Ist EMDR für die Beratung geeignet?

Eine Diskussionsanregung für die Ausbildung

Francine Shapiro

EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing ist eine von **Dr. Francine Shapiro** ab 1987 entwickelte traumabearbeitende Psychotherapiemethode (also keine Coachingmethode) die die Behandlungsmöglichkeiten seelisch schwer traumatisierter PatientInnen nachweislich erheblich verbessern kann. Nach Metaanalysen der bisherigen kontrollierten Behandlungsstudien zur posttraumatischen Belastungsstörung gilt die EMDR-Methode als eines der vier effektiven Verfahren dieser seelischen Störung *(v. Etten & Taylor, 1998, Journal of Clinical Psychology)*. Die wird weltweit erfolgreich in der Behandlung von Traumafolgeerkrankungen eingesetzt.

8 Phasen

Die Methode hat acht Behandlungsphasen:

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

Bilaterale Stimulation

Auch wenn EMDR mit den Behandlungsplänen verschiedener Therapieformen kombinierbar ist, setzt es doch immer die Einbettung in ein psychotherapeutisch-psychotraumatologisch orientiertes Behandlungskonzept sowie reichliche klinische Erfahrung des Therapeuten voraus. Die **„Technik der bilateralen Stimulation“** (dazu weiter unten) selbst ist sehr einfach erlernbar und lehrbar, weshalb die Methode auch von schlecht ausgebildeten Trainern im Erfolgscoaching als „Motivationbooster“ genutzt wird. Der Stellenwert dieses Vorgehens entspricht etwa der Gegenüberstellung von Hypnotherapie und Showhypnose.

Qualifikation

EMDR ist, bei richtiger Indikationsstellung, ein Verfahren mit deutlicher Wirkung, das aber nicht ohne Kontraindikationen und gravierende Nebenwirkungen ist. Eine Behandlung mit EMDR sollte daher, nach Empfehlung des deutschen EMDR-Verbandes, nur von Personen durchgeführt werden, die qualifizierende Fortbildungen besucht haben **und** die eine umfassende psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben (wenigstens 3-5 Jahre an einem anerkannten Ausbildungsinstitut). Inte-

ressierte Patienten (nicht Klienten) sollten die Fragen zur richtigen Indikation und zur Qualifikation der Therapeuten offen mit Ihren Behandlern besprechen .

Die „Geschichte“ der Entdeckung

EMDR-Erfindung

Die Entwicklerin des EMDR, **Francine Shapiro**, Ph.D., ist klinische Psychologin und assoziiertes Forschungsmitglied des Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto (Kalifornien). Sie entdeckte 1987 den entlastenden Effekt von schnelleren **Augenbewegungen**, als sie über eine Krebserkrankung nachdachte, unter der sie selbst litt. In einer ersten Studie untersuchte sie 1989 diesen Effekt und veröffentliche ihre Ergebnisse im damals neu gegründeten Journal of Traumatic Stress. Das Thema des „posttraumatischen Stress´“ wurde damals sehr interessiert diskutiert und ihre Entdeckung wurde daher sehr schnell populär (besser: Schlug ein wie eine Bombe). Durch die Entdeckung anderer effektiver **bilateraler Stimulationsmodi** (Handberührungen, akustische Signale) sowie die **Einbeziehung einer strukturierenden kognitiven Komponente** entwickelte Dr. Shapiro bis 1991 die heutige Eye-Movement Desensitization and Reprocessing - Methode (international übliches Akronym = EMDR). Sie „patentierte und kommerzialisierte“ ihre Methode und lizenzierte Ausbilder und Ausbildungsinstitute. Sie und ihre Ausbilder wurden dadurch wohlhabend. Einer der bekanntesten Ausbilder in Deutschland ist **Dr. med. Arne Hofmann** (Lehrbuch: EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome, Thieme-Verlag).

Augenbewegungen

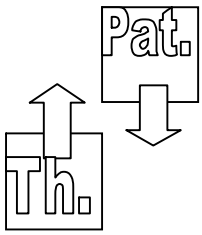
PLUS

Kognitive Umstrukturierung

Wie werden die Augen bewegt (Phase 4 der Behandlung)?

Eine bequeme Variante: Therapeut und Patient sitzen sich versetzt gegenüber. Der Therapeut einigt sich mit dem Patienten auf einen Gegenstand (z.B. einen blauen dicken Textmarker), den er auf Augenhöhe des Patienten rechts schnell horizontal von rechts nach links bewegt.

Sitzposition



Dabei achtet der Therapeut auf die Pupillengröße, auf ein „Stocken“ der Augenbewegungen sowie auf alle unwillkürlichen Körperveränderungen des Patienten (Atmung, Gesichtsrötung oder -Feuchtigkeit, Haltung, Spannung...), weil diese bestimmte Punkte in der Traumaerinnerung und -durcharbeitung signalisieren können. Die Augenbewegungen werden – je nach Verarbeitungsgeschwindigkeit und -Art – nach 20-90 Sek. unterbrochen.

Diese „Pausen“ können für verschiedene Methoden der Besinnungsarbeit und kognitiven Umstrukturierung genutzt werden. Dafür sind gute Kenntnisse in der speziellen Methode des kognitiven Umstrukturierens und des therapeutischen Hypnotalks erforderlich.

Stichworte zur Posttraumatischen Belastungsstörung

„Ein psychisches Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt.“ (Fischer / Riedesser 1998)

Hilflos
Flashback

- Häufig findet sich ein **Gefühl der Hilflosigkeit** und der emotionalen Betäubung oder Abstumpfung oder Entfremdung von anderen Menschen, mit einem Gefühl einer eingeschränkten oder **zerstörten Zukunft**.
- Es kann zu Nachhallerinnerungen kommen (**Flashbacks**), die das „dort und damals“ in das „hier und jetzt“ zurückholen. Es handelt sich um situative Realitätsverluste, die auch mit illusionären Verkennungen oder Pseudohalluzinationen einhergehen können.

Vermeidung

- Die Opfer **meiden oft jeden Umstand** und jede Lebenssituation, die der Traumasituation ähnelt (Vermeidungsstrategie).

Amnesie

- Oft sind die Opfer vollständig unfähig, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern (**dissoziative Amnesie**).
- Am häufigsten wird ein **Bild oder eine Szene erinnert** (in 20% nicht).

Keine Geschichte

- Kurz nach dem Trauma gibt es keine „Geschichte“ zu dem Erlebten (**keine narrative linkshirnige Erinnerungsmöglichkeit**). Danach Fragmente einer „Geschichte“, die allerdings zunächst „sprachlos“ bleibt. Oft kommt es zu immer wiederkehrenden Alpträumen.

Fragmentierung

BASK

- Sinneseindrücke, Erinnerungen, Gedanken, Gefühle... des Traumas treten unabhängig voneinander auf (**Fragmentierung, rechtshirnig**). Die Fragmente werden vom impliziten Gedächtnis auf Auslösereize hin freigegeben. Die Auslösereize (Trigger) stellen wichtige Zugänge zum Traumaschema des Pat. dar. **Traumaschema:** Das spezifische Geflecht aus Erinnerungen, Gedanken, Gefühlen, Handlungsbereitschaften. Hilfreich: **BASK**-Modell: **B**ehavior, **A**ffekt, **S**ensation, **K**ognition.
- Es kommt zu einem Verlust fester Glaubensinhalte, zu einer sozialen Isolation, gestörten Intimbeziehungen, einer Suche nach Rettern (die dann wie Pilze aus dem Boden wachsen) und zu einem anhaltenden tiefgehenden Misstrauen.

Zeitlos

- Eine genaue **zeitliche Einordnung fehlt** meist („als ob es gerade jetzt passiert“).

Kompensation

- Viele Patienten entwickeln ein **traumakompensatorisches Schema** (Gespräche, Sport, Joggen, Ablenkung, Alkohol, Tabletten...).

Technikbausteine aus einzelnen Behandlungsphasen

Diese Bausteine sollen keine Anleitung zum Experimentieren sein. Sie sollen schlagwortartig als Bausteine für eine Diskussion im Rahmen einer Coaching-Ausbildung dienen und den Ausbildungskandidaten ermöglichen, einen eigenen Standpunkt zu der EMDR-Methode und einem möglichen Einsatz im Coaching zu entwickeln zu können.

- Der Therapeut sollte die Position einer **parteilichen Abstinenz** einnehmen: Für den Patienten, aber nicht involviert als Mitopfer, Retter oder stellvertretender „Rächer“ eines Pat. Es kann zu heftigen Übertragungsphänomenen kommen.
- Der Patient muss in der Therapie **die Steuerungsmöglichkeit behalten** (Angst vor Kontrollverlust). Keine „Entmächtigung“ des Pat. durch ein therapeutisches Setting!
- Es muss einen **klaren Behandlungsrahmen** geben. Das Behandlungsklima muss zuverlässig und vorhersehbar sein.
- Der Pat. muss **Distanzierungstechniken erlernen** und sicher anwenden können.
- Die Traumatherapie muss als **Trauer und Umorientierungsprozess geplant** und später weitergeführt werden und kann Jahre in Anspruch nehmen (auch bei EMDR-Anwendung!). Trauern u.a. um: Lebenszeit, Möglichkeiten, Beziehungen. Umorientierung u.a.: Erwerb neuer Fähigkeiten, Möglichkeiten zum Erleben positiver Erfahrungen, Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit und „Stimulusdiskriminierung“ (z.B. unterscheiden können zwischen gefährlich und ungefährlich, neue Lebensziele entwickeln... **Die Phase der Umorientierung (nach Abschluss der eigentlichen Traumabearbeitung) kann durch Coaching unterstützt werden (?).**

- Oft wird ein imaginierter „**sicherer Ort**“ installiert, der auch mit EMDR gefestigt werden kann. Dabei kann traumatisches Material dissoziativ in den „sicheren Ort“ eindringen und ihn infizieren. Besser: nur imaginativ.
- **Die „Bewertung“** erfordert u.a.: Ein *repräsentatives **Bild*** (oder Film), eine ***negative Kognition***, eine polare ***positive Kognition***, eine *Einschätzung der Stimmigkeit der positiven Kognition* auf einer 10er Skala, *ein **Gefühl***, das mit der traumatischen Situation verbunden ist, *Einschätzung der **subjektiven Belastung*** durch die traumatische Erinnerung auf einer 10er Skala.
- Exkurs zur **negativen Kognition**: Sie enthält eine gegenwärtige irrationale Überzeugung (meist auf sich selbst bezogen), die beim Fokussieren auf die traumatische Erinnerung zu Bewusstsein kommt. Ihr Gegenpart ist die gesuchte **positive Kognition**, die das gewünschte Veränderungsziel fokussiert: „Wie würden Sie lieber über sich denken, wenn Sie dieses Ereignis erinnern?“
- In der **Desensibilisierungsphase** wird das zu bearbeitende Material durch das **Bild des Traumas**, durch die **negative Kognition** und durch das damit verbundene **Körpergefühl** gezielt aktiviert und bearbeitet: 1. in der **Vergangenheit**, 2. in der **Gegenwart**, 3. In der **Zukunft**.
- **Was passiert während der Augenbewegungen?** Oft kommt es zu einem **„blanden“ Verschwinden** der Belastung durch die bilaterale Stimulation (niemand weiß warum). Es kann aber auch zu **Assoziationsketten**, zu einer **intensiven emotionalen Abreaktion** oder zu einer **Überflutung** mit belastender Erinnerung kommen. Bei einigen Pat. stellt sich eine **Blockade** ein und sie brechen den Prozess ab.

Wie wird EMDR im Coaching eingesetzt?

Die Beschreibung der folgenden Einsatzmöglichkeit dient als Beispiel und soll nicht als Empfehlung verstanden werden, EMDR tatsächlich so zu nutzen (ohne entsprechende Ausbildung und ohne langjährige therapeutische Schulung). Viele „neu erfundenen“ Coaching-Varianten des EMDR gehen auf ein Therapieprotokoll des EMDR-Institutes in den USA zurück. Sie werden abgewandelt mit blumigen Namen genutzt. Hier das Originalprotokoll:

Point of Power

Point of Power nach Leeds: Ressourcenverankerung mit EMDR

Situation

- Konzentration auf eine herausfordernde Lebenssituation

pos. Kognition

- Suche nach hilfreicher Fähigkeit: Verbunden mit positivem Gefühl, positiver Kognition und einem Bild oder einer Szene.

Gefühl

- Entfaltung des Bildes (Beschreibung etc.)

Bild

- Fokussierung auf die Körperwahrnehmung.
- Verstärkung von Bild und dazugehörigen Worten (Beschreibung, Worte des Patienten)

Satz

- Ein Schlüsselsatz zu Gefühl und Bild wird erarbeitet.

phys. Kontakt

- Der Patient erarbeitet imaginativ eine körperliche Verbindung zu der Ressource: anfassen, in den Körper eintreten o.a.

Stimmig?

- Überprüfen, ob **Bild, Satz, Gefühl, Kontakt stimmig** sind.
- Ökologie- und Zielcheck, bearbeiten kognitiver Blockaden, systemischer Einwände etc. Evtl. wieder zurückgehen und neu beginnen. Falls alles stimmig:

EMDR

- Nun werden die EMDR-Augenbewegungen begonnen und der Patient nimmt gleichzeitig den Kontakt mit dem Schlüsselsatz, dem Bild und seinem physischen Kontakt auf.
- Weitere Sets von Augenbewegungen können den positiven Effekt verstärken.

Ähnlich wird auch in der Hypnotherapie, in der kognitiven Therapie oder in anderen Verfahren gearbeitet (allerdings ohne EMDR). Das Verfahren ist vermutlich auch ohne EMDR wirkungsvoll. Es gibt derzeit keinerlei Effektivitätsstudien zu dieser Technik oder zu anderen sogenannten Stabilisierungsprotokollen.

Übersetzung

EMDR: E: **Eye** (Auge), M: **Movement** (Bewegung), D: **Desensitization*** (Desensibilisierung), R: **Reprocessing** (erneut Durcharbeiten)
*sensitize: sensibilisieren; unterscheide von: sensitive: fühlend, empfindlich

Literatur

Literaturempfehlung:

Arne Hofmann: EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome, Thieme (Nur verständlich, mit guten Kenntnissen der allgemeinen und speziellen Psychopathologie)

© www.drmigge.de 3/2004