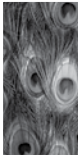


## 1



# Einführung

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 Ende der 1980er Jahre erstmals beschrieben und vorgestellt (Shapiro 2013a).

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 einige 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 (<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/557/>).

Der genaue Wirkmechanismus von EMDR ist allerdings bis heute 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 2013a, van der Kolk 2011).

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 2013a). 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 diese 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 geht davon aus, dass diese dysfunktional gespeicherten Erfahrungen oder Erinnerungen Ursachen von Störungen im Hier und Jetzt werden. Wenn solche Erinnerungen jedoch auf allen verschiedenen Erlebnisebenen 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 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.

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 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, die in einem psychotraumatologischen Gesamtkonzept gesehen werden muss, unter Klinikern leisten (Lamprecht 2001).

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 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 (Lamprecht 2006) für viele Arten von pathogenen Erinnerungen und Schmerzstörungen oder anderen somatischen Komplikationen mehr und mehr beforscht.

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.