

EMDR als Psychotherapiemethode

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist eine von Dr. Francine Shapiro entwickelte traumabearbeitende Psychotherapiemethode, die die Möglichkeiten der Behandlung seelisch traumatisierter PatientInnen nachweislich erheblich verbessern kann. Wie in anderen Therapieverfahren auch, gibt es eine Lernkurve, in der die TherapeutInnen mit zunehmender Erfahrung in der Methode auch mit zunehmend komplexen Traumafolgeerkrankungen umgehen können. Auch wenn EMDR mit den Behandlungsplänen verschiedener Therapieformen vereinbar ist, setzt es doch die Einbettung in ein grundsätzlich psychotraumatisch orientiertes Therapiekonzept voraus.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist derzeit die Therapiemethode mit den eindeutig meisten kontrollierten und unkontrollierten Therapiestudien zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS).

Im EMDR sind neben den Erkenntnissen aus der neurophysiologischen Forschung sehr viele Erfahrungen aus der psychodynamischen, aber auch aus der kognitiv-behavioralen Therapie enthalten. Die Methode ist von der Haltung her klientenzentriert. Sie lässt sich sehr gut in die meisten Psychotherapien verschiedener Schulen integrieren. Die Erfolgsquote bei der Behandlung von PTBS liegt je nach Klientel (und Studie) zwischen 75 und 100%. EMDR wurde zwischen 1987 und 1989 von Dr. Francine Shapiro, einer Psychologin am Mental Research Institute in Palo Alto, Kalifornien, entwickelt. Sie basiert auf der Beobachtung, dass sich psychische Belastungen verringern, wenn die Augen schnell und rhythmisch bewegt werden, während der Betroffene an das belastende Ereignis denkt. Shapiro erforschte dieses Phänomen systematisch und entwickelte eine Methode mit einem Standardprotokoll für die Behandlung psychotraumatischer Belastungen, das sich in acht Schritten unterteilen lässt.

1. In der ersten Phase wird unter besonderer Beachtung der Traumageschichte eine gründliche Anamnese erhoben, wobei bestehende Ressourcen und dysfunktionales Verhalten festgestellt und eine genaue Diagnose gestellt wird. Die Indikation wird überprüft und der Behandlungsplan erstellt.
2. In der Phase der Vorbereitung, der zweiten Phase, werden der Behandlungsplan, das methodische Vorgehen und Sicherheitsvorkehrungen besprochen, eventuelle Risiken abgeklärt und der Klient wird durch die Vermittlung von imaginativen Techniken und Entspannungsverfahren stabilisiert.
3. In der dritten Phase findet die Bewertung der traumatischen Erinnerung statt. Das Trauma wird evaluiert und in seinen visuellen, affektiven und sensorischen Komponenten erfasst. Ebenso wird die Auswirkung auf das Selbstbild hinterfragt und bewertet. Relevante negative Kognitionen und Alternativen werden gesucht und überprüft.
4. In der vierten Phase findet die eigentliche Bearbeitung durch Desensibilisierung und Reprozessierung statt.
Nun wird der Klient angeregt, sich auf die traumatische Erinnerung mit ihren visuellen, affektorischen und sensorischen Komponenten zu konzentrieren und den ablaufenden Prozess zuzulassen, während die Therapeutin mit der Hand bilaterale Augenbewegungen induziert oder auch andere alternative bilaterale Stimuli anwendet. Normalerweise führt das sehr rasch zu einer Veränderung in den einzelnen Komponenten, oder es treten spontane Assoziationsketten ähnlich denen einer Psychoanalyse auf. Bei ca. einem Drittel der KlientInnen kommt es zu emotionalen

Abreaktionen, die jedoch aufgrund des schnellen Prozessierens weniger belastend sind. Selbstverständlich werden diese Abreaktionen sehr kompetent begleitet, um Retraumatisierungen zu verhindern.

Die Stimulationen werden so lange fortgesetzt, bis es keine Veränderungen mehr gibt. Am Ende des Prozesses ist die Belastung normalerweise auf das für heute angemessene Mass zurückgegangen. Das Erlebnis kann jetzt in die eigene Biographie integriert werden.

5. Die fünfte Phase ist die Phase der Verankerung. Jetzt wird die in der dritten Phase gewünschte positive Kognition mit der Ausgangserinnerung verbunden. Sie scheint durch nochmalige bilaterale Stimulation verstärkt und besser aufgenommen zu werden.
6. In der sechsten Phase findet ein Körpertest statt, indem die PatientIn in Gedanken durch ihren Körper geht und nachspürt, ob und wo sie angenehme oder unangenehme Empfindungen hat. Die angenehmen werden verstärkt, die unangenehmen so lange bearbeitet, bis sie sich auflösen. Erst wenn der Körper ganz entspannt ist und nirgends mehr Belastung spürbar ist, ist auch das Trauma vollständig bearbeitet.
7. In der siebten Phase, also der Abschlussphase, werden die in der Behandlung gemachten Erfahrungen und mögliche später auftretende Phänomene besprochen. Falls die Sitzung inkomplett war, das heisst, falls die Belastung nicht vollständig aufgehoben werden konnte, werden Distanzierungstechniken eingesetzt und weitere Verhaltensmassnahmen vermittelt.
8. In der nächsten Sitzung findet die Phase der Nachbefragung statt. Jetzt wird noch einmal überprüft, ob die erreichten Änderungen stabil sind, bevor ein eventuell neues Thema angegangen werden kann.

Bei sequentiell traumatisierten Menschen bleibt häufig bei den ersten Behandlungen noch eine Restbelastung. Falls diese gering ist und die positive Kognition als sehr stimmig erlebt wird, kann eine weitere traumatische Situation als Ziel zur Verarbeitung anvisiert werden.

Wie die bilaterale Stimulation die Verarbeitung genau bewerkstelligt, muss noch genauer untersucht werden, bislang haben wir lediglich Hypothesen. Die beim EMDR durchgeführten Augenbewegungen, sensorischen Impulse oder akustischen Reize scheinen die Kommunikation der Grosshirnhemisphären zu stimulieren. Der genaue Wirkmechanismus von EMDR ist bisher unbekannt und bedarf weiterer Forschung. Shapiro postulierte ein Informationsverarbeitungssystem im Zentralnervensystem (ZNS). Durch die Reizüberflutung während einer traumatischen Situation scheint dieses System zum Teil blockiert zu werden. Eine Hypothese lautet, dass durch die bilateralen Stimulationen diese Blockade überwunden werden kann. Beobachtungen zeigen, dass während einer EMDR-Sitzung Informationen sogar beschleunigt verarbeitet werden und es zu einer kognitiven Umstrukturierung kommt.

Bei der EMDR-Behandlung eines Klienten/einer Klientin mit einer einzelnen Traumatisierung reichen in der Regel wenige Sitzungen, wenn keine starken Vorbelastungen vorliegen.

Bei einer Behandlung von Klienten/Klientinnen, welche sequentiell über einen langen Zeitraum hinweg traumatisiert worden ist, braucht es je nach Vorbelastung für die Stabilisierungsphase einen längeren Zeitraum.

Diese Phase kann einige Wochen dauern, sie kann aber auch einen Zeitraum von bis zu mehreren Jahren benötigen, je nach Ichstruktur und verfügbaren Ressourcen der Persönlichkeit.

Im Behandlungsplan wird eruiert, welche traumatisierenden Ereignisse besonders typisch für das gesamte Traumaerleben sind und welche negativen Selbstaussagen am meisten blockieren. In der ersten Desensibilisierungs- und Reprozessierungs-Sitzung wird in der Regel die früheste traumatische Erfahrung bearbeitet, es folgen dann die Bearbeitungen der belastendsten, also der schlimmsten Erfahrungen, das letzte Bearbeitungsziel ist die Verarbeitung der letzten traumatischen Erfahrung.

Quelle: [Psychotherapeutisches Institut im Park](#)