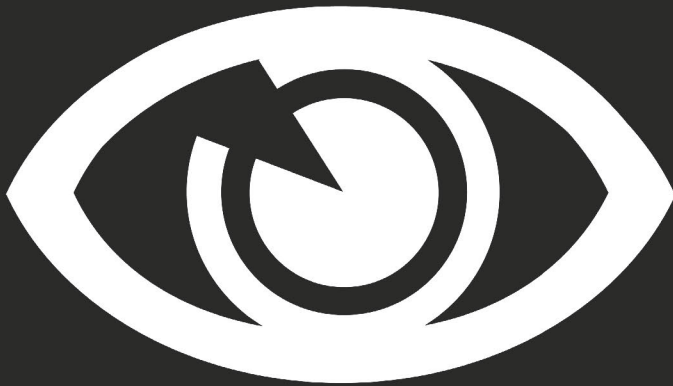


Institut für Traumatherapie / Oliver Schubbe (Hg.)



Traumatherapie mit EMDR

Ein Handbuch für die Ausbildung

V&R

Institut für Traumatherapie
Oliver Schubbe (Hg.)

Traumatherapie mit EMDR

Ein Handbuch für die Ausbildung

Unter Mitarbeit von
Oliver Schubbe, Ines Püschel (†), Karsten Gebhardt,
Monique Renssen und Steffen Bambach

Mit 28 Abbildungen
und 14 Tabellen

5., überarbeitete Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 978-3-525-46273-7

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

© 2016, 2004, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen / Vandenhoeck & Ruprecht
LLC, Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: KCS GmbH, Stelle/Hamburg
Druck und Bindung: Hubert & Co. KG, Robert-Bosch-Breite 6, D-37079
Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Einführung	9
Was ist EMDR?	11
Ein Fallbeispiel für eine akute Einmaltraumatisierung	12
Ein Fallbeispiel für eine komplexe Traumatisierung	13
Allgemeine Merkmale von EMDR	14
Entstehung	15
Praxis und Weiterentwicklung	16
Beschreibung des Ausbildungsprogramms	18

Teil I: Theorie

(Karsten Gebhardt und Oliver Schubbe)

1. Psychotraumatologie	23
Geschichte der Psychotraumatologie	24
Moderne Traumaforschung	28
Definition des psychischen Traumas	44
Wie wirkt sich eine Extremsituation auf unsere Psyche aus?	47
2. Posttraumatische Belastungsstörungen	52
Definition und Diagnose	53
Epidemiologie	63
Erklärungsansätze	68
Behandlungsansätze	78
3. Theoretische Erklärungsmodelle für EMDR	89
AIP-Modell von Shapiro	89
Aufmerksamkeitsmodell	91

Lerntheoretisches Modell	92
Neurobiologisches Modell	93
4. Indikationen/Gegenindikationen	95
5. Effektivitätsstudien	98
Störungsspezifische Befunde	98
Neurophysiologische Befunde	103
Die Wirksamkeit von EMDR zur Behandlung posttraumatischer Störungen	105
EMDR als Behandlungsstandard für PTBS	107
Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden für PTBS ...	108
Basiert EMDR auf einem neuen Prinzip?	112

Teil II: Praxis von EMDR

6. Einordnung von EMDR in den allgemeinen Therapieprozess (Oliver Schubbe und Ines Püschel)	119
7. Phasen der EMDR-Behandlung (Oliver Schubbe und Ines Püschel)	122
Phase 1: Anamnese und Behandlungsplanung	124
Phase 2: Stabilisierung und Vorbereitung	128
Phase 3: Einschätzung	134
Phase 4: Durcharbeiten	139
Phase 5: Verankerung	144
Phase 6: Körpertest	146
Phase 7: Abschluss	148
Phase 8: Neubewertung	151
8. Therapeutische Möglichkeiten bifokaler Stimulierung (Ines Püschel)	158
Bifokale Stimulierung zur Erinnerungsverarbeitung mit EMDR	159
Bifokale Stimulierung im assoziativen Suchprozess	159
Bifokale Stimulierung zur Akutentlastung in emotionalen Überforderungssituationen	161

9. Der EMDR-Prozess (Ines Püschel)	163
Der EMDR-Prozess und die Steuerung der emotionalen	
Distanz der Klientin zum belastenden Erinnerungsmaterial	163
Der EMDR-Prozess und der optimale Verarbeitungsbereich	165
Der EMDR-Prozess und seine therapeutischen	
Beeinflussungsmöglichkeiten	166
10. Die Rolle der Therapeutin und ihr therapeutisches	
Werkzeug (Ines Püschel und Oliver Schubbe)	168
Die Rolle der Therapeutin während einer ideal	
verlaufenden EMDR-Sitzung	168
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin vor Beginn	
des Prozesses zu distanziert ist (A)	172
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin vor Beginn	
des Prozesses emotional zu involviert ist (B)	175
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin während	
des inneren Prozesses auf Distanz geht (C)	177
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin während	
des inneren Prozesses emotional überflutet wird (D)	177
Die Rolle der Therapeutin, wenn der innere Prozess	
der Klientin blockiert ist (E)	182
11. Spezielle Anwendungen von EMDR	
(Oliver Schubbe, Ines Püschel, Monique Renssen)	191
EMDR nach kurz zurückliegenden Traumatisierungen	194
EMDR nach einmaligen Traumatisierungen	198
EMDR bei komplexen Traumatisierungen	200
EMDR bei Phobien	205
EMDR bei Zwangsstörungen	210
EMDR zur Ressourcenentwicklung und -installation	212
12. Arbeitsmaterialien	216
Checkliste zur Arbeit mit EMDR	218
EMDR-Standardvorgehen	220
EMDR-Standardvorgehen – Kurzfassung	222
EMDR-Spezialanwendungen	224
EMDR-Vorbereitung	236
EMDR-Evaluationsbogen	237

Fehlerquellen bei der Anwendung von EMDR	240
Gruppenübung (für Dreier-Gruppen innerhalb der Ausbildung)	242
Impact of Event Scale (IES)	244
Impact of Event Scale Revised (IES-R)	246
Lichtstrahlmethode	249
Sicherer Ort	252
5-4-3-2-1-Methode	254
1-2-3-4-5-Methode	260
Lehrmodul »Einstellen der optimalen inneren Distanz« ...	261
Techniken zur Distanzierung und Flashback-Kontrolle	262
Techniken zur Erdung (Grounding)	263
Literatur	265

Einführung

Dieses Trainingsmanual ist für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen geschrieben, die sich für eine Ausbildung in der bifokalen Traumaverarbeitungsmethode EMDR (engl. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) interessieren oder diese Methode in ihrer therapeutischen Arbeit bereits anwenden oder anwenden wollen. Es ist als Begleitliteratur zur EMDR-Ausbildung am Institut für Traumatherapie in Berlin gedacht und folgt dem dortigen Seminarplan.

Begleitliteratur zur EMDR-Ausbildung am Institut für Traumatherapie Berlin

Nach einführenden Worten zu EMDR und dem Aufbau des Ausbildungsprogramms finden Sie einen umfangreichen Theorie- teil zur allgemeinen Psychotraumatologie und zum theoretischen Hintergrund von EMDR. Dort sind Informationen zu psychischen Traumata, zur historischen Sicht der Wissenschaft auf dieses Phänomen, seine Folgen sowie zur Diagnostik zusammengestellt. Beispielfhaft werden verschiedene Behandlungsmöglichkeiten der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beschrieben. Weiterhin wird über die Geschichte, die theoretischen Hintergründe und die empirischen Erfahrungen mit EMDR berichtet.

Theorie- teil

Hauptschwerpunkt dieses Buches liegt auf der Beschreibung und Erläuterung der praktischen Durchführung von EMDR. Differenziert werden die Grundlagen der praktischen Anwendung, EMDR-Spezialanwendungen und Umgangsweisen mit auftretenden therapeutischen Schwierigkeiten dargestellt.

Schwerpunkt Praxisteil

Besonderes Gewicht wird weiterhin auf ein professionelles Affektmanagement (Sicherungs- und Selbstschutztechniken) sowie ressourcenorientiertes Arbeiten gelegt.

Um das Lesen des fortlaufenden Textes nicht unnötig zu erschweren, werden im gesamten Manual Therapeuten und Therapeutinnen sowie Klienten und Klientinnen mit der grammatisch

weiblichen Form angesprochen. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es mehr Therapeutinnen und Klientinnen gibt und dass die grundlegende Arbeit zur wissenschaftlichen Entwicklung und weltweiten Verbreitung dieser Methode von Francine Shapiro geleistet wurde.

Was ist EMDR?

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing oder Desensibilisierung und Neubearbeitung mit Augenbewegungen – ist eine psychotherapeutische Methode zur bifokalen Traumaverarbeitung in acht Schritten nach Shapiro (1998a, 2001), eine dafür notwendige therapeutische Grundhaltung und ein kleines Wunder. Die weiteren Entwicklungen durch Shapiro und andere Autoren sind nicht so gründlich wissenschaftlich untersucht worden wie das Standardvorgehen.

Vor einem humanistischen Hintergrund wurde von Francine Shapiro ein sehr strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen entwickelt, um dysfunktionale Lernerfahrungen in funktionale verwandeln zu helfen. Ausgegangen wird davon, dass Menschen ein natürlicher Antrieb zu Wachstum und Integration von Erfahrung innewohnt, der sich in einer sicheren Beziehung entfalten kann. Der angeleitete EMDR-Prozess unterstützt die genaue Beobachtung und das differenzierte Erleben bewusstseinsfähiger innerer Prozesse und ein nachvollziehendes Verstehen und Akzeptieren von Zusammenhängen. Oft berichten die Klientinnen von spontanen inneren Einsichten, die sich mit den traumatischen Erinnerungen verbinden und anschließend zu neuen Gefühlen, Gedanken und Handlungen befähigen (Krystal et al., 2002).

Auch wenn am Anfang vielleicht manches schematisch und starr wirkt, so werden Sie doch im Umgang mit dieser Methode bald die Kraft spüren, die dahinter steckt, den tiefen Glauben an unsere innere Heilfähigkeit und die große Bandbreite möglicher therapeutischer Flexibilität und Spontaneität.

Die Anwendung von EMDR erfordert auf Seiten der Therapeuten viel Vertrauen, Strukturiertheit und Wertungsfreiheit. Im Idealfall trifft die Klientin auf eine Atmosphäre voller Klarheit und Sicherheit auf der einen Seite und voller liebevoller Akzeptanz all

**Verstehen und
Akzeptanz**

**Vertrauen
Struktur
Wertungsfreiheit**

dessen, was ist, auf der anderen Seite. Beides zusammen ermöglicht es der Klientin, einen optimalen Abstand von dem belastenden, unverarbeiteten Erinnerungsmaterial herzustellen und aufrechtzuerhalten. Einerseits muss dieser Abstand gering genug sein für ein auflösendes Hinsehen-Können und andererseits muss er groß genug sein, um die Kontrolle und die Gegenwartsorientierung sicherzustellen. Das Potenzial zur Heilung bringen die Klientinnen mit in die Praxis oder Klinik, den Zugang dazu zu finden und es zur Entfaltung zu bringen – das ist die gemeinsame Aufgabe von Klientin und Therapeutin während des gesamten Therapieprozesses.

**Herstellung
idealer inner-
psychischer Ver-
arbeitungsbedin-
gungen**

EMDR bietet für die Phase der Traumaverarbeitung ein sicheres Gerüst und Werkzeug für die Therapeutin, um die idealen innerpsychischen Verarbeitungsbedingungen immer wieder neu herzustellen, auf deren Basis der innere Heilungsprozess ablaufen kann.

Ein Fallbeispiel für eine akute Einmaltraumatisierung

Fallbeispiel Eine junge Frau sucht nach einem Autounfall vor zehn Wochen eine Therapeutin auf, zu der sie früher regelmäßigen Kontakt hatte. Seit dem Unfall hat sie starke Kopf- und Nackenschmerzen, für die es nach Meinung der Ärzte keinen organischen Grund mehr gibt. Sie ist äußerst schreckhaft, insbesondere beim Autofahren, und sehr geräuschempfindlich. Laute Töne oder viele Geräusche gleichzeitig versetzen sie in einen panikartigen, dissoziativen Zustand. Außerdem verfolgen sie die Bilder des Unfalls, insbesondere der Moment, als sie sich nicht bewegen konnte und kein Gefühl dafür hatte, ob sie noch lebt. Aufgrund der schon vorher bestehenden stabilen therapeutischen Beziehung und der bekannten persönlichen Vorgeschichte konnte schon in der ersten Sitzung mit der Verarbeitung dieses Unfalls begonnen werden.

Dazu wurde zunächst der spontan beschriebene belastendste Moment als Ausgangsbild gewählt. Zu dieser konkreten Situation wurde erfragt, wie die Klientin heute bei der Erinnerung daran über

sich selbst denkt (*negative Kognition*: »Ich bin tot.«), was sie während der Schilderung fühlt (Schrecken, Hilflosigkeit) und welche Körperempfindungen sie bemerkt (Kopfschmerzen, starke Anspannung im Nacken, Schmerzen im linken Arm, Herzklopfen). Außerdem wurde ein *ideales Gegenstück* zu der negativen Selbstbeschreibung erarbeitet (»Ich habe überlebt.«).

Während des EMDR-Prozesses kamen vielfältige Eindrücke, Körperempfindungen und Bilder wieder an die Bewusstseinsoberfläche, die vorher nur schwach erinnerbar waren. In fast chronologischer Reihenfolge durchlief die Klientin den Unfall in ihrer Erinnerung nochmals vom Moment des Aufpralls an bis zum späteren Eintreffen zu Hause. Das Ende des Prozesses wurde durch eine deutliche Erschöpfung und das Verblassen des Anfangsbildes signalisiert. Körperlich war sie anschließend entspannt und schmerzfrei.

Das Resultat dieser 90-minütigen EMDR-Sitzung war das fast vollständige Verschwinden aller Symptome: keine Kopf- und Nackenschmerzen mehr, eine nur noch geringfügige Geräuschempfindlichkeit, die in den nächsten Wochen vollständig nachließ, eine den Gefahren des Straßenverkehrs angemessene Schreckhaftigkeit und keine sich aufdrängenden Unfallbilder mehr.

Es existieren mittlerweile viele Studien und Erfahrungsberichte von Therapeutinnen und Klientinnen, die die große Wirksamkeit von EMDR bei der Verarbeitung belastender Einzelerlebnisse belegen. In Fällen komplexer Traumatisierungen dauert der Verarbeitungsprozess erheblich länger, kann aber mittels EMDR gegenüber herkömmlichen Psychotherapieverfahren deutlich beschleunigt werden.

Ein Fallbeispiel für eine komplexe Traumatisierung

Eine 40-jährige Frau sucht Hilfe wegen chronischer Schmerzzustände, depressiver Einbrüche und Abgrenzungsschwierigkeiten, die alle sozialen Beziehungen erschweren. Ihre Kindheit war geprägt von emotionalen, körperlichen und sexuellen Misshandlungen.

Fallbeispiel

Im Lauf der Therapie spielt eine negative Lebensüberzeugung immer wieder eine Rolle: »Ich gehöre nicht hierher, ich bin nicht

gewollt.« Anders lautende Aussagen der Mutter, aber auch der Kolleginnen und Freundinnen können diese Selbstbeschreibung nicht verändern. Außerdem berichtet die Klientin immer wieder von einem »dunklen Schatten«, der sie begleitet und ihr Angst macht, den sie sich aber nicht näher erklären könne.

Dieser »Schatten« wurde in einer EMDR-Sitzung innerhalb des gesamten Therapieprozesses zum Ausgangsthema gewählt und auf die oben beschriebene Art und Weise mit seinen momentanen Auswirkungen in der Sitzung bewusst gemacht. Innerhalb des EMDR-Prozesses erinnerte sich die Klientin auf der Körper- und Empfindungsebene an die Zeit im Mutterleib. Sie spürte erneut panikartiges Erschrecken als plötzlich ein bedrohliches »Ding« auf sie zukam und versuchte, sie zu ergreifen. Sie spürte die Begrenzung hinter ihrem Rücken als sie versuchte, dem zu entgehen. Plötzlich konnte sie noch eine weitere Gestalt neben sich schemenhaft erkennen, die von dem »Ding« nach »draußen« gezogen wurde. Diese Eindrücke waren mit tiefen Gefühlen der Angst, des Ausgeliefertseins und des Verlorenseins verbunden. In einem späteren Gespräch mit ihrer Mutter konnte die Klientin in Erfahrung bringen, dass eigentlich noch ein Zwilling existiert hatte, der aber abgetrieben worden war. Dieses Ereignis war ihr bis dahin verschwiegen worden. Im weiteren Therapieverlauf konnte diese Erinnerung mit vielen jetzigen Überzeugungen und Gefühlen in Beziehung gebracht werden. Gefühle der Trauer, aber auch der Stärke, nicht allein zu sein, tauchten auf und konnten integriert werden.

Allgemeine Merkmale von EMDR

Als EMDR wird eine spezielle, im Folgenden ausführlich dargestellte Methode im Rahmen psychologischer Interventionen bezeichnet, die eine beschleunigte Verarbeitung traumatischer, eingefrorener Erinnerungen und eine Auflösung starrer Verhaltensmuster möglich macht.

Die Neubearbeitung von belastenden Erinnerungen und mit ihnen verbundenen unangepassten Kognitionen erfolgt dadurch, dass die Klientin sich zeitgleich auf ihr inneres Erleben beim Fokussieren der belastenden Vorstellungen konzentriert und ihre Auf-

Fokussieren der belastenden Vorstellungen + bifokale Stimulierung

merksamkeit auf einen äußeren Wahrnehmungsreiz (die bifokale Stimulierung) richtet.

Entscheidend für die Effektivität des dadurch ausgelösten inneren Prozesses ist, dass es der Klientin gelingt, sich in eine Beobachterrolle zu begeben, von der aus sie alles, was mit ihr geschieht, wahrnehmen und wieder gehen lassen kann.

Die aktive und intensive Begleitung dieses inneren Prozesses der Klientin macht eine therapeutische Einzelarbeit notwendig.

innerer Prozess
Beobachterrolle

Entstehung

Francine Shapiro, eine amerikanische Psychologin, experimentierte bei einem Parkspaziergang mit dem Phänomen, dass belastende Gedanken verschwanden und sich ihre negativen Wirkungen verringerten, wenn sie gleichzeitig ihre Augen von rechts nach links bewegte. Die Ursache für diesen Umstand vermutete sie in raschen spontanen diagonalen Augenbewegungen (Sakkaden), die sie an sich beobachtete. Sie versuchte also, diese Augenbewegungen absichtlich auszuführen, während sie sich auf belastende Gedanken konzentrierte.

EMD

Da sich auch hierbei positive Veränderungen zeigten, begann sie, bei Freunden und Bekannten ohne pathologische Störungen mit solchen induzierten Augenbewegungen zu experimentieren. Sie sollten sich dabei auf negative Gedanken und die zugehörigen Affekte konzentrieren und mit den Augen den Bewegungen der Finger folgen. Durch die Erfolge ermutigt, arbeitete sie im Lauf eines halben Jahres ein Standardverfahren mit einem einleitenden und einem abschließenden Teil aus. Da ihre Probanden bei diesen Experimenten oft an Angstgefühlen arbeiten wollten, bezeichnete sie ihr Verfahren als »Eye Movement Desensitization – EMD«.

Ende 1987, so berichtet sie, habe sie die Wirksamkeit von EMD empirisch prüfen wollen. Als klinische Stichprobe wählte sie Patienten mit diagnostizierter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Die publizierten Ergebnisse ihrer Studie (S. 98ff.) zeigten bei der Versuchsgruppe eine deutliche Abnahme der Belastungen gegenüber der Kontrollgruppe.

Praxis und Weiterentwicklung

In der Folgezeit stellte es sich heraus, dass bei einer Vielzahl von Störungen und therapeutischen Situationen das bisherige Standardvorgehen (Einschätzung, Desensibilisierung, Verankerung) nicht ausreichte. Es wurden Ergänzungen vorgenommen, die sich beispielsweise auf die therapeutische Beziehung, die Körperempfindungen oder die Behandlungsplanung richteten. Aus klinischen Berichten ging hervor, dass der dauerhafte Erfolg der Behandlung nicht allein von der Desensibilisierung abhing, sondern ein wesentliches Kriterium im Ausmaß der erfolgten kognitiven Adaption bestand. Aus diesem Grund wurde die um mehrere Phasen und verschiedene spezielle Varianten erweiterte Methode von Shapiro ab 1991 als »Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR« bezeichnet. Der theoretische Hintergrund war dabei von einem Paradigmenwechsel von einfachen lerntheoretischen Erklärungen zu Konzepten assoziativer Netzwerke und der Informationsverarbeitung gekennzeichnet.

Das Logo des EMDR-Instituts von Francine Shapiro ist als Bildmarke geschützt, und der Name für die Methode ist weltweit bekannt. Obwohl dieser Name heute der Methode nicht mehr gerecht wird, bleibt er aus diesem Grund bestehen.

Ausbildung Das EMDR-Institut von Francine Shapiro in Kalifornien ist zusammen mit seinen gleichnamigen Filialen vor dem Institut für Traumatherapie der größte Anbieter von EMDR-Ausbildungen. In Deutschland kann die EMDR-Zusatzqualifikation zur Fachkunde bei vielen der ca. 200 Richtlinieninstitute absolviert werden. In den meisten europäischen Ländern gibt es EMDR-Fachgesellschaften, in denen sich EMDR-Anwender zusammengeschlossen haben. Für EMDR-Trainer gibt es das internationale »Network for EMDR Trainers« (NOET).

Im März 1990 leitete Francine Shapiro den ersten Ausbildungskurs mit 36 Teilnehmern. Inzwischen sind es ca. 100 000 Fachleute (Carriere, R. C., 2014), die in EMDR ausgebildet sind. In Europa wird EMDR in den Niederlanden seit 1994, in Deutschland seit 1995 und in Österreich seit 1999 gelehrt.

Anerkennung der Methode Während der Methode in der Anfangszeit und in Deutschland noch darüber hinaus viel Skepsis entgegengebracht wurde, hat sie sich durch ihre empirisch nachgewiesene Effektivität und ihre zeit-

liche wie finanzielle Ökonomie inzwischen fest etabliert. Keine andere psychotherapeutische Methode ist so gut auf ihre Wirksamkeit zur Therapie von PTBS untersucht. Durch die American Psychological Association (APA) wurde EMDR 1997 in den Katalog empirisch bewährter Verfahren zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen aufgenommen. Sie wird mittlerweile sowohl im Ausbildungshandbuch der Verhaltenstherapie als auch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie beschrieben (Wöller et al., 2001; Linden u. Hautzinger, 2005).

Das Spektrum der Indikationen von EMDR hat sich seit dem ersten klinischen Einsatz bei PTBS-Patienten wesentlich erweitert (s. S. 94). Es wurde und wird eine Vielzahl störungsspezifischer Vorgehensweisen entwickelt, die auch zunehmend nach Patientengruppen differenziert werden. Die spezifischen Anwendungen reichen bis zum Einsatz therapeutischer Geschichten in Verbindung mit EMDR bei Kindern mit Missbrauchserfahrungen (Schubbe, 1997; Lovett, 1999).

Indikationen

Beschreibung des Ausbildungsprogramms

- Ausbildungsdauer** Die EMDR-Ausbildung am Institut für Traumatherapie wird in drei Blöcken zu je zwei Tagen durchgeführt: Grund-, Praxis- und Fortgeschrittenenkurs. Jeder Kursteil umfasst 16–17 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten, von denen mindestens 5 UE in supervidierten Praxisübungen bestehen.
- Gruppengröße** Die Gruppengröße beträgt 18 bis 24 Personen.
- Richtlinien** Die Ausbildung ist nach den Richtlinien der Ärztekammer, der Psychotherapeutenkammer und der Kassenärztlichen Vereinigung konzipiert.
- Ziel** Ziel dieser Ausbildung ist es, alle Teilnehmenden zu befähigen, das EMDR-Standardvorgehen und die aktiveren EMDR-Varianten selbstständig, angemessen und wirksam einzusetzen.
- Hierzu gehört die Vermittlung der therapeutischen Grundhaltung, von Maßnahmen zur Klientensicherheit, zur Integration von EMDR in einen Behandlungsplan sowie die angeleitete Einübung aller Komponenten und Varianten von EMDR für die verschiedenen Anwendungsgebiete. Es werden Videobeispiele psychotherapeutischer EMDR-Sitzungen mit Klientinnen gezeigt und Live-Demonstrationen angeboten.
- Ausbildungsinhalte** Die Überleitung in die Praxis wird durch intensive Fallbesprechungen begleitet. Im Einzelnen werden folgende Inhalte entsprechend den Richtlinien der EMDR-Europe Association und EMDRIA Deutschland e. V. vermittelt:
- wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit von EMDR bei verschiedenen Klientengruppen,
 - das EMDR-Modell zur Informationsverarbeitung,
 - auf EMDR und posttraumatische Störungsbilder bezogene Theorie, sofern EMDR bei diesen Störungsbildern indiziert ist,
 - rechtliche, berufsethische und wissenschaftliche Themen im Kontext des Einsatzes von EMDR,

- Vorgehensweisen zur spezifischen Anamnese und Behandlungsplanung, die zu Auswahl, Einsatz und Reevaluation von EMDR benötigt werden,
- das EMDR-Standardvorgehen und die Verfahrensschritte für EMDR mit Typ-I-Trauma-Klienten; insbesondere Problemgeschichte, Therapieplanung, Vorbereitung auf EMDR, Einüben stabilisierender Techniken und »Sicherer-Ort-Übung«, Anamnese, Desensibilisierung, Verankerung, Körpertest, Abschluss und Neubewertung,
- Unterschiede zwischen EMDR und Hypnose, Expositionsverfahren und Kognitiver Psychotherapie, auch von der Indikation her,
- Grundlagen und Verfahren zu Diagnose und Aufbau von Kompetenzen zu Affekttoleranz und -management, einschließlich herkömmlicher Stabilisierungsverfahren und der Sicherer-Ort-Übung, sowie Methoden zur Indikationsstellung für solche Verfahren,
- Indikation, Gegenindikation, Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen von EMDR,
- fortgeschrittenes Affektmanagement, Ressourcenentwicklung und Installation,
- Vorgehensweise für empirisch validierte Anwendungen von EMDR bei spezifischen Patientengruppen (insbesondere verschiedenen Arten komplexer posttraumatischer Störungsbilder) mit Nennung des Grades der wissenschaftlichen Validierung. Die Darstellung soll genaue Information über Traumaanamnese und Behandlungsplan, die Vorbereitung für EMDR, die Sicherer-Ort-Übung, die Neubewertung in der Folgesitzung, die Anfangseinschätzung, Desensibilisierung, Verankerung der Positiven Selbstüberzeugung, den Körpertest und den Abschluss der Sitzung beinhalten,
- Grundlagen und Vorgehensweise für die Einschätzung, Erkennung und Regulation von dissoziativen und Angstzuständen sowie Methoden zur Einschätzung und Verringerung von selbstverletzenden und spannungsreduzierenden Verhaltensweisen,
- Grundlagen und Vorgehensweise zum Umgang mit Blockierungen im Verarbeitungsprozess (einschließlich Kognitives Einweben),
- Übungen zum Aufbau von Erfahrung und Kompetenzen zum

Einsatz fortgeschrittener EMDR- und EMDR-bezogener Vorgehensweisen.

Abschluss Am Ende der Fortbildung wird die Kompetenz der Teilnehmerinnen, das EMDR-Vorgehen originalgetreu anzuwenden, anhand einer auf Video dokumentierten EMDR-Klientensitzung in Einzelsupervision geprüft und die Ausbildung zertifiziert.

Genauigkeit bestimmt die Wirksamkeit Die Genauigkeit, mit der das EMDR-Vorgehen von guten Therapeutinnen durchgeführt wird, bestimmt die Wirksamkeit der Methode. Aus diesem Grund bietet das Institut für Traumatherapie Vertiefungsseminare und Supervision mit dem Ziel, die originalgetreue Anwendung von EMDR ständig weiter zu verfeinern.

Teil I: Theorie
(Karsten Gebhardt und Oliver Schubbe)

1. Psychotraumatologie

In vielen Bereichen des Lebens sind Menschen früher wie auch heute Situationen ausgesetzt, die sie extrem belasten. Unser Körper ist im Lauf der Evolution mit hervorragenden Eigenschaften ausgestattet worden, um solchen Beanspruchungen zu genügen. Überschreiten die Belastungen jedoch gewisse Grenzen, so kommt es zu Verletzungen: Sehnen und Muskeln reißen oder Knochen brechen.

Wie aber ist es mit unserer Psyche, unserer Seele, wenn der Stress in einer Situation zu sehr ansteigt, wenn Dinge geschehen, die wir bis zu diesem Zeitpunkt für unmöglich hielten? Alles, was ein Mensch in seinem bisherigen Leben an Möglichkeiten erlernt hat, um mit Stress umzugehen, muss in diesem Moment und in der Folge mobilisiert werden, um solche Erfahrungen in das Bild von der Welt, den anderen und von sich selbst zu integrieren. Oft sind diese Möglichkeiten jedoch zu begrenzt, so dass es zu innerlichen Brüchen kommt. Die Verletzung brennt sich förmlich in das Gedächtnis des Menschen ein, ohne dass dieser darauf angemessen reagieren kann.

Das Erleben einer solchen, als *traumatisch* bezeichneten Situation erschüttert den Menschen seelisch zutiefst – es hinterlässt ein *psychisches Trauma*.

**psychische
Traumata**

→ Zu viele Eindrücke in zu kurzer Zeit, verbunden mit einer objektiv oder subjektiv existenzbedrohenden Botschaft – daraus bestehen potenziell traumatisierende Situationen.

Kommen dann auf der Seite der Betroffenen noch das Erleben von (Todes-)Angst, Kontrollverlust und Handlungsunfähigkeit dazu, kann im weiteren Verlauf mit einer traumatischen Reaktion als natürlichem Verarbeitungsweg der zugrunde liegenden »unnormalen« Erfahrung gerechnet werden.

Notfallprogramm

Unsere Psyche muss ihr *Notfallprogramm* starten, das da heißt:

- weitere Angriffe und Übergriffe (von innen oder außen) verhindern
- Erlebtes verarbeiten und integrieren, um die durch die traumatische Erfahrung und deren Aufrechterhaltung gebundenen Energien wieder frei verfügbar zu haben

Der Wissenschaftszweig, der sich mit den Vorbedingungen, dem Situationsgeschehen, seinen Folgen und den therapeutischen Hilfen für traumatisierte Menschen beschäftigt, wird heute als *Psychotraumatologie* bezeichnet (vgl. Everly, 1993; Fischer u. Riedesser, 1998, 2009).

Dieses Gebiet richtet seine Aufmerksamkeit auf das »verletz- bare, sich empfindende und sich verhaltende menschliche Individuum, wenn es in seinen elementaren Lebensbedürfnissen bedroht und verletzt, in seiner menschlichen Würde und Freiheit mißachtet wird« (Fischer u. Riedesser, 1998, 2009, S. 18).

Geschichte der Psychotraumatologie

Rituale
Religionen

Seelische Verletzungen sind so alt wie die Menschheit selbst – ebenso alt dürften die Versuche der Menschen sein, Erklärungen für Naturkatastrophen, plötzlichen Tod oder Unfälle zu suchen. Gleichzeitig entwickelten sie aber auch vielfältige Rituale, die dem Individuum und der Gruppe helfen sollten, die Folgen des Erlebten zu verarbeiten. Mythen und insbesondere die Religionen enthalten wesentliche Anteile, die präventiv wie kurativ Traumatisierungen entgegenwirken sollen.

Literatur

Immer wieder haben auch Dichter Menschen in Extremsituationen und in ihren Versuchen, diese zu bewältigen, beschrieben. Fischer und Riedesser (S. 30f.) führen mehrere Beispiele von Autoren an, die eigene traumatische Erfahrungen literarisch verarbeiteten (z. B. J.-P. Sartre in seiner Autobiographie »Die Wörter«, 1964).

Zur Illustration kann der vor rund 2000 Jahren geführte Streit zwischen Plato und Aristoteles dienen, bei dem Aristoteles die Tragödie gegen den Vorwurf der bloßen Erregung von Leidenschaften

verteidigt. Vielmehr führe sie beim Publikum zu einer Art von Katharsis: »Die Tragödie [...], die Jammer und Schaudern hervorruft und hierdurch eine Reinigung von derartigen Erregungszuständen bewirkt« (Aristoteles, Ausg. 1996, S. 19).

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen und deren Folgen ist eng an historische Ereignisse wie die beiden Weltkriege, die systematische Vertreibung und Ermordung der Juden während der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland, den Vietnamkrieg oder technische und Naturkatastrophen in den letzten Jahrzehnten gebunden. Weniger laut, aber dennoch unüberhörbar waren die Stimmen der Opfer sexuellen Missbrauchs, krimineller Gewalt oder systematischer Folter, die nach Hilfe und Unterstützung suchen.

Immer stärker rücken auch präventive wie therapeutische Interventionen für die Mitarbeiter von Rettungs- und Katastrophendiensten in den Mittelpunkt des Interesses, da jene bei ihrer Arbeit häufig schockierende Eindrücke bewältigen müssen.

An dieser Stelle soll auf das Wirken von P. Janet, S. Freud und H. Selye eingegangen werden, die als wichtige Pioniere auf dem Weg zu einer modernen Psychotraumatologie gelten.

Kriege
Holocaust
Katastrophen
Gewaltopfer

Rettungsdienste

Pierre Janet (1859–1947)

Janet, der wie Freud an der Pariser Salpêtrière bei Charcot arbeitete, versuchte, die Symptome psychiatrischer Patienten dadurch zu erklären, dass diese bestimmte Erinnerungen an traumatische Ereignisse verdrängten.

Das Bewusstsein ist bei der Verarbeitung der Erinnerungen an die traumatische Situation überfordert. Dieser Umstand hat zur Folge, dass sie vom Bewusstsein überhaupt abgespalten, dissoziiert werden. Dennoch sind sie wirksam als Kognitionen, innere Bilder, emotionale oder physiologische Zustände oder reinszeniertes Verhalten. Janet beschreibt Amnesien und Hypermnesien, die sich auf das traumatische Erleben beziehen. Janet nahm an, dass die Furchtinduktion verringert wird, wenn über die Erfahrung gesprochen werden kann.

Doch bereits damals wies er darauf hin, dass die traumatische

Dissoziation
Gedächtnis-
störungen
Reinszenierung

**nichtsprachliche
Äußerungen**

Erfahrung oft gar nicht benannt werden kann, sich aber dennoch auf anderen, nichtsprachlich organisierten Ebenen äußert. Die einzelnen Bruchstücke der Erfahrung können also über verschiedene Repräsentationsebenen verteilt sein. In neuerer Zeit findet sich dieser Ansatz zum Beispiel im Modell des Traumaschemas von Fischer und Riedesser (1998) (s. Abb. 1, S. 31) oder in der Untersuchung zur Fragmentierung traumatischer Erinnerungen von van der Kolk und Fisler (1995) wieder.

Sigmund Freud (1856–1939)**Abwehr durch
Verdrängung**

Freud nimmt nicht eine einfache Überforderung des Bewusstseins als Ursache dafür an, dass traumarelevante Erinnerungen nicht verfügbar sind. Sein Konzept der Abwehr geht davon aus, dass solche Inhalte aktiv verdrängt werden, da sie unangenehme Affekte hervorrufen.

**kindliches
Trauma
Neurosen
Nachträglichkeit**

Während er in seinem frühen Werk zur Hysterie stets von einer realen Traumatisierung, vorwiegend von sexuellen Verführungen im Kindesalter (Verführungstheorie), ausging, stellte er später Triebwünsche und Phantasien als Ursachen der Neurosen Erwachsener heraus. Diese könnten auch nachträglich traumatisieren, wenn Heranwachsenden zum Beispiel frühere Situationen als erotisiert bewusst und rückwirkend neu bewertet werden.

Damit erhält der Traumabegriff eine zeitliche Dimension, die weit über das aktuelle Geschehen hinausweist. Freud ging mit diesem Traumabegriff ursprünglich nicht nur von intrapsychischen, sondern auch von den äußeren Faktoren der traumatischen Situation aus. Nach einem überstarken äußeren Reiz, einer Verletzung des natürlichen Reizschutzes durch übermäßige Energie, ist es die Aufgabe der Psyche, die eindringenden Reize zu binden und die normale lustorientierte Funktion wiederherzustellen.

**inakzeptabler
Triebimpuls**

Später fügte er der Erklärung von Neuroseentstehung einen zweiten Traumabegriff hinzu, der sich wesentlich stärker auf intrapsychische Aspekte bezieht. Es handelt sich dabei um Traumatisierungen durch Triebwünsche, die inakzeptabel und doch äußerst intensiv sind. Ob daraus ein Trauma erwächst, hängt von der Lebensgeschichte (Fixierungen in der Persönlichkeitsentwicklung), von der Geschichte der Triebwünsche (Triebchicksal) und den

Lebenszielen ab. Interne und externe pathologische Faktoren können wechselseitig aufeinander einwirken und sich aufschaukeln, bis sie einen kritischen Schwellenwert überschreiten. Das Trauma kann dabei eine potenzielle neurotische Struktur aktivieren (auslösendes Moment) oder selbst symptomprägend wirken (inhaltliche Entsprechung von Trauma und Symptom).

präexistente neurotische Struktur vs. Symptom-determinierung

Diese psychoanalytischen Traumakonzepte wurden in der Folge weiterentwickelt und finden sich unter anderem bei Kardiner (»Physioneurose« bei Soldaten im Zweiten Weltkrieg), Winnicott (kindliche Allmachtsillusion als Grundlage der gesunden Entwicklung der Tätigkeit des Selbst) oder Bowlby (Bindungstheorie).

Weiterentwicklung

Hans Selye (1907–1982)

Selye wird vielfach als der Pionier der Stressforschung bezeichnet. Als Internist und Biochemiker verfügte er über die Forschungsmittel und -methoden, um empirisch körperliche Veränderungen bei der Reaktion auf Belastungen nachzuweisen.

Nach seinen eigenen Angaben (Selye, 1991) ist er zufällig bei Untersuchungen zur Wirkung von Hormongaben und Intoxikationen seiner Versuchstiere auf ein Syndrom körperlicher Reaktionen gestoßen. Seine erste Veröffentlichung über das von ihm benannte »Stress-Syndrom« erfolgte 1936. Weitere übliche Bezeichnungen für das Phänomen sind »Allgemeines Anpassungssyndrom« beziehungsweise »General Adaptation Syndrom (GAS)«. Bereits in seinem ersten Aufsatz schlug er eine Unterteilung des der Belastung folgenden Prozesses vor.

Stresssyndrom

Allgemeines Anpassungssyndrom

Alarmphase:	Bereitstellungsreaktion, die nur kurz aufrechterhalten werden kann
Widerstandsphase:	Mobilisierung der Reserven des Körpers, Depotbildung der Nebennierenhormone wie Cortison, Blutzuckerstoffwechsel steigt
Erschöpfungsphase:	Zusammenbruch der Anpassung

Allgemeines Anpassungssyndrom