennen, wird als amnestische Eigenschaften gewertet, ebenso, dass man unter einem Namen angesprochen wird, der einem selbst nicht erinnerlich ist oder Dinge in seinem Besitz findet, an deren Kauf man sich nicht erinnern kann. Der Fragebogen erfasst keine Erinnerungsstörungen, die sich speziell auf die

traumatische Erfahrung der Patienten beziehen.

Die Fragebögen sind sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie von den Patienten ausgefüllt worden und dienen der Erfolgs- bzw. Veränderungsmessung.

4. Ergebnisse

Hypothesen

In der vorliegenden Studie sollten die nachfolgenden Hypothesen bearbeitet werden:

Hypothesengruppe 1:

- Die Behandlung von akut Traumatisierten mit EMDR ist von einem Anstieg der expressiven Anteile des Affektsystems begleitet (Wiederanstieg).
- Die Behandlung von akut Traumatisierten durch EMDR ist mit einer Besserung im Sinne einer Symptomreduktion begleitet.
- Die Behandlung mit EMDR ist mit einer Reduktion einer allfälligen amnestischen Tendenz begleitet.

Hypothesengruppe 2:

- Die allfällige Steigerung von Bewegungen im expressiven System des Gesichtes ist von einer Symptomreduktion begleitet.
- Die Aufhebung einer amnestischen Tendenz ist von einer Symptomsteigerung begleitet.
- Die allfällige Anhebung der Action Units ist von einer Aufhebung amnestischer Tendenzen begleitet.

Gemäß unserer Hypothese konnte bei den Akuttraumatisierten eine Zunahme des mimisch affektiven Verhaltens im Verlauf der EMDR-Sitzungen gefunden werden. Dass die Akuttraumatisierten eine Reduktion aufweisen, hatten Kirsch und Seidler schon nachgewiesen (Seidler et al. 2004; Kirsch & Seidler, 2004; Kirsch & Seidler, accepted).

Die mimische Gesamtaktivität der Patienten im Vergleich der Anamnese- und Abschlusssitzungen nimmt zu ($m = 98,56$ / $m = 118,78$). Der Unterschied wird bei einer Überprüfung mit dem Wilcoxon-Test signifikant mit einem Wert $z = -2,57$ und $p = 0,01$.

Die Primäraffekte nehmen bei den Patienten von der Anamnese von $m = 6,44$ auf $m = 9,22$ in der Abschlusssitzung zu. Die Prüfung mit dem Wilcoxon-Test zeigt, dass der Unterschied in der Anzahl der Primäraffekte mit einem Wert von $z = -1,31$ und $p = 0,19$ nicht signifikant geworden ist; allerdings sind signifikante Veränderungen für Angst und Ärger zu verzeichnen. Angst fällt von $m = 0,44$ auf $m = 0,00$ und wird mit dieser Veränderung signifikant ($z = -2,00$; $p = 0,046$). Ärger steigt von $m = 1,67$ auf $m = 4,44$ an. Diese Veränderung wird ebenfalls sig-

nifikant ($z = -2,83$; $p = 0,005$). Trauer fällt von $m = 0,66$ auf $m = 0,11$, hat aber nur die Tendenz signifikant zu werden ($z = -1,89$; $p = 0,056$).

Insgesamt kann die erste Hypothese aus der Hypothesengruppe 1 als bestätigt angesehen werden, d.h. die Behandlung von akut Traumatisierten durch EMDR ist von einem Anstieg der expressiven Anteile des Affektsystems begleitet.

„hier Tab. 1 einfügen“

In der Symptomatik zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Werten der einzelnen Skalen. Alle Werte außer der Somatisierung zeigen im SCL-90 sogar eine leichte Erhöhung. Demnach ist in der vorliegenden Studie die Behandlung von Akuttraumatisierten von keiner Symptomreduktion begleitet. Die Werte liegen sowohl zu Beginn als auch nach der Behandlung im klinischen Bereich.

“hier Tab. 2 einfügen”

Alle Werte des FDS nehmen zu außer denen für die amnestischen Tendenzen (Amnesie), die leicht abnehmen.

„hier Tab. 3 einfügen“

Zur Beurteilung der Hypothesengruppe 2 wurden Korrelationen der standardisierten Differenzwerte von Anfang und Ende der Therapie, bezogen auf die mimische Gesamtaktivität, die psychische Gesamtbelastung (SCL-90) sowie der Amnesie (FDS) berechnet. Die Differenzwerte für die mimische Gesamtaktivität der Patienten korrelieren negativ mit dem Differenzwert für Amnesie (FDS) ($r = -.65$ / $p = .057$), d.h. dass je mimisch aktiver die Patienten im Verlauf der Therapie werden, desto weniger amnestisch sind sie. Der Differenzwert der mimischen Gesamtaktivität korreliert positiv mit dem Differenzwert für die psychische Gesamtbelastung (PSDI; SCL-90) ($r = +.85$ / $p = .004$), aber negativ mit den Differenzwerten für Amnesie ($r = -.71$ / $p = .03$), also je höher die Gesamtbelastung im Verlauf der Therapie ist, desto niedriger werden die amnestischen Tendenzen.

Dies lässt deutlich werden, dass durch die EMDR Therapie direkt nach der Traumatisierung ein Rückgang der amnestischen Tendenzen, also eine Gedächtnisveränderung und eine Zunahme der mimischen Gesamtaktivität erreicht werden kann, dies aber auf Kosten der psychischen Gesamtbelastung der Patienten geht.

„hier Abb. 1 einfügen“

Bei der Berechnung von partiellen Korrelationen unter Auspartialisierung der Differenzwerte für Amnesie zeigt sich eine positive Korrelation zwischen dem Differenzwert für die mimi-

sche Gesamtaktivität und dem Differenzwert für die Skala Depression der SCL-90 ($r = +.65$; $p = .08$). Die positive Korrelation zwischen der mimischen Gesamtaktivität und der Gesamtbelastung (PSDI) im SCL-90 bleibt bestehen ($r = +.65$; $p = .08$). Weiterhin korreliert die Gesamtbelastung (PSDI) hoch positiv mit der Depression ($r = .88$; $p = .004$).

„hier Abb. 2 einfügen“

Demnach kann die erste Hypothese der Hypothesengruppe 2 als nicht bestätigt angesehen werden, d.h. die allfällige Wiederkehr von action units im expressiven System ist nicht von einer Symptomreduktion begleitet. Jedoch bestätigen sich die beiden weiteren Hypothesen, dass die Aufhebung einer amnestischen Tendenz von einer Symptomsteigerung begleitet wird und eine allfällige Anhebung der action units mit einer Aufhebung der amnestischen Tendenzen einhergeht.

5. Diskussion

Die Ergebnisse zur Hypothesengruppe 1 zeigten, dass die Behandlung von einem Anstieg der expressiven Anteile des Affektsystems begleitet ist, aber von keiner Symptomreduktion.

Für die Hypothesengruppe 2 sind die Ergebnisse wie folgt: Der Wideranstieg der Action Units ist von einem Symptomanstieg begleitet bei gleichzeitiger Verringerung amnestischer Tendenzen.

Unter Ausparialisierung der Amnesie ergibt sich eine positive Korrelation zwischen der mimischen Gesamtaktivität und dem Depressionscore (SCL-90) von $r = .65$. Die positive Korrelation zwischen mimischer Gesamtaktivität und der Gesamtbelastung bleibt bestehen $r = .65$. Unter dem Einfluss der Behandlung ist es möglich, den Zugriff auf das episodische affektive Gedächtnis zu verbessern. Ein positiver Einfluss dieses Vorgangs ist aber zumindest zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung nicht zu verzeichnen, da sich die Gesamtbefindlichkeit der Patienten verschlechtert. Dies wirft die Frage auf, die diese Studie allerdings nicht beantworten kann, ob es spezifische Indikationen dafür gibt, die Amnesien zu fördern statt sie aufzuheben und/oder ob die Tragfähigkeit des Behandlungssettings der Reaktivierung von solchen Erinnerungen ausreichend verschieden ist von der ursprünglichen Traumatisierung. Es bleibt weiterer Forschung überlassen herauszufinden wie gross der notwendige Anteil an agierenden Reinszenierungen des Traumas im Hier und Jetzt sein muss und sein darf oder ob man diese Vorgänge wie es manche Autoren behaupten a tout prix vermeiden soll. Es scheint dass solche Prozesse auch bei besten Wissen und Willen nicht ganz zu vermeiden sind. Aus den Einzelfallbeschreibungen war zumindest für manche schwer Traumatisierten der Umgang mit dem Trauma durch die Behörden, Polizisten wie auch die Strafverfolgungsinstanzen mit

einer nicht unerheblichen Re-Traumatisierung verbunden, so dass die Eröffnung des episodischen Gedächtnisses im Umfeld einer weiteren Verfolgung zu der dann nolens volens auch der Therapeut gehört, zu einer Verschlechterung der Symptombelastung führen könnte. (Anstadt et al 1996)

In manchen Fällen scheint es günstiger nicht an das Trauma zu rühren. Es mag auch sein, dass der Anteil an Halt gebenden stützenden Behandlungselementen, der in dieser Studie durch Gruppentherapie erreicht werden sollte, nicht ausreichend war. Schließlich war die Applikationszeit des EMDR selbst recht unterschiedlich. Die Beendigung war nicht in jedem Falle an eine medizinische Indikation gebunden.

Als positiv im Sinne der Verarbeitung des Traumas ist jedoch anzumerken, dass sich zumindest der expressive Ausdruck von Angst und Trauer verringert und der des Ärgers ansteigt, was darauf hindeutet, dass die Patienten ihren Ärger gegenüber dem Widerfahrenen auszudrücken und sich nicht mehr so sehr in der Opferrolle sehen.

Literatur

- Anstadt, Th , Merten, Ullrich, B.& Krause, R. (1996) Erinnerung und Agieren. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 42, 34 - 55
- Benecke, Cord ; Krause, Rainer. (2005). Initiales mimisch-affektives Verhalten und Behandlungszufriedenheit in der Psychotherapie von Patientinnen mit Panikstörungen . Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 51 , 4, 346-359
- Dilling, H. (1997): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Göttingen: Huber.
- Ebner, F. (2001): Neurophysiologische Aspekte der posttraumatischen Belastungsstörung und ihre Veränderung nach der Therapie mit EMDR. In: J.H. Mauthe (Hg.): Affekt und Kognition, S. 96-113. Sternenfels: Wissenschaft & Praxis.
- Ekman, P., Friesen, W.V. (1978): The Facial Acting Coding System: A technique for the measurement of facial movement. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P., Friesen, W., Hager, J.C. (2002): Facial Action Coding System. The Manual on CD ROM.
- Franke, G.H. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stieglitz, R.D. (1999): Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Deutsche Adaption der Dissociative Experience Scale (DES) von E. Bernstein-Carlson und F.W. Putnam. Bern: Huber.
- Hain, B., Micka, R., Wiegand, C., Hofmann, A., Seidler, G.H. (2004): Integrierte traumaassoziierte Kurzzeittherapie für Akuttraumatisierte (INTAKT) - Ergebnisse einer Studie zur Wirksamkeit von ressourcenorientierter Behandlung in der Gruppe und EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing). Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 40, 277-296.
- Litz, B.T., Orsillo, S.M., Kaloupek, D., Weathers, F. (2000): Emotional Processing in Post-traumatic Stress Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 109, 1, 26- 39.
- Kirsch, A., Brunnhuber, S., Breunig, D. (2004): Affektives Beziehungsverhalten bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. Zeitschrift für Psychotraumatologie, 4, 63 - 74.
- Kirsch, A., Seidler, G. (2004): Ausdruck und Erleben von Emotionen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung. Erste Ergebnisse einer Studie mit Gewaltopfern. Forschungsmethodologie und Theoriebildung. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 2, 45-60.
- Krause, R. (1998): Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1999): Trauma und Erinnerung. Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, 1, 36-44.
- Loftus, E.F., Garry, M., Feldmann, J. (1994): Forgetting sexual trauma: What does it mean when 38% forget? J of Consulting and Clinical Psychology, 62, 6, 1177-1181.
- Meyer, W. L., Williams, L.M. (1994): Recall of Childhood Trauma: A prospective Study of womens memories of child sexual abuse In. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1167-1176.
- Paris, J. (2000): Kindheitstrauma und Borderlinestörung. In: O. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg.): Handbuch der Borderlinestörungen, S. 159-166. Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Rüger, U., Dahm, A., Kalinke, D., Faber-Haarstrick (2005): Kommentar zu Psychotherapie-richtlinien. München: Urban & Fischer, 7.Auflage.
- Shapiro, F. (1989): Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Seidler, G.H., Micka, R., Laszig, P., Nolting, B.V., Rieg, K. (2003a): Akut traumatisierte Gewaltopfer und ihre Therapie I - Die Heidelberger Gewaltopferstudie HeiGOS: Situation und Forschung. In: G.H. Seidler, P. Laszig, R. Micka, B. Nolting (Hg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie – Krankheitsbilder – Therapie, S. 103- 122. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Seidler, G. H., Rieg, K., Hain, B., Micka, R., Hofmann, A. (2003b): Akut traumatisierte Gewaltopfer und ihre Therapie II – Studie zur Entwicklung einer traumaadaptierten ambulanten Ressourcengruppe (ARG) in Kombination mit EMDR. In: G.H. Seidler, P. Laszig, R. Micka, B. Nolting (Hg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie – Krankheitsbilder – Therapie, S. 123- 135. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997): Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-SKID; eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID. Göttingen: Hogrefe.

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichungen des mimisch affektiven Verhaltens der Patienten im Vergleich von erster und letzter EMDR-Sitzung (Wilcoxon Test für verbundene Stichproben).

Mimik	Session	Mittelwert	Standard- Abweichung	Wilcoxon p
Action Unit gesamt	Anamnese	98,56	60,62	
	Abschluss	118,78	61,20	$z = -2,57; p = 0,01$

Tab. 2: Mittelwerte und Standardabweichung zu der SCL-90 zu den Globalen Kennwerten in Anamnese und Abschluss.

Fragebogenmaße	Session	N	Mittelwert	Standardabweichung
GSI (SCL)	Anamnese	9	60,33	10,36
	Abschluss	9	66,00	14,85
PST (SCL)	Anamnese	9	65,78	13,88
	Abschluss	9	68,33	12,77
PSDI (SCL)	Anamnese	9	66,11	11,41
	Abschluss	9	66,89	11,26

Anmerkung: GSI (global severity index); PSDI (positiv syndrom distress index); PST (positive symptom total)

Tab. 3: Mittelwerte und Standardabweichung zu den Skalen des FDS in Anamnese und Abschluss.

Fragebogenmaße	Session	N	Mittelwert	Standard- abweichung
Amnesie (FDS)	Anamnese	9	4,86	4,31
	Abschluss	9	4,70	2,56
Absorption (FDS)	Anamnese	9	15,79	7,64
	Abschluss	9	18,57	6,07
Derealisation (FDS)	Anamnese	9	7,59	4,34
	Abschluss	9	9,86	9,51
Konversion (FDS)	Anamnese	9	5,55	6,16
	Abschluss	9	8,69	8,19
Fds z-Wert (FDS)	Anamnese	9	,91	,80
	Abschluss	9	1,29	1,05

Abb. 1: Korrelationen der standardisierten Differenzwerte (Anfang/Ende) der mimischen Gesamtaktivität (AUG), der Amnesie (FDS) und der Gesamtbelastung (SCL-90) der Patienten (Nichtparametrische Korrelationen: Spearman-Rho, 2-seitig).

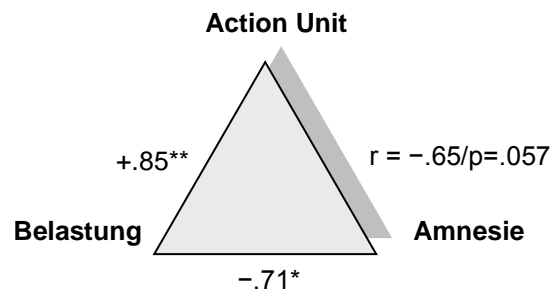


Abb. 2: Korrelationen der standardisierten Differenzwerte (Anfang/Ende) der mimischen Gesamtaktivität (AUG), der Depression (SCL-90) und der Gesamtbelastung (SCL-90) der Patienten (Nichtparametrische Korrelationen: Spearman-Rho, 2-seitig).

