

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – Schritt für Schritt

Michael Hase

Fokussierung von Erinnerungsmaterial und Anwendung bilateraler Stimulation kennzeichnen die Arbeit mit EMDR, wobei die Bearbeitung dysfunktionaler Erinnerung eine zentrale Position einnimmt. Ziel ist die Nachverarbeitung nicht ausreichend verarbeiteter Erinnerung. Die Behandlung ist damit primär problemfokussiert, aber auch durch Integration bestimmter Techniken ressourcenaktivierend und durch die im Prozess der Verarbeitung oftmals entstehende Einsicht auch motivational klärend.

Ziel der Therapie im AIP-Modell

Das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP) ist das Krankheits- und Veränderungsmodell der EMDR-Methode. Zentrale Annahme ist, dass im Gehirn des Menschen ein Informationsverarbeitungssystem angelegt ist, sodass belastende Lebenserfahrung verarbeitet werden kann und dadurch eine seelische und körperliche Homöostase aufrechterhalten wird. Bei einer Störung des Informationsverarbeitungssystems durch eine zu hohe Intensität der Erfahrung (z.B. Psychotrauma), fehlendes Wissen, unzureichende Unterstützung oder einen anderen Umstand bleibt die Erfahrung in ihrer rohen zustandspezifischen Form gespeichert. Diese ist durch Auslöse-reize aktivierbar und führt dann zu vielfältigen Symptomen sowie dysfunktionalem Verhalten: So kann sich ein Opfer von sexualisierter Gewalt in der Kindheit durch eine bestimmte medizinische Untersuchung in die frühere Erfahrung zurückversetzt fühlen und für die gegenwärtige Situation dysfunktional reagieren.

Die nicht ausreichend verarbeitete, dysfunktional gespeicherte Erinnerung ist in Netzwerken organisiert. In der Anwendung des AIP-Modells gehen wir davon aus, dass eine derartige, nicht ausreichend verarbeitete Erinnerung Grundlage der zu behandelnden Störung ist. Insofern ergibt sich zwangsläufig, dass in der Behandlung der Zugang zu dieser Erinnerung gesucht wird, um dann das adaptive Informationsverarbeitungssystem zu aktivieren und in Aktivität zu halten. Ziel ist die Nachverarbeitung der Erinnerung [1]. Der Zusammenhang zwischen der aktuellen Symptomatik und der zugrunde liegenden Erfahrung wird in der EMDR-Methode immer als zentral verstanden und für die Behandlung gesucht.

Voraussetzungen und Indikationen

Voraussetzungen beim Patienten und Therapeuten

Patient

Auf der Patientenseite bedarf es einer grundsätzlichen Beziehungsfähigkeit, die eine notwendige Voraussetzung für den Aufbau der therapeutischen Beziehung darstellt. Eine schwere dissoziative Störung und eine komplexe Traumafolgestörung sollen vor Beginn der Behandlung diagnostiziert werden, da diese eine Adaption des Behandlungsplans mit Verlängerung der Stabilisierungsphase erfordern. Patienten bringen im unterschiedlichen Ausmaß Affekttoleranz, die Fähigkeiten der Selbstberuhigung und eine basale Ich-Stabilität mit ein. Auch sind die Vorerfahrungen und Erwartungen von Patientenseite zu berücksichtigen.

Kontraindikationen sind somatische oder psychische Instabilität. Hier ist beispielsweise eine instabile Angina pectoris auf körperlicher Seite bzw. eine floride Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine akute Suizidalität auf der psychischen Seite zu nennen.

Therapeut

Auf der Therapeutenseite sind eine gute Kenntnis der EMDR-Methode, Psychotherapieerfahrung und Kompetenz in der Behandlung der jeweiligen Störung von großer Bedeutung. Selbsterfahrung und Affekttoleranz sind gleichermaßen bedeutsam. Denn die gemeinsame Modulation und Koregulation der Stressantwort sind sehr wichtig, damit eine Überflutung durch negativen Affekt oder eine Retraumatisierung vermieden werden. Bei guter Ausbildung der Therapeuten, Berücksichtigung der Komplexität der Störung und Anpassung des Vorgehens

ist eine EMDR-Behandlung effektiv und sicher zu gestalten.

Differenzielle Indikation

In der Forschung zeigte sich EMDR in über 20 kontrollierten Behandlungsstudien Behandlungsergebnisse nicht nur den nicht traumaspezifischen Interventionen signifikant überlegen, sondern auch im Follow-up nach 15 Monaten stabil. Dies gilt für die einfache posttraumatische Belastungsstörung und auch für den Bereich der sogenannten „komplexen“ Traumafolgestörung, wengleich die Datenlage hier dünner ist. Im Vergleich zur prolongierten Exposition und zur kognitiven Therapie zeigte sich, dass EMDR gleiche Behandlungsergebnisse erreichte, wobei die EMDR weniger Sitzungen benötigte. Shapiro erklärt diesen Effekt mit der assoziativen Verarbeitung mehrerer Erinnerungen in Erinnerungsnetzwerken, auch wenn nur eine Erinnerung fokussiert wird [2]. Ein Überblick über den Forschungsstand findet sich bei Hofmann [3].

Nachdem ausreichend Studien zur Behandlung bei Kindern- und Jugendlichen vorliegen [4], ist die Anerkennung zu erwarten. Es besteht mittlerweile Konsens, dass die posttraumatische Belastungsstörung keineswegs die einzig mögliche Folge einer psychischen Belastung darstellen muss. Es scheint eine Vielzahl von Störungsbildern zu geben, die auf eine Fehlverarbeitung belastender Lebensereignisse zurückgeführt werden können. Frustaci beschrieb, dass belastende Lebensereignisse unterhalb des A-Kriteriums körperliche und seelische Folgen zeigen, wobei die Betroffenen gut auf eine EMDR-Behandlung ansprechen [5]. Für die EMDR-Methode gibt es mehrere Bereiche, in denen sich die Methode mittlerweile durch Fallserien und kontrollierte Studien als effektiv gezeigt hat. Erfahrungen liegen hier aus dem Bereich der *Schmerzstörungen*, *Angststörungen*, *traumatischer Trauer* und der *Substanzabhängigkeit* vor.

Beschreibung des Vorgehens

Zentrales Element der Methode ist ein zuerst ungewöhnlicher Prozess, bei dem der Patient sich auf bestimmte Anteile der nicht ausreichend verarbeiteten Erinnerung konzentriert und gleichzeitig, den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend, die Augen bewegt. Der Verarbeitungsprozess ist aber auch mit anderen Formen der „bilateralen Stimulation“ auf auditivem oder taktilen Weg möglich. Dadurch wird ein Informationsverarbeitungsprozess angeregt, in dem durch spontane assoziative Verbindungen oder Verblassen der affektiven Ladung der Erinnerung für viele Patienten eine rasche Entlastung spürbar wird. Dieser Prozess scheint dabei schneller und meist weniger belastend zu sein als andere Therapieformen.

Ob es sich bei dem eigenständigen Wirkmechanismus des EMDR um einen REM-Schlaf-ähnlichen Prozess der Informationsverarbeitung, Beanspruchung des Arbeitsgedächtnisses oder um ein Aktivieren der sogenannten Orientierungsreaktion handelt, ist derzeit Gegenstand der Forschung. Psychophysiologische Messungen während einer EMDR-Behandlung weisen auf die Bedeutung der bilateralen Stimulation hin [6]. EEG-Monitoring einer EMDR-Behandlung zeigt Hinweise auf eine Normalisierung der Hirnaktivität im Sinne der Informationsverarbeitung [7].

Shapiro hat mit dem EMDR-Standardprotokoll einen Behandlungsplan skizziert, der flexibel an die klinische Situation angepasst werden kann. So erfordert die Anwendung der EMDR-Methode meist die Arbeit in der *Vergangenheit*, der *Gegenwart* und der *Zukunft*. Im Bereich Vergangenheit werden die dysfunktional gespeicherten Erinnerungen reprozessiert. In der Gegenwart sind erlebnisbezogene Träume, Verhaltensstörungen und Auslöser (Trigger) Ansatzpunkte für EMDR. Die Arbeit im Bereich Zukunft dient der Veränderung des Vermeidungsverhaltens und der Entwicklung von Verhaltensalternativen. Jeweils wird dysfunktional gespeicherte, unverarbeitete Information zum Ziel der EMDR-Intervention. In der EMDR-Sitzung, die üblicherweise 90 Minuten dauert, dient die sogenannte „Bewertungsphase“ am Anfang einer Sitzung der gestuften Aktivierung der fehlgespeicherten Erinnerung. Diese wird fraktioniert aktiviert, somit möglichst schonend, sodass keine Überflutung ausgelöst wird. In der Phase der Reprozessierung dienen die bilateralen Stimuli und der Wechsel zwischen Vergangenheit und sicherer Gegenwart die duale Aufmerksamkeitsfokussierung einer Modulation der Stressreaktion, sodass eine Verarbeitung stattfinden kann.

EMDR ist in der Struktur klar gegliedert und für Patienten und Therapeuten verständlich. Dies findet sich auch im Ablauf einer EMDR-Sitzung wieder. Eine idealtypische Arbeit in der EMDR-Methode gliedert sich in 8 Phasen.

Phase 1: Vorgeschichte und Behandlungsplanung

In der Anamnese wird auf erfahrene Traumata, die seelische Stabilität, die Ich-Stärke, die Affekttoleranz sowie die Motivation des Patienten geachtet, die Behandlungsindikation geprüft und Kontraindikationen werden ausgeschlossen. Gemeinsam mit dem Patienten wird ein Behandlungsplan erstellt, in dem die Durcharbeitung dysfunktional gespeicherter Erinnerung oder anderer assoziierter Symptome einen integralen Bestandteil darstellt.

Phase 2: Vorbereitung des Patienten

Der Patient wird über den Behandlungsplan und die Methode aufgeklärt und, wenn nötig, durch Stabilisierungstechniken, ggf. auch durch Medikation ausreichend stabilisiert.

Phase 3: Bewertung des Traumas

In dieser Phase wird die zu bearbeitende dysfunktionale Erinnerung in ihren sensorischen, kognitiven und affektiven Komponenten angesprochen. Dabei führt das gesteuerte und fraktionierte Ansprechen von Teilnetzwerken zur Aktivierung der Gesamterinnerung. Die Erarbeitung einer positiven Kognition unterbricht die Traumaaktivierung und gliedert so die Arbeit in dieser Phase. Die positive Kognition ist eine positive Selbstbeschreibung, die am Ende der Sitzung als angemessener Gedanke bleiben kann; sie dient hier auch der Zielformulierung für den folgenden Verarbeitungsprozess. Eine Benennung der Körperlokalisierung der Belastung zentriert den Prozess vor dem Übergang in die Phase der Durcharbeitung.

Phase 4: Durcharbeitung

In dieser Phase wird die Erinnerung initial erneut fokussiert. Gleichzeitig wird – meist über Augenbewegungen – eine bilaterale Stimulation angeboten und damit die duale Aufmerksamkeitsfokussierung hergestellt. Von diesem Zeitpunkt an läuft der Prozess eigendynamisch und individuell. Typisch ist eine schnelle Folge zum Teil intensiver, wechselnder sensorischer Eindrücke, Affekte und Gedanken. Sie führt in der Regel zu einer spürbaren Entlastung des Patienten, auch wenn teilweise intensivere Emotionen oder Körpersensationen aufkommen und durcharbeitet werden müssen.

Im Modell der adaptiven Informationsverarbeitung des EMDR spricht man von der Metapher des *Knotens* (Node), dem Angriffspunkt im Netz der Traumainformation, meist repräsentiert durch eine prägnante Erinnerung. Das Bild des Knotens mit seinen Informationskanälen entstand aus der therapeutischen Erfahrung. Es wurde beobachtet, dass nach Beginn der Verarbeitung oft Material einer Qualität in stetiger Veränderung verarbeitet wurde, bis zum Beispiel das Bild klein, unscharf, friedlicher blieb, sich nicht mehr veränderte und somit neutral oder positiv erlebt wurde. Per definitionem ist damit das Ende eines Informationskanals erreicht. Diese Art der Verarbeitung ist von großem Vorteil. Patienten erleben einen Fortschritt und eine stufenweise Entlastung. Der Druck durch das mobilisierte Erinnerungsmaterial bleibt handhabbar. Der nachlassende Druck des traumatischen Affekts führt zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls. Ein Ausdruck dieser Veränderung ist eine spontane Ressourcenaktivierung.

Diese Phase des EMDR-Prozesses ist in der oft assoziativen Weise der Verarbeitung kreativ. Der Therapeut muss daher flexibel reagieren können und eigene Stabilität aufweisen, um dem Patienten hierbei das notwendige Maß an Unterstützung zu geben, ohne dabei den eigendynamischen Verarbeitungsprozess im Informationsverarbeitungssystem des Patienten zu beeinflussen.

Phase 5: Verankerung

Nachdem der emotionale Druck des Traumas in Phase 4 ausreichend abgenommen hat, wird die in Phase 3 erarbeitete oder eine nach dem Verarbeitungsprozess korrigierte positive Kognition in Erinnerung gerufen und überprüft. Diese positive Kognition wird durch langsame bilaterale Stimulation verstärkt und scheint dadurch nachhaltiger aufgenommen zu werden.

Phase 6: Körpertest

Im Körpertest wird nach eventuell persistierenden sensorischen Erinnerungsfragmenten („Körpererinnerungen“) gesucht, die – falls nötig – unter Nutzung bilateraler Stimuli, also von Augenbewegungen oder taktilen Reizen, *verarbeitet* werden.

Phase 7: Abschluss

Abschließend wird die für den Patienten manchmal eindrückliche Erfahrung nachbesprochen. Sollte die dysfunktionale Information nicht komplett durcharbeitet worden sein oder frisches Material auftauchen, kann eine stabilisierende Arbeit hilfreich sein. Auch werden Interventionsregeln für die Zeit nach der Sitzung besprochen. Dies ist sinnvoll, weil der in der EMDR-Sitzung angestoßene Prozess in abgeschwächter Form weiterlaufen kann. Assoziiertes Erinnerungsmaterial kann in Erinnerungen, Träumen, Gefühlen und Körpersensationen auftauchen. Der Patient sollte auf diese Möglichkeit vorbereitet werden.

Phase 8: Nachbefragung

Diese letzte Phase findet am Beginn der nächsten Stunde statt und zeigt häufig Ansätze für die nächsten zu bearbeitenden Erinnerungen, beispielsweise durch Träume oder neu aufgetauchte Erinnerungssplitter. Eventuell noch vorhandene Belastungsreste werden erneut reprozessiert oder es werden – sofern erforderlich – weitere Erinnerungen bearbeitet oder auch stabilisiert.

Sicherheit der Methode

Auch wenn EMDR auf den ersten Blick als einfache Methode erscheint, ist das Behandlungsergebnis deutlich von der Ausbildung der Behandler und der Manualtreue der Anwendung abhängig [8]. Behandlungsqualität ist

die Steuerung des therapeutischen Prozesses, der die Verarbeitungskapazität der Patienten nicht überfordern darf. Um diese Behandlungsqualität sicherzustellen, wurde eine zertifizierte Ausbildung unter Kontrolle wissenschaftlicher Fachgesellschaften etabliert. Eine lege artis durchgeführte EMDR-Behandlung unter Berücksichtigung der Komplexität des Störungsbildes, der Indikation und möglicher Kontraindikationen ist sicher [9].

Entsprechend ausgebildete Therapeuten sind auf der Website der deutschen Fachgesellschaft für EMDR (EMDRIA Deutschland) e.V. abrufbar (<http://www.emdria.de>). TherapeutInnen in Österreich: <http://www.emdr-netzwerk.at/therapeutinnen.htm>

Ergänzende Techniken

Wenngleich die Bearbeitung dysfunktional gespeicherter Erinnerung zentral ist, findet sich im Technikkorb der EMDR-Methode mittlerweile mehr Werkzeug. Bei den Ressourcentechniken wird positives Erinnerungsmaterial fokussiert und mit langsamer bilateraler Stimulation verstärkt. Diese Interventionen kommen oft in der Frühphase der Behandlung komplex traumatisierter Patienten zum Einsatz und scheinen effektiv [10]. Eine Brückentechnik zwischen der Ressourcentechnik und der Fokussierung belastenden Materials nimmt die CIPOS-Technik ein [11]. Hier wird die vom Patienten erlebte Präsenz in der Gegenwart und Sicherheit in der aktuellen therapeutischen Situation als Ressource mit langsamer bilateraler Stimulation verstärkt. Die Auseinandersetzung mit der belastenden Erinnerung erfolgt mittels kurzer Exposition in sensu im Wechsel mit der beschriebenen Ressourcenerstärkung.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael Hase
Lüneburger Zentrum für Stressmedizin
Dorette-von-Stern-Str. 14
21337 Lüneburg
m.hase@lzm.de

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag ist ein gekürzter Auszug aus: Senf W, Broda M, Wilms B. Techniken der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2013

Literatur

- [1] Shapiro F, Liliot D. EMDR and the adaptive information processing model: integrative treatment and case conceptualization. *Clin Soc Work J* 2011; 39: 191–20
- [2] Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic Principles, Protocols, and Procedures. New York: Guilford; 2001
- [3] Hofmann A. EMDR: Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2009
- [4] Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C et al. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 599–606
- [5] Frustaci A, Lanza GA, Fernandez I et al. Changes in psychological symptoms and heart rate variability during EMDR treatment: a case series of subthreshold PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research* 2010; 4: 3–11
- [6] Sack M, Lempa W, Lamprecht W. Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research* 2007; 1: 15–23
- [7] Pagani M, Di Lorenzo G, Monaco I et al. Pretreatment, intratreatment and posttreatment EEG imaging of EMDR: Methodology and preliminary results from a single case. *Journal of EMDR Practice and Research* 2011; 5: 42–56
- [8] Maxfield L, Hyer L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002; 58: 23–41
- [9] Hase M, Hofmann A. Risiken und Nebenwirkungen beim Einsatz der EMDR-Methode. *Persönlichkeitsstörungen* 2005; 9: 16–21
- [10] Korn DL, Leeds AM. Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 2002; 58: 1465–1487
- [11] Knipe J. The Method of Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS). In: Luber M, ed. EMDR scripted Protocols – special Populations. New York: Springer; 2010: 235–242

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-118670>
PSYCH up2date 2018; 12: 11–14
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 2194-8895