

Eva Munker-Kramer

Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR

reinhardt

2.
Auflage

WEGE DER PSYCHOTHERAPIE



 reinhardt

WEGE DER PSYCHOTHERAPIE

Eva MÜNKER-KRAMER



Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR

2., aktualisierte Auflage

Mit 15 Abbildungen

Ernst Reinhardt Verlag München

Mag. Eva Münker-Kramer, Klinische Psychologin, Wirtschaftspsychologin, Notfallpsychologin und Psychotherapeutin, hat sich ca. im Jahr 2000 auf EMDR und Traumatherapie spezialisiert. Sie ist seit 1996 in eigener Praxis in Krems/Donau tätig und leitet das EMDR Institut Austria (www.emdr-institut.at).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-497-03274-7 (Print)

ISBN 978-3-497-61912-2 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61913-9 (EPUB)

2., aktualisierte Auflage

© 2024 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG einschließlich Einspeisung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Covermotiv: © Fotolia.com – pirotechnik; Abbildungen: C. Chrudina – Lichtgold

Satz: Die Top Partner – Jörg Kalies, Unterumbach

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

1

Einführung	9
-----------------------------	---

2

Geschichte	12
-----------------------------	----

2.1 Die „Entdeckung“, erste Annahmen und Weiterentwicklung	12
2.2 Kasuistiken und Beginn der systematischen Forschung	13
2.3 Beginn der klinischen Forschung	15
2.4 Der erste Paradigmenwechsel: von EMD zu EMDR	17
2.4.1 Das Krankheitsmodell hinter EMDR – das AIP-Modell	18
2.5 Der Wettlauf zwischen EMDR und TFVT: Randomized Controlled Trials (RCT) und Metaanalysen	21
2.6 Anerkennungen und Qualitätssicherung	22
2.6.1 Leitlinienanerkennungen 22 ■ 2.6.2 Qualitätssicherung durch Fachgesellschaften 22	
2.7 Trauma Recovery / HAP	24
2.8 Der zweite Paradigmenwechsel: EMDR mit erweiterter Indikation und als Psychotherapiemethode	24
2.9 Status quo	26
2.9.1 Theoretische Entwicklung 26 ■ 2.9.2 Dritter Paradigmenwech- sel – klinisch und praktisch 26 ■ 2.9.3 EMDR im deutschsprachigen Raum und in Europa 27 ■ 2.9.4 Der Name EMDR 28	

3

Theorie 29

3.1 Die Begriffe 29

3.2 Traumatischer Stress 31

 3.2.1 Ursprünge und erste Vorläufer 31 ■ 3.2.2 Neurobiologie/Neurophysiologie des Extremstresses 33

3.3 Überblick: Folgestörungen nach psychischer Traumatisierung . 41

 3.3.1 Die Systematik von Lenore Terr: Typ-I- und Typ-II-Traumatisierung 41 ■ 3.3.2 PTBS als „Mutter“ der Diagnosen nach psychischen Traumatisierungen 49 ■ 3.3.3 Spezialphänomen Dissoziation 52 ■ 3.3.4 Komorbiditäten im Kontext psychischer Traumatisierung 54 ■ 3.3.5 Komplexe PTBS – DESNOS 59

3.4 Geschichte der Psychotraumatologie 61

3.5 Das AIP-Modell – das Theoriemodell hinter EMDR 68

 3.5.1 EMDR und allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie 74 ■ 3.5.2 Annahmen über Wirkmechanismen bei EMDR 75

4

Der therapeutische Prozess 88

4.1 Protokolle 91

4.2 Das klassische Ablaufschema 99

4.3 Die acht Phasen des EMDR 102

 4.3.1 (Traumaspezifische) Anamnese, Beziehungsaufbau und Behandlungsplanung 104 ■ 4.3.2 Stabilisierung 123 ■ 4.3.3 Bewertung 133 ■ 4.3.4 Traumabearbeitung mit EMDR: Desensibilisieren und Reprozessieren 142 ■ 4.3.5 Verankern 155 ■ 4.3.6 Körper-test 158 ■ 4.3.7 Abschluss 158 ■ 4.3.8 Überprüfung und weitere Behandlungsplanung 159

4.4 Techniken 166

 4.4.1 Einweben 167 ■ 4.4.2 Positive Zukunftsprojektion 167 ■ 4.4.3 CIPOS – Constant Installation of Present Orientation and Safety 167

5

Evaluation 169

- 5.1 Leitlinienanerkennungen und Studien 169
- 5.2 Relevante Kooperationen 172
- 5.3 Evaluation spezieller Anwendungsbereiche 174
- 5.4 Aktueller Stand der Forschung 175
- 5.5 Qualitätssicherung im EMDR 175

6

Ausblick auf künftige Entwicklungen 177

- 6.1 EMDR bei Diagnosen über Traumafolgestörungen hinaus 177
- 6.2 Anwendung von EMDR bei spezifischen Zielgruppen 178
- 6.3 EMDR in spezifischen Settings 179
- 6.4 EMDR als Unterstützung der Krankheitsbewältigung bei somatischen Erkrankungen 179
- 6.5 EMDR bei schweren Typ-II-Traumafolgestörungen 180
- 6.6 EMDR bei nicht klinischen dysfunktional gespeicherten Erinnerungen 182
- 6.7 EMDR in Coaching und Beratung 183
- 6.8 Die Wirkmechanismen von EMDR 184
- 6.9 EMDR als Psychotherapiemethode 185
- 6.10 EMDR und AIP im Bereich der psychosozialen Basisversorgung 186
- 6.11 Die Betrachtung des Beziehungsaspektes bei der EMDR-Behandlung 186
- 6.12 EMDR online 187
- 6.13 Weiterentwicklung der HAP-Projekte und der weitere Aufbau von Strukturen 188

7

Zusammenfassung 191

Glossar 193

Literaturempfehlungen 200
Deutsch 200
Englisch 201
Internethinweise 202

Zitierte Literatur. 203
Internet 211

Personenregister. 212

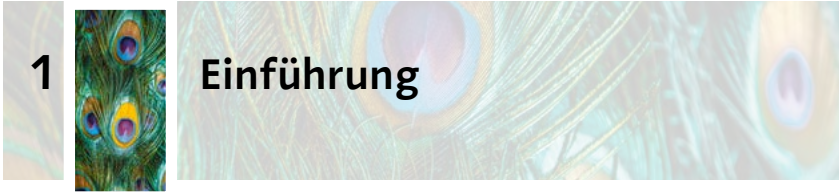
Sachregister. 214

Dank. 216

Über die Autorin 217

Nachwort zur 2. Auflage 218

Anhang 220
Traumaspezifische Anamnese 220
5-4-3-2-1-Übung 221
Ressourcenaktivierung auf allen vier Repräsentationsebenen . . . 222
 Indikation 222 ■ Aufbau 222 ■ Vorbereitung 222 ■ Durchführung mit bilateraler Stimulation (BLS) 223 ■ Nachbesprechung und Psychoedukation sowie Einbettung in die Gesamtbehandlung 223



EMDR (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist als traumaverarbeitende Methode bekannt geworden und ein heute weltweit von über ca. 70.000 Praktikern angewendetes Therapieverfahren. Es wurde von der amerikanischen Psychologin Francine Shapiro (1948-2019) Ende der 1980er Jahre erstmals beschrieben und vorgestellt (Shapiro 2022).

Dies geschah zunächst noch unter der Bezeichnung EMD (= Eye Movement Desensitization) als „Technik zur Reduktion von belastenden Erinnerungen“.

Shapiro hatte als Verhaltenstherapeutin die Erfahrung gemacht, dass wiederholtes „In-Kontakt-Gehen“ mit belastenden Erinnerungen und gleichzeitige bilaterale Stimulation des Gehirns, damals nur in Form von Augenbewegungen, für die Betroffenen spürbare affektiv-physiologische Entlastung brachte. Sie postulierte in der Applikation der Augenbewegungen einen wesentlichen Unterschied zu rein verhaltenstherapeutischer Konfrontation.

Shapiro entwickelte die Methode systematisch weiter. Die klinische Wirkung der Methode ist inzwischen seit vielen Jahren und in vielen randomisierten kontrollierten Studien (RCT – Randomized Controlled Trials, u. a. van Etten/Taylor 1998; Bisson et al., 2007, 2013) für die klassische Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (Maerker 2013) und für etliche Komorbiditäten nachgewiesen.

Im Jahr 2013 erfolgte darüber hinaus auch eine offizielle Anerkennung von EMDR durch die WHO (2013) und 2014 in Deutschland als Richtlinien­therapie für PTBS.

Der genaue Wirkmechanismus von EMDR ist allerdings bis dato nicht geklärt, es gibt einige schlüssige Hypothesen (Kap. 3.5.2), die im vorliegenden Band auch dargestellt werden. Experten sind sich allerdings inzwischen in Kommentaren zum diesbezüglichen Status quo einig, dass der Erfolg auf die Kombination mehrerer Wirkmechanismen zurückgehen muss (u. a. Shapiro 2022, van der Kolk 2011). Ein bahnbrechender Beleg für die Wichtigkeit der bilateralen Stimulation war 2019 der Beitrag einer koreanischen Forschergruppe (Baek et al. 2019).

Die außergewöhnlich intensive Forschung nach der Wirkweise von EMDR hat allerdings quasi als Nebeneffekt sehr interessante Hinweise auf

die Wirkweise von Psychotherapie allgemein und die generelle Rolle des Zentralnervensystems mitgeliefert. Michael Elkin schreibt in den Empfehlungen für „The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma“: „EMDR is proving to be the silicon chip of psychotherapy; it allows people to process incredible amounts of material in a shockingly short time“ (Shapiro/Silk Forrest 2004, Vorwort).

Im Zuge ihrer Beschäftigung mit der Ausdifferenzierung der Methode und der theoretischen Fundierung postulierte Shapiro die Existenz eines sehr spezifischen Wirkmodells hinter EMDR: das sogenannte „Adaptive Information Processing (AIP) Model“, das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (Shapiro/Lalotis 2010, Shapiro 2022). Dieses adaptive Selbstordnungs-/Selbstheilungssystem – AIP – scheint einen wesentlichen Anteil an unserer mental-psychischen Gesundheit zu haben. Es führt im Alltag autonom, regelmäßig und regelhaft zu Erleichterung und Entlastung („einmal drüber schlafen“), da eine Integration/Einordnung von Erinnerungen und Erlebnissen erfolgt.

Im Fall von Erlebnissen, die nicht in unsere Wahrnehmungen bzw. Erfahrungen passen und somit nicht in unser Wertesystem einzuordnen sind, die also offensichtlich nicht auf "natürliche" Weise integriert werden können, reicht dieser autonome Mechanismus per se nicht aus. Dies gilt auch für Ereignisse, die uns physiologisch-emotionell „überwältigen“, „in den Knochen stecken bleiben“ oder „unter die Haut gehen“.

Shapiro ging davon aus, dass diese dysfunktional gespeicherten Erfahrungen oder Erinnerungen Ursachen von Störungen im Hier und Jetzt werden. Wenn solche Erinnerungen jedoch auf allen verschiedenen Erlebensebenen integriert werden können, führt dies zur Reduktion der zugehörigen wahrgenommenen Belastungen. Die Annahme ist nun – und die klinische Erfahrung bestätigt dies –, dass dieser Prozess durch die EMDR-Behandlung maßgeblich neu initiiert und unterstützt werden kann.

Dieser Mechanismus bzw. dieses Erleben scheint dem Geschehen im sogenannten REM-Schlaf (REM = Rapid Eye Movement) zu entsprechen, einer Schlafphase, in der jede Nacht autonom und unkontrollierbar extrem schnelle sakkadische Augenbewegungen erfolgen. Man geht davon aus, dass das oben genannte „mentale Verdauen“ der kleineren Sorgen und Probleme des Alltags in dieser (Traum-) Schlafphase autonom und regelhaft stattfindet, ohne dass wir bewusst Kontrolle darüber ausüben können. Wir können dies auch "Prozessieren" nennen.

Obwohl es eine inzwischen beeindruckende und eindeutige Anzahl von zu beschreibenden und zu zitierenden wissenschaftlichen Nachweisen über die Wirksamkeit von EMDR in vielen Anwendungsbereichen gibt, soll die Darstellung der Methode in der Reihe „Wege der Psychotherapie“ klinisch-praxisbezogen erfolgen.

Das Erlernen und Anwenden von EMDR kann die diagnostische und therapeutische klinische Arbeit wesentlich verändern und bereichern. Das Aufsetzen einer „Traumabrille“ und das zielgerichtete und angemessene Integrieren dieser Erkenntnisse in die alltägliche klinische Arbeit ist für Kliniker aus den verschiedensten therapeutischen Richtungen und im Bereich der klinisch-psychologischen Behandlung (spezielle Bezeichnung in Österreich) eine entscheidende Ergänzung bzw. ein Zugang, der bei Behandlungsgrenzen neue Impulse bringt. Erwiesenermaßen ist sprachlich-kognitiv dominierte therapeutische Arbeit bei Patienten mit Traumafolgestörungen begrenzt wirksam, EMDR greift hier tiefer und erreicht alle o.g. Repräsentationsebenen von Traumatisierung (z. B. van der Kolk 2011).

Im vorliegenden Buch werden die Voraussetzungen, der Hintergrund und das genaue Vorgehen der Methode in ihren acht Schritten, ihre Indikationen und Kontraindikationen, Aspekte von Qualitätssicherung, klinische Anwendungsbereiche und ihre Grenzen, experimentelle Anwendungsbereiche und die darin liegenden Hoffnungen praxisnah dargestellt und skizziert. Damit soll es einen seriösen Beitrag zur Vermittlung und Verbreitung der Methode unter Klinikern leisten, die in einem psychotraumatologischen Gesamtkonzept gesehen werden muss.

Die Integration in die etablierten psychotherapeutischen Methoden fällt relativ leicht (Shapiro 2003) und somit ist das Interesse bei Patienten und Psychotherapeuten aller Richtungen groß und die explizite Nachfrage durch Patienten nach wie vor stetig steigend.

Über diesen ursprünglichen Einsatzbereich hinaus hat sich EMDR auch bei komorbiden Störungen wie z. B. Angst, Depression, Zwang und Sucht als wirksam erwiesen und wird in Modifikationen für spezielle Anwendungsgebiete für viele Arten von pathogenen Erinnerungen und Schmerzstörungen oder anderen somatischen Komplikationen mehr und mehr beforscht. Javinsky et al. (2022) sowie Scelles und Bulnes (2021) bieten hier exzellente Übersichten.

Hier scheinen breitere Einsatzmöglichkeiten in der medizinisch-psychologischen Basisversorgung zu liegen und EMDR könnte ein wesentlicher Faktor im Gesundheitswesen werden. Ein dazu passender erster Schritt ist in Deutschland mit der offiziellen Anerkennung von EMDR als Richtlinientherapie für PTBS 2014 erfolgt. EMDR ist ein wesentlicher Faktor im Gesundheitswesen im Bereich der Behandlung von Traumafolgestörungen und darüber hinaus geworden. Ein wichtiger Schritt war da die Anerkennung von EMDR als Richtlinientherapie für PTBS in Deutschland 2014. Die Anzahl der Mitglieder z. B. bei EMDR Europa hat sich seit der letzten Auflage dieses Buches verdreifacht. Die Arbeit von Francine Shapiro wird auch nach ihrem Tod weitergetragen und weiterentwickelt.



EMDR ist eine relativ „junge“ psychotherapeutische Methode, jedoch eine Traumabehandlungsmethode der ersten Stunde. 2019 wurden anlässlich des EMDR Kongresses in Los Angeles "30 Jahre EMDR" gefeiert.

Im Eröffnungsvortrag bei "25 Jahre EMDR" 2014 in Edinburgh skizzierte die „Beschreiberin und Weiterentwicklerin“ der Methode, Francine Shapiro (1948-2019), den Werdegang von einer Technik über eine Methode der Wahl bei der Behandlung von PTBS zur Idee eines vollwertigen psychotherapeutischen Ansatzes für eine Vielzahl von Störungen, wie er sich heute abzeichnet. Dieser Weg soll im Folgenden beschrieben werden.

2.1 Die „Entdeckung“, erste Annahmen und Weiterentwicklung

Francine Shapiro beschäftigte sich im Zuge ihrer ersten Ausbildung mit einer wissenschaftlichen Arbeit im Bereich der englischen Literatur und wandte sich dann – aufgrund einer eigenen schweren Erkrankung – ihrem zweiten Studium, dem der klinischen Psychologie, zu. Für sie rückte dabei zu diesem Zeitpunkt die „Interaktion zwischen menschlichem Geist und äußeren Stressfaktoren“ (Shapiro 2022) in den persönlichen Fokus.

Sie entschloss sich, diesen Fragen gezielt auch wissenschaftlich nachzugehen. Gleichzeitig fällt in diese Phase die „folgeschwere“ zufällige Entdeckung, die die Forschung entfachte und der Methode letztlich ihren – inzwischen überholten, dennoch als „historisches Label“ erhaltenen – Namen EMDR gab.

Die immer wieder zitierte dazugehörige und etwas klischeehafte Geschichte ist Folgende: 1987 machte sie – von belastenden Gedanken beeinträchtigt – bei einem Spaziergang durch einen Park („The walk in the park ...“) eine zufällige Entdeckung: Die nahezu „intrusiv im Kreise gehenden“ belastenden Gedanken – so beschreiben es Klienten auch oft – verloren offensichtlich unter dem Einfluss von spontanen, schnellen,

sakkadischen bilateralen Augenbewegungen ihre ursprüngliche Belastung, unerklärlicherweise, aber deutlich. Sie bemerkte diese autonomen Augenbewegungen selbst überrascht, sie waren nicht bewusst gesteuert gewesen.

Aufgrund dieser Erfahrung verband sie im Folgenden absichtlich belastende Gedanken mit schnellen Augenbewegungen.

Parallel und unabhängig davon widmeten sich Forscher zu dieser Zeit ersten Arbeiten zu Psychoneuroimmunologie und Psychotraumatologie. Die Frage des Zusammenhangs zwischen Krankheit und Stress beziehungsweise von „normalem“ versus „toxischem“ Stress und seinen jeweiligen Folgen wurde in Wissenschaft und Praxis und in der einschlägigen Literatur immer relevanter (van der Kolk/van der Hart 1989, Herman/van der Kolk 1987). Methoden des Umgangs damit waren jedoch kaum bekannt, obwohl der Bedarf klar bestand und zunehmend in die öffentliche Wahrnehmung rückte: So gab es zahlreiche kriegstraumatisierte Männer und bei Frauen und Kindern zeigten sich Symptome infolge familiärer Gewalt:

„Die ‚Narben der Gewalt‘ (Anm. der Autorin: Buch von Judith Herman, Erstausgabe 1992) ist die Frucht von 20 Jahren Forschung und praktischer Arbeit mit Opfern von sexueller und häuslicher Gewalt. Das Buch spiegelt aber auch die vielfältigen Erfahrungen mit zahlreichen anderen traumatisierten Personen wider, vor allem mit Kriegsveteranen und Opfern von politischem Terror.“ (Herman 2003, S. 11).

In diesem Bewusstsein war ein großer Beweggrund für Shapiro, mit der Methode, die sich für sie abzeichnete, möglichst vielen Betroffenen Hilfe bieten zu können.

2.2 Kasuistiken und Beginn der systematischen Forschung

Shapiro bat daher Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen, ihre Entdeckung ebenfalls auszuprobieren. Diese berichteten ähnliche Erfahrungen: Die belastenden Gedanken verschwanden, verblassten, modifizierten und der Leidensdruck sank. Shapiro hatte folgende Hypothese: Die Belastung bei der Konfrontation mit dem Material wird – durch die Stimulation unterstützt – abgemildert. Durch die sodann instruierte Rückkehr zum ursprünglich belastenden Material wird der Zustand immer besser, da sich Desensibilisierung einstellt.

Bald ergab sich außerdem eine erste „technische“ Weiterentwicklung: Sehr schnelle regelmäßige sakkadische Augenbewegungen können nicht über längere Zeit autonom durchgeführt werden. So entstand die Idee, diese von außen zu applizieren, indem man als Therapeut horizontale Arm- beziehungsweise Fingerbewegungen ausführt und den Patienten bittet, diesen mit den Augen zu folgen. Dies war die Geburtsstunde der klassischen Verwendung von bilateraler Stimulation mittels Fingerbewegungen durch den Behandelnden. Das hatte ähnliche Effekte wie die selbst durchgeführten Augenbewegungen, war aber leichter und länger durchführbar.

Durch Versuche mit ca. 70 Personen im Laufe von etwa sechs Monaten entwickelte Francine Shapiro somit ein erstes Standardvorgehen. Dieses beinhaltete damals schon die noch heute präsenten Grundkomponenten (Kap. 4.3.3) des belastenden Bildes, der assoziierten Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen, ergänzt durch zwei Mess-Skalen, um gezielt mit dieser Methode an Lösungen für diverse Probleme zu arbeiten. Die Probanden wählten belastende Erinnerungen, Überzeugungen und auch Situationen aus, die von Demütigungen aus frühester Kindheit bis hin zu aktuellen Frustrationen reichten (Shapiro 2022). Das Vorgehen, auch auf den eigenen verhaltenstherapeutischen Zugang hinweisend, nannte Shapiro „EMD – Eye Movement Desensitization“ (Desensibilisierung mittels Augenbewegungen), da die Augenbewegungen aus damaliger Sicht offensichtlich die den Effekt determinierende Komponente der Angstreduktion waren (Shapiro 2022).

Für Shapiro lag also zunächst die Idee nahe, dass es sich bei ihrer Entdeckung um eine neue Art des „Desensibilisierens“ handelte und Habituation erreicht werde, was durch das Gefühl der Erleichterung für den Patienten spürbar sei: „Weil [...] mein bevorzugter Ansatz zu jenem Zeitpunkt der verhaltenstherapeutische war, nannte ich das von mir entwickelte Verfahren EMD – Augenbewegungs-Desensibilisierung.“ (Shapiro 2013a, S. 36). Die Überzeugung, dass EMDR reine Habituation sei (Ehlers 1999), hält sich vor allem bei verhaltenstherapeutischen Forschern und Praktikern teilweise bis heute. Sie greift aber zu kurz, wenn man die Wirkung von EMDR erklären möchte. Dies wird in Kap. 3.5.1 und 3.5.2 thematisiert.

Gerade grundsätzlich verhaltenstherapeutisch arbeitende Kollegen (ich selbst machte auch sehr fasziniert diese Erfahrung) merken mit der Anwendung von EMDR sehr deutlich, dass EMDR mehr ist. Das „R“ macht den Unterschied und hier möchte ich den Blick zurück in die Geschichte werfen:

Francine Shapiro war nach diesen ersten breiter angelegten Überprüfungen von der Wirkung ihrer Arbeit überzeugt und entwickelte genauere Prozeduren, um den Effekt zu festigen. Als Wissenschaftlerin im Bereich

der Klinischen Psychologie wusste sie selbstverständlich, dass Kasuistiken maximal einen Wert im Sinne von „Pionierkenntnissen“ haben und dass randomisierte kontrollierte Studien mit Zufallsverteilung der Probanden (RCT) nötig sind, um wirklich valide Aussagen über Therapieeffekte treffen zu können und im wissenschaftlichen Diskurs bestehen zu können..

2.3 Beginn der klinischen Forschung

So suchte Shapiro gezielt nach möglichen Zugängen, um die von ihr standardisierten Prozeduren systematisch wissenschaftlich untersuchen zu können. Bisher hatte sie ja die Probanden gebeten, mit irgendwelchen Belastungen in Kontakt zu gehen: „Sie litten unter einer Vielzahl verschiedener nicht-pathologischer Beschwerden [...]“ (Shapiro 2013a, S. 36).

Nun jedoch entschied sie sich aus methodischen Gründen, zur Überprüfung der Effekte mit einer homogenen Diagnose zu arbeiten. Diese fand sie in der PTBS, die nur wenige Jahre zuvor (1981) von der WHO erstmals als krankheitswertige Diagnose anerkannt worden und zum damaligen Zeitpunkt noch recht außergewöhnlich war. Behandlungsmethoden für PTBS fehlten zu diesem Zeitpunkt allerdings weitgehend. Die offizielle Anerkennung der Diagnose an sich war jedoch ein wichtiger Schritt – von diesem Zeitpunkt an entwickelte sich die Psychotraumatologie, die Lehre der Ursachen und Folgen von Traumafolgestörungen, rasant (Kap. 3.4).

Sehr gute historische Darstellungen dazu finden sich in „Traumatic Stress“ von Bessel van der Kolk und Kollegen (van der Kolk et al. 2007a), der als ein Pionier der Psychotraumatologie gilt, und Herman (2003). Van der Kolk hatte nach dem Kontakt mit Shapiros neuer Methode im Zuge seiner neurobiologischen Forschung bahnbrechende Videodokumentationen von der klinischen Wirkung von EMDR erstellt. Diese Behandlungen hatten ihn selbst nachhaltig von der Wirkung überzeugt und sie gehören noch heute zu den wichtigsten und interessantesten Zeugnissen.

Zurück zu Shapiros Entscheidung, EMD zu erforschen: Die Diagnose PTBS als Gegenstand in Shapiros erster systematischer Studie passte also sehr gut zu ihrem ursprünglichen Interesse an der Auswirkung äußeren Stresses auf Körper, Seele und Geist. Damit beginnt auch die interessante Geschichte der Fokussierung bzw. nahezu Einengung von EMDR auf die Behandlung von Traumafolgestörungen, die nun viele Jahre dominieren sollte und, wie erwähnt, erst ab ca. dem Jahr 2005 gelockert wurde. Diese Fokussierung war dennoch extrem positiv für die Entwicklung wirksamer Behandlungskonzepte in diesem Bereich, weil dadurch intensive Forschung

stattfind. Dadurch ist EMDR heute eines der wirksamsten und am besten evaluierten Verfahren. Francine Shapiro nahm im Winter 1987 Kontakt mit einem „Veterans Outreach Center“ auf, das gezielt und einheitlich mit PTBS-Patienten mit „Major Trauma“ (in der Medizin ein Begriff für lebensgefährliche, massive Verletzungen, in der Psychotraumatologie analog verwendet) arbeitete. Sie erhielt die Erlaubnis, ihre Forschungen durchzuführen und es entstand die erste kontrollierte Studie mit 22 Teilnehmern mit massiven traumatischen Erfahrungen (Vietnam-Krieg, Vergewaltigung). Die Probanden hatten teilweise trotz vieler Jahre Psychotherapie sehr unter den Traumafolgestörungen inklusive Komorbiditäten gelitten. Die Erfolge schlugen sich in Symptombreduktionen in Selbst- und Fremdbeurteilung im Bereich der PTBS, Verblässen der belastenden Erinnerungen sowie Reduktion von komorbiden Symptomen nieder (Shapiro 2022). Man konnte nun also die gleichen Effekte, wie sie zuvor in den Kasuistiken bei Freunden und Bekannten mit nicht pathologischen belastenden Erinnerungen erreicht worden waren, auch bei Patienten sehen, die teilweise seit mehr als 20 Jahren unter einer krankheitswertigen Störung litten (Shapiro 1989). Diese Untersuchung inklusive Katamnese wurde 1988 abgeschlossen und im *Journal of Traumatic Stress Studies* veröffentlicht (Shapiro 1989). Damit stieg Shapiro in den wissenschaftlichen Diskurs ein und arbeitete nun motiviert an der Weiterentwicklung der neuen Methode. Sie begann, sie gezielt zu präsentieren und weiterzuvermitteln – an interessierte Kliniker auf Konferenzen und auch an fachlich relevante Organisationen wie die American Psychological Association (APA).

Im Kontext dieser intensiven Auseinandersetzungen mit EMD wurde ihr klar, dass die Methode wesentlich komplexer sein musste, als zunächst in der reinen „Desensibilisierungs“-Hypothese (Kap. 2.2, 3.5.2) angenommen. Das betraf konkret folgende Punkte:

- Die Frage der genauen Indikation und die Behandlungsplanung sind wichtiger als angenommen.
- Spezielle Anwendungen für spezielle Fragen sollten entwickelt und die Rolle des Körpers berücksichtigt werden.
- Neben der theoretischen Vermittlung der Methode sollten Praxissupervisionen und Selbsterfahrung ergänzt werden.
- Im Prozess der neuen Methode kommt es zu autonomer kognitiver Restrukturierung mit neuen Erkenntnissen, die über die reine Desensibilisierung hinausgeht.

Der letzte Punkt veranlasste Shapiro zu der folgenreichen Entscheidung, das Verfahren umzubenennen.

2.4 Der erste Paradigmenwechsel: von EMD zu EMDR

1990, drei Jahre nach dem „Benennen“ von EMD und dem beschriebenen intensiven systematischen Erfassen erster Erfahrungen mit dieser neuen Technik, erweiterte Shapiro den Begriff um „R“ – Reprocessing. Das war ein wesentlicher Schritt, der bis heute einen großen Teil der Faszination und Wirkung von EMDR ausmacht: die konkrete Benennung des Re-Prozessierens. Der „added value“ des „R“ von EMDR umfasst folgende Aspekte:

- Neu- oder Reattribuierung und Etikettierung von alten Erinnerungen, neue „Überschriften“ für die Erfahrungen und Erinnerungen,
- neue Verbindungen zwischen bisher u. U. isolierten Netzwerken, autonomes Anbinden an passendere Netzwerke,
- neue Einordnungen, Wiedereinordnungen, Anpassungen,
- Transformation und Erkenntnis geschieht von innen (!),
- Konsolidierung von vorher vagen Erkenntnissen,
- Erinnerung (ver-)wandelt sich.

Diese etwas abstrakte Beschreibung zeigt sich klinisch in den Erfahrungsberichten der Patienten (Kap. 4). Eine vom Department of Veterans Affairs unterstützte Untersuchung bei 1.200 Klinikern über die klinische Wirkung von EMDR an 10.000 Klienten (Lipke 1992 in Shapiro 2022) im Vergleich zu anderen Methoden zeigte Folgendes: 74 % gaben an, mit EMDR mehr Erfolg zu haben als mit anderen Methoden, nur 4 % sagten das Gegenteil. In den nächsten Jahren folgten Kongressbeiträge und Berichte über die Einsetzbarkeit bei unterschiedlichen Populationen wie z. B. Menschen mit Verlusterlebnissen, Schuldgefühlen, Verbrechensopfern, Einsatzkräften mit belastenden Erlebnissen, Erwachsenen und Kindern. In dieser Zeit entstanden auch die ersten Modifikationen für die Arbeit mit EMDR bei Kindern (z. B. Greenwald 1994, 1998) sowie später eigene Bücher zu diesem Thema (Tinker/Wilson 2000).

Dieser ganz eigene Bereich der Arbeit mit EMDR im Kinder- und Jugendbereich wird in diesem Buch aufgrund der notwendigen Fokussierung auf das Grundvorgehen mit der Grundzielgruppe nicht weiter erläutert. In den Literaturempfehlungen finden sich jedoch konkrete Hinweise.

Viele der Beobachtungen und Studien blieben unveröffentlicht und die Methode wurde nach wie vor kritisch beäugt und war umstritten. Parallel dazu überzeugten sich jedoch Jahr für Jahr mehr Kliniker und mit ihnen die Patienten von ihrer praktischen Wirksamkeit.

Schließlich entwickelte Shapiro im Jahr 1995 das Konzept der acht Phasen des EMDR: Anamnese, Stabilisierung, Bewertung, Desensibilisieren/Reprozessieren, Verankern, Körperrest, Nachbesprechung, Überprüfung. Die Vorgehensweise nach diesen acht Phasen hat bis heute weltweit Bestand und wird in diesem Buch in den Kapiteln 4.3.1 bis 4.3.8 ausführlich dargestellt.

Gleichzeitig erschien es notwendig, zum Zwecke der Qualitätssicherung eine Fachgesellschaft zur Wahrung der grundlegenden Standards ins Leben zu rufen. Das erfolgte in den USA 1995 mit der Gründung von EMDRIA (EMDR International Association, www.emdria.org).

2.4.1 Das Krankheitsmodell hinter EMDR – das AIP-Modell

Im Kontext der Erkenntnisse und Erfahrungen, die zur Umbenennung der Methode und ihrer wichtigen theoretischen und inhaltlich-klinischen Implikation führten, entwickelte Shapiro ihr bis heute gültiges Erklärungsmodell, das sie der Wirkungsweise von EMDR zugrunde liegend sieht: das Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung (englisch: Adaptive Information Processing) – AIP.

Autonome und Adaptive Informationsverarbeitung

AIP wurde in der Anfangszeit mit „Accelerated Information Processing“ („beschleunigte Informationsverarbeitung“) erklärt und ersetzte letztlich die reine Desensibilisierungshypothese vollständig und überzeugend. Der beeindruckend schnelle Veränderungsprozess im Erleben und Verhalten stand als Effekt der EMDR-Behandlung im Vordergrund und Pate für die unten beschriebene Arbeitshypothese des AIP-Modells.

Sehr schnell jedoch erfolgte die Präzisierung und Schwerpunktverlagerung im Sinne von „Adaptive Information Processing“ – adaptives Informationsverarbeiten. Dies trägt der Beobachtung Rechnung, dass offensichtlich nicht nur eine schnelle, sondern eine qualitative Verarbeitung stattfindet.

Diese Sichtweise liegt bis heute den Annahmen über die Wirkweise zugrunde und wird mittlerweile einerseits durch die umfassenden klinischen Beobachtungen der Anwender und Patienten bestätigt, andererseits durch die neurobiologische Forschung unterstützt. Im Detail werden das AIP-Modell und seine Hintergründe in Kapitel 3.5 vorgestellt.

Das AIP-Modell geht davon aus, dass in jedem Menschen ein immanentes autonomes neurophysiologisches „System“ aktiv ist, das jegliche eintreffende Information im Sinne einer mental-emotional-physiologischen Homöostase einzuordnen, zu kategorisieren und zu integrieren trachtet. Hier sind die Hypothesen interessant, die die Wirkweise von EMDR mit der REM-Schlafphase in Zusammenhang bringen. Auch im Schlaf machen wir die Erfahrung, dass sich Erinnerung konsolidiert und Erlebnisse, auch alltägliche Ärgernisse oder Ungereimtheiten, also „normale“ Belastungen, quasi „über Nacht“ einordnen (dazu mehr in Kap. 3.5.2 über Wirkmechanismen).

Grenzen der autonomen Informationsverarbeitung

Im Falle von Trauma und Stress, so die Annahme des AIP-Modells, ist dieses immanente System überfordert und die autonome Informationsverarbeitung begrenzt. Shapiros Postulat war nun, dass EMDR scheinbar hier ansetzt und dieses System wieder anstößt bzw. reaktiviert, die Arbeit erneut aufzunehmen (Shapiro 2022).

Um diesen Effekt zu erreichen, muss EMDR sehr präzise an der Ursache und dem Fokus der Belastung ansetzen. In ihren Fortbildungskursen betonte Shapiro daher von Beginn an unermüdlich die Aufgabe der Behandler, im Zuge der Behandlungsplanung präzise die dem dysfunktionalen Verhalten und Erleben der Betroffenen zugrunde liegenden Erinnerungsknoten zu finden. In dieser Phase entwickelte sie genaue – auch in diesem Buch im Kapitel über das therapeutische Vorgehen zu findende – Protokolle und Prozeduren, die dies gezielt sicherzustellen versuchten.

Integration von EMDR in bestehende therapeutische Schulen

Die hohe Standardisierung und die teilweise wörtlich exakte Anwendung der einzelnen Schritte haben in dieser Bemühung um präzises Vorgehen ihren inhaltlich-theoretischen Ursprung. Das macht das Erlernen der Methode bis heute gerade zu Beginn für erfahrene Kliniker „sperrig“ und ambivalent.

Das scheinbar rigide Vorgehen nach Manual unterscheidet EMDR von den meisten anderen psychotherapeutischen Methoden: Der Service für die Betroffenen liegt nicht im kreativen Verändern von Grundideen, sondern im präzisen Umsetzen der Grundelemente auf Basis einer fundierten Behandlungsplanung. Dies war auch historisch gerade in dieser Phase we-

sentlich. Aufgrund der Tatsache, dass am Anfang die subjektive Erfahrung Shapiros und erste Kasuistiken gestanden hatten und nicht – wie sonst meistens bei der Entwicklung psychotherapeutischer Methoden – Theorie und Evidenz, war es nahe liegend und notwendig, eine Hintergrundtheorie zu entwickeln, um die beeindruckende Praxis und klinische Erfahrung zu erklären.

Mit dem AIP-Modell wird diesem Anspruch Genüge getan und darüber hinaus gibt es heute Evidenzen (Kap.3.5.2) für die Kernaussagen des AIP-Modells. Weiterhin integrierte EMDR von Beginn an verhaltenstherapeutisch-behavioristische Komponenten wie Skalierungen und kognitive Arbeit sowie psychodynamische Elemente. In dem Kontext sei auf eine sehr informative, von Shapiro (2003) herausgegebene Zusammenstellung namhafter Autoren und Vertreter verschiedenster damals schon gängiger Therapierichtungen verwiesen, die nachvollziehbar beschreiben, wie sie EMDR in die eigene Methode integrieren (Shapiro 2003).

Dennoch war es absolut notwendig, neben den guten Erfahrungen der Betroffenen und der nach einigen Jahren der EMDR-Anwendung überzeugten Kliniker wissenschaftliche Beweise zu liefern. EMDR stand nämlich trotz der praktischen Erfolge nach wie vor in dem Ruf, unwissenschaftlich zu sein, und war sehr umstritten (Ehlers 1999, S. 75): »[...] eine neue und relativ umstrittene Behandlung«.

Manche Kritiker sind u. a. aufgrund des ungewöhnlichen Charakteristikums der Applikation der Augenbewegungen nach wie vor sehr zurückhaltend. Der Fokus darauf verstellt oft bis heute den Blick auf die Komplexität und das wahrscheinliche Ineinandergreifen verschiedener Komponenten der Letztwirkung.

So gab es verhaltene und offene Kritik und Skepsis an der Methode: »[...] Dies verursachte einen großen Aufruhr in der verhaltenstherapeutischen Community, im Sinne von ‚Domain-making‘ oder ähnlichem.« (Shapiro 2009).

Francine Shapiro war von jeher an systematischer Untersuchung interessiert. So entwickelte sich sehr bald nahezu eine Kaskade an Forschung zu zwei Schwerpunkten:

- zu den zugrunde liegenden Wirkmechanismen,
- zur Wirkung von EMDR im Vergleich zu anderen – zu dieser Zeit verhaltenstherapeutisch dominierten – Trauma-Behandlungsansätzen.

2.5 Der Wettlauf zwischen EMDR und TFVT: Randomized Controlled Trials (RCT) und Metaanalysen

In verhaltenstherapeutischen Konzepten zur Traumaverarbeitung stehen die Problematik der „falschen“ Bewertung von Symptomen und Reaktionen durch die Betroffenen sowie die klassische Vermeidung im Zuge der Angststörungen im Vordergrund der Traumahandlungsmethoden. Vertreter dieser Konzepte sahen eine deutliche theoretische und praktische Überlegenheit ihrer Ansätze gegenüber EMDR.

Die Dynamik, sich gegenseitig von der Überlegenheit der jeweiligen Methode zu überzeugen, „motivierte“ Francine Shapiro und Edna Foa (Foa/Meadows 1997) bis heute zu sehr viel Forschung (siehe auch Münker-Kramer 2011, 2016a, 2016b). Ein positiver Effekt davon ist, dass beide Zugänge zur Traumabehandlung, EMDR und TFVT (traumafokussierte Verhaltenstherapie, der Überbegriff für die genannten methodischen Ansätze), extrem gut beforscht sind – mehr als andere Therapieansätze. Zunächst wurden zahlreiche randomisierte Kontrollstudien (RCT) sowie folglich Metaanalysen durchgeführt, in denen auch Studien integriert wurden, die neben der therapeutischen Wirkung von Verhaltenstherapie (VT) und EMDR auf die PTBS auch auf traumakorrelierte Komorbiditäten wie Angst, Depression oder somatoforme Störungen Augenmerk gelegt hatten. Hofmann und Lehnung (2024) geben neben Shapiro (2022) einen umfassenden aktuellen tabellarischen Überblick über einzelne RCT, Metaanalysen und Studien zu einzelnen Anwendungen. Im Kapitel „Evaluation“ (Kap. 5) in diesem Buch finden sich die Wichtigsten dieser Beiträge.

Bereits 2005 hatte z. B. die Arbeit von Bisson als Forscher und Mitautor der sogenannten NICE Guidelines einen sehr praktischen Effekt mit gesundheitspolitischer Sprengkraft aufgezeigt – es wurden klare Behandlungsempfehlungen für PTBS formuliert: Clinical Guideline Nr. 26 (March 2005), Behandlungsleitlinie des National Institute of Clinical Excellence zugunsten von EMDR und TFVT:

„[...] 3. Trauma-focused psychological interventions in adults: Adequately powered effectiveness trials of trauma-focused psychological interventions for the treatment of PTSD (TF-CBT and EMDR) should be conducted. They should provide evidence on the comparative effectiveness and cost effectiveness of these interventions and consider the format of treatment (type and duration) and the specific populations who may benefit“. (NICE Guideline No. 26 2005, recommendations).

2.6 Anerkennungen und Qualitätssicherung

2.6.1 Leitlinienanerkennungen

Neben der wachsenden Verbreitung und Akzeptanz von EMDR unter Klinikern und niedergelassenen Praktikern war die offizielle Anerkennung durch relevante andere Fachgesellschaften wichtig und notwendig. Diese vollzog sich sukzessive. In den USA, wo die Konkurrenz zu verhaltenstherapeutischer Traumabehandlung besonders stark war, erfolgte 2000 die Anerkennung durch die ISTSS (International Society of Traumatic Stress Studies) und das NIMH (National Institute of Mental Health), 2003 durch die APA (American Psychological Association), 2004 durch das Department of Veterans Affairs und das Department of Defense.

In Europa war ein Meilenstein die Anerkennung und darüber hinaus explizite Empfehlung als eine Methode der Wahl durch das NICE (National Institute of Clinical Excellence) im Jahr 2005 und in Deutschland 2004 in der Leitlinie zur Behandlung von PTBS der Universität Düsseldorf (Flatten et al. 2004) sowie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2006).

Politisch und inhaltlich umfassend entscheidend auch für den breiteren Einsatz von Elementen von EMDR im Bereich der Einsatznachsorge ist die ausdrückliche Anerkennung durch die WHO im Jahr 2013 (WHO 2013) sowie die Anerkennung als Richtlinientherapie für PTBS durch den Gemeinsamen Bundes Ausschuss (G-BA) in Deutschland (2014).

Francine Shapiro erhielt bereits 1994 von den kalifornischen Psychologen den „Distinguished Scientific Achievement in Psychology Award“ für einen wichtigen Therapiefortschritt, 1996 den „Award honoring Humanitarian Assistance“ von der EMDR International Association und 2002 den „Sigmund Freud Preis“ der Stadt Wien.

2.6.2 Qualitätssicherung durch Fachgesellschaften

Da sich die Methode als sehr wirksam, aber auch invasiv herausstellte, wurde es Mitte der 1990er Jahre notwendig, einige Standards für Lehre und Anwendung festzulegen. Dies war ein Weg, der die Entwicklung von EMDR davor bewahrte, „verwässert“ zu werden, auch wenn Beobachter oder Anwender die Standards oft als bevormundend ansahen. Bei EMDR bestehen daher strenge und enge Vorgaben für die Konzeption von und die Teilnahme an Ausbildungen, aber auch für die Ausbildung von Trainern