



Traumaspesifische Psychotherapie mit EMDR – auch bei Ängsten

Von Eva Münker-Kramer

Wofür steht EMDR?

EMDR ist eine Methode, die bereits seit etwas mehr als 25 Jahren immer weiter entwickelt wird. Die Abkürzung steht für „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (Desensibilisierung und Reprozessieren mittels Augenbewegungen). Sie basiert darauf, dass über das Hervorrufen von horizontalen Augenbewegungen in Kontakt mit den wichtigsten Repräsentationsebenen einer nicht verarbeiteten Erfahrung/Erinnerung bei den PatientInnen eine Veränderung dieser Erinnerung zu bewirken ist. Neben diesen klassisch angewendeten Augenbewegungen sind inzwischen auch andere Arten der sogenannten „bilateralen Stimulation“ (abwechselnde Aktivierung der beiden Gehirnhälften über äußere Reize) üblich geworden. Ursprünglich und fast traditionell wurde EMDR im Bereich der Traumafolgestörungen verwendet.

Die Entwicklerin der Methode, die US-amerikanische Psychologin Francine Shapiro, PhD., hat zu dem Zeitpunkt, als sie, neben ihren Beobachtungen zur Wirksamkeit, als Forscherin auch kontrollierte systematische Untersuchungen zum Effekt machen wollte, die Möglichkeit gehabt, die ersten Studien mit amerikanischen Kriegsveteranen zu machen, die unter posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) litten. Dies ist eine weit verbreitete Traumafolgestörung aufgrund massiver, über den normalen Erfahrungshorizont hinausgehender belastender Erlebnisse. Sie zeigt sich in körperlicher Übererregung, die nicht zu steuern ist, im Erleben von starken sogenannten Wiederhall-erinnerungen („Intrusionen“) – Teile des Erlebnisses werden auf bewusste oder unbewusste Auslöser hin plötzlich und ohne gesteuert werden zu können aktiviert –, weiters ist ein starkes Vermeiden von potentiellen Auslösern ein Kennzeichen für diese Störung.

Nicht selten entwickeln sich entweder neben einer PTBS auch Angststörungen – oder auch unabhängig davon auf-

grund traumatischer Erlebnisse oder auch sehr belastender Einzelerlebnisse, z. B. beim Zahnarzt, mit Hunden, in Menschenmengen, in speziellen Situationen mit einzelnen anderen Menschen (Überfall, Vergewaltigung, andere Art sexueller Gewalt ...). Erlebnisse, die nicht „in das normale Weltbild einzuordnen sind“ – und dazu gehören die meisten der erwähnten Beispiele – können Symptome verursachen. Man spricht davon, dass diese Erfahrungen/Erinnerungen nicht eingeordnet werden konnten/können in das Wertesystem, in die Erfahrungswelt der betroffenen Person.

Bildlich gesprochen funktioniert unser Gehirn wie eine Bibliothek: Es gibt Kategorien, Ordnungssysteme und Stichworte, nach denen neue Bücher eingeordnet werden. Gibt es für ein Buch keine Einordnungsmöglichkeit aus dem Bestehenden, muss eine neue Kategorie erstellt werden, um es einzuordnen und abzulegen. Wenn dies nicht möglich ist, weil es zu fremd ist oder vielleicht auch zu viele Bücher auf einmal angeliefert werden, dann „liegt es

EMDR als Psychotherapie-Methode anerkannt

Für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter PatientInnen, die an einer PTBS leiden, gilt seit 2015: EMDR kann im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie angewendet werden. „Angesichts gravierender Symptome wie Angst und Suizidgedanken und erheblicher psychischer Begleiterkrankungen, unter denen Patienten mit PTBS zu leiden haben, ist dies sehr zu begrüßen“, so Dr. Harald Deisler, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Psychotherapie. „Der Nutzen der EMDR bei der Behandlung von Erwachsenen mit PTBS erwies sich im Bewertungsverfahren des G-BA als wissenschaftlich belegt.“

(aus einer Pressemitteilung des G-BA vom 16.10.2014)



DIE AUTORIN

Mag. Eva Munker-Kramer

ist klinische Psychologin, Psychotherapeutin (VT), EMDR-Therapeutin, Senior Trainer am EMDR Institute von Francine Shapiro, PhD., USA; Praxis in Krems/Donau und Leitung EMDR Institut Austria, Krems/Donau; seit 2003 Vorsitzende der österreichischen Fachgesellschaft für EMDR, deren Vertreterin im europäischen Dachverband EMDR Europe Association; im europäischen PsychologInnenverband EFPA in einer Fachgruppe zu Notfallpsychologie seit 2001 österr. Vertreterin; Aufbau notfallpsychologischer Curricula und Strukturen in Österreich seit 1999; Lehrtätigkeit und zahlreiche Publikationen zum Thema (Details: www.emdr-institut.at/mag.eva-muenker-kramer)

herum“ und stört. Ähnlich kann man es sich mit schlecht, unzulänglich oder gar nicht gespeicherten Erinnerungen vorstellen: Sie „liegen im Vorzimmer des Gedächtnisses herum“ und „machen Ärger“, sprich lösen unangemessene Reaktionen, innerliche Selbstbewertungen, auch Ängste aus. Für die Betroffenen zeigt sich das oft in irrational und unpassend wirkenden Reaktionen oder eigenem Erleben (oft irreführend und abwertend von ihnen selbst oder anderen als „hysterisch“ bezeichnet) bzw. auch krankheitswertigen Symptomen. Dahinter liegen oft sog. „dysfunktional“ (nicht richtig) abgespeicherte Erfahrungen.

Wie wir normalerweise Erfahrungen verarbeiten

Aufgrund dieser Beobachtungen und Hypothesen ist das sogenannte Adaptive (früher „accelerated“) Information Processing (AIP) – das Wirkmodell hinter der EMDR-Methode (Shapiro 2012) beschrieben worden – das Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung. Es sagt vereinfacht Folgendes aus: Für Alltagserfahrungen gibt es ein offensichtlich automatisch arbeitendes Selbstheilungssystem in unserem Organismus. Es gibt Hypothesen, dass im sogenannten REM-Schlaf – einer Schlafphase, in der man jede Nacht unwillkürlich extrem schnelle Augenbewegungen durchführt (rapid eye movements) – „normale“ Alltagserlebnisse eingeordnet werden. Hier scheint jede Nacht, wie im oben erwähnten Bibliotheksbeispiel, „mentales Verdauen“ für die kleineren Sorgen/Probleme des Alltags in dieser (Traum-) Schlafphase autonom und regelhaft stattzufinden, ohne dass wir bewusst Kontrolle darüber ausüben können. Damit kann eine Einordnung neuer Erfahrungen erfolgen.

Im Volksmund kennt man interessanterweise dafür einige Sprichwörter wie: „Schlaf mal drüber.“ – „Morgen schaut die Welt ganz anders aus!“ Diese Sprichwörter beschreiben die Erfahrung, dass man sich vielleicht über etwas aufge-

regt, gekränkt hat, etwas kaum aushalten konnte und am nächsten Morgen vielleicht eine andere Einstellung, eine andere Sichtweise, andere Gefühle dazu hat bzw. sich auch nicht mehr so aufregt, was auch durch mehr körperliche Ruhe gekennzeichnet sein kann; oder es wird berichtet, dass eine Erinnerung, z.B. ein Bild, nicht mehr so stark ist – Entlastung kann somit auf allen sogenannten „Repräsentationsebenen“ (Körper, Gefühl, Gedanke, Bild/Sinneserfahrung) des Erlebten passieren. Hier scheint also, parallel zur normalen Verdauung und vergleichbar in Sinn und Effekt damit, im Gehirn etwas automatisch zu passieren. Im Fall von Erlebnissen aber, die nicht in unsere Wahrnehmungen bzw. Erfahrungen passen und somit nicht in unser Wertesystem einzuordnen sind, die also offensichtlich nicht auf diese Weise integriert werden können, reicht dieser autonome Mechanismus per se nicht aus.

EMDR hilft Unbewältigtes nachzubearbeiten

EMDR nutzt diese Erkenntnis und man nimmt (als einen Wirkmechanismus) an, dass diese im EMDR in der Therapiesituation künstlich und bewusst erzeugte Stimulation der beiden Hirnhälften den Effekt nachstellt, der im REM-Schlaf bei jedem/r von uns jede Nacht automatisch unsere Alltagserfahrungen einordnet. Hier wird also quasi dieser an sich autonome Effekt des Gehirns im therapeutischen Setting simuliert, um etwas „nachzubearbeiten“, was das Hirn alleine mit dem normalen Alltagsmechanismus im REM-Schlaf nicht bewältigt. Damit wird letztlich dieses „System“ dabei unterstützt, Erfahrungen/Erinnerungen, die in die Vergangenheit gehören, (endlich) auch dorthin zu transportieren und die Betroffenen von den irrationalen Reaktionen und Symptomen zu befreien. Das „Hier und Jetzt“ unterscheidet sich dann wirklich, klinisch und subjektiv vom „Dort und Damals“ – die im sogenannten impliziten Gedächtnis gespeicherte Erinnerung, die quasi zum Zeitpunkt ihres Geschehens „eingefroren“ war mit allen Komponenten, wird ins sogenannte explizite Gedächtnis befördert und dort nun „angemessen gespeichert“ integriert.

Dies zeigt sich im klinischen Alltag in der Arbeit mit PatientInnen folgendermaßen:

- ▶ Es geschieht „Neu- oder Reattribuierung“ – eine neue oder andere Bewertung von Erinnerungen: Etwas, was vorher unerträglich und ängstigend erschien, stellt sich der betroffenen Person nun als „Herausforderung“ dar: panische, irrationale Angst vor dem eigenen neuen Hund z.B. kehrt sich in „angemessene Vorsicht“.
- ▶ Es werden neue Etiketten für alte Erinnerungen/Erfahrungen gebildet: Ein Lokführer, der ein irrationales Schuldgefühl nach dem Tod eines Menschen hatte, der in seinem Dienst Selbstmord begangen hatte, entwickelt Wut darüber, dass dieser ihm das angetan hat.
- ▶ Es entstehen neue Verbindungen zwischen Netzwerken bzw. es passiert eine Anbindung an passendere „Netzwerke“: Bei der Bearbeitung von Verlassenheit und Demütigung im Kindesalter taucht die vollkommen vergessene Erinnerung an die Großmutter auf, die immer

getröstet hat, wenn sie da war und somit indirekt vermittelt hat, dass die betroffene Person liebenswert ist, auch wenn sie ihr nicht maßgeblich aus der Situation heraushelfen konnte.

- ▶ Alten Erinnerungen werden neue Überschriften gegeben: Ein Unfall, der sich sehr destabilisierend ausgewirkt hat und selbst nach Heilung der unmittelbaren Unfallfolgen nachwirkt, wird z.B. plötzlich amüsiert als „dumm gelaufen“ etikettiert.
- ▶ Transformation passiert von innen(!), nicht von außen durch die Aussagen, Analysen des/der TherapeutIn: Eine Frau, die nach langer Gewalt in der Ehe und auch langer vorhergehender herkömmlicher Therapie nach entsprechenden EMDR-Sitzungen plötzlich sehr vehement sagt: „Ich lass mir so eine Behandlung und Abwertung jetzt von niemandem mehr gefallen, auch im Heute nicht mehr, auch nicht von meinem Chef.“
- ▶ Es wird etwas gefestigt, konsolidiert: Ein Mann, der nach der Scheidung extrem litt, wenn die Kinder nach einem Wochenende bei ihm abgeholt wurden und unter dem Zweifel litt, als Vater überhaupt „irgendwas zu taugen“, kann nach der Behandlung überzeugt sagen: „Ich bin an sich ein guter Vater, auch wenn die Situation schwierig ist!“
- ▶ Erinnerung verwandelt sich: Das Bild eines Unfalls wird blasser und verschwindet völlig; es war vorher ohne Möglichkeit, dies zu stoppen, immer wieder aufgetaucht (man nennt dies Intrusion) und hatte schreckliche Angst hervorgerufen.

Wie und mit welcher Vorarbeit läuft EMDR ab?

EMDR ist eine sehr strukturierte Methode, die im Anschluss an eine sorgfältige, auch traumaspezifische Erhebung der Vorgeschichte der PatientInnen (bisherige Belastungen, stärkende Erlebnisse, Krankheiten, Symptome, soziale Situation u.ä.) gezielt Erfahrungen bearbeitet, die aufgrund dieser Erhebung repräsentativ für Belastungen sein können. Hier muss sehr kompetent und klinisch fundiert beurteilt werden, zu welchem Anteil und wie viele bzw. welche Art von gegebenenfalls auch traumatischen Erfahrungen hinter den aktuellen Symptomen und Reaktionen stecken.

Es ist sehr wesentlich für die Entscheidung, ob und wann EMDR angewendet und hilfreich sein kann, dass man als BehandlerIn weiß, ob z.B. langjährige, früh beginnende Gewalt und Traumatisierung bei der/dem PatientIn stattgefunden hat und diese/r insgesamt fragiler ist oder ob eine grundsätzlich „gut aufgestellte“ Persönlichkeit ein Einzelereignis erlebt hat. Da EMDR bewusst den Kern der Belastungen aktiviert, liegt aufgrund der soeben getätigten Überlegungen auf der Hand, dass man in der Vorarbeit und Indikation als TherapeutIn vorsichtig sein muss.

Wenn man z.B. mit AngstpatientInnen zu tun hat, ist es wesentlich, ob die Angst auf einzelne, umgrenzte Ereignisse (wie oben bereits erwähnt z.B. Zahnarztlebnis, Hundebiss, Bedrohung durch Überfall u.ä.) zu einem Zeit-

punkt zurückzuführen sein mag, zu dem man grundsätzlich schon stabil war, oder ob sie eine Begleiterscheinung z.B. jahrelanger früher Gewalt oder Vernachlässigung ist.

Je mehr „Traumamaterial“ im Hintergrund ist, desto mehr Stärke im Hier und Jetzt muss vor der Konfrontation mit den ursächlichen Erinnerungen aufgebaut werden – in der Sprache der TherapeutInnen nennt man das **Stabilisierung** und **Ressourcenaufbau/Ressourcenmobilisation**. Arbeit mit EMDR ist „in Kontakt gehen“ mit alter Belastung, dies kann die/der PatientIn nur hilfebringend erleben, wenn sie/er eine Grundstabilität hat. Dazu gehören auch Fähigkeiten, Stresserleben und Gedankenkreisen zu reduzieren.

Dies wird in seriösen Traumatherapien in der Phase der Stabilisierung und immer auch wieder zwischendurch geübt und überprüft. Es ist daher sehr wichtig, sich an zertifizierte EMDR-TherapeutInnen zu wenden, die einen fundierten klinischen Hintergrund haben. Dies sind in Deutschland nur psychologische und ärztliche PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichentherapeutInnen mit zusätzlicher, abgesicherter EMDR-Fortbildung bei von den internationalen Fachgesellschaften anerkannten Instituten. Man findet die Regelungen und Voraussetzungen sowie Informationen über EMDR und eine Liste der zertifizierten TherapeutInnen auf der Homepage der deutschen EMDR-Fachgesellschaft (EMDR International Association Deutschland, www.emdria.de).

Was genau wird beim EMDR konkret gemacht?

Anamnese: Hier werden relevante Belastungsfaktoren und aktuelle Symptome – auch differentialdiagnostisch – erfasst. Dabei ist wichtig, welche Symptome im „Hier und Jetzt“ Leidensdruck verursachen: Gedanken („Ich bin eine Versagerin“, „Ich sterbe jetzt“, ...), Gefühle (Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schuld ...), Verhaltensweisen (Vermeidung, skurrile/nicht angemessene Reaktionen auf harmlose Auslöser hin ...), Körpersymptome (Herzrasen, Schwitzen ...). Auf dieser Basis werden Erklärungen für die Symptome sowie Ansatzpunkte/Ausschlussgründe für EMDR erörtert. Jeder Schritt sollte transparent erklärt und gemeinsam mit dem/r PatientIn beschlossen und vorbereitet werden.

Stabilisierung und Vorbereitung: Hier stehen Ressourcen, Stressbewältigungs- und Distanzierungstechniken im Vordergrund, damit die PatientInnen so Kontrolle wieder ansatzweise übernehmen können. Dazu gehört auch die genaue Erklärung der Hintergründe und der Technik der Methode.

Bewertung der ausgewählten belastenden Erinnerung: Hier werden die für die Behandlung relevanten Themen gemeinsam mit dem/r PatientIn präzisiert, z.B.:

- ▶ *Mangelndes Selbstwertgefühl nach immer wieder erlittenen Demütigungen, das sich im Hier und Jetzt in für die*

Person selbst unsteuerbarem unterwürfigem Verhalten auch in wenig bedrohlichen Situationen zeigt (Beisp. 1)

- Irreale, aber im „Hier und Jetzt“ sehr beeinträchtigende Todesangst nach einem Unfall, die bei bestimmten Auslösern immer wieder auftaucht und den/die Betroffene funktionsunfähig und panisch macht (Beisp. 2)

Damit wird die Voraussetzung geschaffen, strukturiert in das sogenannte Traumanetzwerk ganz individuell beim/bei der jeweiligen PatientIn einzusteigen.

Nun wird ein repräsentatives Bild für dieses „Thema“ (Selbstwert, Sicherheit/irreale Todesangst) gesucht. Dies kann z.B. die Situation sein, dass man dem entgegenkommenden Auto nicht ausweichen kann, und da das Gesicht des Fahrers des Gegenverkehrsautos. Dieses wird nach verschiedenen Kriterien gemeinsam mit dem/r PatientIn bewertet. Nun werden die zur ausgesuchten Situation gehörenden und im Hier und Jetzt spürbaren negativen Überzeugungen über sich selbst, dann das, was man gerne stattdessen über sich denken würde und wieweit dies jetzt schon vorstellbar ist, dann die Gefühle sowie deren subjektiv einschätzbare Ausmaß (zwischen 0 und 10) erfasst, z.B. Hilflosigkeit und Panik im Falle von Unfallfolgen.

Der letzte Aspekt, der in der Bewertungsphase erfasst wird, ist die Repräsentanz des Erlebten im Körper. („Wo im Körper spüren Sie das jetzt?“) Aus der einschlägigen Forschung ist bekannt, dass der Körper sozusagen das deutlichste Speichermedium für Erinnerungen ist, somit ist er in der Therapie wichtigster und letzter Indikator für Belastung und auch später Gradmesser für Entlastung. In Beispiel 1 könnte der/die Betroffene dies im Rücken oder auf den Schultern o.ä. spüren, im zweiten Beispiel im Hals (Knoten, Schrei...) – dies ist einerseits individuell verschieden, es gibt aber auch logische und symbolische Zusammenhänge, die sich immer wieder zeigen (Münker-Kramer, 2011). Nun ist die PatientIn gefühlsmäßig und körperlich mit der traumatischen Erinnerung in Kontakt gebracht und die Phase des freien Prozessierens beginnt.

Desensibilisierung/Reprozessierung: In dieser Phase, die bezeichnenderweise *Desensibilisierung/Reprozessierung* (das *D* und *R* in EMDR) heißt, wird nach dem beschriebenen Einstieg ins Traumanetzwerk mit Hilfe der bilateralen Stimulationen der unbewusste Prozess begleitet, der wie ein Fluten im Belastungsnetzwerk verstanden werden kann und in unterschiedlicher Intensität, Ausprägung, Geschwindigkeit und Dauer abläuft und durch die/den TherapeutIn neutral, aber unterstützend und aufmerksam begleitet und geleitet wird. Hier können dann die oben genannten Veränderungen der Einstellungen, Perspektiven und auch körperlichen Empfindungen erlebt werden.

In der **Verankerung** und im sog. Körpertest werden die Effekte gefestigt und die Restbelastung des Körpers als „zuverlässigstes“ Speichermedium noch einmal überprüft und ggf. entlastet.

Abschließend werden die Erkenntnisse der Sitzung besprochen und bewertet und mit der Gesamttherapie verbunden; „Hausaufgaben“ werden besprochen und Übungen zur Stressreduktion und Distanzierung wiederholt und für alle Fälle vorbereitet.

In der darauf folgenden Therapiestunde findet die **Überprüfung der Nachwirkungen** der letzten Stunde statt und die weiteren Behandlungsschritte werden besprochen.

EMDR als Therapie bei Angststörungen

EMDR bei Angststörungen anzuwenden, liegt sehr nahe und ist vielversprechend (de Jongh, ten Broeke, 2007, Münker-Kramer, 2014). Es ist hier am wirksamsten bei spezifischen Ängsten, die „traumabedingt“/aufgrund eines nachvollziehbaren klassisch konditionierten belastenden Erlebnisses/Auslösers entstanden sind. Dies ist sehr nahe der Behandlung von traumabedingten Belastungen. Grob skizziert arbeitet EMDR bei Ängsten nach der Erhebung der Krankheitsgeschichte zunächst an Selbstberuhigungs-/Selbstkontrolltechniken und ist hier der rein verhaltenstherapeutischen Vorgangsweise sehr nahe. Man arbeitet dann mit EMDR eine Auswahl (erstes, schlimmstes, letztes) der Ereignisse durch, bei dem die Phobie aufgetreten ist, danach die Auslöser im Hier und Jetzt. Auch die erwünschte Reaktion in der Zukunft ist konkret Thema, quasi als Rückfallprophylaxe.

Literatur:

- de Jongh, A., ten Broeke, E. (2007): Treatment of Specific Phobias with EMDR. Journal of EMDR Practice and Research, 1/1/2007, S. 46-56
- Hofmann, A. (Hg.) (2014): EMDR – Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, 5., ergänzte und vollständig überarb. Aufl., Thieme
- Münker-Kramer, E. (2011): EMDR und Verhaltenstherapie. In Journal f Psychologie, 2011,19,3, online
- Münker-Kramer, E. (2014): EMDR in der Traumatherapie, Psychopraxis, Neuropraxis, 1-2014, Springer, S. 13-16, DOI 10.1007/s00739-013-0136-3.
- Münker-Kramer, E. (2014): EMDR bei spezifischen Phobien, in: Hofmann, A. (2014)
- Münker-Kramer, E. (2015): Traumaspezifische Psychotherapie mit EMDR. Reinhardt Verlag, München
- Münker-Kramer, E. (2016): Arbeit mit Ressourcen im EMDR. In: Rost, C. (2016)
- Rost, C. (Hg.) (2012): Ressourcenarbeit mit EMDR, Junfermann Verlag
- Rost, C. (Hg.) (2016): EMDR zwischen Struktur und Kreativität, Junfermann Verlag
- Shapiro, F. (2012): EMDR Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag
- Shapiro, F. (2012): Frei werden von der Vergangenheit (engl. Original: Getting past your past), Kösel Verlag

Buch der Autorin zum Thema:

Eva Münker-Kramer:
Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR
 Ernst Reinhardt Verlag, 2015,
 ISBN: 978-3-4970-2539-8, 26,90 €



Erläutert Entstehung, Hintergründe und therapeutische Abläufe von EMDR. Es ist als Fachbuch für Therapeuten und BerufseinsteigerInnen geschrieben und eine grundlegende Einführung in die Methode.