

## **EMDR: Theorie und Praxis**

***Priv. Doz. Dr. med. Hans Strenge, Kiel***

Vortrag vor der Norddeutschen Gesellschaft für angewandte Psychotherapie

am 13.11.2010 in der Curtiusklinik Bad Malente-Gremsmühlen.

**Der Vortrag wurde frei gehalten und beruhte auf der folgenden  
Power-Point-Präsentation des Autors**

# EMDR: Theorie und Praxis

Priv.-Doz. Dr. med. Hans Strenge

Institut für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Campus Kiel

Vortrag bei der NGaT in Malente am 13.11.2010

# EMDR

- E = Eye
- M = Movement
- D = Desensitization (and)
- R = Reprocessing

(Shapiro 1989)

# Grundelemente des EMDR

(Shapiro 1989)

- Fokale Imagination
- Negative Kognition
- Positive Kognition
- Emotionen
- Körperliche Empfindungen
- Aktivierung durch Augenbewegungen
- Herstellung von „geteilter Aufmerksamkeit“

# 8 Schritte der EMDR-Therapie

1. Anamnese und Therapieplanung
2. Vorbereitung und Stabilisierung
3. Bewertung des Traumas
4. Desensibilisierung und Durcharbeitung
5. Verankerung
6. Körpertest
7. Abschluss
8. Überprüfung

# Anamnese und Therapieplanung

- Analyse von Symptomatik und Verlauf
- Festlegung des spezifischen Fokus (primär auslösende Situation, Trigger)
- Festlegung positiver Ziele bzw. Kognitionen
- Festlegung des Zeitrahmens (etwa 90 Minuten, optimal am Ende eines Tages)

# Vorbereitung und Stabilisierung

- Vorbereitung auf mögliche Störungen während/ zwischen den Sitzungen (Entspannungs- und Sicherheitsprozeduren, Aneignung eines „sicheren Ortes“)
- Festlegung auf Signale zur Unterbrechung
- Aufklärung über mögliche emotionale Störungen während des Prozesses („informed consent“)

# Bewertung des Traumas

- 1.) Identifizierung der spontanen dominanten Manifestation der Erinnerung, d.h. des aktuellen Zugangs (visuell, körperlich, emotional) zum Fokus

# Bewertung des Traumas

- 2.) Identifizierung der negativen Kognition

„Stellen Sie sich vor, was Sie von sich denken, z.B. dann, wenn es Ihnen am schlechtesten geht... auch, wenn Sie wissen, dass es eigentlich nicht wahr ist. Welche Worte drücken am besten Ihre negativen Gedanken über sich selbst aus?“ (Ich-Aussage)

## Bewertung des Traumas

- 3.) Festlegung einer positiven Formel für eine positive Kognition

„Was würden Sie gerne über das Ereignis oder über sich selbst denken?“

„Wenn Sie das ändern könnten, wie würden Sie gerne über sich denken, wieder mit einem Satz, der mit ‚Ich ...‘ anfängt?“

## Bewertung des Traumas

- 4.) Quantifizierung der „Passung“ der positiven Kognition auf der VOC- Skala (1-7)

(VOC = Validity of Cognition)

1 = gar keine Übereinstimmung

7 = totale Übereinstimmung

# Bewertung des Traumas

- 5.) Verbalisierung der Gefühle

„Wenn Sie sich auf die Szene konzentrieren und den negativen Satz wiederholen, welches Gefühl stellt sich dann ein?“

## Bewertung des Traumas

- 6.) Quantifizierung der „Störung“ mittels SUD (= Subjective Units of Disturbance) Skala

0 = gar keine Störung

10 = die stärkste vorstellbare Störung

„Wie stark ist die Störung jetzt im Moment, wenn Sie die Szene, die negative Kognition und das Gefühl zusammen auf sich einwirken lassen?“

## Bewertung des Traumas

- 7.) Beschreibung der körperlichen Wahrnehmung oder Reaktion bei Konzentration auf den Fokus

„Wo fühlen Sie die Störung in Ihrem Körper?“

„Sie haben eine Zahl angegeben, empfinden Sie diese Störung irgendwo in Ihrem Körper?“

# Desensibilisierung und Durcharbeitung („Prozessieren“)

Fokussierung auf die Störung, d.h. die Patienten sollen die Szene mit der negativen Kognition, dem Gefühl und der Wahrnehmung im Körper verbinden. Dies dient einem ersten Zugang zum **dysfunktionalen Gedächtnisspeicher.**

# Desensibilisierung und Durcharbeitung („Prozessieren“)

„Ich bitte Sie nun, sich innerlich auf das Ereignis (Szene, Fokus) einzustellen und *meinem Finger zu folgen...*

Lassen Sie alles hochkommen, was kommt, und wir werden am Ende darüber reden. Erzählen Sie mir, was aufgetaucht ist und betrachten Sie nichts als unwichtig. Jede neue Information, die auftaucht, ist irgendwie mit dem Thema in Verbindung. *Wenn Sie anhalten wollen*, heben Sie einfach die Hand.“

## Verankerung

Nachdem der SUD-Wert auf 1 oder 0 abgesunken ist, Festlegung der momentan zutreffendsten positiven Kognition und erneute Konzentration auf den Fokus.  
Einschätzung auf der VOC-Skala (1-7)

# Körpertest

Aufspüren von körperlichen Symptomen als Reste von konflikthaftem / traumatischem Material.

Fokussiertes Ereignis und positive Kognition werden imaginiert und dabei wird der Körper von oben nach unten auf mögliche Sensationen / Verspannungen hin überprüft.

# Abschluss

Zurücknahme und Information über  
Möglichkeiten des Umgangs mit  
Prozessanteilen außerhalb der  
therapeutischen Situation

# Überprüfung

Zu Beginn *der folgenden Therapiestunde*  
Erfolgs- und Qualitätskontrolle an Hand der  
Patientenmitteilungen (-aufzeichnungen)  
zwischen zwei Sitzungen

*Wiederholung des Körpertests*

## Fallbeispiel: 54-jährige Gärtnerin

- Seit 20 Jahren berufsunfähig wegen Angstproblematik, seit 13 Jahren chronischer Kopfschmerz, aktuell: panische Angst vor betrunkenen Männern in der Stadt
- **Diagnosen: Kopfschmerz, Fibromyalgie, soziale Phobie**

# 1. EMDR-Sitzung (I)

- **Fokus:** Betrunkene am Bahnhof
- **Neg. Kog.:** **Ich weiß nicht, wo ich hin soll**
- **Pos. Kog.:** Ich bin ganz ruhig (VOC = 3)
- **Gefühl:** Unruhe, Hilflosigkeit
- **Quant.:** **SUD = 7**
- **Körper:** Engegefühl an Hals und Brust

# 1.Sitzung (II)

- **Verlauf:**  
Auftauchen der Mutter, die früh gestorben ist und der Tochter eine Puppe angeboten hat, falls diese sich bereit erklärt, in eine Pflegefamilie zu gehen.
- **SUD ⇒ 2**
- **Abschluss:** Aufsuchen des sicheren Ortes

## 2. Sitzung (I)

- **Fokus:** Betrunkene in der Straße
- **Neg. Kog.:** **Ich bin unruhig**
- **Pos. Kog.:** Ich bin gleichgültig  
(VOC = 2)
- **Gefühl:** Hilflosigkeit
- **Quant.:** **SUD = 4**
- **Körper:** Engegefühl am Hals

## 2. Sitzung (II)

- **Verlauf:**

„Ich komme da nicht weg, ich werde festgehalten.“  
Die Patientin kommt in Kontakt zu ihren suizidalen Tendenzen und kann diese unter großer Scham verbalisieren.

Nach der Sitzung eröffnet sie den Therapeuten, dass sie heimlich Tabletten gehortet habe („als Lebensversicherung“).

- **Abschluss:** Aufsuchen des sicheren Ortes

## 3. Sitzung (I)

- **Fokus:** Betrunkene Männer in der Stadt
- **Neg. Kog.:** **Ich drehe bald durch**
- **Pos. Kog.:** Ich brauch' die nicht zu sehen (VOC = 1)
- **Gefühl:** Hilflosigkeit
- **Quant.:** **SUD = 5**
- **Körper:** Luftnot  
(„als ob ich spucken müsste“)

## 3. Sitzung (II)

- **Verlauf:** Aktivierung einer **alten Szene**
- **Fokus:** Erinnerung an betrunkenen aggressiven Bruder
- **Neg. Kog.:** Ich bin ratlos
- **Gefühl:** Hilflosigkeit
- **Hyperventilationsanfall SUD = 8-9** ⇒ Abreaktion, danach
- **Pos. Kog.:** Er kann mir nichts mehr machen, ich schaff 'das
- **SUD ⇒ 2**
- **Pos. Kog.:** Ich kann mir bestimmte Hilfe holen (**VOC=7**)

## Fazit aus drei EMDR-Sitzungen

- Neue Information / Interpretation: Phobie als Teil eines „traumakompensatorischen Schemas“ (Fischer) nach Übergriff des Bruders in der Kindheit
- Fehlen eines hilfreichen inneren Objekts
- Tod als potentielle letzte Lösung aus einer ausweglosen Situation (Geheimhaltung, Scham-Angst)
- Neue Kognition für die Patientin: Es gibt Hilfe, und ich kann sie in Anspruch nehmen.

# **Neurobiologische Aspekte des EMDR**



# EMDR ist keine Hypnose

- Bei EMDR „brain state“ ohne Abweichung vom normalen Wach-EEG
- Selbstbeobachtung unterschiedlich („fühlt sich anders an“)
- Suggestibilität für EMDR-Effekt unerheblich
- Weitgehend spontane Entwicklung des Prozesses mit minimaler Einflussnahme

# EMDR ist keine typische Expositionsbehandlung

- EMDR hat zusätzliche Komponenten
- Kurze Konfrontationsdauer bei EMDR
- Häufige Unterbrechungen bei EMDR
- Im Gegensatz zur systematischen Desensibilisierung Verwendung von „worst case“-Szenarien und freie Assoziationen
- EMDR wirkt bereits nach wenigen Sitzungen

## EMDR ist am ehesten...

- eine Methode mit Aktivierung im Sinne eines „Accelerated Information Processing“ (Shapiro 1995)
- eine Methode zur Induktion eines REM-Schlaf ähnlichen Prozesses mit kontrollierter kortikaler Gedächtnis-Integration (Stickgold 2002)
- eine Methode mit Induktion einer Orientierungsreaktion
- eine Methode mit Verbesserung interhemisphärischer Kommunikation

# Nardo et al. 2010

(Journal of Psychiatric Research 44)

- PTBS-Patienten mit signifikant **geringerer Dichte** der grauen Substanz in den **limbischen kortikalen Arealen** (1-3) zeigen keinen **EMDR-Effekt**:
- 1) Post. Cingulum (BA 23, 31)
- 2) Med. Front. Gyrus (BA 6)
- 3) Ant. Insula (BA 13)

# Lanius et al. 2010

(American Journal of Psychiatry 167)

<b>Subtypus mit</b>	<b>Intrusion/Hyperarousal</b>	<b>Dissoziation</b>
● Ant. Cingulum	↓	↑
● Med. präfrontaler Cortex	↓	↑
● Ant. Insula rechts	↑	↓
● Amygdala	↑	↓

## (Neurobiologisches) Fazit

Klassische EMDR-Therapie bei Patienten mit stärkeren Funktionsstörungen / Hemmungen der limbischen Areale ist nicht sehr erfolgreich.

Beispiel: EMDR beim „dissoziativen Trauma-Typ“

# Indikation für EMDR

- „Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die **EMDR-Methode bei Erwachsenen** als Methode zur Behandlung der **Posttraumatischen Belastungsstörung** als wissenschaftlich anerkannt gelten kann“.

Deutsches Ärzteblatt 103 (2006) B2100

# Relative Indikationen für EMDR

- **Akute / subakute Traumafolgestörungen**
  - a) Akute Belastungsreaktion (ICD-10) (Zeitfenster bis 48 h)
  - b) Akute Belastungsstörung (DSM IV) (Zeitfenster bis 4 Wo)
  - c) Akute PTBS (DSM IV) (Zeitfenster bis zu 3 Mo)

(AWMF Mai 2008: Evidenz-Bewertung E III)

## Absolute Kontraindikationen für EMDR (Dtsch. Ärzteblatt 2006)

- 1. Akute Psychose
- 2. Komorbide schwere dissoziative Symptome
- 3. Komorbide schwere Persönlichkeitsstörung
- 4. Körperlich eingeschränkte Belastbarkeit (schwere Koronarerkrankung, Hypertonie)
- 5. Organisch bedingte Hypervigilanz (Schilddrüse)
- 6. Augenerkrankungen (Anamnese mit Netzhautablösung, Augenschmerzen während EMDR)

## Relative Kontraindikationen für EMDR (Dtsch. Ärzteblatt 2006)

- 1. Fehlende soziale Sicherheit (Therapeut einziger Kontakt, anhaltende Traumawirkung, Täterkontakt)
- 2. Unzureichende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich (Ich-Schwäche)
- 3. Akute körperliche Erkrankung
- 4. Akute psychiatrische Störung
- 5. Dekompensierte Angsterkrankung

## Relative Kontraindikationen für EMDR (Dtsch. Ärzteblatt 2006)

- 6. Schwere Depression mit akuter Suizidalität
- 7. Aktiver Substanzmissbrauch
- 8. Mangelnde zeitliche Flexibilität
- 9. Fragliche Therapiemotivation
- 10. Juristische Aspekte (laufendes Entschädigungsverfahren)

# **Exkurs: EMDR und sexueller Missbrauch**



## Prototypische Prozess-Abfolge bei EMDR mit sexuell missbrauchten Kindern (Anderson 1996, zit. bei Parnell 2003)

- Distanzierung
- Rettung (Innere Helfer oder das Erwachsenen-Selbst bringen Opfer in Sicherheit)
- Beruhigung
- Integration (evtl. liebevoller Körperkontakt)
- Abschluss (finale Szene mit Täter)

## Besonderheiten bei EMDR-Prozessierung mit sexuell Traumatisierten

- Starke Abreaktionen
- Auftreten von dissoziativen Symptomen
- Körpererinnerungen ohne visuelle Eindrücke
- Mischungen von Realität und Fantasie
- Flash-back-Übertragung (Opferrolle)

## Besonderheiten im Arbeitsbündnis mit sexuell Traumatisierten (Parnell 2003)

- Sicherheitsproblem im Kontakt (Opfer früher häufig nur alleine sicher)
- Abgrenzungsprobleme des Opfers (Vereinbarung von Unterbrechungssignalen, Wahrung des persönlichen Raums, aber Autonomie-Defizit)
- Therapeutenähnlichkeit mit den Tätern
- Verantwortungsübernahme des Opfers für den Therapeuten (narzisstische Gratifikationen)
- Loyalitätskonflikt gegenüber den Tätern
- Redeverbot durch die Täter
- Selbstbestrafungstendenzen

## FREUD (1889) und / oder SHAPIRO (1989) ?

„Psychoanalytiker können [...] die moderne Traumatherapie als Anregung nutzen, die eigenen Modelle und Behandlungstechniken weiterzuentwickeln, ebenso wie in EMDR-Behandlungen Übertragungsprozesse zunehmend sorgfältig beachtet werden.“ (Plassmann 2009)

**EMDR und...**

**tiefenpsychologisch  
fundierte Psychotherapie**

**ERGÄNZEN SICH!**

